

R. van Hest
tbc-arts/epidemioloog GGD
Rotterdam-Rijnmond
A. Story
tbc-verpleegkundige/onderzoeker
Health Protection Agency, Londen

Tbc-bestrijding onder daklozen en drugsgebruikers binnen de EU

De epidemiologie van tuberculose in de Europese Unie (EU) verandert en de ziekte concentreert zich binnen bepaalde groepen inwoners van grootstedelijke gebieden. In de grote steden woont een disproportioneel aantal sociaal zwakke personen die tot risicogroepen voor tuberculose behoren, zoals recente immigranten (legaal of illegaal) uit landen waar nog veel tuberculose voorkomt, dak- en thuislozen, harddrugsgebruikers, alcoholisten, psychiatrisch gestoorde zwervers en ex-gedetineerden. De transmissie vindt redelijk ongehinderd plaats, de bestrijding is een vak apart.

De verschillende risicofactoren overlappen elkaar nog wel eens en komen ook meer dan gemiddeld voor binnen de gevangenispopulaties (1).

De tbc-bestrijding onder de risicogroepen wordt gecompliceerd door vertraagde diagnostiek, langdurige transmissie (de verspreiding van de bacteriën in de omgeving van de patiënt) en een matige therapietrouw. Dat kan leiden tot het ontwikkelen van vormen van tuberculose die resistent geworden zijn voor bepaalde geneesmiddelen (2).

Recent toonde een internationaal onderzoek naar de risicofactoren voor de transmissie van tuberculose in landen waar de ziekte niet meer zo vaak voorkomt aan dat dakloosheid, intraveneus drugsgebruik en alcoholmisbruik de belangrijkste factoren zijn die gekoppeld kunnen worden aan onbelemmerde transmissie van tuberculose onder de bevolking (3). In 2002 en 2003 was een op elke zes aangegeven tbc-patiënten in Rotterdam of Londen dakloos, harddrugsverslaafd of (ex-)gedetineerd (5,6).

Mini-epidemieën

Vaak hebben mensen behorende tot de genoemde risicogroepen minder makkelijk toegang tot de gezondheidszorg of ze vermijden (tijdig

contact met deze zorg terwijl door hun levensstijl symptomen die mogelijk bij tuberculose passen kunnen worden gecamoufleerd. Hierdoor ontwikkelt tuberculose zich bij hen vaker tot ernstige en besmettelijke vormen voordat de ziekte wordt vastgesteld.

Daklozen en harddrugsgebruikers maken regelmatig gebruik van dikwijls drukke en bedompte ruimtes, zoals de dag- en nachtopvang, methadonposten of gebruikersruimtes. Hun algemene gezondheid is vaak zwak, wat hun afweer tegen tuberculose verlaagt. Al deze factoren versterken elkaar en kunnen leiden tot mini-epidemieën ('outbreaks') van tuberculose onder daklozen en harddrugsgebruikers (7). Binnen de EU zijn de laatste decennia veel van deze outbreaks beschreven met een vergelijkbare (zeer) hoge ziektegraad van tussen de 500 en 1500 tbc-patiënten per 100.000 personen (en zelfs het dubbele in sommige Midden- en Oost-Europese lidstaten), waarmee tuberculose onder daklozen en harddrugsgebruikers duidelijk een gemeenschappelijk Europees probleem is (1, 4-17), ook in mogelijke toekomstige lidstaten (18).

De laatste decennia zijn er geen nieuwe eerstelijns geneesmiddelen voor de behandeling van tuberculose ontdekt en, alhoewel erg effec-



Rotterdamse mobiele röntgenunit bij het screenen van de (voormalige) Pauluskerk

tief, is de huidige tbc-behandeling lang en wordt deze regelmatig gecompliceerd door bijwerkingen van de medicijnen. Als de diagnose eenmaal is gesteld, is een matige therapietrouw of zelfs het afbreken van de behandeling bij daklozen, harddrugsverslaafden en alcoholisten niet ongebruikelijk. Dat kan tot verdere verspreiding van de ziekte leiden, wellicht ditmaal met (multi-drug)resistente *M. tuberculosis*-stammen (5, 14, 19). De transmissie kan natuurlijk ook plaatsvinden naar het personeel van de opvangcentra, methadonposten en gevangenissen, en verder naar gezondheidswerkers, maatschappelijk werkers of de algemene bevolking (4, 14).

Framework Action Plan

In februari 2008 publiceerde het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) het 'Framework Action Plan to fight tuberculosis in the European Union', dat aanwijzingen geeft en voorstellen doet voor de vermindering van de tbc-last in EU-lidstaten (20). Dit rapport erkent de concentratie van tuberculose binnen kwetsbare bevolkingsgroepen die moeilijk te bereiken en moeilijk te behandelen

zijn als een van de belangrijkste uitdagingen voor de tbc-bestrijding binnen de EU, naast de multi- en extensieve geneesmiddelenresistentie en het samengaan van tuberculose en hiv-infectie. Het ECDC-rapport stelt dat het bestrijden van tuberculose in de kwetsbare groepen een essentieel element moet zijn van een allesomvattende strategie om tuberculose te verminderen en uiteindelijk te elimineren.

Het actieplan is gebaseerd op vier principes:

1. *Iedereen in de EU van snelle en kwalitatief goede zorg verzekeren*, bijvoorbeeld door het realiseren van een tbc-bestrijding die ook gericht is op de behoeften van de kwetsbare risicogroepen. Dit vereist een ononderbroken toewijding met toewijzing van middelen die in verhouding staan tot de complexiteit van deze zorg op maat, zoals outreach-activiteiten, bijvoorbeeld het geven van een gesuperviseerde behandeling ('Direct Observed Therapy', DOT).
2. *De bestaande gezondheidszorgsystemen in de EU versterken*, bijvoorbeeld zorgsystemen in de

EU-landen toegankelijk, flexibel en patiëntvriendelijk maken, ook voor kwetsbare groeperingen, zonder culturele, sociale en economische drempels.

3. *Nieuwe instrumenten ontwikkelen die de uitvoering van de tbc-bestrijding verbeteren*, bijvoorbeeld goed onderbouwde ('evidence based') methoden binnen de maatschappelijke gezondheidszorg die de transmissie van de ziekte zo vroeg en zo effectief mogelijk onderbreken, bijvoorbeeld door actieve opsporing van patiënten.
4. *Het opbouwen van relaties en samenwerkingsverbanden tussen EU-landen en bij de tbc-bestrijding betrokken partijen*. Volgens het actieplan moeten EU-organisaties, in samenwerking met partners, het identificeren, ontwikkelen en verbreiden van goede praktijkmodellen voor tbc-bestrijding ondersteunen.

Het verschijnen van dit rapport geeft voor het eerst de gelegenheid stil te staan bij tuberculose onder daklozen en harddrugsgebruikers binnen de EU en het versterken van bestrijding ervaar, en na te denken over een gemeenschappelijke Europese aanpak door uitwisseling van ervaringen, onderzoek en samenwerking, en de rol die de Nederlandse tbc-bestrijding hierbij kan spelen.

Onze standpunten

1. Tuberculose is een grote uitdaging voor de volksgezondheidszorg binnen de EU in de 21ste eeuw, die om samenwerking en gezamenlijke aanpak vraagt.
2. De behandeling van tuberculose is een van de meest kosteneffectieve interventies binnen de gezondheidszorg (21, 22).
3. Tuberculose blijft een ziekte met een stigma en is sterk gerelateerd

- aan armoede, slechte huisvesting en sociale uitsluiting.
4. Goede tbc-bestrijding is niet mogelijk zonder rekening te houden met de sociale problematiek.
 5. Bepaalde groeperingen binnen de EU hebben niet alleen de hoogste ziektelast voor tuberculose maar tevens de slechtste toegang tot goede gezondheidszorg en de geringste kans om een behandeling te voltooien.
 6. Een conventionele aanpak van tbc-bestrijding, zoals met contactonderzoek en zelfstandige medicatie-inname, is ongeschikt voor moeilijk benaderbare groeperingen.
 7. Een tbc-bestrijding die niet gericht is op de behoeften van deze, vaak grootstedelijke, moeilijk benaderbare groeperingen loopt het risico op een toename van tuberculose en het ontstaan van resistente bacteriestammen, die de ziekte wederom onbehandelbaar kunnen maken.
 8. Er bestaat een dringende behoefte aan een meer toegankelijke en flexibele tbc-bestrijding die in staat is om actief de risicogroepen en hun omgeving hierbij

te betrekken.

9. Tuberculose kan niet worden bestreden onder de gehele bevolking zonder specifieke aandacht voor en gerichte interventies onder de moeilijk benaderbare risicogroepen.

Tbc-bestrijdingsmodellen

Tuberculose is niet alleen een medische ziekte maar heeft ook sterke sociale wortels en aspecten (23). Tuberculose onder daklozen en harddrugsverslaafden en andere genoemde risicogroepen kan niet alleen worden bestreden met voornamelijk medisch-technisch ingestelde zorg vanuit een ziekenhuis, beperkt in tijd, flexibiliteit en affiniteit. De ziekenhuiszorg moet worden aangevuld met laagdrempelige tbc-klinieken binnen de maatschappelijke gezondheidszorg, met onder andere speciale aandacht voor de kwetsbare risicogroepen in de samenleving, zoals we die in Nederland kennen binnen de verschillende GGD'en.

Dit succesvolle Nederlandse systeem is volgens ons een voorbeeld van een goed tbc-bestrijdingmodel, waarbij mensen worden onderzocht

op tuberculose(-infectie) en patiënten worden behandeld in nauwe samenwerking tussen de longartsen, internist-infectiologen en microbiologen in het ziekenhuis en de tbc-artsen, sociaal verpleegkundigen en medisch-technisch medewerkers op de GGD. Daarnaast zijn er twee voormalige sanatoria, nu Behandelcentra voor Tuberculose, die functioneren als tertiaire centra voor (langdurige en interdisciplinaire) intramurale zorg voor tbc-patiënten met bijzondere medische, psychische of sociale problemen, zoals patiënten met (multi-drug-)resistentie, hiv-seropositiviteit, verslavingsproblematiek, huisvestingsproblemen of persoonlijkheidsstoornissen, zoals ook elders beschreven (24). De verbonden specialisten onderhouden tevens een dagelijkse telefonische adviesfunctie voor longartsen en tbc-artsen in het veld. Terwijl de algemene ziekenhuizen zich concentreren op opnames en klinische zorg richten de tbc-afdelingen op de GGD'en zich op contactonderzoek en preventieve behandeling, poliklinische curatieve behandeling (waaronder DOT) en screenen van kwetsbare en andere risicogroepen (soms met doelge-



Londense mobiele röntgenunit bij het screenen van een opvangcentrum voor daklozen in Zuid-Londen

richte interventies zoals het inzetten van digitale röntgenbussen) (4, 6), gebruikmakend van een lokaal netwerk van gezondheids- en maatschappelijke instellingen. Daarnaast worden epidemiologische taken verricht, zoals surveillance en outbreak-analyse. Op de tbc-afdelingen werken de tbc-artsen, sociaal verpleegkundigen en medisch-technisch medewerkers onder één dak en de afdeling functioneert als een 'one-stop-(TB-)shop', waar alle basale diagnostische (mantoux-, röntgen- en microscopisch onderzoek) en behandelingsfaciliteiten (waaronder DOT) aanwezig zijn.

Met name voor de kwetsbare randgroepen in de samenleving is deze laagdrempelige, compacte, flexibele en soms intensieve zorgverlening essentieel omdat ze anders mogelijk niet worden gevonden of weer snel uit beeld zouden raken. Nederland heeft een van de laagste tbc-cijfers binnen de EU, zelfs al behoort een aanzienlijk aantal inwoners tot de kwetsbare risicogroepen; deze worden, zoals de daklozen en harddrugsverslaafden in Amsterdam en Rotterdam, vaak vroeg opgespoord, bijvoorbeeld door periodieke screening, en met succes uitbehandeld (6, 25).

Het actieplan stelt voor dat EU-organisaties, in samenwerking met partners, goede praktijkmodellen voor tbc-bestrijding moeten identificeren, ontwikkelen en verbreiden. Het Nederlandse tbc-bestrijding-model kan dienen als voorbeeld van een aanpak die ook bruikbaar is voor andere EU-landen.

Uitwisseling en onderzoek


Er is een grote behoefte aan kennis over optimale strategieën voor adequate opsporing en behandeling van de moeilijk benaderbare en behandelbare risicogroepen ('hard-to-find

and hard-to-treat'). Er is wel wat ervaring in sommige landen – vaak op basis van tijdelijke projecten – maar er moet voor gezorgd worden dat deze expertise uiteindelijk gaat leiden tot een effectief beleid. Hier ligt een duidelijke rol voor een EU-bijdrage, door uitwisseling van ervaringen, wederzijds leren en onderzoek op dit gebied te bevorderen, om zodoende de tbc-bestrijding in diverse lidstaten naar een hoger plan te tillen. Uitwisselingsbezoeken en het ontwikkelen van onderwijsmateriaal en cursussen gericht op de multidisciplinaire medewerkers (medisch, verpleegkundig, sociaal) binnen de tbc-bestrijding en binnen de zorgverlening aan daklozen en harddrugsverslaafden moeten worden gerealiseerd. Tuberculose onder daklozen, harddrugsverslaafden en andere kwetsbare groepen moet een van de kerngebieden zijn voor elementair, toegepast en uitvoerend onderzoek op het gebied van tuberculose in de EU. Hierdoor kunnen problemen én oplossingen worden ontdekt die tot acties van EU- en niet-EU-organisaties kunnen leiden, om binnen de kwetsbare groepen snelle diagnostiek en beschikbare, toegankelijke, betaalbare, geschikte en bovenal succesvolle behandeling te bevorderen.

Over landsgrenzen

Landsgrenzen vormen geen barrière voor tuberculose. Ten gevolge van de uitbreiding van de EU is er een sterk toegenomen reisverkeer voor vakantie of werk, en een adequate tbc-bestrijding in de EU is meer dan ooit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle lidstaten. Onbelemmerde transmissie van tuberculose in de moeilijk benaderbare risicogroepen, met daaraan gekoppeld de dreiging van resistente tuberculose, is een grote uitdaging

voor de volksgezondheidszorg binnen de EU, met name in de grootstedelijke gebieden. Er is een duidelijke rol voor de EU om zijn burgers te beschermen tegen infectie met *M. tuberculosis*. Het is te hopen dat het 'Framework Action Plan to fight tuberculosis in the European Union' niet bij woorden alleen blijft en tot actie zal leiden, onder andere met betrekking tot een van de kernelementen, te weten de aanpak van tuberculose onder de kwetsbare groepen in de samenleving. Wij hopen dat het met steun van de EU zal komen tot samenwerking tussen organisaties die betrokken zijn bij tbc-bestrijding onder kwetsbare groepen in de diverse lidstaten, waaruit initiatieven en aanbevelingen zullen voortkomen en onderbouwing van beleid en praktijk, waarvan diegenen met de hoogste risico's op tuberculose in de EU zullen profiteren.

Nederland speelt graag een belangrijke rol binnen de internationale tbc-bestrijding. Laten we hopen dat de Nederlandse tbc-bestrijding het initiatief neemt om een voortrekkersrol te gaan vervullen om tuberculose onder daklozen, harddrugsgebruikers en andere kwetsbare groepen in de Europese Unie, en daarmee binnen de gehele Europese bevolking, terug te dringen. Nederlandse deskundigen op dit gebied kunnen een actieve rol spelen bij het uitwisselen van ervaringen, het opzetten van (praktisch) onderwijs op Europees niveau en het participeren in onderzoek op dit gebied binnen de EU. 

Dit artikel is eerder verschenen in European Network of Homeless Health Workers (ENHW), Issue N°6 – summer 2008, onder de titel 'Tuberculosis control among homeless persons in the European Union more than words alone', Rob van Hest and Alistair Story

Literatuur

1. Antoine D, Maguire H, Story A. Epidemiology and response to the growing problem of tuberculosis in London. *Euro Surveill* 2006;11:25-8.
2. Van Hest NA, De Vries G, Van Gerven PJ, *et al.* Vertraging bij de diagnostiek van tuberculose. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2003; 147: 1825-9.
3. Fok A, Numata Y, Schulzer M, *et al.* Risk factors for clustering of tuberculosis cases: a systematic review of population-based molecular epidemiology studies. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12:480-92.
4. De Vries G, Van Hest RA. From contact investigation to tuberculosis screening of drug addicts and homeless persons in Rotterdam. *Eur J Public Health* 2006;16:133-6.
5. Story A, Murad S, Roberts W, *et al.* Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax* 2007;62:667-71.
6. De Vries G, Van Hest R, Richardus JH. Impact of mobile radiographic screening on tuberculosis among drug users and homeless persons. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:201-7.
7. De Vries G, Van Hest NA, Šebek MM. Tuberculose bij drugsverslaafden en dak- en thuislozen in Rotterdam. *Infectieziekten Bulletin* 2003;14:362-5
8. Kumar D, Citron KM, Leese J, *et al.* Tuberculosis among the homeless at a temporary shelter in London: report of a chest x ray screening programme. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:629-633.
9. Lemaitre N, Sougakoff W, Truffot-Pernot C, *et al.* Use of DNA fingerprinting for primary surveillance of nosocomial tuberculosis in a large urban hospital: detection of outbreaks in homeless people and migrant workers. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2:390-6.
10. Southern A, Premaratne N, English M, *et al.* Tuberculosis among homeless people in London: an effective model of screening and treatment. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:1001-1008.
11. David B, Oross J, Vecsei M. Homelessness and tuberculosis. Budapest: Soros Foundation, 1998.
12. Laere IRAL van, Buster MCA. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr. Valckenier spreekuren in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001;145:1156-60.
13. Solsona J, Caylà JA, Nadal J, *et al.* Screening for tuberculosis upon admission to shelters and free-meal services. *Eur J Epidemiol* 2001;17:123-8.
14. Ruddy MC, Davies AP, Yates MD, *et al.* Outbreak of isoniazid resistant tuberculosis in north London. *Thorax* 2004;59:279-85.
15. Diel R, Meywald-Walter K, Gottschalk R, *et al.* Ongoing outbreak of tuberculosis in a low-incidence community: a molecular-epidemiological evaluation. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8:855-61.
16. Ködmön C, Niemann S, Gutierrez MC, *et al.* Molecular clues of a micro-epidemy among homeless tuberculosis patients in Budapest due to a new and local *Mycobacterium tuberculosis* clade. *Infect Genet Evol* 2007;7:632-5.
17. Romaszko J, Bucifski A, Wasifski, R, *et al.* Incidence and risk factors for pulmonary tuberculosis among the poor in the northern region of Poland; *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12:430-5.
18. Büyük Y, Uzün I, Eke M, *et al.* Homeless deaths in Istanbul, Turkey. *J Forensic Leg Med* 2008;15:318-21.
19. Maguire H, Ruddy M, Bothamley G, *et al.* Multidrug resistance emerging in North London outbreak. *Thorax* 2006;61: 547-8
20. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Framework Action Plan to fight tuberculosis in the European Union. Stockholm: ECDC, 2008.
21. World Bank. Investing in Health. World Development Report 1993. New York: Oxford University Press, 1993.
22. Floyd K. Costs and effectiveness - the impact of economic studies on TB control. *Tuberculosis (Edinb)* 2003;83:187-200.
23. Story A, Van Hest R, Hayward A. Tuberculosis and social exclusion. *BMJ* 2006;333:57-58.
24. Singleton L, Turner M, Haskal R, *et al.* Long-term hospitalization for tuberculosis control; experience with a medical-psychosocial inpatient unit. *JAMA* 1997;278: 838-42.
25. Keizer ST, Langendam MW, van Deutekom H, *et al.* Tuberculose bij HIV-positieve en HIV-negatieve drugsgebruikers in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1998;142:184-9.

BERICHTEN

Arnhem

Op 1 september 2008 is mevr. Ellen Jansen gestopt als sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding bij Hulpverlening Gelderland Midden.

Den Haag

Dhr. Erik Huisman, arts tbc-bestrijding, is benoemd tot Medisch Coördinator van de afdeling tbc-bestrijding van de GGD Den Haag.

Met ingang van 1 oktober 2008 is mevr. Shelley Gibson in dienst gekomen van de GGD Den Haag. Zij is werkzaam als sociaal verpleegkundige tuberculose en als bedrijfscoördinator van de afdeling tbc-bestrijding.

Tilburg

Mevr. Marlein de Leeuw is met ingang van 1 oktober 2008 vertrokken bij GGD Hart voor Brabant,

locatie Tilburg, als sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding.

Op 1 oktober 2008 is dhr. Marcel Berkel gestopt als arts tbc-bestrijding bij GGD Hart voor Brabant, locatie Tilburg. 