

NEDERLAND RIJDT SCHEVE SCHAATS

Overheid onderschat gevaren hepatitis B

Nederland staat in Europa vrijwel alleen in zijn beleid om alleen risicogroepen in te enten tegen hepatitis B. Deze isolationistische, arbeidsintensieve en tegelijk weinig succesvolle aanpak moet worden verruild voor een universeel vaccinatiecampagne tegen deze sluipmoordenaar onder de infectieziekten.

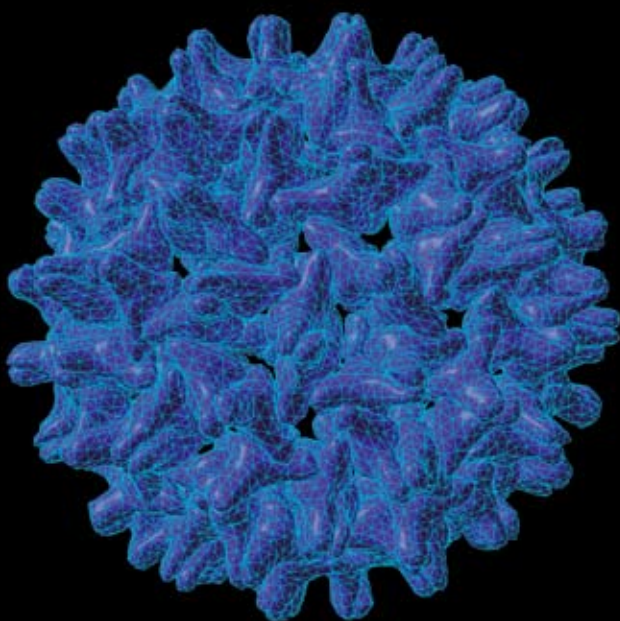
CLEMENS RICHTER
HARRY JANSSEN

Eind juli overleed de 20-jarige Kelly Weistra uit Almere aan een acute hepatitis-B-infectie. Haar ouders waarschuwden via de pers en een lokale posteractie ouders en kinderen voor het virus. Dit initiatief blijft, hoe goedbedoeld ook, een druppel op de gloeiende plaat. Als Kelly in België, Italië of vrijwel elk ander Europees land was opgegroeid, zou zij nog leven. In die landen worden alle kinderen gevaccineerd tegen hepatitis B.

Om wereldwijd de toekomstige generaties tegen de gevolgen van hepatitis B te beschermen, pleit de wereldgezondheidsorganisatie WHO al meer dan tien jaar voor universele vaccinatie van alle kinderen. Dit mede gezien de toenemende migratie binnen Europa en emigratie van hoog- naar laagendemische landen. De meeste buurlanden hebben dat advies opgevolgd, Nederland nog steeds niet. Behalve een acute infectie, met geelzucht en leverfalen zoals bij Kelly, kan hepatitis B ook chronisch worden. Er ontstaat dan een sluimerende infectie met mogelijk grote gevolgen, zoals levercirrose en leverkanker.

SLUIPMOORDENAAR

Hepatitis B is een sluipmoordenaar onder de infectieziekten. Volgens de meest recente berekening - die voor het eerst ook rekening houdt met immi- >>



*Hepatitis B kan leiden
tot levercirrose en leverkanker*

BEELD: ANP



Kleine kinderen behoren niet tot de risicogroepen en worden dus niet automatisch gevaccineerd tegen hepatitis B.

<< granten - telt Nederland ruim 60.000 chronisch geïnfecteerden tegenover 31.000 in 1999. Van de geïnfecteerden is 57 procent allochtoon. Velen zijn nooit getest en zijn niet op de hoogte van hun infectie. Jaarlijks overlijden ongeveer 200 mensen aan de gevolgen van chronische hepatitis B, ruim twee keer zoveel als de 85 mensen die jaarlijks sterven aan de gevolgen van hiv.

Daarnaast heeft het virus een enorme impact op het gezondheidsbudget. Een lang bestaande, niet ontdekte en onbehandelde chronische hepatitis-B-infectie leidt in 20 tot 40 procent van de gevallen tot levercirrose of leverkanker, met als gevolg frequente ziekenhuisopnamen. Jaarlijks zijn er in Nederland als gevolg van acute of chronische hepatitis-B-infecties ongeveer tien levertransplantaties noodzakelijk. De kosten van een transplantatie zijn minimaal 200.000 euro.

Actieve opsporing en behandeling van chronisch geïnfecteerden is noodzaak. Zij kunnen voor verdere verspreiding van het virus zorgen en een derde van hen loopt de komende twintig jaar ernstige leverschade op. Als de eerste klachten optreden, is het ziekteproces vaak al vergevorderd. Vroege opsporing en behandeling, door middel van antivirale middelen, kan het aantal sterfgevallen met ongeveer 80 procent reduceren. Er is een veilig en effectief vaccin ter

preventie van de ziekte. Theoretisch zou je van een land als Nederland - trots op zijn bestrijding van infectieziekten als soa, aids en MRSA - verwachten dat ook op het gebied van hepatitis-B-bestrijding alles goed en effectief is geregeld. Helaas is de realiteit anders.

ISOLATIONISTISCH STANDPUNT

De Nederlandse overheid schrijft al meer dan tien jaar adviesrapporten over universele vaccinatie van kinderen tegen hepatitis B, maar houdt vast aan haar isolationistische standpunt dat vaccinatie van risicogroepen volstaat. In dat kader worden sinds 1989 bijvoorbeeld wel alle zwangere vrouwen in de prenatale periode gescreend op hepatitis B. En sinds 2001 krijgen alle pasgeborenen van wie minimaal één van de ouders uit een gebied komt waar het virus veel voorkomt, actieve immunisatie aangeboden en worden bepaalde beroepsgroepen en ook personen met seksueel risicogedrag gratis gevaccineerd. Deze aanpak is even arbeidsintensief als gebrekkig. Evaluatie van een zeer intensief vaccinatieproject van risicogroepen in Amsterdam heeft aangetoond dat gemiddeld slechts 20 procent van de geschatte doelgroepen is gevaccineerd en van hen heeft maar 60 procent de volledige vaccinatiecycclus afgemaakt.¹

En wat doet Nederland voor nietsvermoedende jonge Turken of Marok-

kanen die uit hoogendemische gebieden komen? Zij kunnen geen aanspraak maken op testen, terwijl zij juist grote kans maken een besmetting met het hepatitis-B-virus opgemerkt over te dragen of op te lopen. Een ander voorbeeld zijn de kinderen van tweedegeneratieallochtonen, die regelmatig naar hoogendemische gebieden reizen. Zij worden niet bereikt door het huidige beleid.

in het niet bij bijvoorbeeld het aantal chlamydia-infecties. Het gevaar dreigt dat hepatitis B als gevolg daarvan tot een onwezenlijk onderdeel van de soa-zorg wordt gedegradeerd. Dat is onterecht omdat de gehanteerde surveillancedata voor hepatitis B onbetrouwbaar en misleidend zijn. De overheid negeert hardnekkig het feit dat het overgrote deel van de hepatitis-B-geïnfecteerden de infectie onwetend bij de geboorte dan wel als klein kind oploopt en helemaal niet als soa. Bovendien verloopt hepatitis B initieel vaak asymptomatisch of geeft het virus alleen specifieke klachten. Hierdoor is er voor het individu geen directe aanleiding om zich te laten testen op het virus.

Geruststellend benadrukt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) steeds dat er geen toename bestaat van het aantal meldingen van acute infecties en dat in 2006 zelfs een afname van 20 procent ten opzichte van 2005 is vastgesteld.² Bij andere infectieziekten is dit een waardevol meetinstrument. Maar bij hepatitis B is dit irrelevant. De twee- tot driehonderd acute infecties die jaarlijks worden geregistreerd, zijn sinds 1999 steeds ongeveer 20 procent van alle geregistreerde hepatitis-B-infecties (80% zijn voor het eerst vastgestelde chronische infecties). Acute infecties genezen in 90 procent van de gevallen spontaan, het risico op morta-

De overheid negeert dat velen de hepatitis-B-infectie niet als soa oplopen

liteit is beperkt en zij vormen maar een klein deel van de volledige pool hepatitis-B-geïnfecteerden.

Bij veel infectieziekten is de informatievoorziening in Nederland voorbeeldig en up-to-date. Maar op het gebied van hepatitis B is dit niet het geval. Twee voorbeelden: In de 'Staat van Infectieziekten in Nederland, 2000-2005', van deskundigen van het Centrum Infectieziekten, wordt het probleem van chronische hepatitis B onder allochtonen volledig buiten beschouwing gelaten.³ Een ander voorbeeld is de sterk verouderde informatie van het RIVM over hepatitis B, toch een belangrijke bron van infor-

matie over hepatitis B, toch een belangrijke bron van infor-

DENKFOUT

De Nederlandse overheid beschouwt hepatitis B ten onrechte vooral als een soa. Dat is een grote denkfout. Getalsmatig vallen infecties met hepatitis B

matie voor beleidsmakers, gezondheids-
werkers en de gehele bevolking. Onder
het hoofdstuk behandeling wordt de
efficiëntie van de moderne therapieën
zodanig onderbelicht, dat hiermee voor
velen de motivatie voor vroege opspo-
ring wegvault.

INADEQUAAT

De verantwoordelijke overheidsinstan-
ties in Nederland onderschatten de
impact van chronische hepatitis B en de
aanpak ervan is inadequaat. Een sympo-
sium voor beleidsmakers op het instituut
Clingendael in Den Haag en een petitie
die aan de Tweede Kamer is aangeboden,
hebben vooralsnog geen effect gehad. De
VWS-minister en het Centrum Infectie-
ziektebestrijding (CIb) van het RIVM
blijven benadrukken dat preventie
voorbeeldig en effectief is geregeld. Zij
beschouwen de behandeling als een taak
van de betreffende beroepsgroepen.

Er moeten in Nederland een aantal
zaken veranderen. Chronische hepatis-
tis B moet een hogere plaats krijgen op
de urgentielijst van dreigende gezond-
heidsproblemen. Dat geldt ook voor de
kosteneffectieve opsporing van het virus
onder immigranten. Daarnaast moet
universele hepatitis-B-vaccinatie voor
alle kinderen zo snel mogelijk worden
opgenomen in het Rijksvaccinatiepro-
gramma - het is simpel te koppelen aan
de DKTP-vaccinatie.

Verder is een juiste voorlichting
over chronische hepatitis B absoluut
noodzakelijk. Het gaat dan om duidelijke
informatie over het verraderlijke, vaak
asymptomatische beloop van de ziekte
en de grote kans op onherstelbare lever-
schade. Deze informatie moet worden
gekoppeld aan een positieve boodschap
over de mogelijkheden van preventie
en behandeling van chronische hepatis-
tis B. Ook dient het zorgtraject inclusief
verwijzingsstructuur voor elke persoon
met een vastgestelde hepatitis-B-infectie
in elke regio te worden uitgewerkt. Een
mooi voorbeeld hiervan is het project 'de
korte keten van het Nationaal Hepatitis
Centrum'.⁴ Hierbij is de samenwerking
tussen GGD, huisartsen, microbiologi-
sche laboratoria en hepatitisdeskundige
mdl-artsen/infectiologen goed op elkaar
afgestemd.

Tot slot is het invoering van een struc-
turele hepatitismonitoring noodzakelijk,
zoals er ook de Stichting HIV Monito-
ring (SHM) is. In de praktijk zijn er vele
overeenkomsten: omvang, complexiteit,

SAMENVATTING

- De Nederlandse overheid degra-
deert het hepatitis-B-virus ten
onrechte tot een soa.
- De mortaliteit door het hepatitis-B-
virus is in Nederland twee keer zo
hoog als die door hiv.
- Nederland moet universele hepa-
titis-B-vaccinatie invoeren voor alle
kinderen, zoals de wereldgezond-
heidsorganisatie WHO adviseert.
- Daarnaast moet de overheid
de voorlichting over het virus ver-
beteren en chronisch hepatitis-B-
geïnfecteerden actief opsporen - met
veel aandacht voor immigranten.
- Tot slot moet Nederland een
hepatitis-B-monitoring invoeren,
analoog aan de Stichting HIV Moni-
toring.

besmettelijkheid, langdurige tot levens-
lange behandeling, snel toenemende
behandelopties en kans op resistentie-
vorming. Wij pleiten ervoor alle geïn-
fecteerden anoniem te registreren en het
resultaat van behandeling systematisch
te vervolgen. ■

dr. C. Richter,
internist- infectioloog, lid sectie infectieziekten van de
Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV) en lid van
de raad van advies van het Nationaal Hepatitis Centrum

prof. H.L.A. Janssen,
mdl-arts en hoogleraar leverziekten, bestuurslid van het
Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen
en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Hepa-
tologie (NVH)

Correspondentieadres : crichter@alysis.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Referenties

1. Vaccine 25 (2007); 2698-2705. 2. Infectieziekten
Bulletin 08-2007. 3. Ned Tijdschr Geneesk 2007 Capita
selecta; 151: 1333-8. 4. Infectieziekten Bulletin 2006; 17:
345-7.

MC-artikelen over vaccineren
tegen hepatitis B vindt u onder de
digitale versie van dit artikel op
www.medischcontact.nl.

VELDWERK

Tot slot



In ruim vijftig columns
heb ik u de afgelo-
pen jaren deelgenoot
gemaakt van mijn
signaleringen in de
medisch-specialistische gezond-
heidszorg. Een reis met beperkingen,
want ik ben nu eenmaal radioloog
in een algemeen ziekenhuis. Toch
waren de thema's van mijn columns
divers: van de depersonalisatie die
de digitalisering in mijn vakgebied
met zich brengt tot de soms moei-
zame functionele relaties tussen
werkvloer en management. Ik heb
het gehad over eisende patiënten en
doorgeschoten protocollaire diagnos-
tiek. Over het spanningsveld tussen
vraaggestuurde zorg en marktwer-
king enerzijds en gerechtvaardigd (?)
paternalisme van de arts anderzijds.
Dat alles mede ingegeven door mijn
privé-opvatting dat veel artsen de
neiging hebben om het belang van
de medisch-technische vooruitgang
in de specialistische gezondheidszorg
fors te overschatten. Een uiterst
besmettelijke opvatting, waarin onze
samenleving ook is gaan geloven.
Maar nieuwe medische technologie
is zeer kostbaar en draagt heel wat
minder bij aan de levensduur en het
levensgeluk van mensen dan wij in
onze collectieve verdwazing graag
denken. Voor dat geluk is de men-
selijke kwaliteit van de arts-patiënt-
relatie minstens zo belangrijk, denk
ik met Piet Leguit.

Dit is mijn laatste column. Na
zes jaar is het welletjes en voor u,
lezer, tijd voor een echte poortspecia-
list in deze rubriek. Mijn opvolger
wens ik natuurlijk veel succes en
vooral veel schrijfplezier.

Een column van 260 woor-
den biedt weinig ruimte voor een
geuanceerde benadering. Daardoor
heb ik in de afgelopen jaren heel
wat en soms felle reacties opgeroe-
pen. Ook mijn eigen werkomgeving
stond wel eens aan minder gewenste
inkijkjes bloot. Aan eenieder die zich
door mij persoonlijk en onaange-
naam aangesproken voelde, daarom
mijn oprechte excuses. U bent van
mij af!

Floris Sanders

de radioloog