



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

AIDS; nieuwe ontwikkelingen. IV. Veranderingen van huisartsgeneeskundige zorg door de behandelingsmogelijkheden van patienten met HIV-infectie

Wigersma, L.

Publication date
1997

Published in
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Wigersma, L. (1997). AIDS; nieuwe ontwikkelingen. IV. Veranderingen van huisartsgeneeskundige zorg door de behandelingsmogelijkheden van patienten met HIV-infectie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(21), 1051-1054.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

AIDS; nieuwe ontwikkelingen. IV. Veranderingen van huisartsgeneeskundige zorg door nieuwe behandelingsmogelijkheden van patiënten met HIV-infectie

L. WIGERSMA

Wat betreft de HIV-problematiek staat de huisartsgeneeskundige zorg voor een nieuw tijdperk. Onlangs is er een tripeltherapie beschikbaar gekomen bestaande uit 2 'reverse transcriptase'-remmers (zoals zidovudine, stavudine, lamivudine, zalcitabine en didanosine) en 1 proteaseremmer (zoals saquinavir, indinavir, ritonavir en nelfinavir).¹ Deze combinatiebehandeling biedt nieuwe perspectieven voor met HIV geïnfecteerde personen en zal ook gevolgen hebben voor de huisartsgeneeskundige zorg. Die gevolgen hebben niet alleen betrekking op diagnostiek, behandeling, controle en begeleiding van patiënten met HIV en AIDS, maar ook op de voorlichting aan patiënten die om de HIV-test verzoeken en de informatieverstrekking aan met HIV geïnfecteerde patiënten die nog niet behandeld worden. Dit geldt ook voor de samenwerking van en de taakafbakening tussen huisartsen en AIDS-specialisten.

Het is evident dat deze ontwikkelingen behoorlijke eisen stellen aan huisartsen en niet alleen aan degenen die veel te maken hebben met de HIV-problematiek. Uit verschillende onderzoeken is immers gebleken dat 70-80% van de Nederlandse huisartsen met enige regelmaat wordt geconfronteerd met vragen over AIDS en verzoeken om de HIV-test.^{2,3} Een kwart van de Nederlandse huisartsen heeft met HIV geïnfecteerde patiënten in de praktijk;⁴ in Amsterdam is dat bijna 80%.⁵

Het is dus van groot belang dat huisartsen goed op de hoogte zijn van de nieuwe behandelopties en hun gevolgen. Tevens dient te worden nagegaan of en hoe huisartsen in gebieden met een hoge HIV-prevalentie een grotere rol kunnen spelen in de ambulante behandeling; zij kunnen immers patiënten die voor de nieuwe combinatie therapie in aanmerking komen, tijdig identificeren.

In dit artikel ga ik in op de consequenties van de nieuwe behandelopties voor de huisartsgeneeskundige zorg en op de wijze waarop huisartsen zich hierop kunnen voorbereiden.

NIEUWE BEHANDELING: NIEUWE VOORUITZICHTEN, NIEUWE PROBLEMEN

De in september 1995 opgeheven Nationale Commissie AIDS Bestrijding schreef in haar eindadvies: 'Een vaststaande therapie is er nog niet en het moment waarop

Zie ook de artikelen op bl. 1034, 1036 en 1043.

SAMENVATTING

– Onlangs is er een combinatie therapie beschikbaar gekomen voor patiënten met een HIV-infectie, bestaande uit 2 'reverse transcriptase'-remmers en 1 proteaseremmer.

– Deze combinatiebehandeling heeft gevolgen voor de huisartsgeneeskundige zorg op het gebied van diagnostiek, behandeling, controle en begeleiding van patiënten met HIV en AIDS, voorlichting aan patiënten die om de HIV-test verzoeken, informatievoorziening aan seropositieve patiënten die nog niet behandeld worden en voor de samenwerking en taakafbakening tussen huisartsen en AIDS-specialisten.

– De nieuwe combinatiebehandeling plaatst patiënten voor nieuwe problemen, zoals medicalisering van hun bestaan, bijwerkingen en therapietrouw; ook verandert hun levensperspectief (sociale reïntegratie, werkhervatting).

– In de medische begeleiding verschuift het accent naar vroeg beginnen met behandelen, stimuleren van therapietrouw, controle van het effect en van eventuele neveneffecten van de behandeling en hanteren van de onzekerheid bij de patiënt over de duurzaamheid van het effect.

– Indien de nieuwe behandeling ook op lange termijn succesvol blijkt, zal HIV-infectie/AIDS een chronische ziekte worden, zodat de zorgbehoefte en zorgmethoden veel meer gaan lijken op die bij andere chronische ziekten. Er zal meer behoefte komen aan extramurale zorg, hetgeen nieuwe eisen stelt aan opleiding en nascholing van huisartsen.

een therapie moet worden gestart is nog onduidelijk. Zolang de behandelstrategie gebaseerd is op voorlopige kennis en consensus onder behandelaren, is het moeilijk om mensen met HIV/AIDS ter zake te adviseren. Als de inzichten in vroegtijdige medische interventie groter worden, bestaat de mogelijkheid dat eerder met behandeling kan worden begonnen.⁶

Ruim een jaar later zijn de vooruitzichten geheel anders. Sinds de zomer van 1996 zijn dermate effectieve combinaties van geneesmiddelen beschikbaar, dat het verantwoord lijkt eerder met behandeling te beginnen dan tot voor kort werd geadviseerd.^{7,8} Een nieuwe klasse antiretrovirale middelen, de proteaseremmers, draagt in hoge mate bij tot deze effectiviteit.⁷ Uit onderzoeken die lopen sinds medio 1995 blijkt dat verschillende combinaties van 3 antiretrovirale middelen, waaronder meestal een proteaseremmer, bij een hoog percentage van de behandelde patiënten in staat zijn het aantal virus-RNA-deeltjes in het bloed (de viruslast) langdurig tot een onmeetbaar kleine hoeveelheid te doen dalen.⁷⁻¹⁰ De zeer

Academisch Medisch Centrum, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Prof.dr.L. Wigersma, huisarts.

lage viruslast heeft tot gevolg dat het aantal virusmutaties sterk afneemt, waardoor het optreden van resistentie tegen medicijnen uitblijft.¹¹ Het zo vroeg mogelijk met behandeling beginnen voorkomt het ontstaan van virusmutanten en vergaande destructie van het immuunsysteem.⁸ Het aantal CD4⁺-cellen stijgt sterk.⁷ Of deze effecten ook op langere duur blijven bestaan, moet worden afgewacht. Ook is vooralsnog niet duidelijk of het virus blijvend kan worden verdreven uit het bloed en uit moeilijk bereikbare reservoirs zoals lymfatisch weefsel en het centrale zenuwstelsel en in welke mate een reeds beschadigd immuunsysteem zich kan herstellen.

Vanwege de veelbelovende resultaten luidt sinds medio 1996 de richtlijn in Nederland dat patiënten met asymptomatische HIV-infectie bij een CD4⁺-celaangetal < 500 × 10⁶/l en (of) een aantal virusdeeltjes (RNA-kopieën) > 10.000 × 10⁶/ml plasma voor deze combinatiebehandeling in aanmerking komen. Patiënten met symptomatische HIV-infectie komen er altijd voor in aanmerking,^{2,12} evenals patiënten die eerder met 1 of 2 middelen werden behandeld. Het blijkt dat ook patiënten die al (ernstig) ziek waren, dramatisch kunnen opknappen en een nieuw levensperspectief kunnen krijgen.

Nieuwe problemen voor de patiënt. Afgezien van de onzekerheid over de duurzaamheid van het effect kunnen er voor patiënten de volgende problemen verbonden zijn aan deze tripelbehandeling.

– De beslissing om tot antiretrovirale behandeling over te gaan, wordt meestal genomen in overleg tussen de patiënt en de huisarts. Uit onderzoek in huisartspraktijken is gebleken dat patiënten tot voor kort meestal laat met antiretrovirale behandeling begonnen, dat wil zeggen als zij al ziekteverschijnselen of een zeer laag aantal CD4⁺-cellen hadden.¹³ Hiervoor hebben zij verschillende redenen: weerstand tegen medicijngebruik en medicalisering, angst voor bijwerkingen en onzekerheid over het effect op termijn van vroege therapeutische interventies. De nieuwe combinatiebehandeling plaatst patiënten voor nieuwe problemen. Met name de proteaseremmers kunnen, vooral in de eerste weken, aanzienlijke bijwerkingen hebben, zoals diarree, misselijkheid, braken, hoofdpijn, smaakstoornissen en moeheid;¹⁴ 10-35% van de patiënten stopt voortijdig met deze middelen.^{9, 15, 16} Het nauwgezet volgen van de voorschriften is echter zeer belangrijk, omdat bij te lage dosering snel resistentie van de HIV-stam optreedt met als gevolg een reductie van het aantal behandelopties. Over bijwerkingen op langere termijn is weinig bekend. Tenslotte is de vraag of, en hoe lang, mensen die zich niet ziek voelen, het volhouden om 30-35 pillen per dag te slikken, waarvan sommige op de nuchtere, andere juist op de volle maag.

– De omschakeling blijkt voor velen niet makkelijk te zijn, vooral omdat het nieuwe perspectief vooralsnog onzeker is. Moet men weer gaan werken? Kan men zich weer verzekeren? Zullen al aanwezige met HIV samenhangende invaliderende ziekten, zoals Kaposi-sarcoom, neuropathie en visusstoornissen, genezen of leeft men verder met een handicap? Kan men de behandeling volhouden en hoe lang blijft die effectief? Als men vanwe-

ge bijwerkingen of onvoldoende effect moet switchen naar een andere combinatie, biedt die dan betere vooruitzichten? Op deze vragen kan voorlopig nog geen antwoord worden gegeven.

Consequenties voor de huisarts. De nieuwe behandeling heeft derhalve verschillende belangrijke consequenties voor de zorg door de huisarts.

– Het inzicht dat de tripelbehandeling effectiever is, vooral als er vroeg mee wordt begonnen, zal gevolgen hebben voor het beleid inzake het testen op HIV, de voorlichting aan de mensen die risico lopen op HIV en de begeleiding van met HIV geïnfecteerde patiënten. De advisering en de begeleiding zullen van vorm en inhoud veranderen. In de medische begeleiding verschuift het accent naar vroeg beginnen met behandelen, stimuleren van de therapietrouw van patiënten, controle van het effect en van eventuele neveneffecten van de behandeling en hanteren van de onzekerheid bij de patiënt over de duurzaamheid van het effect.

– Uit mededelingen vanuit de psychosociale hulpverlening en de patiëntenvereniging blijkt dat de plotselinge verandering van perspectief voor patiënten die in een vergevorderd stadium van de ziekte verkeren, verre van eenvoudig is. In de toekomst zal de begeleiding bij psychische aanpassing, sociale reïntegratie en behoud of hervatting van werk een groter beslag leggen op psychosociale hulpverleners, maar ook op hulpverleners in het ziekenhuis en huisartsen.

– Volgens internisten en huisartsen met deskundigheid op het gebied van AIDS leidt de beschikbaarheid van de nieuwe combinatiebehandeling ertoe dat meer patiënten dan voorheen in een vroeg stadium behandeld willen worden. De capaciteit van de AIDS-poliklinieken is echter te beperkt om de extra toeloop op te vangen van patiënten die zich willen laten behandelen. Er zijn nu al aanzienlijke wachtlijsten bij een aantal poliklinieken van centrumziekenhuizen.

AANBEVELINGEN VOOR DE HUISARTSGENEESKUNDIGE ZORG

De vaardigheid om een goede therapietrouw bij patiënten te helpen bereiken en in standhouden zal een cruciaal onderdeel worden van de begeleiding door specialisten en huisartsen. Wetenschappelijk onderzoek dient te worden verricht naar de factoren die bepalen waarom patiënten al dan niet beginnen of doorgaan met de nieuwe combinatiebehandeling, waaronder de invloed die de behandelend specialist en de huisarts hierop hebben. Verbetering van therapietrouw is immers moeilijk te bereiken zonder dat de voorwaarden daarvoor bekend zijn. Daarnaast zal de farmaceutische industrie zich moeten inspannen om middelen te ontwikkelen met een eenvoudiger doseerschema en minder bijwerkingen, anders valt te vrezen dat een belangrijk deel van de potentiële winst al bij voorbaat verloren gaat.

Nauwgezet moet worden nagegaan welke moeilijkheden patiënten nog meer ondervinden bij de omschakeling naar een nieuw perspectief. Psychosociale hulpverleners moeten methoden aanreiken om de aanpassing aan een nieuw perspectief te begeleiden. Problemen met

betrekking tot sociale reïntegratie, werkhervatting en verzekeraarbaarheid moeten in nauw overleg tussen de patiëntenvereniging en de betrokken maatschappelijke organisaties worden aangepakt. Psychosociale hulpverleners, huisartsen en specialisten moeten op de hoogte worden gebracht van de te verwachten problemen en de wijze waarop zij deze kunnen helpen oplossen.

Voor mensen die zich op HIV willen laten testen, verandert er in principe niets aan het beginsel dat zij op basis van alle beschikbare informatie zelf beslissen. Door de nieuwe behandeloptie verandert er wel iets in de beschikbare informatie. In de voorlichting over de HIV-test moet duidelijk worden dat de nieuwe behandelbaarheid een extra argument is in de afweging of men zich wil laten testen. Voor veel mensen kan dit argument de doorslag geven in het besluit zich te laten testen, maar zij moeten goed ingelicht worden over de consequenties (positieve en mogelijk negatieve). Dit maakt het testadviesgesprek in de spreekkamer van de huisarts gecompliceerder.

Ook moeten huisartsen in staat zijn HIV-positieve patiënten die nog niet behandeld worden uitvoerig en betrouwbaar te informeren over de nieuwe behandel mogelijkheden en hun voor- en nadelen.

Indien de nieuwe behandeling ook op lange termijn succesvol blijkt, zal HIV-infectie een chronische ziekte worden waarmee men vele jaren kan leven. Dit impliceert dat de zorgbehoeften en zorgmethoden veel meer gaan lijken op die bij andere chronisch zieke patiënten. In de zorg voor patiënten met HIV/AIDS kan dan ook gebruikgemaakt worden van bestaande modellen voor chronische zorg. Hiermee kan een verdere integratie van de AIDS-zorg in de reguliere zorg worden bereikt. Niettemin zullen de effecten van de combinatiebehandeling op de kwaliteit van leven nauwkeurig geïnventariseerd moeten worden om te bezien of aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn.

HIV-/AIDS-BEHANDELING IN DE HUISARTSPRAKTIJK?

De capaciteit voor ambulante behandeling zal op korte termijn moeten worden vergroot. De vraag is of blijvende uitbreiding van poliklinische capaciteit nodig is. Indien de behandeling werkelijk in een hoog percentage van de patiënten zo werkzaam is als nu lijkt, kan op enige termijn de consulttijd per patiënt wellicht worden gereduceerd. Een andere, veelbelovende mogelijkheid is om huisartsen met ervaring op het gebied van HIV/AIDS bij de controle en behandeling in te schakelen, in nauw overleg met behandelend AIDS-specialisten. De meerwaarde daarvan is duidelijk: patiënten die voor behandeling in aanmerking komen, worden eerder geïdentificeerd, zij hoeven niet of minder vaak naar het ziekenhuis, de samenwerking tussen huisarts en specialist wordt geïntensiveerd en de therapietrouw wordt hoogstwaarschijnlijk positief beïnvloed als de patiënt buiten het ziekenhuis behandeld wordt. Als alleen al de ongeveer 25 Amsterdamse huisartspraktijken met 10 of meer HIV-geïnfecteerde patiënten bij dit project worden betrokken, ontstaat extra behandelcapaciteit voor

circa 700 patiënten. Voorwaarde voor het welslagen van deze gedeelde zorg is dat ze wordt ingebed in meeromvattende afspraken tussen ziekenhuizen en huisartsen, gericht op structurele verbetering van de samenwerking, taakafbakening en communicatie. Pas als hieraan voldaan wordt, is er een solide basis om patiënten te laten profiteren van een transmuraal behandeltraject. Via wetenschappelijk onderzoek dienen de resultaten hiervan, in termen van therapietrouw, behandelresultaat, kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg, te worden vastgelegd. Een dergelijk project kan op korte termijn worden gerealiseerd, mits het op een behoorlijke logistieke, inhoudelijke en financiële ondersteuning kan rekenen en gedragen wordt door de betrokken beroepsgroepen. De opbrengsten in termen van kwalitatieve en financiële substitutie en behandelingsucces kunnen aanzienlijk zijn.

GEVOLGEN VOOR SCHOLING EN SAMENWERKING

Scholing. Het bestaande scholings- en informatiemateriaal voor huisartsen en huisartsen-in-opleiding moet worden aangepast aan de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van behandeling en de gevolgen. Daarbij moet men denken aan wijzigingen in het HIV-testbeleid, de informatievoorziening aan met HIV geïnfecteerde patiënten en de controle en de begeleiding van behandelde HIV-geïnfecteerden in de huisartspraktijk (tabel). Ook dient meer aandacht te worden besteed aan de samenwerking met specialisten en andere hulpverleners.

Consulenten. De beroepsvereniging dient zich in te spannen om het inmiddels functionerende landelijke netwerk van regionale huisarts-HIV-consulenten¹⁷ te onderhouden, teneinde huisartsen in de regio's te kunnen blijven ondersteunen. De consulenten dienen de inhoud en de vorm van nascholingen af te stemmen op de lokale behoefte aan informatie, de lokale zorgsituatie en de lokale samenwerkingsverbanden. Ook moet de komende tijd in vaktijdschriften ruim en genuanceerd aandacht worden besteed aan de nieuwe ontwikkelingen en hun gevolgen voor de zorg in de huisartspraktijk.

Doelstellingen voor de opleiding en deskundigheidsbevordering van huisartsen met het beschikbaar komen van effectieve combinatiebehandeling van HIV-infectie

alle huisartsen

- kennis van de behandelopties en controle van de viruslast
- vaardigheid om de nieuwe behandelopties en de mogelijke voor- en nadelen ervan te bespreken met de patiënt die een HIV-test of informatie over HIV verzoekt, en met de HIV-positieve patiënt die nog niet behandeld wordt

huisartsen met HIV-positieve patiënten die in aanmerking komen voor of behandeld worden met antiretrovirale therapie

- kennis van de te verwachten problemen bij patiënten als gevolg van omschakeling naar een nieuw levensperspectief
- vaardigheid om een goede therapietrouw met de behandeling te helpen bereiken en instandhouden
- kennis over de eventuele gevolgen van de combinatiebehandeling voor de kwaliteit van leven, zowel in positieve als in negatieve zin
- kennis over zorgbehoeften en zorgmethoden bij chronisch ziekten, indien blijkt dat de nieuwe behandeling ook op lange termijn resultaat heeft

Regionale samenwerking met specialisten. Afgezien van de initiatieven op het gebied van (regionale) deskundigheidsbevordering en consultatie dient men de komende jaren ook de nadruk te leggen op samenwerking en afstemming tussen huisartsen en specialisten. Hiervoor bestaan de volgende mogelijkheden:

– Via nascholingen kan een belangrijke bijdrage worden geleverd aan verbetering van de samenwerking met specialisten op regionaal niveau. AIDS-deskundigen uit centrumziekenhuizen en andere beroepsgroepen dienen structureel mee te werken aan nascholingen van huisartsen.

– De regionale beroepsverenigingen dienen ernaar te streven dat de betrokkenheid van centrumziekenhuizen en andere AIDS-experts bij nascholingen wordt vastgelegd en ingebed in een convenant, waarin ook de regionale samenwerking in de zorg wordt geregeld. Een protocol voor de taakafbakening en de samenwerking tussen huisarts en specialist, waarin onder meer de taken aanzien van begeleiding bij antiretrovirale behandeling worden geregeld, is een onmisbaar onderdeel van zo'n convenant.

BESLUIT

Huisartsen dienen te worden voorbereid op veranderingen in de zorg die het gevolg zijn van de nieuwe mogelijkheden voor behandeling van HIV-infectie. Deze voorbereiding omvat de volgende elementen: versterking van de regionale samenwerking tussen huisartsen en AIDS-specialisten in de zorg en de nascholing, het garanderen van ondersteuning door AIDS-deskundige collega-huisartsen in de regio, het actueel houden van scholingsmateriaal, elementaire scholing van alle huisartsen-in-opleiding en het bevorderen van transmurale zorg. Huisartsen die deskundig zijn op het gebied van HIV/AIDS of bereid zijn die deskundigheid te ontwikkelen, kunnen worden betrokken bij extra- of transmurale behandelprojecten. Ondersteuning van deze maatregelen via regionale convenanten en sturing door ziektekostenverzekeraars kan noodzakelijk zijn. Wetenschappelijk onderzoek naar de therapietrouw van patiënten ten aanzien van de nieuwe behandeling en naar de kwaliteit van transmurale zorg is nodig om de begeleiding en behandeling te kunnen optimaliseren.

ABSTRACT

AIDS; new developments. IV. Changes in primary medical care due to new possibilities of treating HIV-infected patients

– A combination treatment has recently become available for HIV-infected patients; it consists of two reverse transcriptase inhibitors and one protease inhibitor.

– This combination therapy has consequences for primary medical care as regards diagnostics, treatment, follow-up and counselling of patients with HIV and AIDS, education of patients requiring the HIV test, information of seropositive patients not yet being treated and the cooperation and task distribution between GPs and AIDS specialists.

– The new combination method creates new problems for patients, such as medicalization of their lives, side effects and compliance; it also affects their prospects (social reintegration, resumed occupational activity).

– In the medical management, the focus shifts to early start of treatment, stimulating compliance, monitoring of effect and side effects, if any, of the treatment and coping with the patients' uncertainty about durability of the effect.

– If the new treatment proves to be successful in the long run as well, HIV infection/AIDS will become a chronic disease, so that the needs of care and the care methods will increasingly resemble those of other chronic diseases. There will be a growing need of extramural care, leading to new requirements regarding the study of medicine and postgraduate instruction of GPs.

LITERATUUR

- 1 Borleffs JCC, Esseveld F, Hoepelman IM, Boucher CAB. AIDS; nieuwe ontwikkelingen. II. Behandeling van HIV-infectie. Ned Tijdschr Geneeskd 1997;141:1036-43.
- 2 Moons MAW, Peters L, Bartelds AIM, Kerssens JJ. Concerns about AIDS in general practice. BMJ 1996;312:285-6.
- 3 Wigtersma L, Heijnen AM, Hochheimer EH, Kloosterman H. Samenhang tussen het gebruik van nascholingsmateriaal over het humaan immunodeficiëntievirus en het aantal HIV-consulten in huisartspraktijken. Ned Tijdschr Geneeskd 1991;135:178-80.
- 4 Wigtersma L. De AIDS-zorg en de wegen naar Rome [inaugurele rede, Universiteit van Amsterdam]. Amsterdam, 1993.
- 5 Brussel G van, Buster M, Wigtersma L. Huisartsen en drugshulp in Amsterdam [intern onderzoeksrapport]. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1996.
- 6 Nationale Commissie AIDS Bestrijding. Het AIDS-beleid geactualiseerd. Eindadvies van de Nationale Commissie AIDS Bestrijding. Amsterdam: NCAB, 1995.
- 7 Hammer SM. Advances in antiretroviral therapy and viral load monitoring. AIDS 1996;10 suppl 3:S1-S11.
- 8 Lange J. The initiation of antiretroviral therapy in persons with HIV infection. In: Lange JMA, Gatell JM, editors. Practical Issues in HIV and AIDS Patient Management 1996;1:3-8.
- 9 Notermans DW, Wolf F de, Foudraire NA, Meenhorst PL, Kauffman RH, et al. The effects of an antiretroviral triple combination with zidovudine, AZT and 3TC. 3rd International congress on drug therapy in HIV infection. AIDS 1996;10 suppl 2:S17.
- 10 Carpenter CCI, Fischl MA, Hammer SM, Hirsch MS, Jacobsen DM, Katzenstein DA, et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. International AIDS Society-USA. JAMA 1996;276:146-54.
- 11 Meyers MW, Montaner JSG, for the Incas Study Group (Italy, Netherlands, Canada, Australia, USA). A randomized, double blind comparative trial of the effects of zidovudine, didanosine, and nevirapine combinations in antiretroviral naive, AIDS-free, HIV-infected patients with CD4 counts 200-600/mm³. XI International Conference on AIDS. Vancouver, July 7-12, 1996 (Abstract Mo. B.294).
- 12 Behandelingsmogelijkheden bij HIV/AIDS. Inventarisatie van consequenties en aanbevelingen. Amsterdam: Stichting AIDS Fonds, 1996.
- 13 Reedijk M, Wigtersma L. Disease stage and CD4 cell count of HIV positive patients when starting with antiviral therapy. 2nd International Conference on Home and Community Care for Persons living with HIV/AIDS. Montreal, Canada, May 1995.
- 14 Deeks SG, Smith M, Holodny M, Kahn JO. HIV-1 protease inhibitors. A review for clinicians. JAMA 1997;277:145-53.
- 15 Williams IG. Use of protease inhibitors. Journal of HIV Combination Therapy 1996;1:4-7.
- 16 Chauvin J-P. Update on zidovudine/AZT/ddC triple therapy and on zidovudine compassionate use experience in France. 3rd International Congress on Drug Therapy in HIV infection. Birmingham, Nov 3-7, 1996.
- 17 Bergen J van. Huisarts, HIV en sexual health. SOA-Bulletin 1995; 16:8-10.

Aanvaard op 18 februari 1997