

SCHAALGROOTTE STAAT TOEPASSING NOG IN DE WEG

Hiv-zorg kan via de huisarts

Een proef in en rond Amsterdam toont aan dat stabiele hiv-patiënten ook goed in de eerste lijn begeleid kunnen worden. Aan de praktische uitwerking daarvan zitten echter nog haken en ogen.

Met de komst van antiretrovirale combinatietherapie in 1996 is de levensverwachting van hiv-geïnfecteerde patiënten inmiddels vergelijkbaar met personen zonder deze infectie.² De hiv-zorg in Nederland is daarmee binnen drie decennia veranderd van vooral stervensbegeleiding van jonge dertigers in chronische zorg voor een steeds ouder wordende populatie. Volgens de gegevens van de Stichting HIV Monitoring werden in Nederland eind 2012 ruim 17 duizend personen met hiv in ziekenhuizen gecontroleerd, onder wie ruim tweeduizend patiënten boven de 60 jaar oud en zelfs 32 boven de 80 jaar.³ Medisch-inhoudelijk is de aandacht verschoven van het beheersen van bijkomende infecties naar het opsporen en behandelen van comorbiditeiten zoals hart- en vaatziekten, nier- en leverinsufficiëntie en oncologische complicaties. Tot nu toe vindt hiv-zorg in Nederland plaats in de tweede lijn. Er zijn 27 hiv-centra, waar een toenemend aantal patiënten wordt begeleid door verpleegkundig spe-

cialisten. In Amsterdam is een transmurale project opgezet om te onderzoeken in hoeverre ook de huisarts structureel in de chronische zorg voor deze patiëntengroep kan worden betrokken.

Haalbaar en verantwoord

Vanaf april 2009 namen 76 hiv-geïnfecteerden deel aan het project. Het betrof 75 mannen van gemiddeld 46,8 jaar. Zij waren gemiddeld twaalf jaar bekend met hun hiv-infectie.

Het transmurale hiv-project werd opgezet om te bezien of het haalbaar en verantwoord is om de huisarts in chronische hiv-zorg te betrekken. Huisartsenpraktijken met ten minste tien ingeschreven hiv-patiënten werden uitgenodigd te participeren. De betrokken huisartsen moesten deelnemen aan geaccrediteerde, tweejaarlijkse bijscholingscursussen. Vijftien huisartsenpraktijken schreven zich in voor het project. Ook twee centra in de tweede lijn namen deel aan het project: het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) en het Medisch Centrum Jan van Goyen (MCJvG), beide in Amsterdam. De conclusie na bijna twee jaar follow-up is overwegend positief: bij geen van de patiënten ontstond virologisch falen (verlies van virologische onderdrukking met resistentieontwikkeling) en bijna alle patiënten werden regelmatig gecontroleerd in overeenstemming met het afgesproken protocol.

In de terugkoppeling waren zowel patiënten als huisartsen doorgaans zeer tevreden over het feit dat de huisarts be-

trokken raakte bij de begeleiding van hiv-zorg. Bij veel patiënten was er sprake van een (hernieuwde) kennismaking met de huisarts, aangezien de meesten zich vóór het protocol met nieuwe zorgvragen vaak rechtstreeks tot het ziekenhuis richtten. De huisartsen waren vooral tevreden over hun toegenomen kennis van en inzicht in hiv en de behandeling ervan, wat door patiënten ook werd herkend en erkend. Bovendien waren de deelnemende huisartsen alerter op eventuele hiv-infecties bij andere patiënten in de praktijk.

Enthousiasme

Het enthousiasme en de betrokkenheid bij de huisartsen uitte zich onder andere in een grote opkomst en levendige discussies tijdens de nascholingsbijeenkomsten. Het gezamenlijk overleg werd van beide kanten constructief bevonden, wat ook gevolgen had in de zorg rondom patiënten buiten het project. In het protocol was voorzien in jaarlijkse communicatie tussen eerste en tweede lijn: vanuit het ziekenhuis werd doorgaans wel een brief geschreven naar aanleiding van de jaarcontrole, maar schriftelijke communicatie van de huisarts naar de specialist vond slechts sporadisch plaats. In de evaluatie werd aangegeven dat er behoefte is om in een gezamenlijk elektronisch dossier te gaan werken, wat tijdens het huidige protocol technisch nog onhaalbaar was. Er was wel een groot verschil in het aantal deelnemende patiënten per praktijk: 80 procent van de patiënten werd in slechts zes praktijken gecontroleerd, in negen



Mensen met hiv stuiten nog vaak op onbegrip en onkunde. Daarom is er in revalidatiecentrum Overtoom een zwemclub speciaal voor hiv-geïnfecteerden.

praktijken was er daardoor een beperkte mogelijkheid om de opgedane kennis en scholing ook toe te passen. Vanuit het ziekenhuis was de inclusie van patiënten lager dan verwacht. Deels had dit te maken met het feit dat veel stabiele patiënten nog slechts twee keer per jaar op controle kwamen. Patiënten zagen daardoor weinig voordeel in deelname aan het project, waarbij naast de jaarcontrole bij de specialist slechts een bezoek per jaar aan de huisarts zou plaatsvinden. Bovendien was er in het ziekenhuis in toenemende mate sprake van taakdelegatie naar verpleegkundig specialisten, wat betrokkenheid van de huisarts in die gevallen onnodig complex zou maken.

Stigma

In 1996 werd in Nederland gekozen voor

concentratie van hiv-zorg in daarvoor aangewezen tweedelijscentra. Hoewel de zorg in die centra uitstekend is en internationaal aansluit bij de hoogst mogelijke standaarden, is het vanzelfsprekende gevolg dat de kennis rondom hiv-zorg buiten deze centra beperkter is. Zowel bij huisartsen als in de overige zorginstellingen wordt onvoldoende rekening gehouden met de mogelijkheid van een hiv-infectie, zodat bij ruim 30 procent van de hiv-geïnfecteerde personen in Nederland de diagnose niet is gesteld.⁴ Internationaal gezien scoort Nederland op dit onderdeel slecht. Verder ontmoetten patiënten bij wie wel een hiv-infectie is vastgesteld, vaak onbegrip en onkunde als zij zich met een zorgvraag buiten de hiv-centra meldden. Het stigma dat hiv-patiënten ook in Nederland toch al dragen, wordt hierdoor nog verscherpt: 'hiv-patiënten zijn anders'.

Volume

Net zoals de zorg voor diabetespatiënten in de afgelopen jaren deels verschoven is

van de tweede naar de eerste lijn, is het wenselijk dat dit ook bij stabiele hiv-geïnfecteerde patiënten gebeurt.⁵ Hoewel deze stap inhoudelijk haalbaar lijkt, is dit voor hiv-geïnfecteerde patiënten nu nog te vroeg. Met name het te kleine aantal hiv-patiënten in het merendeel van de huisartsenpraktijken vormt een beperkende factor: zonder een bepaald volume aan hiv-patiënten kan een huisarts onvoldoende ervaring en expertise opbouwen voor verantwoorde hiv-zorg. Verdere uitrol van transmurale hiv-zorg lijkt daardoor op dit moment nog niet haalbaar. ■

contact

k.brinkman@olvvg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Een eerder MC-artikel over dit onderwerp en de voetnoten vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.