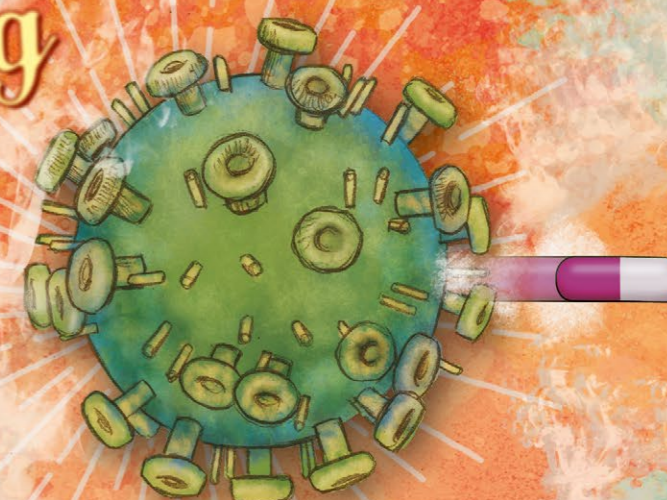




bang



IEDEREEN
AAN DE
PIL

A PILL A DAY KEEPS
 THE DOCTOR AWAY –
 MAAR WEL ALLEMAAL
 MEEDOEN DAN.

DE NEDERLANDSE HIV-BESTRIJDING ZIET ZICH VOOR TWEE GROTE PROBLEMEN GEPLAATST. ÉÉN: DE VOORLICHTING BEREIKT EEN DEEL VAN DE DOELGROEPEN NIET. DIE MELDEN ZICH DUS TE LAAT, WAARDOOR (EN DAT IS TWEE) HIV AL VEEL SCHADE HEEFT AANGERICHT. JOEP LANGE, AIDSDSKUNDIGE EN DIRECTEUR VAN HET AIGHD, PLEIT VOOR EEN INTERDISCIPLINAIRE AANPAK.

TEKST: NORBERT SPLINT
ILLUSTRATIE: FERNANDO FERNÁNDEZ TORRES

Cndanks een al dertig jaar durende stortvloed aan voorlichting over hiv- en aidspreventie neemt het aantal hiv-besmettingen sinds enige jaren niet af. Althans niet in Nederland en al helemaal niet onder de voornaamste risicogroepen: homomannen en migranten. Daar komt bij dat veel mensen zich pas laat met klachten melden bij een huisarts, GGD of ziekenhuis. En hoe later begonnen wordt met anti-retrovirale therapie, hoe meer schade het virus heeft aangericht. En dat is jammer. Want de middelen werken zo goed, dat bij juist gebruik er nog maar weinig virus in het lichaam achterblijft.

INTERDISCIPLINAIRE AANPAK

Wat gaat er fout en hoe moet het anders? En wie neemt daarbij het voortouw? Hoogleraar Joep Lange, hiv- en aidsbehandelaar van het eerste uur, pleit voor een interdisciplinaire aanpak. Zo is hij initiatiefnemer en wetenschappelijk directeur van het Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD). Het AIGHD, opgericht in 2009, brengt ziekenhuizen, expertisecentra en faculteiten samen die kennis bezitten op het terrein van gezondheidszorg, maatschappij en sociale vraagstukken met als doel gezondheidsproblemen wereldwijd op te lossen. Dat klinkt ambitieus. Lange zelf is een stuk voorzichtiger. Zeker als we zijn eigen uitspraken herhalen over hiv-remmers die “het prima doen, zonder al te veel bijwerkingen, niet al te duur zijn en makkelijk te distribueren.”

Lange: “Ja, in onze contreien en zelfs in de lagelonenlanden gaat het honderd keer beter dan een paar jaar terug. In sommige gebieden is het zelfs zo dat je beter hiv kunt hebben dan een hoge bloeddruk. Goede anti-retrovirale middelen zijn daar voldoende beschikbaar, maar bloeddrukverlagers niet. Het probleem zit 'm in de *key affected populations*. Ben je homo, transgender, sekswerker of drugsgebruiker, dan wordt je gediscrimineerd en heb je vaak geen toegang tot medicatie. In Rusland bijvoorbeeld krijgt minder dan tien procent van de seropositieve intra-

veneuze drugsgebruikers hiv-remmers. In Afrika zijn de homomannen weer niet het grootste probleem. Veel meer vrouwen en heteromannen hebben daar hiv. Maar binnen de groep homomannen is het percentage geïnfecteerden juist veel hoger. En de moeilijkheden ook. In sommige landen zeiden ze vroeger dat homoseksualiteit niet bestond, maar tegenwoordig worden er tegen homo's draconische maatregelen genomen. In relatie tot veel andere landen gaat het hier dus nog niet zo slecht. Wat natuurlijk niet betekent dat we in Nederland geen problemen tegenkomen, namelijk niet-effectieve voorlichting waardoor de doelgroep zich te laat meldt en, in samenhang daarmee, het virus onherstelbare schade aanricht.”

H-TEAM

Vanuit Lange's AIGHD is daarom het initiatief genomen tot lancering van het H-TEAM. Dat staat voor Hiv Transmissie en Eliminatie Amsterdam. Over een interdisciplinaire aanpak gesproken, het H-TEAM bestaat uit onder meer de Amsterdamse GGD, de Hiv Vereniging, Soa Aids Nederland, de Stichting HIV Monitoring, een combinatie van ziekenhuizen en uiteraard het AIGHD zelf. Het team heeft zich drie doelen gesteld: het aantal nieuwe hiv-besmettingen onder de risicogroepen terugdringen, de levensverwach-

Wikipedia

AIDSBESTRIJDER

Joep Lange (1954) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Daar promoveerde hij in 1987 op een onderzoek naar hiv – een van de eerste proefschriften op dit terrein. Sindsdien speelt hij een belangrijke rol in de bestudering en bestrijding van hiv en aids. In 1996 werd hij benoemd tot hoogleraar inwendige geneeskunde, in het bijzonder van virusziekten aan het Academisch Medisch Centrum. Lange maakt(e) deel uit van tientallen internationale adviescommissies en bekleedde diverse functies op het snijvlak van gezondheidszorg en sociale omstandigheden. Wederom, vooral op het terrein van hiv- en aidsbestrijding. Hij is oprichter en vaak (nog) voorzitter of directeur van

verschillende (onderzoeks) instituten. Daaronder het International Antiviral Therapy Evaluation Center (IATEC), PharmAccess, de afdeling Global Health van het AMC, en het Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD). Het H-TEAM is het meest recente initiatief van het AIGHD. Ook daarin vervult hij een voorttrekkersrol.



“IN SOMMIGE GEBIEDEN KUN JE BETER HIV HEBBEN DAN EEN HOGE BLOEDDRUK”

ting van hiv-geïnficeerden verhogen en kijken of het mogelijk is om mensen met een recente hiv-infectie meteen te behandelen en daarmee een kans op een ‘functionele genezing’ te hebben. Een functionele genezing betekent niet dat het virus helemaal verdwenen is uit het lichaam, maar wel dat deze mensen op een gegeven moment kunnen stoppen met de hiv-remmers zonder dat er weer veel virus wordt aangemaakt.

Het H-TEAM maakt onderscheid tussen hiv-negatieve en hiv-positieve personen. Bij de mensen zonder hiv wil het team dat na een risicovol contact beter en sneller PEP wordt aangeboden. PEP of post expositie prophylaxe is een cocktail van drie hiv-remmers die gedurende vier weken geslikt moet worden. Denk aan een nachtje vol drank en drugs waarbij de nog-net-niet-patiënt niet meer wist wat hij of zij deed en zonder condoom aan het neuken sloeg. Vertoont iemand echter voortdurend seksueel risicovol gedrag, dan kan PrEP worden voorgesteld. PrEP is de afkorting van pre-expositie prophylaxe, een combinatie van twee hiv-remmers. PEP kan gezien worden als de morning-afterpil en PrEP als de anticonceptiepil. Dit deel van het H-TEAM project speelt zich af op de soa-polikliniek van de GGD. Het feit dat door het H-TEAM project meer mensen met een al langer bestaande hiv-infectie behandeld gaan worden zal overigens ook bijdragen aan een vermindering van het aantal nieuwe infecties, want bij adequate hiv-behandeling wordt het virus vrijwel niet overgedragen. De laatste pijler van het H-TEAM project is de opsporing en behandeling van mensen met een recente hiv-infectie in een heel vroeg stadium, dat wil zeggen binnen twee weken na besmetting. Als je er zo vroeg bij bent, is de kans op een functionele genezing het grootst. Hiervoor zullen campagnes worden gevoerd onder doelgroepen en zorgverleners, zodat zij alert zijn op de verschijnselen van zo’n acute hiv-infectie.

TOEKOMSTMUZIEK

Lange: “Wat je eigenlijk wilt, is een vaccin. Dan ben je niet meer afhankelijk van menselijk gedrag. Zelfs een vaccin dat niet honderd procent effectief is, zou een enorme invloed op de verspreiding van hiv kunnen hebben. Maar zo lang het hiv-vaccin er nog niet is, en dat kan nog wel tientallen jaren duren, moeten we ons van andere methoden bedienen. En een daarvan is dus de pil PrEP. Dit onder het motto: voorkomen is beter dan genezen. PrEP zou

eigenlijk moeten worden aangeboden aan de leden van de risicogroepen die hiv-negatief zijn, maar seksueel risicovol gedrag vertonen. Een van de dingen die het H-TEAM gaan doen, is kijken hoe dat wordt opgepakt. En net als bij de anticonceptiepil, moet het middel dan ook wel echt worden ingenomen anders werkt het niet. Logisch. Hiv-positieve mensen moeten het trouwens zeker niet nemen, omdat de PrEP-pil maar twee hiv-remmers bevat en het virus dan resistent wordt tegen deze remmers.”

Lange voorspelt dat een PrEP-pil niet in het basispakket van de zorgverzekeraars komt – tenzij we kunnen aantonen dat er uiteindelijk kosten gespaard gaan worden – en Lange verwacht ook dat die pil niet onder de vijf euro kan worden aangeboden. Met andere woorden, een condoom is goedkoper. En beschermt tegen heel wat meer dan alleen maar hiv. Wie gaat er dan aan de PrEP? Dat uitzoeken, is ook al weer een taak voor het H-TEAM.

Maar er is nog meer. Zo is er bijvoorbeeld over acute hiv-infecties nog veel onwetendheid, zelfs bij huisartsen, GGD’s en ziekenhuizen. Lange: “Ten eerste moeten de hulpverleners veel meer op hun qui-vive zijn en gaan denken: hé, dit zou nog wel eens een acute hiv-infectie kunnen zijn. Op de tweede plaats moet er op een andere manier getest worden. Dat wil zeggen dat er niet gewacht moet worden totdat er antistoffen aantoonbaar zijn, maar er meteen een RNA-test gedaan moet worden. Is die test positief, dan moet meteen diezelfde dag therapie aangeboden worden. Eenvoudige tests voor zo’n directe RNA-bepaling zijn binnenkort voorhanden en zullen in het project worden ingezet.”

AWARENESS

Maar ook mensen met een chronische hiv-infectie, die zich daar niet bewust van zijn, moeten worden getest en behandeld. Lange: “Ik wil vooral de awareness benadrukken. Mensen moeten zich realiseren dat ze risico lopen en dat ze zich moeten laten testen. En zich na een positief resultaat meteen moeten laten behandelen. Maar wat zien we? Dat 25 procent van de mensen zich pas melden als ze een heel laag aantal CD4-cellen hebben. Niet dat ze dan geen baat meer bij die behandeling hebben, maar het virus heeft dan wel al veel schade aangericht, met nadelige gevolgen voor de uiteindelijke levensverwachting. Besmettingen vinden vooral plaats onder groepen die het niet van elkaar weten. Dat betekent dus, nogmaals, dat voorlichting niet aankomt, niet bij jonge homomannen en niet

“WAT JE EIGENLIJK WILT, IS EEN VACCIN”

Winqpedia

WEL OF GEEN RUBBERTJE?

Pieter Brokx, directeur Hiv Vereniging Nederland: “Bij MSM (mensen die seks met andere mannen hebben) zien we dat het jaarlijks aantal hiv-diagnoses is gestabiliseerd en zelfs daalt in de groep van 35 tot 44 jaar, terwijl het aantal testen elk jaar toeneemt (1996: 25.000, 2012: bijna 125.000 GGD-consulten). Deze groep laat zich ook frequenter testen op hiv en wordt in een vroeger stadium van hun infectie gediagnosticeerd en begint dus ook vroeger met behandeling. De groepen MSM van 25 jaar en jonger en 55 jaar en ouder (en ook heteromannen en -vrouwen van 45 jaar en ouder) laten een stijging zien van het aantal diagnoses. De groep MSM van 55 jaar en ouder meldt zich over het algemeen pas als ze klachten krijgen. Daar is het mogelijk dat ze zich niet voelen aangesproken door de boodschappen omdat ze van mening zijn dat ze geen (recent) risico hebben gelopen, terwijl ze wellicht al eerder geïnficeerd zijn. Voor deze groep zou het verstandig zijn om eens een soa-test te laten doen. De groep jongeren tot 25 jaar zal zich mogelijk niet aangesproken voelen, omdat ze (nog) niet goed inschatten wanneer ze risico lopen. Voor hen geldt dat als

ze wisselende seksuele contacten hebben, het verstandig is zich om de drie maanden te laten testen. Het lastige aan de huidige voorlichting is dat je niet meer kunt volstaan met te zeggen dat als je een condoom gebruikt, dat je dan beschermd bent. Niet iedereen wil (of kan) een condoom gebruiken of denkt daar *in the heat of the moment* niet aan. Van het risico op overdracht van hiv is bovendien in een lopende studie aangetoond dat iemand die succesvol behandeld wordt met hiv-remmers – en daardoor een ondetecteerbare *viral load* heeft – het risico op overdracht nihil is. Het gevolg van deze kennis kan zijn dat men verschillende risicoreductie-strategieën gaat toepassen op basis van onbetrouwbare informatie of aannames over andermans status. Het condoom blijft een belangrijk preventiemiddel, omdat het ook tegen sommige andere soa’s kan beschermen. Preventie zal ook een betere uitleg moeten geven over welke risicoreductie-strategie in welke situatie toepasbaar is. Daarnaast blijft het belangrijk om mensen op te roepen om zich bij wisselende contacten regelmatig te laten testen en bij een positieve testuitslag te laten behandelen. Niet getest wil niet zeggen dat je hiv-negatief bent.”

bij migranten. We zouden ons veel beter moeten richten op deze groepen, vooral omdat ze zo verschillend zijn. Bij migranten is het stigma vaak zo groot dat ze überhaupt niet naar een dokter durven. Ze zijn bang voor uitsluiting uit de groep of, als ze illegaal zijn, dat ze het land uit moeten. Zelf ben ik geen deskundige op dit terrein, maar duidelijk is, dat dat anders moet. Binnen het H-TEAM gaat zich in elk geval een groep bezighouden met homo’s, terwijl een andere groep zich op migranten concentreert.”

VAN DE ZOTTE

Ondanks dat Lange benadrukt dat het zijn specialiteit niet is, gaat hij toch nog even in op het onderwerp voorlichting. “In Amerika wordt actief PrEP aanbevolen en in Europa niet. We lopen daarin achter, ook in Nederland. Ik geloof dat het een kwestie is van moralisme. Toevallig sprak ik vanochtend ook weer iemand die van mening is dat als ze allemaal PrEP gaan gebruiken, ze nóg een reden hebben om onveilig te vrijen. Maar er is nog veel meer dat ik van de zotte vind. Dat we, met al die instellingen die zich in Nederland met hiv bezighouden, die toename van het aantal nieuwe hiv-infecties al een aantal jaren tolereren. Dat kán toch niet. Nederland klopt zichzelf graag op de borst, maar er heerst veel onwetendheid en inertie. Zo van: het gaat hier geweldig en we hebben allemaal een baan, waar zouden we ons druk over maken? Die inertie proberen we met het H-TEAM project te doorbreken.” Lange vertelt dat hij tijdens een workshop een vrouw uit Ghana ontmoette die wel raad wist met exponenten uit bepaalde doelgroepen die zich niet lieten testen, om wat voor reden dan ook: “In Accra hebben ze jongens uit de hardcore gayscene bereid gevonden andere leden van de groep gewoon, hup, mee te nemen naar de testplek. Een een-op-een benadering dus. Zulke dingen moeten we hier ook gaan doen, tot we de Nederlandse hiv-epidemie eronder hebben gekregen.” ■

DEBAT

Wanneer: zondag 3 augustus, 15.00 uur.

Waar: NRC Café, Rokin 65, Amsterdam

Entree: € 5,-. Kaarten bestellen via winq.nl/debat

In het kader van de Gaypride 2014 organiseren NRC en Winq | GK een debat over het omstrede middel PrEP. In Nederland is – naast testen en behandelen – het condoom het aloude wapen tegen het krijgen en daarna weer verspreiden van hiv. In de Verenigde Staten wint PrEP (pre-exposure prophylaxis; een combinatie van twee HIV-remmers)

aan populariteit. Eenvoudig gesteld: hiv-negatieve mensen slikken vooraf een pil om zo tijdens onveilige samenkomsten toch geen hiv op te lopen. Over de effectiviteit van deze methode zijn alle deskundigen het eigenlijk wel eens. Waarom is PrEP in Nederland dan (nog) niet gebruikelijk? Moeten we dat juist niet willen? Is het louter moralisme dat we gezonde mensen geen pillen willen laten slikken? Lopen wij gewoon achter of is PrEP toch niet de weg naar het terugdringen van de hiv-epidemie?

winq | GK NRC
samenwerking & samenwerking