



Dr. Rob Bielen, casemanager (ZOL/UHasselt): “De begeleiding door een casemanager is belangrijk en verklaart onze goede resultaten: waar we vroeger maar 10% van de patiënten bereikten voor screening, hebben we het afgelopen jaar 80% van de patiënten getest op Hepatitis C-Virusinfectie. Bovendien volgen we de patiënten nadien ook op.”

Dr Rob Bielen, casemanager (links) en prof dr. Geert Robays, gastro-enteroloog.

CASEMANAGEMENT VOOR ONDERSTEUNING VAN MOEILIJK TE BEREIKEN POPULATIES

Om extra begeleiding te bieden aan patiënten met een Hepatitis C-Virusinfectie (HCV) startte doctorandus dr. Rob Bielen (UHasselt/ZOL) een project als casemanager. Hierdoor worden niet alleen meer patiënten bereikt en opgevolgd maar ontstaat er ook meer overzicht op de populatie met HCV en op wie er intussen wel of niet gescreend is.

Hepatitis C-Virusinfectie (HCV) is een belangrijk wereldwijd gezondheidsprobleem. Onbehandeld kan het op lange termijn tot ernstige leverproblemen leiden, zoals cirrose bij 5% en bij 1-2% van de patiënten ook leverkanker. Een van de voornaamste problemen van de chronische infectie is dat je vaak weinig tot geen symptomen hebt, en dus niet weet of je al dan niet besmet bent.

Het virus zelf wordt overgedragen via contact met besmet bloed. De voornaamste risicogroepen zijn mensen die vóór de jaren '90 een bloedtransfusie ondergingen, mensen die behandeld zijn in niet-steriele omgevingen, homoseksuele mannen met HIV en ten slotte mensen die drugs inspuiten via de aders en de naalden en het mengmateriaal delen.

In deze laatste groep is het voorkomen van HCV zelfs zeer hoog, 60-80% van de mensen is ooit in aanraking geweest met het virus. Indien we al deze mensen onbehandeld zouden laten, zou er op termijn een enorme stijging optreden in het aantal patiënten met ernstige leverschade, met zelfs noodzaak tot levertransplantatie. Om dit te vermijden, is actieve screening van deze doelgroep op HCV belangrijk.

Deze mensen hebben echter vaak meer dan één probleem naast HCV. Buiten hun verslavingsproblematiek, heeft deze kansarme groep vaak financiële, sociale, en psychiatrische problemen, en ontbreekt vaak een netwerk dat hen kan ondersteunen. Aldus dient de gezondheidszorg extra begeleiding te bieden. Hierbij kunnen we casemanagement aanbieden.

In dit project wordt casemanagement nog iets gespecificeerd naar de noden van de populatie op zich. Enerzijds worden er taken uitgevoerd zoals de case manager ze elders ook uitvoert:

patiënten individueel aanspreken, en vanaf dan begeleiden in het hele traject dat zij zullen moeten doorlopen tussen diagnose en genezing.

Enerzijds is de planning van de zorg voor iedere patiënt en het opvolgen van de afspraken een belangrijk deel van het werk van de casemanager. Anderzijds wordt het betrekken van probleemgenoten mede gestimuleerd. In onze setting rekenen we ook op de sociale assistenten en begeleiders van het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen zelf. Wat onze methode uniek maakt, is niet de individuele begeleiding, maar wel het overzicht. Het doel van de 'casemanager' of 'hepatitis C-manager' is om ieder individu van de gehele cohorte van patiënten aan te spreken, en indien mogelijk te screenen voor HCV. Door vanuit de cohorte te vertrekken, bewaar je het overzicht, weet je wie wel en niet gescreend zijn, wie je nog moet aanspreken, wanneer wie op de raadpleging komt, en kan je efficiënt een gerichte screening uitvoeren.

De begeleiding is belangrijk en verklaart onze goede resultaten: waar we vroeger maar 10% van de patiënten bereikten voor screening, hebben we het afgelopen jaar 80% van de patiënten getest op HCV. Bovendien volgen we de patiënten nadien ook op: zo hadden we 66% van de patiënten kunnen behandelen met chronische HCV-infectie. Helaas zijn we op dit moment nog gebonden aan de terugbetalingsvoorwaarden voor behandeling van HCV – het beschikbare budget wordt voorbehouden voor de mensen in een verder gevorderd stadium waardoor een groot aantal patiënten op dit moment nog niet behandeld wordt. Als je weet dat de nieuwe medicatie bijna 100% van de mensen geneest, hadden we een serieuze vermindering van de HCV-prevalentie kunnen

veroorzaken op één jaar tijd, zoals blijkt uit recente gegevens. Door binnen een groep de geïnfecteerde personen snel na elkaar te behandelen, ziet men een snelle en efficiënte daling van het voorkomen van HCV. We zullen onze inspanningen dan ook continueren, en de volgende jaren blijven inzetten om te zien of dit effect op opname naar screening en behandeling toe kan volgehouden worden.

Casemanagement

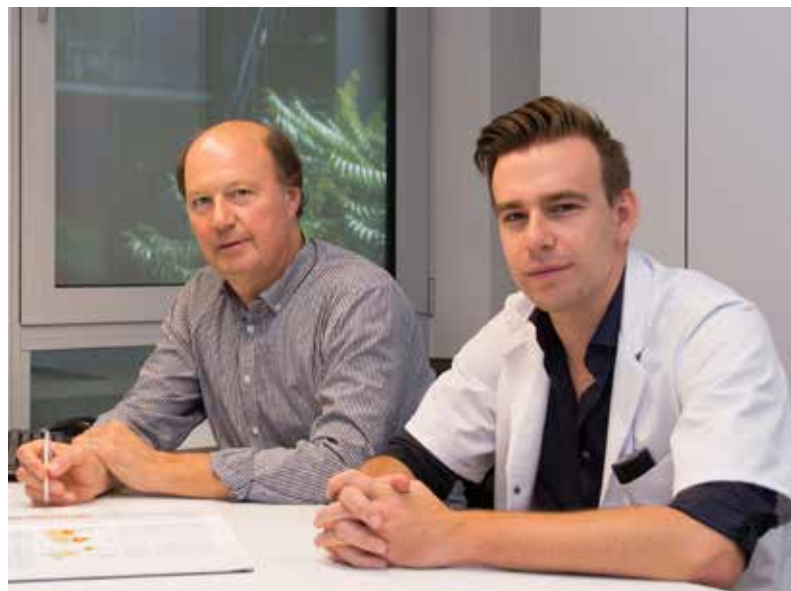
Vandaag wordt casemanagement vooral gebruikt in de chronische zorgsetting in de Verenigde Staten van Amerika, maar het is ook al getest in de HIV-setting. Casemanagement wordt door de 'Case Management Society of America' (CMSA) gedefinieerd als: "Casemanagement is een collaboratief proces van inschatten, plannen, zorg-coördinatie, evaluatie en uitzoeken van opties en diensten om aan de gezondheidsnoden van een individu en zijn/haar familie tegemoet te komen, en door middel van communicatie en de beschikbare bronnen kwaliteitsvolle en kosteneffectieve uitkomsten te promoten" (CSMA, 2010, p.8).

De filosofie van casemanagement is dat alle individuen geschikt zijn voor casemanagement diensten, ongeacht leeftijd, cultuur of de mogelijkheid om te betalen voor de diensten. Casemanagement gebeurt trouwens op vrijwillige basis, dus toestemming krijgen van het individu, de familie en andere hulpverleners is noodzakelijk. Medewerking van iedereen is noodzakelijk om het zorgplan te kunnen uitvoeren en positieve resultaten te halen. Een belangrijk aspect is het inschatten van een patiënt zijn kennis, motivatie en attitude ten opzichte van de zorg om zo de therapietrouw te kunnen beïnvloeden.

Dr. Rob Bielen
casemanager

Wat doet de casemanager concreet?

1. Patiënten aanspreken en informeren rond HCV.
2. Screenen dmv bloedname ter plaatse op het CAD indien akkoord.
3. Transporteren van bloedstalen naar labo.
4. Opvolgen van de resultaten, communiceren van de resultaten naar de patiënt.
5. Indien HCV-positief: afspraken plannen voor verder nazicht van de lever: fibroscan/labo/echo: raadpleging hepatologie + verwittigen dag van afspraak.
6. Opvolgen van afspraken: aanwezigheid?
7. Indien behandeling: opvolgen vervolgspraken, contact hoe het gaat.
8. Na behandeling: informatie over veilig injecteren (bij eventueel herval): reïnfectie voorkomen is de boodschap!



Prof dr. Geert Robaets, gastro-enteroloog en dr Rob Bielen, casemanager.

WERKEN MET EEN CASEMANAGER: EEN GROTE STAP VOORUIT

Personen die geïnfecteerd zijn door het hepatitis C-virus (HCV) krijgen niet altijd de zorg die ze nodig hebben. Vandaag beschikken we nochtans over heel efficiënte medicatie die bij bijna iedereen op drie maanden tijd het virus kan klaren en het mogelijk maakt om het voorkomen van hepatitis C bij risicogroepen te doen dalen.

Een besmetting met HCV heeft heel wat risico's voor de gezondheid en het welzijn in het algemeen. Ook de kosten voor de gezondheidszorg kunnen oplopen. Levercirrose vereist op lange termijn een transplantatie en leverkanker een aangepaste, zware behandeling. Dit kan vermeden worden door mensen die nu geïnfecteerd zijn te behandelen. Maar in Europa blijkt het budget dat uitgetrokken wordt, beperkt. We hopen dat de groep die in aanmerking komt voor een behandeling, wordt uitgebreid vanaf 1 januari 2017.

Is de kans op herinfectie groot? We weten uit de literatuur dat de kans op herinfectie behoorlijk lager ligt dan de kans om oorspronkelijk geïnfecteerd te worden. Veel mensen ervaren het ziek zijn als iets zeer ingrijpends wat ze geen tweede keer willen meemaken. Ze zijn meestal zeer sterk gemotiveerd om een behandeling goed

af te werken en herinfectie te vermijden. Het kunnen werken met een casemanager is een grote meerwaarde. Onze resultaten zijn duidelijk beter dan deze van de periode voorheen. Het lijkt een hele stap vooruit te zijn en dit wordt ook bevestigd op andere gezondheidsterreinen. Casemanager dr. Rob Bielen heeft zopas een abstract hierover ingediend voor een Amerikaans congres voor leverlijden en dit is aanvaard.

Bedoeling van ons project is een totale, optimale zorg te bieden aan iedere patiënt in het substitutiecentrum die geïnfecteerd is met HCV. Dit betekent dat we mogen hopen dat het voorkomen van HCV in de risicogroep zal dalen. Casemanagement levert een belangrijke bijdrage om de groep at risk te bereiken en op te volgen.

Het casemanagementproject is ontwikkeld voor druggebruikers maar niets belet, als de resultaten goed blijven, om dit ook uit te breiden naar andere risicogroepen en naar de andere patiënten met HCV-infectie die moeilijk te bereiken zijn.

Prof. dr. Geert Robaets,
gastro-enteroloog

MOEILIJKER TE BEHANDELEN SOORTEN HEPATITIS C KOMEN MÉÉR VOOR BIJ DRUGGEBRUIKERS IN WEST-EUROPA

Bij injecterende druggebruikers komen moeilijker te behandelen soorten Hepatitis C-Virusinfectie (HCV) significant méér voor. Dat blijkt uit een studie van de Universiteit Hasselt en het ZOL. "De verschillen tussen die zogenaamde HCV-genotypes beïnvloeden nog steeds de kans op een succesvolle behandeling", aldus de onderzoekers. De resultaten werden onlangs gepubliceerd in het toonaangevend wetenschappelijke tijdschrift 'Journal of Hepatology'.

Wereldwijd zijn naar schatting 85 miljoen mensen geïnfecteerd met het Hepatitis C Virus (HCV). In het Westen komen nieuwe infecties vooral voor bij mensen die drugs inspuiten. Gemiddeld is 65% van de intraveneuze druggebruikers en meer dan 80% van de personen die langer drugs gebruik(t)en, geïnfecteerd met HCV. Na 20 jaar evolueert 15% van de druggebruikers naar cirrose en wordt een levertransplantatie vaak het laatste redmiddel. "Sinds enkele jaren is HCV relatief eenvoudig te behandelen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wil de verspreiding van Hepatitis C tegen 2030 dan ook met 90% reduceren", zegt doctorandus Rob Bielen (UHasselt/ZOL).

Grote verschillen

HCV kent verschillende ondersoorten of 'genotypes'. "Die classificatie is gebaseerd op het genetisch materiaal in het ribonucleïnezuur (RNA) van het virus. In totaal zijn er zeven HCV-genotypes bekend, waarvan er vijf ook nog eens subtypes (a/b) hebben. In Europa en de VS komen vooral de HCV-genotypes 1 a/b, 3a en 4 voor," aldus prof. Dr. Geert Robaey (gastro-entoloog in het ZOL en professor aan de UHasselt). Omdat die ondersoorten verschillend reageren op therapie, is het vooralsnog onmogelijk gebleken om één succesvol vaccin te ontwikkelen.

"Tot voor kort was het bovendien zeer moeilijk om chronische HCV-infectie te behandelen. Met de huidige therapie is er snel vooruitgang geboekt in de strijd tegen HCV, maar de keuze van het medicatieschema blijft afhankelijk van het genotype."

Om na te gaan welke HCV-genotypes nu precies voorkomen bij de belangrijkste risicogroep bekeek een UHasselt/ZOL-team data van recent gepubliceerde artikelen uit meer dan 48 landen. Dr. Bielen: "Een

vergelijking van al die gegevens met een eerdere publicatie rond de aanwezigheid van genotypes onder de algemene bevolking, wees op grote verschillen." Zo kwamen de HCV-genotypes 1a en 3 – die moeilijker te behandelen zijn – opmerkelijk méér voor bij mensen die drugs inspuiten (PWID). "Het gemakkelijker te behandelen HCV-genotype 1b kwam dan weer minder frequent voor in deze groep. Met andere woorden: ondanks de bestaande – zeer effectieve – antivirale behandelingen zijn er nog steeds verschillen in uitkomst al naargelang het HCV-genotype", aldus de onderzoekers.

Toekomstig onderzoek

"Het zo vroeg mogelijk stellen van de diagnose van HCV is enorm belangrijk om ernstig leverlijden te voorkomen. Ons onderzoek draait dan ook rond het gericht screenen van risicopopulaties om met zo weinig mogelijk middelen, zo efficiënt mogelijk te kunnen werken en zo de doelstellingen van de WHO te kunnen helpen realiseren", besluit prof. dr Geert Robaey.

LCRP

Dit onderzoek kadert onder andere binnen het Limburg Clinical Research Program, een initiatief van de UHasselt, het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) en het Jessa Ziekenhuis.

Meer info via www.journal-of-hepatology.eu. Het bewuste wetenschappelijke artikel vindt u hier: Global genotype distribution of hepatitis C viral infection among people who inject drugs. Geert Robaey, Bielen Rob, Darush Ghezel Azar, Homie Razavi, Frederik Nevens. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.07.042>. Publication stage: In Press Accepted Manuscript. Published online: August 9, 2016

Prof. dr. Geert Robaey, gastro-enteroloog
Dr. Rob Bielen, doctorandus