

Uit het veld

Shigellose na terugkomst vakantie

A. Krom, M.F. Verweij, M.J.M. te Wierik, J.E. van Steenberg

Na een groepsreis door Thailand krijgen 9 van de 16 leden van het reisgezelschap verschijnselen van koorts en diarree. Zes werden ziek tijdens de terugvlucht, 3 na thuiskomst. Bij één alleenstaande medereiziger is de diagnose shigellose door middel van laboratoriumdiagnostiek bevestigd. Zijn eerste ziektedag past bij een in Thailand opgelopen infectie. Als de GGD 9 dagen na terugkomst uit Thailand contact opneemt met de man over de uitslag, komt het reisgezelschap ter sprake. De man wist van vergelijkbare klachten bij 8 anderen. In geval van blootstelling aan dezelfde bron is de incubatietijd al voorbij. De GGD-arts staat voor de vraag of in dit stadium iets gedaan moet worden om verdere verspreiding van *Shigella*-bacteriën te voorkomen.

Dit is het zevende 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. (1)

indirect door bijvoorbeeld voorwerpen (toilet) of via fecaal verontreinigd water of voedsel. Voor besmetting zijn slechts weinig bacteriën nodig: 100-200 bacteriën volstaan om de helft van de mensen ziek te maken die ermee in aanraking komen. (2)

Stap 1: Wat is de morele vraag?

Moet de GGD (in dit late stadium) ingrijpen om verdere verspreiding van *Shigella* in Nederland te voorkomen, of mag de verantwoordelijkheid hiervoor aan de betrokkenen worden overgelaten? Deze vraag heeft een ethische component: het gaat niet alleen om een risico-inschatting, het is ook een kwestie van verantwoordelijkheid. Door normale (hand- en toilet)hygiëne in acht te nemen kan verspreiding namelijk voorkomen worden. Daarbij komt dat in Nederland in principe goede diagnostiek en behandeling beschikbaar is voor het geval toch een contact van een zieke ernstige diarree zou krijgen.

Stap 2: Inventarisatie van risico's en handelingsopties

Shigellose is zeer besmettelijk, zeker tijdens de acute fase. De ziekte wordt fecaal-oraal overgedragen, dit kan direct door een geïnfecteerd persoon (handen, oro-anaal seksueel contact), en

Risico's op ernstig beloop

Hoewel ernstiger dan een 'buikgriepje', levert shigellose in Nederland meestal geen grote gezondheidsproblemen op. De ziekte begint met koorts en buikkrampe. Dan volgt eerst waterdunne en daarna slijmerige diarree, vaak met bloed. In sommige gevallen ontstaat ernstige diarree, en dreigt uitdroging. Bij slijmerige en bloederige diarree is behandeling met antibiotica nodig, om complicaties te voorkomen. Vooral jonge kinderen, bejaarden en personen met onderliggend lijden hebben een verhoogde kans op een ernstig beloop. Zij zouden in het uiterste geval door uitdroging kunnen overlijden. De kans dat je in Nederland aan de gevolgen van shigellose overlijdt, is echter heel klein. (3,4) Meestal treedt na een week (5-10 dagen) spontaan herstel op.

Besmettingsrisico's

Verspreiding kan zich het makkelijkst voordoen onder slechte hygiënische omstandigheden, zeker bij bereiding van etenswaren, en in situaties van nauw lichamen contact. De kans op ernstige gevolgen is het grootst als jonge kinderen, ouderen of personen met onderliggend lijden worden geïnfecteerd. Hoe groot is het besmettingsrisico in de casus? Vooralsnog is bij

slechts 1 van de 9 ziekten de diagnose shigellose bevestigd. Deze patiënt is alleenstaand en heeft geen huisgenoten, die gebruik maken van hetzelfde toilet. Ook werkt hij niet in een risicovolle omgeving zoals in de zorg of in de voedselindustrie. Daarom hoeft bij de man ook geen contactonderzoek te worden verricht.

We zouden kunnen aannemen dat de andere zieke reisgenoten ook een *Shigella*-infectie hebben. Daarmee sluipt een onzekerheid in de beoordeling van de situatie, maar wordt wel voor de meest veilige optie gekozen. Van alle micro-organismen die diarree kunnen veroorzaken zit *Shigella* immers aan de meer ziekmakende kant van het spectrum. Het is onbekend hoe de gezinssituatie van de andere zieken is, en of zij in de voedingsindustrie of zorg werken. De maximale incubatietijd is een week, de besmettelijke periode varieert, zonder antibiotica, van ongeveer 2 weken tot enkele maanden vanaf de eerste ziektedag. Het gezelschap is 9 dagen terug in Nederland.

Handelingsopties

Tegen deze achtergrond staan globaal drie handelingsopties open die variëren van minder naar meer ingrijpen.

- **Niets doen:** Shigellose is een goed behandelbare ziekte, en van mensen die diarree hebben mag verwacht worden dat zij meer hygiëne in acht nemen, en zo de kans op verspreiding verminderen.
- **Informeren:** De GGD informeert het gehele reisgezelschap per brief over mogelijke blootstelling aan *Shigella*, over de noodzaak van goede hygiëne en de mogelijke risico's voor anderen - met bijzondere aandacht voor de werksituatie. Een stap verder binnen deze optie is om in die brief te vragen om of wel in ieder geval contact op te nemen met de GGD of de huisarts op te nemen of alleen bij klachten. Nog een stap verder is om de personen na te bellen, waardoor de GGD controle houdt. Naar aanleiding van de brief worden mogelijk ook mensen getest.
- **Testen:** Een derde optie, die overigens niet wordt genoemd in de richtlijn, is alle reisgenoten testen, inclusief de 7 personen die (nog) geen klachten hebben.

Bij elke positieve fecesweek zouden, afhankelijk van de gezins- en werksituatie, gerichte adviezen gegeven kunnen worden over hygiënemaatregelen en eventueel wering. Te denken valt aan het vermijden van contact met voedsel in de voedingsindustrie, en het betrachten van goede hygiëne in de zorg (goed de handen wassen, eventueel een apart toilet gebruiken). In het - vanuit ethisch oogpunt - uiterste geval zouden beperkingen aan de persoon kunnen worden opgelegd, bijvoorbeeld een (gedeeltelijk) werkverbod gedurende de besmettelijke periode.

Stap 3: Bezwaren tegen mogelijke interventies

Shigellose is een meldingsplichtige ziekte. In een perfecte gezondheidszorg worden alle gevallen van shigellose gediagnosticeerd, gemeld bij een GGD en via Osiris bekend bij het RIVM. Er zijn geen andere gevallen gemeld dan de alleenstaande indexpatiënt. Als de GGD het verhaal van de andere zieke reizigers niet had gehoord, was er geen reden tot ingrijpen. Als de man goede

hand- en toilethygiëne in acht neemt, heeft de GGD haar minimale taak na melding van een geval in formele zin volbracht.

In deze casus is niets doen echter geen reële optie. Het is immers bekend dat 9 mensen ziek zijn en van 8 van hen zijn de werk- en gezinsomstandigheden onbekend. Als zij kinderen hebben, dan lopen die mogelijk risico. Als zij in de voedingsindustrie of zorg werken, loopt een groot aantal mensen mogelijk een risico, zonder dat te weten. Omdat er meerdere mensen ziek zijn, en mogelijk een risico vormen voor anderen, is er dus meer reden om in te grijpen. Anderzijds worden werkers in de zorg of voedselindustrie door hun werkgever geïnstrueerd om bij aandoeningen met een mogelijke besmettelijk karakter dat te melden aan de werkgever of bedrijfsarts. Ook de andere 2 handelingsopties zijn echter niet zonder bezwaren.

Een bezwaar tegen zowel de derde optie (iedereen testen) als de tweede (iedereen informeren) is dat dit als een inbeuk op de privésfeer zou kunnen worden ervaren. Zou de GGD mogen weten wie aan deze reis hebben deelgenomen, om vervolgens contact met hen op te kunnen nemen? Dit privacyargument is niet zo sterk, want er is sprake van een risico voor derden, en dat is een reden om 'privé' niet altijd strikt op te volgen. De privacyinbreuk is bovendien beperkt en zou nog verder kunnen worden verkleind door niet de GGD zelf maar de reisorganisatie contact op te laten nemen met de reizigers.

Een ander mogelijk bezwaar tegen de tweede en derde optie is dat dit onrust kan veroorzaken. Ook deze overweging is weinig overtuigend: shigellose is in de meeste gevallen geen levensbedreigende ziekte, maar gegeven de kans dat kwetsbare personen worden besmet is het wel terecht dat de personen zich enige zorgen maken als ze klachten hebben en op grond daarvan proberen de kans op verspreiding te verkleinen.

Tegen het voorstel om iedereen te testen kan worden ingebracht dat kosten en inspanning om iedereen te bereiken en via een fecesweek te testen niet in verhouding zijn tot het risico. Hoogstens zou men kunnen overwegen om personen die in risicovolle omstandigheden wonen of werken te testen. In de praktijk wordt in duidelijk omschreven gevallen bij een positieve fecesweek standaard voor wering gekozen. Voor de gemelde patiënt is dat hier niet aan de orde.

Ook de tweede mogelijkheid (iedereen informeren) heeft verdere beperkingen en nadelen. Een brief zal mogelijk niet door iedereen worden gelezen of voldoende worden begrepen (zo'n 10% van de volwassen Nederlanders is functioneel analfabeet). Als onduidelijk blijft of mensen zich de ernst van de situatie realiseren, kan de GGD er voor kiezen om zelf meer de regie te houden, bijvoorbeeld door de mensen na te bellen.

Stap 4: Plichten, rechten en verantwoordelijkheden

GGD'en hebben een morele en wettelijke verantwoordelijkheid om de verspreiding van infectieziekten tegen te gaan. Die verantwoordelijkheid is echter niet onbeperkt; als burgers zichzelf

goed kunnen beschermen, ligt de verantwoordelijkheid in belangrijke mate bij henzelf. De overheid kan zich dan in de eerste plaats richten op het voorkomen van verspreiding van ziekten waar burgers zich *niet* afdoende zelf tegen kunnen beschermen. Dat omvat bijvoorbeeld maatregelen gericht op risicovormers – mensen die mogelijk besmettelijk zijn. Die maatregelen kunnen inhouden dat de verantwoordelijkheid voor het risico dat zij vormen voor anderen bij risicovormers zelf wordt gelegd. Om die verantwoordelijkheid te kunnen dragen moeten mensen tenminste geïnformeerd zijn over de risico's en preventiemogelijkheden. In deze casus is bij de GGD bekend dat de betrokkenen anderen kunnen infecteren met *Shigella*. Het is bekend dat risicovormers zich niet altijd bewust zijn van de gevaren van besmettelijke aandoeningen, en die ook niet altijd melden aan de werkgever. Door de leden van het reisgezelschap te informeren (per brief, eventueel via de reisorganisatie) over mogelijke risico's en adequate hygiënische zorg, worden zij in staat gesteld om verantwoordelijkheid te nemen voor hun gedrag. De informatie dat het om shigellose gaat geeft een zwaardere lading dan de ervaren milde diarree en kan leiden tot het beter opvolgen van de bestaande maatregelen voor medewerkers met diarree.

Mag het aan individuen worden overgelaten om de gegeven adviezen al dan niet op te volgen, of moet de GGD 'er bovenop' blijven zitten? Als je mensen verantwoordelijkheid in handen geeft, moet je hen ook als zodanig behandelen. Dat betekent in dit geval: alleen bellen en controleren als dat essentieel is. Aangezien shigellose vaak vanzelf overgaat, en anders meestal goed behandelbaar is, is controle alleen zinvol in geval een besmettelijk persoon werkt/verblijft in een risicovolle omgeving, bijvoorbeeld een snackbar, een verpleeghuis of in het gezin, vooral als daar (kleine) kinderen aanwezig zijn. Overwogen kan worden om de reizigers in de brief nadrukkelijk te verzoeken om, als zij klachten hebben, of als zij in de zorg- of voedingsindustrie werken, contact op te nemen met de GGD.

Wanneer kan of moet de GGD het voorkomen van verdere verspreiding van *Shigella* loslaten? Dat geldt zeker in de volgende gevallen:

- als het achterhalen van de namen van de reizigers buitenproportioneel moeite kost, ook als daardoor risicovormers niet bereikt worden. De kans dat shigellose tot ernstige complicaties leidt is beperkt. Tijd en geld kunnen dan beter worden besteed.
- als iemand ziek is en geïnformeerd is over risico's en maatregelen, vooral als per brief is medegedeeld dat hij zelf verantwoordelijk wordt gehouden voor het wel/niet opvolgen van maatregelen.
- als iemand zegt dat hij bepaalde preventieve maatregelen zal nemen (bijvoorbeeld toilethygiëne, niet gaan werken), dan moet de GGD er vanuit kunnen gaan dat de persoon de maatregelen ook zal nemen, tenzij er duidelijke redenen zijn om daar aan te twijfelen.

Als iemand echter zegt dat hij geen preventieve maatregelen zal nemen, dan is er voor de GGD wel reden om een stap verder te gaan. De persoon heeft dan immers aangegeven zijn verantwoordelijkheid niet te willen nemen, en vormt daarmee een risico voor derden die zich daar zelf niet afdoende tegen kunnen beschermen.

Stap 5: Conclusie en argumentatie

Gegeven het feit dat nog andere mensen uit het gezelschap ziek zijn geworden is er goede reden om iedereen in ieder geval in te lichten over de mogelijke besmetting met *Shigella*. Door helder aan te geven wat men moet doen om verspreiding te voorkomen, geeft de GGD hen de verantwoordelijkheid in handen. Echter, als de GGD iedereen vervolgens ook nog nabelt, wordt die verantwoordelijkheid eigenlijk niet serieus genomen. Daarom valt het, als de GGD enige controle wil houden, te overwegen om de personen in de brief te verzoeken in specifieke gevallen (bij klachten, of wanneer ze in een risicovolle omgeving werken) zelf contact op te nemen. Daarmee zou het vervoltraject bij personen met klachten in elk geval geborgd zijn.

Stap 6: Concrete maatregelen

In werkelijkheid heeft de GGD het hele reisgezelschap een brief gestuurd. Omdat de indexpatiënt geen gezinsleden heeft, is bij hem geen contactonderzoek gedaan. De leden van het reisgezelschap zijn niet nagebeld.

Welke vragen blijven liggen?

- De discussie heeft zich toegespitst op de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de GGD en de leden van het reisgezelschap. Aangegeven werd dat als een persoon zegt dat hij preventieve maatregelen zal nemen (bijvoorbeeld niet naar het werk gaan), de GGD in eerste instantie geen reden heeft om te controleren of de persoon zich daar aan houdt. Maar hoe zit het met de werkgever? Zou de GGD een werkgever moeten bellen, als een bedrijfsarts bereikt kan worden?
- Aangegeven werd dat de GGD het voorkomen van verdere verspreiding van *Shigella* kan of moet loslaten als het achterhalen van de namen van de reizigers zeer veel moeite kost. Wanneer daar precies sprake van is, is nog grotendeels een open vraag. Duidelijk is wel dat gegeven de verantwoordelijkheid die professionals nu eenmaal hebben (inclusief een meldplicht voor Shigellose), een puur subjectief antwoord (bijvoorbeeld 'Ik zie er tegenop') niet zou volstaan.
- Als personen geen preventieve maatregelen willen nemen, geeft dat de GGD extra reden om in te grijpen. Maar zullen deze personen zich daarover wel uitlaten? Misschien, maar misschien ook niet. Professionals zullen altijd een inschatting moeten maken van hoe betrouwbaar de reactie van betrokkenen is.

Auteurs

A. Krom¹, M.F. Verweij¹, M.J.M. te Wierik², J.E. van Steenbergen³

1. Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht
2. GGD Midden-Nederland, Zeist
3. Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven

Correspondentie

A. Krom | a.krom@uu.nl

Literatuur

1. Verweij M.F, Krom A, Steenbergen J.E. van, Ethische kwesties in de infectieziektebestrijding, Infectieziekten Bulletin (21)7, 217-218
2. DuPont H.L., Levine M.M., Hornick R.B., Formal S.B. Inoculum size in shigellosis and implications for expected mode of transmission. J Infect Dis. 1989;159(6):1126-28.
3. Van Pelt W, Wannet W.J.B., van de Giessen A.W., Mevius D.J., Koopmans M.P.G., van Duynhoven Y.T.H.P. Trends in gastro-enterytis van 1996 tot en met 2004. Infectieziektebulletin, 2005; 16: 250-56.
4. Friesema I, van Pelt W. Persoonlijke communicatie, RIVM, juni 2011.