

Federa-prijswinnaar Schalm: nieuwe inzichten hepatitis niet opgepikt

De kloof tussen kennis en praktijk

Sophie Broersen

De behandeling van leverziekten in Nederland kan en moet beter. Dat was de boodschap van Solko Schalm, winnaar van de Federa-prijs 2010, tijdens zijn afscheidscollege vijf jaar geleden. 'Weet u wat er met die woorden is gebeurd? Helemaal niets.'

Solko Schalm begon ooit met onderzoek naar levertransplantaties en ontwikkelde zich gaandeweg tot internationaal expert op het gebied van virale hepatitis. Vanwege zijn grote verdiensten op dat gebied krijgt de emeritus hoogleraar leverziekten nu de Federa-prijs van de Federatie van Nederlandse Medisch Wetenschappelijke Verenigingen. Bij zijn afscheid was zijn publicatielijst immens, de afdeling Leverziekten in het Erasmus MC een nationaal centrum, en met de mensen die onder zijn leiding promoveerden, zou hij een bus kunnen vullen. En nu, vijf jaar later, werkt hij nog dagelijks aan hoe kennis kan worden omgezet in gezondheidswinst. Want dat gaat niet vanzelf, heeft hij gemerkt.

'Ik moet vaststellen dat het mij niet is gelukt om in dit kleine land, op mijn kleine vakgebied, enige impact te hebben.'

Neem de behandeling voor hepatitis B. 'Met anderen heb ik vele malen gepubliceerd in internationale bladen over de behandeling.

Er zijn mensen op gepromoveerd en er is enorme

vooruitgang geboekt. Chronische hepatitis B kan in het overgrote deel van de gevallen effectief worden behandeld. Maar toen ik vijf jaar geleden afscheid nam, stond op de website van het RIVM dat voor hepatitis B geen behandeling was. Dan denk ik, wat heb ik in al die jaren gedaan? Publicaties, promoties en richtlijnen

verdwijnen in de boekenkast. Het idee dat kennis vanzelf zijn weg vindt, klopt niet.'

Schalm drong in zijn afscheidscollege aan de Erasmus Universiteit al aan op een andere manier om met kennis om te gaan. 'Weet u wat er met die woorden is gebeurd? Helemaal niets.' Dus doet hij er zelf maar wat aan. Het leven houdt immers niet op na het emeritaat.

Het is toch de taak van artsen om hun vakliteratuur bij te houden?

'Ik ben opgeleid als internist, en in 1973 had ik het hele tekstboek van Cecil en Loeb door-gewerkt. Ik had het idee dat ik de hele interne geneeskunde ongeveer beheerste. Maar de hoeveelheid kennis neemt zo onvoorstelbaar toe, dat het onmogelijk is om het allemaal bij te houden. Zelfs als je maar een onderdeel van de interne geneeskunde bijhoudt, zoals leverziekten. Daarbinnen zijn weer tien aandachtsgebieden: virale hepatitis, auto-immuunziekten, oncologie et cetera. Nu probeer ik de literatuur te volgen zoals dat gebruikelijk is in bijvoorbeeld de theoretische natuurkunde: je komt 's ochtends je kamer binnen en kijkt op internet wat er is gepubliceerd. Maar alleen al over chronische virale hepatitis komen er wekelijks 100 tot 140 artikelen in PubMed bij.

Als je je dat realiseert – en dat doen maar weinig specialisten, want de meesten denken hun vakgebied goed te beheersen – en je woont in Rotterdam waar Marten Toonder is geboren, dan zeg je: Tom Poes, verzin een list.'

'Alleen al over virale hepatitis komen er wekelijks 100 tot 140 artikelen bij'

Solko Schalm: 'Publicaties, promoties en richtlijnen verdwijnen in de boekenkast. Het idee dat kennis vanzelf zijn weg vindt, klopt niet.'

beeld: De Beeldredactie,
Andreas Terlaak



Digitaal advies

De list heet ExpertDoc, ooit begonnen als LiverDoc. Een systeem om de nieuwste wetenschappelijke inzichten te combineren met de kennis van ervaren artsen en op basis daarvan via internet advies te geven aan artsen. Bij LiverDoc was het idee dat artsen een vraag zouden stellen over een patiënt. 'Maar apart advies vragen over

een patiënt, buiten het spreekuur, dat werkt niet', zegt Schalm. 'De kennis moet binnen de workflow beschikbaar zijn. Want een huisarts heeft gemiddeld 7 minuten voor een patiënt, een specialist 15, en daarbinnen moet het gebeuren.'

Daarom wordt er nu gewerkt met een ander systeem: NHGDoc. 'Dat werkt direct in het

informatiesysteem van de huisarts. De geanonimiseerde gegevens van de patiënt gaan naar ExpertDoc en wij checken of de behandeling aan de richtlijnen voldoet. Zo niet, dan verschijnt een waarschuwing in beeld. En een huisarts kan ook een aanvullende vraag stellen. In NHGDoc zitten naast leverziekten ook cardiovasculair risicomanagement, diabetes en binnenkort schildklierafwijkingen.'

Waarom voor huisartsen? Voor specialisten is het toch net zo goed nodig?

'Het draagvlak bij specialisten is beperkt. Maar ik probeer dat te creëren bij diverse beroepsgroepen, waaronder verloskundigen en internisten. Neem de volgende voorbeelden: in Nederland gaan weinig mensen dood door acute hepatitis B. De meeste mensen bij wie dat wel gebeurt, worden ook behandeld met chemotherapie. Door de enorme depressie van het immuunsysteem kan het virus opleven; als de immuniteit weer terugkomt ontstaat een acute leverontsteking met hoge mortaliteit. Dat gebeurt niet vaak, maar je kunt het voorkomen door te screenen en preventief te behandelen. Net als overdracht van hepatitis B van moeder op kind. De arts zou automatisch een waarschuwing moeten krijgen om de hepatitis-B-status na te gaan voor start van de chemo, of op het moment dat een moeder die geen prenatale zorg heeft gehad opeens op de verloskamer staat.'

Maar zal dat echt bijdragen aan verbetering van de behandeling? Gaat het niet eigenlijk al heel goed?

'Ik heb gekeken naar de sterftetabellen van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De sterfte aan hepatitis B was in 1995 gelijk aan die van hiv. Tien jaar later was de sterfte aan hiv 80 procent gedaald, die aan hepatitis B was gestegen. Terwijl dezelfde middelen die voor hiv werken, ook voor hepatitis B werken, dus die sterfte had misschien wel net zoveel kunnen dalen. Maar de mensen worden niet opgespoord, niet doorverwezen. Dus al die kennis die in de tussentijd was opgedaan, leidde niet tot gezondheidswinst.'

Waarom werkte het voor hiv wel?

'Dat ligt eraan wie het oppikt: de universiteiten, de overheid, maar ook de media. Nieuwe informatie moet worden opgepikt. Er moet draagvlak voor zijn, en vervolgens moet het



Solko Schalm: 'Met NHGDoc kan het beleid de volgende dag al aangepast zijn. Met een richtlijn duurt dat jaren.'

worden gebruikt. En als het wordt gebruikt, moet worden gekeken of het helpt.'

Voorbestemd

Schalm leek voorbestemd om zich bezig te houden met leverziekten: zijn vader was ook leverarts en schreef het tweede Nederlandse leerboek over dit onderwerp. Toch was Schalm junior aanvankelijk niet van plan zich op hetzelfde pad te begeven. Door toeval raakte hij betrokken bij onderzoek naar levertransplantaties. 'Toen ik in Leiden studeerde, was er nog geen intensive care. Geneeskundestudenten zoals ik werden ingezet om de wacht te houden bij patiënten die extra zorg nodig hadden. En soms was er 's nachts tijd om te praten met de chirurgen, die sterke verhalen ophingen. Eentje had het over een niertransplantatie. Nee, zei een ander, levertransplantatie, dat was pas moeilijk. Hij had het over de moeilijkheden van het bewaren van levers, en ik stak mijn vinger op om er iets over te zeggen. 'Hoe heet jij?', vroeg de chirurg? 'Schalm.' 'Hè, Schalm? Kom jij morgen maar naar het lab.' Moest ik dat dan niet doen vanwege mijn vader? Ik ben er de volgende dag begonnen.'

Schalm deed onderzoek naar het bewaren van levers. De vindingen van hem en anderen over het gebruik van de juiste vloeistof voor

'De sterfte aan hepatitis B had net zoveel kunnen dalen als die aan hiv'

doorspoeling, met de juiste osmolariteit en pH, stonden aan de basis van de eerste levertransplantaties in de wereld. Later heeft hij zich vooral met virale hepatitis beziggehouden.

Met welk onderzoek houdt u zich nog bezig?

‘Vooropgesteld, ik ben er alleen nog als adviseur bij betrokken. Maar de screening op chronische hepatitis B, daar houd ik me mee bezig. En de individuele prognose van patiënten met chronische hepatitis. Voor cardiovasculaire risicofactoren is dat goed uitgewerkt: als je aan bepaalde kenmerken voldoet, kun je het risico op hart- en vaatziekten binnen tien jaar voorspellen. Voor chronische hepatitis B is dat nog niet beschikbaar. Maar van alle dragers heeft een derde een hoog risico om ooit een actieve ziekte te krijgen. En die wil je eruit kunnen pikken.


Dat is een goed voorbeeld van de kennis die voortschrijdt. Vroeger dachten we van dragers met een laag risico, daar gebeurt helemaal niets mee. We volgden ze dertig jaar, en nee, niets. En dan komt er een studie uit Taiwan, en blijkt

dat na veertig jaar een deel van de dragers met een laag risico een actieve hepatitis ontwikkelt! Hadden we net met veel pijn en moeite gedaan gekregen dat die dragers onder controle van de huisarts konden blijven, kregen we dit! Als we dat beleid willen aanpassen, kan dat via NHG-Doc in theorie al de volgende dag. Dan zouden artsen een digitale waarschuwing krijgen bij mensen die al veertig jaar drager zijn, dat vanaf dat moment jaarlijks het ALT moet worden gecontroleerd.’

Dat kan toch ook met een richtlijn?

‘Dan duurt het jaren. Richtlijnen zijn goed, maar ze zijn slechts een eerste stap. Het duurt jaren van publicatie totdat mensen het gelezen hebben, er praatjes over zijn gegeven en het in de praktijk wordt gebracht. Het is dus van groot belang dat artsen erkennen dat ze dit probleem op een andere manier moeten aanpakken.’

En begint dat te komen?

‘Mogelijk. Daarom zit ik hier met u.’ 



Verwijzingen naar websites met aanvullende informatie vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

lezersoproep

Is er een dokter in de buurt?

De vakantie komt er weer aan. Neemt u uw stethoscoop mee het vliegtuig in, voor het geval dat? Dokter ben je immers ook op reis. Medisch Contact wil deze zomer uw verhalen en anekdotes publiceren over heroïsche staaltjes vakmanschap op tien kilometer hoogte en uit je tent gehaald worden voor een afgescheurde teennagel. Of juist over ‘bewust even geen dokter willen zijn’.

Zet uw vakantieverhaal over grootse reddingen of dokteren tegen heug en meug in maximaal 400 woorden op schrift, en stuur het aan redactie@medischcontact.nl.

U mag meteen al een ervaring insturen die u in eerdere vakanties had, graag zelfs! Maar ook als u de komende maanden iets opmerkelijks meemaakt, houden we ons ten eerste aanbevolen. Pas op 1 september nemen wij afscheid van het vakantie seizoen.

De beste bijdragen verschijnen deze zomer in Medisch Contact of op onze website. Wij behouden ons het recht voor bijdragen te redigeren en zo nodig in te korten.

beeld: Shutterstock

