

Uit het veld

Thuisisolatie tijdens de Nieuwe Influenza A (H1N1)-pandemie: bij twijfel toch doen?

A. Krom, B. Rump, M.F. Verweij, M. Bosschart, F. Woonink, C.J. Kessler, J.E. van Steenbergen

Begin juni 2009. Een vrouw krijgt last van milde griepklachten na een reis naar de Verenigde Staten (VS). Haar huisarts verdenkt haar van een infectie met de Mexicaanse griep en stelt de GGD op de hoogte. De GGD verricht conform protocol influenzadiagnostiek, start contactonderzoek en verzoekt de vrouw om in afwachting van de diagnose thuis te blijven. (1) Haar man, die ook griepkerig is teruggekomen uit de VS, voldoet tevens aan de casusdefinitie voor bemonstering. Hij zegt inmiddels klachtenvrij te zijn. De vrouw wil geen verdere contacten noemen maar verder verleent het echtpaar aanvankelijk alle medewerking: zij stemmen in met bemonstering door GGD-medewerkers en blijven thuis. Beiden blijken besmet en gaan akkoord met behandeling met Tamiflu. De man weigert echter tot 10 dagen na de eerste ziektedag thuis te blijven. Hij is zelfstandig ondernemer en werkt aan een overname waarbij grote belangen in het geding zijn. Ook de vrouw wil eerder naar buiten dan toegestaan. Ondertussen brokkelt in het land de steun voor het overheidsbeleid af, ook onder GGD medewerkers.

Dit is het achtste artikel in een serie ethische casusbesprekingen. Doel is steeds te laten zien hoe ethische reflectie kan bijdragen aan verantwoorde keuzes in infectieziektebestrijding. De methodiek van de casusbesprekingen is beschreven in een inleidend artikel. (2)

Stap 1: De morele vraag

Deze casus roept verschillende morele vragen op. Bijvoorbeeld of het echtpaar nadrukkelijker moet worden bewogen om mee te werken aan verder contactonderzoek. Het is immers niet uitgesloten dat zij anderen hebben besmet die nu mogelijk een verhoogd risico lopen. Tijdig ingrijpen zou eventuele schade nog kunnen beperken. Wij kiezen voor een tweede morele vraag, die vooral interessant is vanwege de afbrokkelende steun voor het beleid ten aanzien van de Mexicaanse griep (Nieuwe Influenza A – H1N1): *Moet de GGD de burgemeester adviseren om de man en vrouw desnoods in gedwongen isolatie te plaatsen?* Het morele aspect schuilt niet alleen in het overwegen van vrijheidsbeperking maar ook, aan de andere kant, in de overweging om dit niet te doen want afzien van isolatie betekent dat wordt afgeweken van overheidsbeleid. Kan dat moreel worden verantwoord?

Stap 2: Inventarisatie van risico's en handelingsopties

Om het risico verbonden aan de verspreiding van de nieuwe griep te bepalen, moet een uitspraak worden gedaan over de ernst van de schade die dit kan veroorzaken, en over de kans dat deze schade optreedt. De casus speelt aan het einde van de periode waarin sprake is van 'incidentele introductie' (zie kader). In Mexico en de VS wordt melding gemaakt van ernstige casuïstiek. Tenminste 2 groepen lijken een verhoogde kans te lopen om te overlijden: zwangere vrouwen en mensen met ernstig overgewicht. (3) Verder is nog vooral veel onbekend. De WHO schat dat 1 op de 3 mensen ziek zou kunnen worden, waarvan een deel ernstig. (4) Op basis hiervan wordt het nieuwe virus als groep A-ziekte aangemerkt, wat de weg vrij maakt voor ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen.

Hoe groot is het risico dat het echtpaar het virus verspreidt? De man is klachtenvrij en bij de gewone griep wordt aangenomen dat mensen dan niet meer besmettelijk zijn. De precieze transmissiepotentie van het nieuwe virus is echter onbekend en er is tenminste een theoretisch risico dat de man het virus nu nog kan verspreiden. De vrouw vormt, als zij eerder dan toegestaan naar buiten zou gaan, waarschijnlijk een groter risico dan de man om-

dat zij nog symptomen heeft. In het draaiboek voor incidentele introductie van een pandemisch influenzavirus wordt zekerheids-halve een isolatieduur van tien dagen na de eerste ziektedag aan-gehouden. (1)

In deze context staan de volgende handelingsopties open:

1. De eerste optie is om de zaak op zijn beloop te laten, dat wil zeggen te accepteren dat het echtpaar niet de volle tien dagen vanaf de eerste ziektedag (3 en 8 juni) thuis wil blijven. Wat hiervoor kan pleiten is dat ten tijde van de casus meer en meer twijfels ontstaan over de zinvolheid van het overheidsbeleid, ook onder deskundigen.
2. De tweede optie is om te proberen het echtpaar alsnog te overtuigen van de noodzaak om thuis te blijven. Als wordt overgegaan op een ongevraagd huisbezoek, waarbij men beschermende kleding en maskers draagt en wellicht met meerdere personen komt, gaat de poging tot overtuigen ook gepaard met symbolische druk. Wat voor deze optie kan pleiten is dat thuisisolatie op het moment van deze casus overheidsbeleid is. De gedachte dat men het niet op het geweten wil hebben, dat een van hen bijvoorbeeld een zwangere vrouw infecteert die vervolgens kan overlijden, kan hierbij meespelen.
3. De derde optie, waarvoor dezelfde redenen kunnen worden aangevoerd, is om echte druk uit te oefenen. Een manier om niet alleen symbolische druk uit te oefenen is door alleen nog Tamiflu te verstrekken als man en vrouw beide toezeggen de volle tien dagen thuis te blijven. Zoals eerder gemeld zijn man en vrouw aanvankelijk bereid om vrijwillig antivirale middelen (Tamiflu) te slikken.
4. De laatste optie is om direct alle juridische bevoegdheden te benutten en de burgemeester te adviseren om de man en vrouw in gedwongen isolatie te plaatsen.

Opties 2 t/m 4 zouden idealiter na elkaar moeten worden geprobeerd – de minst ingrijpende optie heeft in principe de voorkeur. Maar beslissingen moeten soms onder grote tijdsdruk worden genomen. Dat roept bijvoorbeeld de vraag op hoe lang geprobeerd moet worden om personen te overreden. Het is niet uitgesloten dat de tijdsdruk zo groot is dat al heel snel op andere opties moet worden overgestapt.

Stap 3: Bezwaren tegen mogelijke interventies

Tegen het op zijn beloop laten van de situatie (optie 1) kunnen verschillende bezwaren worden ingebracht: het echtpaar zou het virus nog kunnen verspreiden en hiermee risicogroepen in gevaar kunnen brengen; een ander bezwaar tegen de optie is dat daarmee tegen het landelijk geldende overheidsbeleid zou worden ingegaan.

Aan het alsnog proberen te overtuigen van het echtpaar (optie 2) kleven ook bezwaren. De vraag kan worden gesteld in hoeverre eventuele medewerking daadwerkelijk vrijwillig is. In de praktijk kan de grens tussen 'overreden' en 'drang' wel eens moeilijk te trekken zijn. Dit geldt zeker als bij het overreden meer en 'zwaardere' professionals worden ingezet, en de wettelijke mogelijkheden tot verdergaande maatregelen expliciet worden genoemd.

Er is ook een praktisch bezwaar: als de GGD professionals zelf niet overtuigd zijn van de zin van het overheidsbeleid, dan gaat dit mogelijk ten koste van hun overredingskracht. Dat is ook moreel relevant. Immers, als overreden niet lukt, dan komt eventuele vrijheidsbeperking in zicht. Dit praktische bezwaar zou er niet zijn als in dit soort situaties alleen professionals worden ingezet die overtuigd zijn dat het beleid zinvol is. Dit laat echter de meer fundamentele vraag onbeantwoord: hoe om te gaan met afbrokkelende professionele steun voor overheidsbeleid? Hierover straks meer.

Voorwaarden verbinden aan het verstrekken van de Tamiflu (optie 3) is een vorm van drang, bedoeld om een bepaalde reactie on-aantrekkelijker te maken – in dit geval om eerder dan toegestaan naar buiten te gaan. Vormen van drang kunnen aanvaardbaar zijn. Bezwaarlijk in dit geval is echter dat achteraf voorwaarden aan het verstrekken van Tamiflu worden verbonden. Was eerst het risico voor de man en vrouw zelf voldoende reden om het antivirale middel te krijgen, nu wordt verstrekking ineens afhankelijk gemaakt voor de risico's die zij voor anderen vormen. Daarmee zou ook een dubbel signaal worden afgegeven 'de ziekte is gevaarlijk genoeg om de volle tien dagen thuis te moeten blijven, maar niet gevaarlijk genoeg om ons ervan te weerhouden u desnoods de antivirale middelen te ontzeggen.'

Tegen de laatste optie – de burgemeester adviseren gedwongen isolatie toe te passen – pleit dat het een vrijheidsberoving betreft en het welzijn van het echtpaar wordt aangetast. Het is een zeer belastende maatregel die bovendien grote kosten met zich meebrengt: de man is zelfstandig ondernemer, en is hij bezig met een bedrijfsovername die cruciaal is voor het voortbestaan van zijn bedrijf en daarmee de werkgelegenheid van zijn werknemers. Voor zo'n interventie is een sterke rechtvaardiging nodig, terwijl de professionals nota bene zelf twijfelden aan het nut van de maatregel

Stap 4: Rechten, plichten en verantwoordelijkheden

Een arts infectieziektebestrijding die medisch inhoudelijke twijfels heeft aan de ernst van de pandemie en de zin van het overheidsbeleid, staat voor een dilemma. Beleid uitvoeren waaraan men twijfelt, raakt aan wat we het 'zelfrespect van de professional' kunnen noemen. Artsen infectieziektebestrijding moeten altijd ook een inhoudelijk oordeel over een casus vellen, over wat in de richtlijnen staat. Bij medisch inhoudelijke twijfel aan het overheidsbeleid is dan echter sprake van conflicterende plichten. Een arts infectieziektebestrijding is namelijk ook ambtenaar en dient in beginsel het actuele overheidsbeleid uit te voeren. Daar kunnen in dit geval ook morele redenen voor worden gegeven: het hanteren van een eenduidig (landelijk) beleid voorkomt dat burgers in vergelijkbare situaties, verschillend worden behandeld. Het zou bijzonder onrechtvaardig zijn als een ondernemer in de ene provincie gedwongen wordt thuis te blijven (met alle gevolgen van dien) en in de andere provincie niet. Landelijke coördinatie draagt bij aan de effectiviteit, maar zorgt ook voor een rechtvaardige infectieziektebestrijding.

Stap 5: Conclusie en argumentatie

De verschillende plichten van GGD-professionals maken duidelijk dat het niet te verdedigen is om de zaak bewust op zijn beloop laten (optie 1). Ook de tweede optie, om de Tamiflu met terugwerkende kracht als pressiemiddel te gebruiken is slecht verdedigbaar. Als er al voorwaarden aan worden verbonden, dan had dat vanaf het begin moeten worden gedaan.

Het heeft in de casus de voorkeur om de man en vrouw in eerste instantie op te zoeken en te overreden om thuis te blijven. De GGD-professionals moeten dit voor hun eigen veiligheid doen gekleed in beschermende pakken, maar dat heeft als bijkomend voordeel dat ook symbolische druk wordt uitgeoefend. Als de weigering van de man vooral wordt ingegeven door de bezorgdheid om het voortbestaan van zijn bedrijf, zou nagegaan kunnen worden of het mogelijk is om de man op enige manier tegemoet te komen (bijvoorbeeld door hem organisatorisch of financieel te ondersteunen, of door als overheid met zijn partners te overleggen). Als dit alles niet het beoogde resultaat heeft dan zou, omwille van de rechtvaardigheid, in het bijzijn van de man gemeld moeten worden dat de optie openstaat om in deze gevallen de burgemeester te adviseren over te gaan tot gedwongen isolatie. Als dat niet werkt, dan is het in de casus verdedigbaar om de burgemeester dit advies daadwerkelijk te geven. De wet biedt daartoe ook de mogelijkheid. Het argument dat het zelfrespect van de professional/ambtenaar die twijfelt aan het overheidsbeleid in het geding komt, hoeft dus niet doorslaggevend te zijn. De steun voor het beleid brokkelde weliswaar af, in de media en onder professionals, maar niet zodanig dat de risico's voor lief genomen zouden moeten worden.

Kijken we naar het effect van de maatregel op alleen dit echtpaar, dan is thuisisolatie disproportioneel gezien de beperkte risico's van het virus. De suggestie hier is echter dat in een oordeel over de proportionaliteit van een maatregel ook het aspect van rechtvaardigheid naar de rest van de samenleving betrokken moet worden.

Ook al is er in dit geval reden om desnoods thuisisolatie af te dwingen, dit betekent niet dat er met de medisch inhoudelijke twijfel van de GGD-professional rond het infectieziektebestrijdingsbeleid niets gedaan moet worden. Integendeel. Wel valt er iets voor te zeggen dat de GGD-professional deze twijfel in eerste instantie binnen het professionele domein uit. Het breed uitmeten van verschillen tussen professionals in de media brengt het risico met zich mee dat het publieke draagvlak voor infectieziektebestrijdingsmaatregelen wordt ondergraven. Een optie is om de professionele twijfel in eerste instantie richting het RIVM te uiten, dat immers de richtlijnen maakt waar de twijfel betrekking op heeft. Via die weg zou aanpassing van de richtlijn denkbaar zijn. Of en wanneer aanpassing plaatsvindt is niet op voorhand te zeggen. Dat betekent in de praktijk dat er omstandigheden kunnen zijn waarin GGD-professionals bepaald beleid moeten uitvoeren waarvoor al goede redenen zijn om het te wijzigen.

Stap 6: Concrete maatregelen en resterende vragen

In werkelijkheid is het niet gelukt het echtpaar te overreden. Op enig moment was de periode van tien dagen al verstreken – zonder dat er bewust voor was gekozen om niet verder in te grijpen. Het is onbekend of de man en vrouw in de tussentijd naar buiten zijn geweest, en eventuele contacten hebben besmet.

Thuisisolatie is moreel verdedigbaar in de casus. Los daarvan blijven enkele vragen over. Bijvoorbeeld of dit echtpaar nadrukkelijker zou moeten worden bewogen om de contacten te noemen. Zou hierbij dwang toelaatbaar zijn?

Een andere vraag wat de afwegingen geweest zouden zijn als een huisarts een rol zou hebben in deze casus. Zou een huisarts, wiens professionele rol meer gericht is op individuele patiënten dan op volksgezondheid, eerder af mogen wijken van het overheidsbeleid dan GGD-professionals?

Tot slot, er is vermoedelijk bij de meeste GGD'en sprake geweest van dilemma's rond gedwongen (thuis)isolatie. Toch zijn er, voor zover bekend, in Nederland geen gevallen geweest van gedwongen isolatie. Werd dwang, gegeven de mate van verspreiding en de ernst van de risico's, algemeen als disproportioneel gezien?

Auteurs

A. Krom¹, B. Rump², M.F. Verweij¹, M. Bosschart³, F. Woonink², C.J. Kessler¹, J.E. van Steenbergen⁴

¹ Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht

² GGD Midden-Nederland, Zeist

³ GGD Gooi en Vechtstreek, Hilversum

⁴ Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven

Literatuur

1. LCI. Operationeel deeldraaiboek 2. Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland, juni 2009.
2. Verweij M.F., Krom A., Steenbergen J.E. van, Ethische kwesties in de infectieziektebestrijding, Infectieziekten Bulletin (21)7, 217-218
3. Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/10.
4. RIVM. Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM, 2010.

Fasering Nieuwe Influenza A (H1N1)

De hier beschreven casus speelt begin juni 2009. In Mexico en de VS is al sprake van een landelijke uitbraak van Nieuwe Influenza A (H1N1). Het aantal bevestigde gevallen in Spanje en het Verenigd Koninkrijk neemt snel toe.

Als het hier genoemde echtpaar terugkomt uit de VS gaat het Nederlandse bestrijdingsbeleid nog uit van *incidentele introductie*. Het beleid is gericht op *containment*, waarbij besmette patiënten zo vroeg mogelijk worden opgespoord om zo verspreiding te beperken. Patiënten met een passend klinisch beeld en een recent verblijf in Mexico of de VS worden onderzocht op dragerschap van het virus en zo nodig behandeld en in thuisisolatie geplaatst. Ook directe contacten worden opgespoord en (profylactisch) behandeld met Tamiflu.

In de tweede week van juni wordt via inf@ct gemeld dat het RIVM zich beraadt op het loslaten van de containmentstatus en het advies om het beleid te richten op mitigatie. Hierbij wordt verspreiding niet meer tegengegaan maar worden alleen morbiditeit en mortaliteit beperkt. Infectie met het virus blijkt tot een mild ziektebeeld te leiden en beperkte verspreiding in Nederland is al aan de orde. Op 22 juni wordt de thuisisolatie van herstelde patiënten officieel losgelaten. (4)