

Tuberculose en gedwongen onderzoek in het kader van de Wet publieke gezondheid

In de rubriek 'klinische les' bespreken we aan de hand van casuïstiek verschillende aspecten van tuberculose. In deze les wordt ingegaan op de zogenaamde gedwongen opname voor onderzoek.

Nederland kent sinds 1998 de Infectieziektenwet, die in 2008 vervangen werd door de Wet publieke gezondheid (Wpg) (1). Deze wet is bedoeld om de maatschappij te beschermen tegen besmettelijke aandoeningen en geeft onder strikte condities ruimte om patiënten met bepaalde infectieziekten (waaronder tuberculose) gedwongen te isoleren. De wet staat niet toe patiënten gedwongen te behandelen.

De wetten zijn sinds de introductie uitsluitend voor tuberculose toegepast. De toepassing betrof zowel gedwongen isolatie van patiënten met een bewezen besmettelijke tuberculose waarover we in de volgende editie zullen berichten, als gedwongen opname om onderzoek te laten verrichten om die besmettelijkheid aan te tonen dan wel uit te sluiten.

In Nederland is altijd één centrum aangewezen voor de gedwongen isolaties. Bij de introductie van de wet in 1998 was dat het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, het huidige Erasmus MC. Per 2012 is de taak officieel neergelegd bij het Tuberculosecentrum Beatrixoord in Haren (UMCG); in de praktijk vervulde Beatrixoord deze functie al veel eerder.

Casus 1

Een uit Frankrijk afkomstige vrouw woont sinds zeven jaar in Nederland. Ze werkt als prostituée en gebruikt cocaïne en heroïne. Vanwege haar drugsverslaving wordt ze gescreend op tuberculose, waarbij een afwijkende thoraxfoto wordt gevonden. Een kweek van het sputum wordt zes weken later positief.

De patiënte start een tbc-behandeling, maar is al na drie weken uit zicht en maandenlang onvindbaar. Dan wordt ze weer gezien op de tippelzone. De medewerkers vertellen dat ze vermagerd is en veel hoest. Het lukt hen niet haar te motiveren zich bij de GGD te laten onderzoeken of haar sputum voor onderzoek naar de GGD te brengen.

Gezocht en gevonden

De GGD adviseert daarop de burgemeester om de vrouw gedwongen op te nemen voor het verrichten van onderzoek naar

(recidief) tuberculose. Ze wordt gezocht, gevonden en gedwongen opgenomen op de longafdeling van het Erasmus MC. Bij opname vertelt ze sinds weken vermoedingsklachten te hebben bij goede eetlust, en ook enigszins nachtzweeten. Ze hoest, met sinds enkele weken ook wat gelig sputum. Ze hoest geen bloed op en heeft geen koorts. Bij lichamelijk onderzoek valt haar lage lichaamsgewicht op (40 kg bij een lengte van 1,65 meter). De thoraxfoto laat ter hoogte van de rechter longtop een infiltraat zien; in vergelijking met foto's van de GGD is de afwijking afgenomen. Sputumonderzoek wordt driemaal gedaan en is microscopisch negatief. Op basis van deze uitslagen wordt de gedwongen opname van patiënte opgeheven. De patiënte krijgt het advies zich te melden bij de GGD voor herstart van de behandeling, wat ze niet doet. De kweken blijven deze keer negatief.

Miliaire tuberculose

Drie jaar later wordt ze in een slechte conditie opgenomen op de intensive care afdeling van een ander ziekenhuis, waar de diagnose miliaire tuberculose wordt gesteld. Deze keer wordt ook een hiv-test gedaan die positief is. Na het starten van de tbc-behandeling knapt zij snel op en verlaat tegen advies het ziekenhuis. Deze

keer adviseert de GGD de burgemeester de patiënte gedwongen op te nemen ter isolatie vanwege therapie-ontrouw bij een longtuberculose (met positieve kweek). De opname vindt plaats in Tuberculosecentrum Beatrixoord. Ze voltooit daar de volledige behandeling.

Casus 2

Bij een uit West-Afrika afkomstige vrouw zijn eerder sikkelcelanemie, chronische hepatitis B en *herpes simplex*-infecties vastgesteld. In 2001 wordt bij haar de diagnose hiv-infectie gesteld waarvoor antiretrovirale therapie gestart wordt met slechte therapietrouw. In de jaren daarna krijgt ze een *Pneumocystis jirovecii*-pneumonie (PCP) en een *candida*-oesofagitis. In 2007 wordt een pulmonale tuberculose vastgesteld met monoresistentie voor isoniazide waarvoor ze behandeld wordt middels twee maanden rifampicine, pyrazinamide en ethambutol, gevolgd door vier maanden rifampicine en ethambutol. Begin 2009 heeft ze een recidief tuberculose, met nu zowel een goed gevoelige stam als een stam resistent voor isoniazide en rifampicine waarvoor ze drie maanden klinisch behandeld wordt met rifabutine, moxifloxacin, ethambutol en pyrazinamide. Na een korte periode

ambulante MDR-behandeling weigert deze patiënte echter verdere medicatie-inname en vervolgens ook verdere controles.

Besmettelijk?

Omdat er grote zorg is dat ze besmettelijk is – er zijn berichten dat ze vanwege haar hiv-infectie en sikkelcelanemie andere poliklinieken wél bezoekt – wordt bijna twee maanden na het stoppen van de behandeling een rechterlijke machtiging afgegeven voor een gedwongen opname voor onderzoek naar besmettelijkheid.

Bij opname vertelt ze in het geheel geen klachten meer te hebben nu ze de medicatie heeft laten staan. Onder medicatiegebruik had ze een scala aan klachten. Haar gewicht is 89 kg. Het laboratoriumonderzoek toont alleen een marginaal verhoogd CRP. De thoraxfoto toont een densiteit ter plaatse van de mediastinale zijde van de linker bovenkwab, maar is conform de laatste thoraxfoto. Direct microscopisch onderzoek van op drie opeenvolgende dagen ingezet sputum is negatief. Met deze uitslag wordt de gedwongen opname voor onderzoek opgeheven. Ook de kweken blijven negatief.

Melden

Tijdens de opname wordt met de patiënte besproken dat de MDR- en hiv-behandeling

voor haar essentieel zijn, maar ze is niet bereid medicatie te slikken waarvan ze zich weer ziek zal gaan voelen. Ze begrijpt dat van haar gevraagd wordt zich minimaal één keer per maand voor controle op eventuele besmettelijkheid bij de GGD te melden, en zij geeft aan zich hieraan te zullen conformeren. Dat doet ze met enige moeite ook eerst maandelijks, en vervolgens elke drie maanden en later elk half jaar. Na een jaar vertelt ze met antiretrovirale therapie gestart te zijn. Bij geen van deze controles tot vijf jaar na stoppen behandeling zijn er aanwijzingen voor recidief tuberculose.

Bespreking

Gedwongen onderzoek naar tuberculose is een uiterste middel dat volgens de Wet publieke gezondheid alleen ingezet mag worden als alle pogingen om een patiënt op vrijwillige basis te bewegen mee te werken aan onderzoek falen en de patiënt daadwerkelijk een groot gevaar voor de publieke gezondheid is of lijkt te zijn. Het moet onmogelijk zijn om het gevaar op een andere manier te keren, en de inperking van het recht op lichamelijke integriteit is pas geoorloofd als bij herhaling vergeefs geprobeerd is via overreding of drang vrijwillige medewerking te verkrijgen voor onderzoek (2, 3). Sinds de introductie van de Infectie-

ziektenwet en de Wpg zijn een kleine vijftig mensen gedwongen opgenomen geweest met een bewezen besmettelijke tuberculose. In die tijd zijn slechts twee patiënten opgenomen om gedwongen onderzoek te ondergaan om besmettelijkheid aan te tonen of uit te sluiten: bovenstaande twee gevallen.

'In het lichaam'?

Voor de gedwongen opname maar ook voor gedwongen onderzoek 'in het lichaam' moet een rechter een machtiging afgeven. Concreet vallen sputumonderzoek en urineonderzoek niet onder 'onderzoek in het lichaam' maar eigenlijk al het aanvullend onderzoek in de diagnostiek naar actieve tuberculose wel: iedere vorm van radiologisch onderzoek, bloedafnames maar ook sputuminductie, verkrijgen van nuchtere maaginhoud en iedere scopie. Bij beide patiënten werd een machtiging afgegeven voor het verrichten van een thoraxfoto en beide patiënten gaven vrijwillig sputum op.

De wet bepaalt dat er niet méér onderzoek gebeuren mag dan strikt nodig is voor het afwenden van het gevaar voor derden, en dat gekozen moet worden voor minder

ingrijpende vormen van onderzoek als die ook zouden volstaan (zoals sputum-onderzoek).

De patiënt dient middels de beschikking op de hoogte te worden gesteld voor welke onderzoeken de rechter een machtiging heeft afgegeven.

Geen recidief

Ondanks dat bij beide patiënten vanwege onvolledige behandeling besmettelijkheid een kwestie van tijd leek te zijn, kon bij beide patiënten middels het gedwongen onderzoek geen recidief tuberculose worden vastgesteld.

Bij casus 1 was de reden tot gedwongen onderzoek het feit dat ze verschijnselen van actieve tuberculose had met vermagering en veel hoesten, geen medewerking gaf aan welk onderzoek dan ook, en er risico voor haar directe omgeving en klanten kon zijn. Bij casus 2 leek de slechts drie maanden behandelde multiresistente (MDR) tuberculose gecombineerd met een onbehandelde hiv-infectie met lage CD4-aantallen, haar weigering om op de GGD gecontroleerd te worden en haar bezoeken aan poliklinieken waar andere immunocompromitteerden komen,

de reden de casus met de Inspectie voor de Gezondheidszorg te bespreken en de gedwongen opname aan te vragen. Klinische verdenking op een actieve tuberculose bestond niet concreet.

Dat geen recidief tuberculose werd aangetoond, heeft in casus 1 niet kunnen voorkomen dat patiënte jaren later ernstig ziek werd, en alsnog gedwongen werd opgenomen. In het geval van casus 2 is er verrassenderwijs nooit sprake geweest van recidief tuberculose ondanks de zeer korte behandelduur en de lange tijd onbehandelde hiv-infectie. ■

Literatuur

1. Bakker M, Later-Nijland HMJ, van Hest NAH, van Altena R, De Vries G. Gedwongen isolatie voor infectieuze tuberculose in het kader van de Infectieziektenwet/Wet publieke gezondheid. Tijdschrift voor Infectieziekten 2009;4(1):24-29.
2. Wet Publieke Gezondheid, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2018-01-01#HoofdstukV,geraadpleegd> 22 juni 2018
3. Memorie van toelichting bij de Infectieziektenwet, Kamerstukken II 1996-1997, 25 336, nr. 3; memorie van toelichting bij de Wet publieke gezondheid, Kamerstukken II 2007-2008, 31 316, nr. 3

AGENDA TRAININGEN, CURSUSSEN EN CONGRESSEN

24-27 oktober 2018	49th Union World Conference on Lung Health	Locatie Informatie	Den Haag/Utrecht thehague.worldlunghealth.org/
25 oktober 2018	Nurses symposium 'TB Nursing Care around the world'	Locatie Organisatie Informatie	Marriott Hotel, Den Haag V&VN Vakgroep Tuberculose, KNCV Tuberculosefonds, NAPS Union thehague.worldlunghealth.org/programme/preconference-side-events/tb-nursing-care-around-the-world/
12-14 november 2018	European Advanced Course in Clinical Tuberculosis	Locatie Organisatie Informatie	Royal College of Physicians, Londen TBnet en Imperial College www.regonline.co.uk/TBConference2018
10 en 11 januari 2019	Studiedagen VvAwT	Locatie Informatie	Amersfoort secretariaat Nascholingscommissie VvAwT, via mw. J. Huisman-van Berkel, van.berkel.cons@upcmail.nl
27 maart 2019	Landelijke nascholingsdag medisch technisch medewerkers	Locatie Organisatie Informatie	Vergadercentrum Domstad, Utrecht MtMBeVe i.s.m. KNCV Tuberculosefonds Stephanie Gerrets, s.gerrets@Rotterdam.nl
4 en 5 april 2019	Nascholingsdagen sociaal verpleegkundigen tbc-bestrijding	Locatie Organisatie Informatie	ISVW te Leusden NSVT, Vakgroep Tuberculose V&VN. Tineke Berends, t.berends@umcg.nl
13-17 mei 2019	Wolfheze Workshops	Locatie Organisatie Informatie	Den Haag KNCV, WHO-Euro, ECDC marianne.wieser@kncvtbc.org