

# Tuberculose en gedwongen isolatie in het kader van de Wet publieke gezondheid

In de rubriek 'klinische les' bespreken we aan de hand van casuïstiek verschillende aspecten van tuberculose. Deze les gaat over gedwongen isolatie.

Dit is de 23ste en laatste Klinische les die auteur Marleen Bakker sinds begin 2010 voor Tegen de Tuberculose schreef. De redactie bedankt haar voor de grote bijdrage die ze daarmee via dit blad leverde aan de Nederlandse tbc-bestrijding.

#### Oproep nieuwe auteurs

De redactie nodigt u bij deze uit: deel uw ervaringen en schrijf voor dit blad uw eigen Klinische les.

#### Casus 1

Op de spoedeisende hulp wordt bij een 36-jarige Surinamer tuberculose vastgesteld. Hij presenteert zich met pijnklachten in de borst bij diep inademen en hoesten. Hij rookt al jaren basepijp en geeft aan daarbij "altijd al" zwart sputum op te hoesten. Hij heeft geen koorts, geen nachtzweeten en is niet afgevallen. Bij lichamelijk onderzoek zijn er geen afwijkingen. Het laboratoriumonderzoek laat een sterk verhoogde bezinking zien. De thoraxfoto (afbeelding 1) toont een holte in de rechter bovenkwab. De patiënt geeft geen sputum op en gaat niet akkoord met een bronchoscopie. Wel wordt een

tracheaspoeling gedaan en blijkt het materiaal auramine-positief.

#### Slechte compliance

Als de uitslag bekend is, blijkt hij ondanks het verzoek om te wachten op de uitslag al vertrokken uit het ziekenhuis. De sociaal verpleegkundige van de GGD weet hem te bereiken en te overtuigen zich te melden bij de GGD, waar hij de behandeling start met de gangbare vier tuberculostatica. De kweek van tracheaspoelsel wordt later positief voor *Mycobacterium tuberculosis* en toont een normale gevoeligheid. Na vier weken verschijnt hij onregelmatig voor 'directly observed treatment' (DOT) op de



AFBEELDING 1 (CASUS 1):  
BIJ EERSTE PRESENTATIE OP SPOEDEISENDE  
HULP MET HOLTEVORMENDE AFWIJING  
IN DE RECHTER BOVENKWAB



AFBEELDING 2 (CASUS 1):  
ZES MAANDEN NA STAKEN BEHANDELING  
ZONDER AANWIJZINGEN VOOR ACTIEVE  
TUBERCULOSE

GGD en na zes weken in het geheel niet meer.

Na twee maanden belt een longarts uit Curaçao dat patiënt aldaar gedwongen is opgenomen. Zijn sputum is auramine-positief. Na twee maanden is de patiënt weer in Nederland en meldt hij zich bij de GGD, zonder medicatie. Zijn sputum is Ziehl-Neelsen (ZN) negatief. Een ambulante behandeling wordt niet wenselijk geacht en patiënt stemt in met vrijwillige opname in het Tuberculosecentrum Beatrixoord waar hij echter na acht dagen wegloopt. Als hij weer in beeld is bij de GGD wordt hem geadviseerd zich te melden bij hoestklachten of afvallen. Dat doet hij na twee maanden. De thoraxfoto toont nu een grote caverne. De ZN van het sputum is positief.

#### *Gedwongen isolatie*

Gezien het herhaaldelijk onttrekken aan de klinische behandelingen en de eerder mislukte ambulante behandeling wordt de burgemeester nu gevraagd met spoed een bevel tot gedwongen isolatie uit te schrijven. Na één uur heeft de burgemeester de beschikking getekend en wordt patiënt – onder politiebegeleiding – naar het Erasmus MC vervoerd. Aldaar wordt opnieuw met een tbc-behandeling gestart. Na tien weken wordt de gedwongen isolatie beëindigd als

patiënt de intensieve fase heeft voltooid en niet meer besmettelijk is. Hij is in de tussentijd 11 kg aangekomen. Hij blijft wel vrijwillig opgenomen. Na één week komt patiënt niet terug van zijn weekendverlof. De GGD probeert de behandeling nog ambulant voort te zetten onder DOT, maar ook daar verschijnt hij na twee weken niet meer.

In het screeningsprogramma voor drugsverslaafden en dak- en thuislozen wordt hij nog verschillende keren röntgenologisch gecontroleerd. Al die jaren zijn de thoraxfoto's onveranderd en zijn er geen aanwijzingen voor actieve tuberculose (afbeelding 2).

#### **Casus 2**

Een 38-jarige Surinamer wordt door de oogarts doorverwezen vanwege visusstoornissen van zijn rechteroog. Het beeld wordt geduid als uveïtis tuberculosa, omdat de tuberculinehuidtest sterk positief is en er geen andere verklaring is gevonden voor de ernstige vasculitis retinae (1).

De patiënt heeft geen tbc-specifieke klachten. Hij zou incidenteel alcohol gebruiken en ontkent drugsgebruik. De thoraxfoto (afbeelding 3) toont afwijkingen in de rechter bovenkwab suggestief voor pulmonale tuberculose. De patiënt kan geen sputum produceren en start met

de standaardtherapie voor tuberculose. Al snel geeft hij aan veel klachten van jeuk te hebben als bijwerking van zijn medicatie. Vanwege deze klachten zegt hij de medicatie niet meer te willen gebruiken.

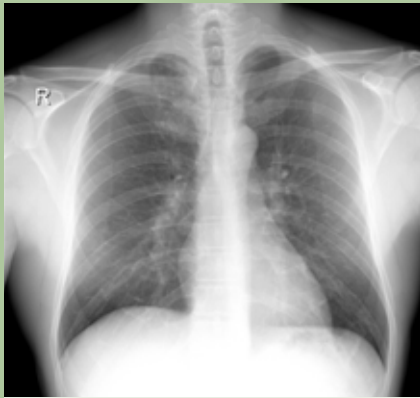
#### *Onbereikbaar*

Controleafspraken bij de longarts, immunoloog en oogarts worden na één maand niet meer opgevolgd. Ook de sociaal verpleegkundige kan hem niet bereiken. Zes maanden later komt hij naar de GGD met klachten van afvallen (9 kg in drie weken), nachtzweeten, niet productief hoesten en hoge koorts. Hij wijt dit zelf aan griep en geeft aan dat hij alweer aan de beterende hand is. Alcoholgebruik geeft hij nu aan als meer dan 10 eenheden per dag. Hij vertelt mede-eigenaar te zijn geworden van een kroeg.

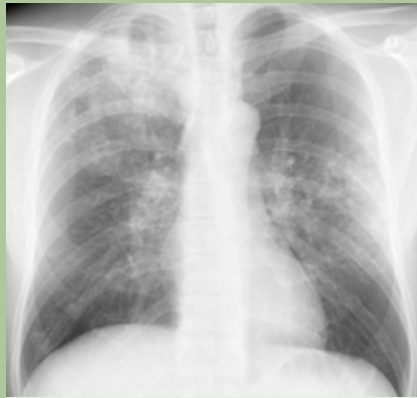
De thoraxfoto toont sterke verslechtering ten opzichte van de uitgangsfoto met uitgebreide infiltratieve afwijkingen links en rechts en holtevorming in de rechter bovenkwab (afbeelding 4). Het eerste sputum toont sporadisch zuurvaste staven, het tweede is duidelijk positief.

#### *Ontkenning en isolatie*

De patiënt gelooft niet in de diagnose tuberculose, wil niet meewerken aan isolatiemaatregelen en blijft doorwerken



**AFBEELDING 3 (CASUS 2):  
BIJ START BEHANDELING MET GERINGE  
INFILTRATIEVE AFWIJINGEN RECHTER  
BOVENKWAB**



**AFBEELDING 4 (CASUS 2):  
UITGEBREIDE INFILTRATIEVE AFWIJINGEN  
ZES MAANDEN NA START EERSTE  
BEHANDELING**



**AFBEELDING 5 (CASUS 2):  
BIJ AFGESLOTEN BEHANDELING**

in zijn eigen café. Er wordt een rechterlijke machtiging voor een gedwongen isolatie aangevraagd. De politie dringt vervolgens zijn café binnen en brengt hem voor de gedwongen isolatie naar het Erasmus MC. Hier gaat hij akkoord met de behandeling. Opnieuw treden er jeukklachten op, die goed te onderdrukken zijn met prednison en een antihistaminicum. Na drie weken is het sputum drie keer auramine-negatief en wordt de gedwongen isolatie opgeheven.

#### Bedreiging

De patiënt wordt aanvankelijk door de sociaal verpleegkundigen ge-DOT in het café, vóór openingstijd, maar als hij een van hen verbaal bedreigt, wordt besloten deze begeleiding te stoppen. Patiënt heeft bovendien medicatie van de eerste ziekte-episode in bezit, en zegt deze zelf wel in te kunnen nemen. De controles worden nu op de GGD voortgezet, waarbij hij ook de behandelend arts één keer bedreigt. Hij wekt de indruk wel therapietrouw te zijn en komt trouw op zijn afspraken. De thoraxfoto aan het einde van de behandeling toont restafwijkingen in de rechter bovenkwab (afbeelding 5). Aan zijn rechteroog is hij volledig blind geworden.

#### Bespreking

Nederland kent de Wet publieke gezondheid (Wpg) (2) om de maatschappij te beschermen tegen besmettelijke aandoeningen. Deze wet verving in 2008 de Infectieziektenwet van 1998. De Wpg geeft onder strikte condities ruimte om patiënten met bepaalde infectieziekten (waaronder tuberculose) gedwongen te isoleren. Het betreft patiënten die niet

vrijwillig meewerken aan isolatie. De wet is sinds de introductie uitsluitend voor tuberculose toegepast.

Gedwongen isolatie is een uiterste middel dat alleen ingezet mag worden als alle pogingen om een patiënt op vrijwillige basis te isoleren falen en de patiënt daadwerkelijk een groot gevaar voor de volksgezondheid is (2, 3). In Nederland is één centrum aangewezen voor de gedwongen isolaties, het Tuberculosecentrum Beatrixoord in Haren. In het verleden was het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, het huidige Erasmus Medisch Centrum, daarvoor aangewezen.

#### Tegenwoordig

De Wpg geeft criteria aan wanneer gedwongen isolatie ingesteld kan worden, maar is minder duidelijk over wanneer de isolatie opgeheven moet worden (3). In casus 1 heeft de patiënt twee keer een recidief besmettelijke longtuberculose ontwikkeld, waarvoor hij ook tweemaal gedwongen opgenomen werd. Tijdens de tweede gedwongen opname (in Nederland) werd de gedwongen isolatie opgeheven nadat de intensieve fase behandeling van twee maanden was voltooid. In casus 2 werd de patiënt voor de duur van de besmettelijke periode (drie weken) gedwongen opgenomen. De casussen laten enerzijds zien dat sommige patiënten zich na opheffen van de gedwongen opname niet aan afspraken (kunnen) houden voor ambulante behandeling, bijvoorbeeld vanwege een chaotische levensstijl. Anderzijds maken de voorbeelden ook duidelijk dat een onvoltooide behandeling niet altijd tot een recidief leidt.

De Memorie van Toelichting van de Wpg

biedt ruimte de gedwongen opname voort te zetten als de kans op onttrekken aan de behandeling en recidief tuberculose met besmettelijkheid groot is. De interpretatie van de Wpg en de Memorie van Toelichting lijkt het laatste decennium te verschuiven naar snellere gedwongen isolatie, bijvoorbeeld ook al bij een patiënt met sputum auramine-negatieve longtuberculose, en langer handhaven van de gedwongen opname (3, 4).

#### Ingrijpend

Professionals in de tbc-bestrijding geven advies aan bestuurders/burgemeesters over het starten en opheffen van een gedwongen opnamemaatregel. Rechters toetsen of de maatregel rechtmatig is ingesteld en besluiten over voortzetting ervan. Langdurige vrijheidsbeperking is echter een ingrijpende maatregel. Het is volgens ons tijd om in een landelijke commissie van tbc-professionals en juristen actuele casuïstiek te bespreken en zo nodig advies te geven over het handhaven en de duur van de gedwongen opname. ■

#### Literatuur

1. Bakker M, Rothova A. Uveïtis tuberculosa. Tegen de Tuberculose 2014;110(2):14-6
2. Dute JC. Tuberculosebestrijding onder dwang: mag dat? Tegen de Tuberculose 1997;93:100-102.
3. de Vries G, Bakker M, Huisman E, Akkerman O. Gedwongen opnames voor tuberculose in Nederland, 2000-2017. Tegen de Tuberculose. 2018;114(3):24-5.
4. 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.