



Richtlijn tuberculose in justitiële inrichtingen

Dienst Justitiële Inrichtingen

Versie 1.0

Datum 11-08-2025
Status Definitief

Versiebeheer

Versie	Datum	Wijziging en reden	Gewijzigd door
0.1	01-04-2025	Eerste concept nieuwe richtlijn	M. Kamphorst-Roemer, E.J. Wolters
0.2	29-04-2025	Feedback hoofden zorg en zorgprofessionals verwerkt	M. Kamphorst-Roemer
0.3	22-7-2025	Feedback CPT verwerkt, laatste check n.a.v. besluitvorming	M. Kamphorst-Roemer, E.J. Wolters
1.0	11-08-2025	Link naar gezondheidsvragenlijst toegevoegd i.h.k.v. gemakkelijker printen, kleuren samenvattingstabel aangepast	E.J. Wolters

Definitie Richtlijn

Een richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan en vormt daarmee naast de beroepscode een belangrijk onderdeel van de professionele standaard van professionals. Het heeft een dwingend en voorschrijvend karakter. Afwijken hiervan moet gemotiveerd worden.

Colofon

Afzendgegevens

**Nederlands Instituut voor Forensische
Psychiatrie en Psychologie**
Hoofdkantoor, afdeling Beleid en Zorgsupport

Herman Gorterstraat 75
3511 EW Utrecht
Postbus 13369
3507 LJ Utrecht
www.nifp.nl

Contactpersoon

NIFP
Afdeling Beleid en zorgsupport
Info.gezondheidszorg@dji.minjus.nl

RIVM
Commissie voor Praktische
Tuberculosebestrijding (CPT)
cpt@rivm.nl

Bijlage(n)

Bijlage 1: Geschiedenis van het tuberculosebeleid in detentie
Bijlage 2: Werkinstructie sputumafname en –onderzoek
Bijlage 3: Gezondheidsvragenlijst tbc
Bijlage 4: Health questionnaire TB

Auteur(s)

M.H. Kamphorst-Roemer (NIFP),
E.J. Wolters (NIFP),
N.L. Jansen (KNCV),
S. Toumanian (GGD Twente)

Samenvatting

Status	Actie
Tbc relevante klachten (intake/tijdens detentie) 1. hoesten $\geq$ 3 wk en/of 2. temperatuurverhoging/koude rillingen en/of 3. onbegrepen gewichtsverlies en/of 4. nachtzweeten	Overleg met tbc-arts over: Diagnostiek (longfoto, 3x sputum waarvan minimaal 1x nuchter ochtend sputum) Isolatie Afspraak GGD
Intake: hiv of ernstig immuuncompromitteerd	IGRA (quantiferontest) aanbieden
Intake: tbc gehad in verleden – geen klachten	Overleg met tbc-arts (longfoto?)
Diagnose tbc of tbc-infectie: Informeer patient en geef informatiemateriaal Informatiemateriaal tuberculose RIVM	Bel GGD voor afspraak en stuur: 1. Lab uitslagen 2. Gezondheidsvragenlijst 3. Episodenlijst 4. Medicatieoverzicht
Verdenking of bewezen open longtbc	Isolatie in PI: 1. Personeel draagt FFP2 masker in cel. Geen schort, handschoenen, bril nodig 2. Patient draagt FFP2 masker <u>zonder</u> ventiel buiten cel. 3. Cel 4 uur gesloten houden na verlaten patient. Cel daarna weer normaal bruikbaar zonder bescherming 4. Overweeg overplaatsing naar JCvSZ bij bewezen besmettelijkheid 5. Informeer DV&O over preventieve maatregelen
Open longtbc: GGD start contactonderzoek	PI: maakt lijst met intensieve contacten
Start behandeling: Labonderzoek in overleg met GGD	Onderzoek minimaal: 1. Hiv, Hepatitis B en C, 2. ASAT, ALAT, bilirubine En tevens bij tbc 3. Serum creatinine 4. Trombocyten 5. Leucocyten
Start behandeling: Medicatie voorgeschreven door tbc-arts. Verstrek medicatie dagelijks onder toezicht op medische dienst Schrijf bij matige voedingstoestand 1 dd 20 mg Pyridoxine (Vit B6) voor en zo nodig bijvoeding <i>Rifampicine</i> niet combineren met bepaalde medicatie	Informeer patiënt over de medicatie: <i>Rifampicine</i> : oranje/rode verkleuring urine, zweet, traanvocht, ontlasting, semen (Cave verkleuring zachte lenzen) <i>Isoniazide</i> veroorzaakt extra verbruik vitamine B6 waardoor deficiëntie met klachten kunnen ontstaan Zie https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/
Begeleiding tijdens behandeling:	Overweeg toewijzing regiebehandelaar
Lab controles tijdens behandeling i.v.m. levertoxiciteit Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide, Ethambutol	Controle ASAT en ALAT 2, 4 en 8 wk na start Behandeling. Bij afwijkende waarden daarna ook maandelijks
Overige controles tijdens behandeling: Controle gewicht zo nodig Afname tbc-klachten Nieuwe klachten/bijwerkingen medicatie	Plan 2-wekelijks afspraak en vraag naar nieuwe klachten (bijwerkingen zie hoofdstuk 4.5): Huidafwijkingen, tintelingen/pijn ledematen, hoofdpijn, vermoeidheid, concentratiestoornissen, duizelig, visusdaling, psychische veranderingen, misselijkheid, braken, buikpijn. Leverfunctiestoornissen (vermoeidheid, verminderde eetlust, geel verkleuring oogwit) <i>Ethambutol</i> : visusdaling, kleurenblindheid–bel direct GGD

Inhoud

Colofon	2
Samenvatting	3
1. Doel en scope van de richtlijn tuberculose	6
1.1 Doel van de richtlijn tuberculose	6
1.2 Scope van de richtlijn tuberculose	6
1.3 Leeswijzer	6
1.4. Afkortingenlijst	6
2. Wat is tuberculose?	7
2.1 Wat is tuberculose	7
2.2 Hoe raak je besmet	7
2.3 Wat verstaan we onder een tbc-infectie	7
2.4 Wat verstaan we onder tbc	7
2.5 Welke klachten geeft tuberculose	7
2.6 Wat is de behandeling	7
2.7 Meldplicht	7
3. Onderzoek op tbc en tbc-infecties	9
3.1 Wanneer onderzoek naar tbc(-infectie) aanbieden?	9
3.2 Doelgroepen voor onderzoek op tbc(-infectie)?	9
3.3 Beleid per doelgroep	9
a. Justitiabelen met voor tbc-relevante klachten bij de intake of tijdens detentie	9
b. Justitiabelen (zonder klachten) met hivinfectie of ernstig verminderde weerstand (immuungecompromitteerd)	9
c. Justitiabelen (zonder klachten) die ooit tbc hebben gehad	10
4. Beleid na diagnose tbc-ziekte of tbc-infectie	11
4.1 Informeren patiënt en opstarten behandeling	11
4.2. Informatiemateriaal	11
4.3. Behandeling, controles en begeleiding	11
4.4 De rol van de sociaal verpleegkundige van de GGD (SV)	12
4.5. Medicatie	12
4.6. Overplaatsing naar een andere justitiële inrichting	13
4.7. Overplaatsing naar tuberculosesanatorium	13
4.8. Vertrek van de justitiabele	13
5. Beleid bij besmettelijke longtbc	15
5.1. Informeren directie	15
5.2. Contactonderzoek	15
5.3. Overplaatsing naar het Justitieel centrum voor somatische zorg	15
5.4. Behandeling van open tbc in de inrichting	15
6. Preventieve maatregelen bij (verdenking) besmettelijke tbc	16
6.1. Isolatie in de inrichting	16

6.2. Hoesthygiëne.....	16
6.3. Gebruik Mondneusmasker	16
6.4. Reiniging cel, douche/toilet.....	17
6.5. Vervoer met DV&O-bus.....	17
7. Declaratie kosten diagnostiek en behandeling.....	18
8. Vreemdelingen	19
8.1 Vertrek uitstellen.....	19
8.2 Acties bij uitzetting/uitlevering/overlevering	19
9. Samenwerking en deskundigheidsbevordering	21
10. Registratie in huisartsensysteem.....	22
Bijlage 1: Geschiedenis van het tuberculosebeleid in detentie	24
Bijlage 2: Werkinstructie sputumafname en -onderzoek.....	26
Bijlage 3: Gezondheidsvragenlijst tbc.....	27
Bijlage 4: Health questionnaire TB	28

1. Doel en scope van de richtlijn tuberculose

1.1 Doel van de richtlijn tuberculose

Deze richtlijn beschrijft het DJI-beleid betreffende het voorkomen en behandelen van tuberculose (hierna: tbc).

Het doel van het beleid is:

1. In een zo vroeg mogelijk stadium opsporen en behandelen van tbc;
2. Voorkomen van de ontwikkeling van tbc in hoog-risicogroepen door het opsporen en behandelen van tbc-infecties; en
3. Voorkomen van transmissie binnen en buiten de inrichting.

Het beleid verkleint op individueel niveau de kans op restverschijnselen en sterfte ten gevolge van tbc en op publiek niveau de kans op de verspreiding van tbc. Een overzicht van de geschiedenis van het tbc-beleid in detentie is beschreven in bijlage 1.

1.2 Scope van de richtlijn tuberculose

De "Richtlijn tuberculose in justitiële inrichtingen" is primair bedoeld voor zorgmedewerkers van de medische diensten van:

1. Justitiële inrichtingen van het Gevangeniswezen en Vreemdelingenbewaring
2. Rijksinrichtingen voor Forensische Zorg
3. Rijks Justitiële Jeugdinrichtingen.

Tevens biedt de richtlijn de basis voor het maken van afspraken tussen de inrichtingen van DJI en de GGD'en. Voor iedereen dient duidelijk te zijn wie wanneer welke actie onderneemt en waar de verschillende verantwoordelijkheden liggen.

1.3 Leeswijzer

In de richtlijn wordt beschreven wat tuberculose voor ziekte is, welke doelgroepen tbc-screening aangeboden krijgen, welke diagnostische methoden kunnen worden gebruikt, en wat de vervolgstappen zijn indien er tbc of een tbc-infectie is vastgesteld. Ook beschrijft de richtlijn de eisen waaraan de registratie in Microhis moet voldoen.

Daarnaast biedt de richtlijn handvatten voor de medische diensten om samen met de lokale GGD het tbc-preventiebeleid te vertalen naar de lokale situatie en praktische werkafspraken te maken. Het beoogt beide partijen duidelijkheid te geven over wie wat doet en waar de verantwoordelijkheden liggen.

1.4. Afkortingenlijst

DA	Doktersassistent
DOT	Directly Observed Therapy
Hiv	Humaan immunodeficiëntievirus
IGRA	Interferon Gamma Release Assay
JG	Justitieel geneeskundige
JV	Justitieel verpleegkundige
MD	Medische dienst
PCR	Polymerasekettingreactie
PI	Penitentiare Inrichting
POH AGZ	Praktijkondersteuner huisarts somatiek/algemene gezondheidszorg
SV	Sociaal verpleegkundige van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)
Tbc	Tuberculose
VS AGZ	Verpleegkundig specialist somatiek/algemene gezondheidszorg

2. Wat is tuberculose?

2.1 Wat is tuberculose

Tuberculose (tbc) is een infectieziekte die veroorzaakt wordt door *Mycobacterium Tuberculosis*. Meestal zit tuberculose in de longen maar het kan in elk ander orgaan voorkomen zoals bijvoorbeeld in botten (wervels), (hals)lymfklieren, hersenen en nieren. Longtuberculose kan besmettelijk zijn.

2.2 Hoe raak je besmet

Door hoesten, niezen, spreken of zingen van een patiënt met longtuberculose komen druppeltjes met daarin tuberkelbacteriën in de lucht. De besmette sputumdruppels kunnen indrogen tot druppelkernen van kleiner dan 5 µm die langere tijd in de lucht blijven zweven. Deze druppelkernen kunnen worden ingeademd door anderen. In vochtige warme ruimtes is overleving in druppelkernen gedurende uren mogelijk; in een sputumcontainer meerdere dagen. Besmetting is niet mogelijk via contact met oppervlakken.

2.3 Wat verstaan we onder een tbc-infectie

Wanneer tbc-bacteriën het lichaam binnendringen via de longblaasjes komt het immuunsysteem in actie. Bij tbc is vooral het cellulaire immuunsysteem belangrijk. We spreken van een tbc-infectie wanneer er in het bloed of in de huid een reactie van het immuunsysteem op (stukjes van) tbc-bacteriën kan worden aangetoond, maar de bacteriën zich niet vermenigvuldigen en dus (nog) geen ziekte hebben veroorzaakt. Het immuunsysteem heeft de bacteriën (nog) onder controle. Een reactie in het bloed kan worden aangetoond middels de zogenaamde Interferon Gamma Release Essay (IGRA). Na een infectie wordt ongeveer 10% van de mensen ziek: 60% in de eerste 2 jaar na de infectie en 40% na een langere periode (soms tientallen jaren). De eerste ziektesymptomen ontstaan op zijn vroegst 3 maanden na de infectie. 90% van de mensen wordt na een besmetting niet ziek. De bacteriën kunnen jaren of levenslang slapend (latent) aanwezig blijven in het lichaam.

2.4 Wat verstaan we onder tbc

Wanneer het immuunsysteem de tbc-bacteriën niet meer onder controle heeft, kunnen de bacteriën zich gaan vermenigvuldigen en eventueel verspreiden in het lichaam. Door het alsmear vermenigvuldigen van de bacteriën ontstaan ontstekingen en tenslotte wordt de persoon ziek. De diagnose tbc wordt definitief gesteld wanneer de PCR op *Mycobacterium Tuberculosis Complex* op het sputum/weefsel/punctaat positief is en er uiteindelijk uit het sputum of ander materiaal de tbc-bacteriën kunnen worden gekweekt.

2.5 Welke klachten geeft tuberculose

De meest voorkomende klachten bij tuberculose zijn i) hoestklachten die niet meer overgaan die langer dan 3 weken aanhoudt eventueel met opgeven van slijm, soms met bloed erbij, ii) nachtzweeten, iii) verhoogde temperatuur/koorts (koud-warmgevoel), iv) onbegrepen gewichtsverlies en v) vermoeidheid. De meest voorkomende vorm van tuberculose is longtuberculose. De hoestklachten ontbreken wanneer de tuberculose zich niet in de longen bevindt.

2.6 Wat is de behandeling

De behandeling van een tbc-infectie duurt minimaal 3 maanden. De behandeling van tbc-ziekte meestal 6 maanden tenzij de tbc-bacterie resistent is voor bepaalde medicatie.

2.7 Meldplicht

Tbc is een meldingsplichtige ziekte groep B1. De arts die de diagnose stelt en het laboratorium moeten de patiënt binnen 1 werkdag melden bij de GGD. Indien de diagnose in het ziekenhuis is gesteld is de specialist meldingsplichtig. Wordt de diagnose door de JG

zelf gesteld dan doet de JG (of in diens opdracht de JV of VS AGZ) de melding bij de GGD. Een tbc-infectie hoeft niet gemeld te worden.

3. Onderzoek op tbc en tbc-infecties

Dit hoofdstuk beschrijft welke justitiabelen in aanmerking komen voor onderzoek op tbc of een tbc-infectie, welke diagnostische testen daarbij kunnen worden ingezet en wat de rol van de GGD daarbij is. Voor justitiabelen is deelname aan een onderzoek op tbc of tbc-infectie altijd vrijwillig.

3.1 Wanneer onderzoek naar tbc(-infectie) aanbieden?

1. Tijdens de medische intake bij binnenkomst in de inrichting
2. Wanneer een justitiabele voor tbc relevante klachten ontwikkelt tijdens detentie

3.2 Doelgroepen voor onderzoek op tbc(-infectie)?

1. Justitiabelen met voor tbc-relevante klachten
2. Justitiabelen (zonder klachten) met een hivinfectie of ernstig verminderde weerstand (immuungecompromitteerd)
3. Justitiabelen (zonder klachten) die ooit tbc hebben gehad

3.3 Beleid per doelgroep

a. Justitiabelen met voor tbc-relevante klachten bij de intake of tijdens detentie

Bij de medische intake wordt extra aandacht geschonken aan het na- en doorvragen van klachten van (ongewoon) hoesten ≥ 3 weken, nachtzweeten, koortsperiodes (koude rillingen) en onbegrepen gewichtsverlies. Zie ook de 'Handleiding bij afnemen medische intake' in het kwaliteitshandboek van DJI.

Bij de aanwezigheid van hoesten ≥ 3 weken (hoestklachten die veranderd zijn en/of eerder niet bestonden) en/of bij één of meerdere van de overige voor tbc relevante klachten bij de intake, neemt de JV/VS AGZ/POH AGZ altijd contact op met de tbc-arts van de GGD.

Indien voor tbc relevante klachten ontstaan tijdens detentie neemt de JG/JV/VS AGZ/POH AGZ direct contact op met de tbc-arts. De tbc-arts beoordeelt of en welke diagnostiek nodig is.

Voor het aantonen/uitsluiten van (besmettelijke) longtuberculose is 3x cito sputum onderzoek (liefst van 3 opeenvolgende dagen waarvan minimaal 1 *nuchtere* ochtendsputum) en een X-thorax geïndiceerd. De GGD-arts beoordeelt in welke volgorde de onderzoeken het beste kunnen plaatsvinden en waar de longfoto kan worden gemaakt indien de GGD niet over röntgenapparatuur beschikt. Zie Bijlage 2 voor de werkinstructie sputumafname en -onderzoek. De IGRA heeft voor het uitsluiten van tbc bij klachten geen meerwaarde omdat een negatieve IGRA actieve tbc niet uitsluit en er bij een positieve IGRA geen sprake hoeft te zijn van actieve tbc.

De JV/VS AGZ/POH AGZ/DA is verantwoordelijk voor het maken van afspraken voor een longfoto en consult op de GGD of elders en het organiseren van het vervoer (DV&O). De JV/VS AGZ/POH AGZ/DA informeert DV&O over de te nemen preventieve maatregelen (zie hoofdstuk 6)

Let op: alleen bij een hoge verdenking op tbc is isolatie geïndiceerd (zie hoofdstuk 6)

b. Justitiabelen (zonder klachten) met hivinfectie of ernstig verminderde weerstand (immuungecompromitteerd)

Hiv-geïnfekteerden en ernstig immuungecompromitteerden hebben een verhoogd risico op de ontwikkeling van tbc indien zij ooit geïnfecteerd zijn geraakt met de tbc-bacterie. Wanneer zij tbc ontwikkelen kan de ziekte snel en ernstig verlopen.

Justitiabelen bij wie één of meerdere van de volgende situaties van toepassing zijn behoren tot de groep van immuungecompromitteerden zoals personen met een orgaantransplantatie, nierdialyse, gebruik immunosuppressiva (bijv. TNF-alfa/JAK-remmers bij reuma/M.Crohn), hoge dosering prednison en chemotherapie.

Deze justitiabelen wordt de IGRA-bloedtest aangeboden indien zij niet eerder onderzocht zijn op een tbc-infectie, of langer dan 2 jaar geleden getest zijn. Zo nodig wordt informatie opgevraagd bij de externe behandelaar. De IGRA is vrijwillig, de justitiabele mag weigeren. Wel moet bij de intake het belang van onderzoek naar een tbc-infectie worden benadrukt. De JV/VS AGZ/POH AGZ vraagt de justitiabele toestemming de uitslag met de GGD te delen. De JV/VS AGZ/POH AGZ/DA vraagt de IGRA aan bij het lab, conform de afspraken in de eigen inrichting.

Beleid na IGRA-uitslag

1. Negatieve of indeterminate IGRA bij hiv met CD-4 <200 of anderszins immuungecompromitteerd

Actie: JV/VS AGZ/POH AGZ overlegt met tbc-arts van de GGD over vervolgbeleid. De uitslag van de IGRA kan bij hiv-geïnfekteerden met een CD-4 getal < 200 en (medicamenteus) immuungecompromitteerden vals-negatief of niet te interpreteren zijn. Daarom moet bij deze doelgroep de uitslag van de IGRA, ook als deze negatief of indeterminate (niet te interpreteren) is, worden overlegd met de tbc-arts.

Bij een persoon met een normale weerstand betekent een negatieve uitslag "geen tbc-infectie aangetoond" en is het onderzoek afgerond. Bij een indeterminate (niet te interpreteren) uitslag moet de IGRA worden herhaald.

2. Positieve IGRA

1. De JV/VS AGZ/POH AGZ neemt direct contact op met de GGD voor het plannen van een X-thorax en consult. De tbc-arts beoordeelt de urgentie van het vervolgbeleid.
2. De JV/VS AGZ/POH AGZ/DA is verantwoordelijk voor het organiseren van het vervoer (DV&O) naar de GGD.
3. De JV/VS AGZ/POH AGZ geeft uitleg aan de justitiabele, vult de tbc-gezondheidsvragenlijst (Bijlage 3 of 4) in en stuurt deze samen met de IGRA-uitslag, mediatelijst en episodenlijst naar de GGD via beveiligde mail.
4. De tbc-arts beoordeelt in overleg met de justitiabele of een preventieve behandeling is geïndiceerd en wordt opgestart.

c. Justitiabelen (zonder klachten) die ooit tbc hebben gehad

Oud-patiënten hebben een verhoogde kans op reactivatie van de ziekte tbc. Dit is met name het geval als de behandeling niet volledig is afgemaakt. Vraag bij de intake of iemand ooit tbc/TB (Engelse uitspraak: tibi) heeft gehad.

Indien ja: vraag wanneer de justitiabele behandeld is, hoeveel maanden en of de urine rood kleurde tijdens de behandeling. De JV/VS AGZ/POH AGZ neemt met toestemming van de justitiabele contact op met de GGD over het te volgen beleid.

4. Beleid na diagnose tbc-ziekte of tbc-infectie

Dit hoofdstuk beschrijft het beleid wanneer tbc-ziekte of een tbc-infectie is vastgesteld bij een justitiabele. Voor vreemdelingen gelden aanvullende bijzonderheden, deze zijn apart opgenomen in hoofdstuk 8.

4.1 Informeren patiënt en opstarten behandeling

De behandelend arts is verantwoordelijk voor de behandeling en de controles. De behandelend arts beoordeelt ook eventuele contra-indicaties voor het gebruik van de geïndiceerde medicatie op grond van de aangeleverde medische informatie van de medische dienst zoals de gezondheidsvragenlijst, voorgeschiedenis, comorbiditeit (episodenlijst) en het medicatieoverzicht.

De gemaakte werkafspraken met de behandelend arts, inclusief behandelplan en controles van bloedwaarden worden in het medisch dossier genoteerd. Van elk consult met een externe arts moet het verslag van het consult met het behandelbeleid aan het dossier worden toegevoegd en een korte samenvatting in het werkblad van het dossier worden genoteerd. Indien de justitiabele toestemming heeft gegeven de informatie ook met de huisarts te delen, stuurt de behandelend arts het verslag van het consult ook naar de huisarts, eventueel met weglating van de informatie waaruit blijkt dat betrokkene in detentie verblijft. Mocht er geen brief worden ontvangen dan moet deze actief opgevraagd worden. De medische dienst brengt geen wijzigingen aan in het behandelbeleid zonder goedkeuring van de behandelend arts.

In principe gaat de justitiabele voor de uitslag van de diagnose, uitleg over de consequenties en het instellen van de behandeling naar de GGD of het ziekenhuis. Vaak draagt de specialist in het ziekenhuis de behandeling over aan de GGD. De JV/VS AGZ/POH AGZ/DA regelt het vervoer met DV&O.

Indien de justitiabele niet fysiek naar de GGD gaat vindt eerst afstemming plaats tussen de tbc-arts van de GGD en de JG. Daarna licht de JG de patiënt in over de diagnose en de behandeling. De JG/JV/VS AGZ/POH AGZ geeft voorlichting aan de justitiabele en verstrekt voorlichtingsmateriaal.

Bij voorkeur krijgt de justitiabele tijdens de behandeling een regiebehandelaar toegewezen.

4.2. Informatiemateriaal

Informatie materiaal over de ziekte tuberculose en een tbc-infectie kan gevonden worden op de site van het RIVM: [Informatiemateriaal tuberculose | RIVM](#)

4.3. Behandeling, controles en begeleiding

De GGD draagt zorg voor het plannen van bloedonderzoek en vervolgsafspraken. Het afgesproken beleid wordt beschreven in het verslag van het consult met de arts.

Voorafgaand aan de start van de behandeling wordt in opdracht van tbc-arts bloedonderzoek verricht. Minimaal worden hepatitis B en C, hiv, ASAT, ALAT en bilirubine bepaald. Bij tbc(-ziekte) wordt bij aanvang van de behandeling tevens het serumcreatinine, leucocyten- en trombocytenaantal gecontroleerd.

ASAT en ALAT dienen na 2, 4 en 8 weken te worden herhaald in verband met de levertoxiciteit van de medicatie (rifampicine + isoniazide (rifinah) en pyrazinamide). Waren de waarden van ASAT en ALAT bij de start van de behandeling afwijkend dan dienen zij vervolgens maandelijks te worden herhaald.

Alle bloedsuitslagen moeten zo spoedig mogelijk worden doorgegeven aan de tbc-arts.

De tbc-arts en/of sociaal verpleegkundige van de GGD (SV) verstrekken informatie aan de MD over de behandeling en mogelijke bijwerkingen zodat de MD de justitiabele goed kan informeren en de MD alert is op bijwerkingen van de medicatie.

Voor de landelijke richtlijnen diagnostiek en behandeling van tbc en tbc-infecties wordt verwezen naar de richtlijnen van de CPT welke te vinden zijn op de website van het RIVM [Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding \(CPT\) | RIVM](#).

4.4 De rol van de sociaal verpleegkundige van de GGD (SV)

De SV heeft een intakegesprek met de justitiabele bij de start van de behandeling op de GGD of in de inrichting. De SV geeft voorlichting over de ziekte en/of infectie, behandeling (bijwerkingen) en het onder toezicht innemen van de medicatie (Direct Observed Therapy=DOT).

De SV informeert degene die op de medische dienst de medicatie deelt, over het belang van DOT ter i) bevordering van de therapietrouw, ii) voorkoming van de ontwikkeling van ongevoeligheid van de tbc-bacterie voor de medicatie (resistentievorming) en iii) ondersteuning van de patiënt.

De SV zorgt dat de MD een actuele adreslijst heeft van alle GGD 'en in Nederland.

De SV bespreekt met de MD dat ter voorbereiding op (plotseling) ontslag de JV/VS AGZ/POH AGZ zorgt dat bij justitiabelen waarvan geen ontslagdatum bekend is, de adreslijst van alle GGD'en en een gevulde medicijndoos voor bij voorkeur 3 weken in de bagage van de justitiabele wordt gedaan.

De SV overlegt met de JV/VS AGZ/POH AGZ hoe de patiënt vroegtijdig en volledig geïnformeerd kan worden over hoe de behandeling wordt voortgezet na ontslag, zodat de patiënt na uitplaatsing weet hoe te handelen om de behandeling te continueren en zich te melden bij de (nieuwe) GGD.

Voor meer informatie over de rol van de SV bij tbc zie [Richtlijn verpleegkundige zorg bij tbc en tbi](#)

4.5. Medicatie

De medicatie wordt in detentie als volgt verstrekt:

1. Onder toezicht
2. Dagelijks op dezelfde tijd
3. Volgens voorschrift van de arts
4. Met voldoende water

Degene die medicatie verstrekt controleert:

1. Naam
2. Cel nummer
3. Inname en doorslikken van medicatie.

De justitiabele wordt gedurende de eerste 2 maanden van de behandeling 2-wekelijks gezien op de MD waarbij gevraagd wordt naar nieuwe klachten (bijwerkingen).

Bij problemen met de inname of bijwerkingen neemt degene die de medicatie deelt zo spoedig mogelijk contact op met de verantwoordelijk zorgmedewerker. Deze neemt zo spoedig mogelijk contact op met de SV van de GGD of de behandelend arts.

Bijwerkingen (zie [Farmacotherapeutisch Kompas](#)):

Rifampicine, isoniazide, pyrazinamide en Ethambutol zijn levertoxisch waarvoor controle ASAT en ALAT 2, 4 en 8 weken na de start van de behandeling en zo nodig maandelijks

bij een verhoogd risico op leverfunctiestoornissen en bij klachten van vermoeidheid, verminderde eetlust en/of geelzucht/geelverkleuring oogwit (dan ook bilirubine bepalen).

Rifampicine geeft oranje/rode verkleuring van de urine, zweet, traanvocht, ontlasting en semen (cave verkleuring zachte lenzen). Rifampicine is een sterke inductor van metaboliserende enzymen en transporters waardoor combinatie met bepaalde medicatie moet worden vermeden (zie [Farmacotherapeutisch Kompas](#)). Verder komen bij rifampicine gastro-intestinale klachten voor, vermoeidheid, slaperigheid, duizeligheid en hoofdpijn.

Isoniazide veroorzaakt extra verbruik van vitamine B6 (pyridoxine) waardoor een Vit B6 deficiëntie kan ontstaan met klachten van vermoeidheid en tintelingen/pijn in ledematen. Andere bijwerkingen van isoniazide zijn neurotoxische reacties: hoofdpijn, vermoeidheid, concentratiestoornissen, duizeligheid, visusdaling, convulsies en psychische veranderingen. Zeer zelden komen huidafwijkingen voor.

Pyrazinamide: misselijkheid, braken, buikpijn, spier- en gewrichtspijnen.

Ethambutol: misselijkheid, braken, buikpijn, visusdaling, kleurenblindheid (bij visusklachten direct tbc-arts bellen).

4.6. Overplaatsing naar een andere justitiële inrichting

Het kan voorkomen dat een justitiabele wordt overgeplaatst naar een andere justitiële inrichting tijdens de behandeling of na een positieve test waarbij nog geen beslissing over het opstarten van behandeling is genomen. Dan is de JG/JV/VS AGZ/POH AGZ verantwoordelijk voor de overdracht naar de justitiële inrichting waar de justitiabele naartoe gaat.

Zodra de overplaatsingsdatum bekend is, zoekt de JG/JV/VS AGZ/POH AGZ contact met de medische dienst van de nieuwe inrichting. Relevante informatie en het medisch dossier worden overgedragen naar de medische dienst van de nieuwe inrichting.

Zodra de overplaatsingsdatum bekend is, meldt de JG/JV/VS AGZ/POH AGZ de nieuwe verblijfplaats van de justitiabele bij de GGD. Indien de justitiabele na de overplaatsing onder een andere GGD valt, zorgt de GGD voor een goede overdracht naar de andere GGD.

De JV/VS AGZ/POH AGZ/DA is verantwoordelijk voor het organiseren van het vervoer (DV&O) en het informeren van DV&O over de te nemen preventieve maatregelen (zie hoofdstuk 6)

4.7. Overplaatsing naar tuberculosesanatorium

In geval van ernstige ziekte of complexe behandeling wegens ongevoeligheid van *M. Tuberculosis* voor de gangbare medicatie, kan het nodig zijn de patiënt over te plaatsen naar tuberculosesanatorium Beatrixoord te Haren of naar het Radboud ziekenhuis te Nijmegen. De GGD neemt hiervoor het initiatief.

4.8. Vertrek van de justitiabele

Het kan voorkomen dat een justitiabele uit de justitiële inrichting wordt ontslagen tijdens de behandeling of na een positieve test waarbij nog geen beslissing over het opstarten van behandeling is genomen. In dat geval is de JG verantwoordelijk voor de overdracht van de justitiabele naar de tbc-arts, huisarts en eventuele andere zorgverlener.

Zodra de ontslagdatum bekend is zoekt de JV/VS AGZ/POH AGZ, contact met de GGD. Indien er geen huisarts buiten is om naar over te dragen, wordt aangeraden dit in het contact met de GGD te benoemen. Indien mogelijk worden vervolgspraken bij de GGD

reeds ingepland en aan de justitiabele meegegeven. Check of de justitiabele toestemming heeft gegeven om informatie door te geven aan behandelaren buiten DJI na het verblijf in de justitiële inrichting. Er is geen specifieke verklaring over tbc nodig.

Bij de overdracht aan de GGD komen de volgende zaken aan de orde:

1. Contactgegevens justitiabele
2. Verblijfplaats na ontslag
3. Startdatum behandeling en aantal voltooide behandeldagen
4. Meegegeven medicatie (bij voorkeur voor 3 weken)
5. Geplande afspraken met de GGD
6. Eerste afspraak met tbc-arts
7. Eventueel voedingsvoorlichting

De casemanager verifieert, indien mogelijk ruim voor ontslag, of het opstarten van de ziektekostenverzekering bij ontslag geregeld is met de ziektekostenverzekeraar.

NB: Het is bij de medische dienst niet altijd bekend wanneer de detentie van een justitiabele eindigt. Ter voorbereiding op plotseling ontslag zorgt de JV/VS AGZ/POH AGZ dat bij justitiabelen waarvan geen ontslagdatum bekend is, de adreslijst van alle GGD'en en een gevulde medicijnkoffer voor bij voorkeur 3 weken in de bagage van de justitiabele wordt gedaan.

5. Beleid bij besmettelijke longtbc

Een patiënt met longtuberculose wordt als besmettelijk beschouwd als in het sputum van de patiënt tbc-bacteriën kunnen worden aangetoond. Met de microscoop zijn de mycobacteriën met de Ziehl-Neelsen kleuring en/of auramine kleuring dan als gekleurde staafjes in het sputum zichtbaar (sputum is ZN of auramine positief). Men spreekt dan ook wel van open tbc. Wanneer alleen de kweek op *M. Tuberculosis* positief is, is besmettelijkheid minder waarschijnlijk. Overleg in dat geval met de GGD over mogelijk besmettingsgevaar. Bij de diagnose open tbc geldt het beleid zoals beschreven in hoofdstuk 4, aangevuld met onderstaande afspraken.

5.1. Informeren directie

Een geval van open tbc wordt altijd aan de directie van de inrichting gemeld. De JG is verantwoordelijk voor het informeren en adviseren van de directie over de te nemen preventieve maatregelen (zie hoofdstuk 6) en wanneer deze maatregelen weer kunnen worden opgeheven. Isolatie eindigt meestal 2 à 3 weken na het starten van de behandeling.

5.2. Contactonderzoek

Wanneer besmettelijke longtbc is vastgesteld bij een justitiabele zal de GGD een contactonderzoek opstarten. De directie van de inrichting is er verantwoordelijk voor dat het contactonderzoek in de inrichting kan worden uitgevoerd, zowel bij justitiabelen als bij personeel. De arts tbc-bestrijding en/of sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding informeert de directie, het hoofd zorg van de medische dienst en de preventiemedewerker van de inrichting over het contactonderzoek.

5.3. Overplaatsing naar het Justitieel centrum voor somatische zorg

Een justitiabele met open tbc wordt vrijwel altijd overgeplaatst naar een isolatiecel met onderdruk en sluis in het Justitieel Centrum voor Somatische Zorg (JCvSZ) tot de patiënt niet meer besmettelijk is en de resistentiebepaling bekend is. De JV/VS AGZ/POH AGZ/DA is verantwoordelijk voor het organiseren van het vervoer naar het JCvSZ en het informeren van DV&O over de te nemen preventieve maatregelen (zie hoofdstuk 6). Over het algemeen is iemand na 2 tot 3 weken adequate behandeling niet meer besmettelijk. De patiënt wordt teruggeplaatst naar de justitiële inrichting zodra zijn/haar toestand dit toelaat. Tijdens het verblijf in het JCvSZ zijn het JCvSZ, de GGD-Haaglanden en eventueel een longarts, samen verantwoordelijk voor de behandeling, het onderhouden van contact en de overdracht bij terug- of uitplaatsing.

5.4. Behandeling van open tbc in de inrichting

Wanneer de inrichting de mogelijkheid heeft om de patiënt goed te isoleren, dan kan de patiënt eventueel in de inrichting blijven. De GGD behandelt en begeleidt de patiënt en adviseert wanneer de isolatiemaatregelen kunnen worden opgeheven.

6. Preventieve maatregelen bij (verdenking) besmettelijke tbc

Dit hoofdstuk beschrijft welke preventieve maatregelen noodzakelijk zijn bij (een verdenking van) besmettelijke longtuberculose.

6.1. Isolatie in de inrichting

Alleen bij i) bewezen open tbc, ii) een voor tbc verdachte longfoto in afwachting van de uitslag van het sputumonderzoek of iii) een hoge verdenking op tbc op grond van klachten, mag een justitiabele in isolatie worden geplaatst. Alleen de JG kan, bij voorkeur na overleg met de tbc-arts, de vestigingsdirecteur adviseren een justitiabele in isolatie te plaatsen op verdenking van open tbc.

Wanneer de diagnose open tbc is gesteld wordt de patiënt veelal overgeplaatst naar een isolatiecel met onderdruk en sluis in het JCvSZ. Zonder onderdruk en sluis kunnen er bij het openen van de cel in de lucht zwevende druppeltjes met mycobacteriën, die door de patiënt in de cel zijn opgehoest, lekken naar de gemeenschappelijke ruimte. De kans dat iemand hierdoor besmet raakt is echter zeer klein.

6.2. Hoesthygiëne

Een patiënt met longtbc moet allereerst een goede hoesthygiëne worden aangeleerd. De JV/VS AGZ/POH AGZ (met FFP-2 masker) instrueert de justitiabele door voor te doen hoe dit moet en laat het de justitiabele daarna zelf doen. De instructie luidt:

1. Hoest met afgewend hoofd
2. Houdt een wegwerp zakdoek/tissue voor de mond
3. Gooi de zakdoek/tissue direct na gebruik weg als normaal afval.

6.3. Gebruik Mondneusmasker

In de cel draagt de tbc-patiënt geen mondneusmasker. Een tbc-patiënt zet altijd een FFP-2 mondneusmasker zonder ventiel op wanneer hij/zij de cel of isolatieruimte verlaat. De JV/VS AGZ/POH AGZ let op dat het mondneusmasker goed aansluit op de neus, wangen en kin van de patiënt.

Medewerkers dragen een FFP-2 mondneusmasker met- of zonder ventiel wanneer zij de cel of isolatieruimte van de tbc-patiënt binnengaan. Bij het begeleiden of vervoeren van een tbc-patiënt draagt de patiënt een mondneusmasker zonder ventiel en hoeven de begeleiders in principe geen mondneusmasker te dragen.

Voor een goede preventieve werking van het masker is het belangrijk dat het masker goed wordt opgezet. Bij het aantrekken worden eerst het bovenste elastiekje horizontaal recht naar achteren vastgemaakt, daarna het onderste elastiekje kruislings naar boven (op de kruin). Vervolgens wordt de neusklem aangedrukt. De elastiekjes en neusklem zorgen voor een juiste afsluiting rond het gezicht. Bij het afdoen van het mondneusmasker wordt eerst de bovenste sluiting en daarna de onderste sluiting losgemaakt. Na het uittrekken van het mondneusmasker wordt handhygiëne toegepast.

In de landelijke SRI richtlijn Persoonlijke Beschermingsmiddelen* wordt hergebruik van ademhalingsbeschermingsmaskers niet toegestaan. Verwissel het ademhalingsbeschermingsmasker zodra:

1. De ademhaling zwaarder wordt;
2. Het masker vochtig is
3. De elastiekjes lubberen

Ad 2: Als het masker vochtig is neemt de filterende werking van het filtermateriaal af.

Ad 3: De elastiekjes zorgen voor een juiste afsluiting rond het gezicht.

* Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie. <https://www.sri-richtlijnen.nl/pbm>

6.4. Reiniging cel, douche/toilet

Een ruimte waarin een besmettelijke tbc-patiënt verbleef, kan weer zonder mondneusmasker door anderen worden betreden indien het aantal in de lucht aanwezige tbc-aerosolen met 99,9 % is gedaald. De snelheid waarmee dit gebeurt is afhankelijk van het aantal luchtwisselingen per uur (ACH) en de menging van de lucht in de ruimte. Het aantal luchtwisselingen in een dichte cel wordt op minimaal twee luchtwisselingen per uur (2 ACH) geschat. Dit betekent dat de afgesloten cel 4 uur na vertrek van de tbc-patiënt zonder beschermingsmiddelen kan worden betreden ([Isolatie Module 3.2 | SRI-richtlijnen](#)). De cel kan met normale reinigingsmiddelen worden schoongemaakt. Serviesgoed, linnen-goed en kleren hoeven niet apart afgevoerd te worden en kunnen op de reguliere wijze gereinigd worden. Tbc kan niet worden overgebracht via contact met materialen of oppervlakken.

Bij voorkeur verblijft een besmettelijke tbc-patiënt in een cel met eigen douche. Indien een buiten de cel gelegen douche of toilet wordt gebruikt dan geldt ook voor de douche en het toilet: de ruimte na gebruik afsluiten en pas weer na 4 uur openen.

6.5. Vervoer met DV&O-bus

Bij het aanvragen van vervoer wordt DV&O geïnformeerd over welke preventieve maatregelen noodzakelijk zijn tijdens het vervoer. Voldoende ventilatie helpt het risico op infectie te verminderen. Een justitiabele met open tbc draagt een FFP2-masker zonder ventiel tijdens het vervoer. De beveiligers hoeven geen mond-neusmasker te dragen.

Wanneer de justitiabele de DV&O-bus verlaat en tijdens de rit het FFP-2 mondneusmasker continu heeft opgehad, dan hoeft het compartiment niet extra geventileerd en gereinigd te worden. Bij zeer lange ritten kan het dragen van een FFP-2 masker benauwdheidsklachten geven bij de justitiabele. De justitiabele mag het mondneusmasker dan afzetten tijdens het vervoer. De DV&O medewerkers zetten dan voorafgaand aan het openen van het compartiment een FFP-2 masker op en laten de justitiabele uitstappen. Vervolgens helpen zij in de buitenlucht de justitiabele een FFP-2 masker zonder ventiel op te zetten. Het compartiment zal afhankelijk van de grootte en ventilatie (wind) enige tijd opengezet moeten worden. Een half uur zal voldoende zijn. Ventileer ook indien het onzeker is of de justitiabele het mondmasker continu heeft opgehad. De DV&O medewerker zet dan ook voorafgaand aan het openen van het compartiment een FFP-2 masker op. Het compartiment kan volgens de voor regulier vervoer geldende regels worden schoongemaakt. Tbc kan niet worden overgebracht via contact met materialen of oppervlakken.

7. Declaratie kosten diagnostiek en behandeling

De GGD'en kunnen alle verrichtingen ten behoeve van naderonderzoek en behandeling declareren bij de inrichting op basis van de NZA (huisarts) tarieven. De GGD'en factureren naar DJI conform de richtlijnen elektronisch factureren van DJI. Voor vragen kunnen de GGD'en contact opnemen met het Shared Service Center (SSC) van DJI via ssc@dji.minjus.nl of 088 07 54 321.

8. Vreemdelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de extra aandachtspunten die van belang zijn indien bij een vreemdeling een verdenking bestaat op tbc of tbc is vastgesteld.

8.1 Vertrek uitstellen

Indien bij een vreemdeling een verdenking op tbc bestaat of als de diagnose tbc is bevestigd, meldt de JV/VS AGZ/POH AGZ dit direct bij DT&V, i.v.m. het opschorten van de uitzetting van de vreemdeling uit Nederland tot de diagnose bekend is of tot de behandeling voor tbc is afgerond (Artikel 64 uit de Vreemdelingenwet 2000¹).

Deze regeling geldt niet voor vreemdelingen met een niet besmettelijke vorm van tbc die vallen onder de Dublinverordening of hierbij aangesloten landen (bekend bij DT&V): zij worden zo mogelijk warm overgedragen aan de ontvangende arts voor tbc-bestrijding in het betreffende land. De sociaal verpleegkundige van de GGD speelt hierbij een belangrijke rol in en kan zo nodig contact opnemen met de KNCV of het RIVM.

Een vreemdeling met open tbc die valt onder de Dublinverordening kan pas worden overgedragen wanneer de besmettelijke periode voorbij is.

De JV/VS AGZ/POH AGZ verzoekt de ketenpartners zoals DT&V de medische dienst bijtijds op de hoogte te stellen van een eventuele uitzetting c.q. overplaatsing van de patiënt met tbc.

8.2 Acties bij uitzetting/uitlevering/overlevering

Indien uitzetting/uitlevering/overlevering toch plaats gaat vinden bij een verdenking op tbc of de diagnose (open of gesloten) tbc, spant de medische dienst zich in om een goede overdracht te bewerkstelligen.

1. De JG/JV/VS AGZ/POH AGZ informeert de justitiabele dat deze na ontslag uit de inrichting bij elke GGD terecht kan voor het vervolgen van de behandeling en over de mogelijkheid van tbc-behandeling aan illegalen in Nederland.
2. De JG/JV/VS AGZ/POH AGZ informeert de sociaal verpleegkundige van de GGD over de aanstaande uitzetting/uitlevering/overlevering van de justitiabele. De GGD-arts zorgt voor een overdrachtsformulier in het Engels dat meegegeven kan worden aan de vreemdeling.
3. De JV/VS AGZ/POH AGZ legt, zodra een behandeling met medicatie is ingesteld, een voor 3 weken gevulde medicijnendoos en een adreslijst van alle GGD 'en in Nederland, in de bagage van de justitiabele. Let op: Omdat de patiënt in de PI de medicatie onder toezicht innam, is het noodzakelijk de patiënt bijtijds alle uitleg te geven over de medicatie, zodat hij weet hoe deze in te nemen en hoe te handelen om zich aan te melden bij de (nieuwe) behandelaar in het buitenland of (nieuwe) GGD.

¹ In de Vreemdelingenwet 2000 is beschreven dat bepaalde categorieën vreemdelingen die anders zouden worden uitgezet, in Nederland mogen verblijven gedurende de periode van hun behandeling. In deze periode geldt een 'verbod op uitzetting'. De vreemdelingen vallen dan onder artikel 64 van de Vreemdelingenwet en zij kunnen gebruikmaken van de verstrekkingen die gegeven worden aan asielzoekers, de Rva-regeling ('Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen'). Van belang hierbij is vooral het recht op de ziektekostenregeling, het recht op bed, bad en brood en huisvesting in een centrum van het COA. De SV van de GGD regelt deze procedure in samenwerking met de Immigratie en Naturalisatiedienst (IND) en het COA.

De uitzetting van de vreemdeling en van zijn gezinsleden wordt opgeschort indien bij de vreemdeling of een van zijn gezinsleden tbc is geconstateerd. Uitzondering hierop vormt de situatie waarbij gesloten tbc is geconstateerd bij deze vreemdeling of een van zijn gezinsleden en de overdracht van de vreemdeling zal plaatsvinden op grond van de verordening 343/2003 (Dublin verordening) dan wel overdracht zal plaatsvinden aan een bij de Dublinverordening aangesloten land waarmee een terug- en overname overeenkomst is gesloten.

Indien sprake is van verdenking van tbc, zal de uitzetting van vreemdelingen in bewaring in beginsel worden opgeschort tot het onderzoek naar tbc is voltooid

4. De JG/JV/VS AGZ/POH AGZ informeert naar het land en de stad waarnaar de vreemdeling wordt uitgezet en zorg met toestemming van de justitiabele voor een warne overdracht (rechtstreeks contact t.b.v. de overdracht tussen de oude en de nieuwe behandelaar) aan de ontvangende arts en/of tbc-centrum in de betreffende stad en/of betreffende land. De JG/JV/VS AGZ/POH AGZ heeft hiervoor een inspanningsverplichting. Indien de mogelijkheden om contact te leggen met een arts of tbc-centrum beperkt zijn, wordt aangeraden om in ieder geval het in het Engels geschreven overdrachtsformulier van de tbc-arts en een geprinte kopie van het medisch dossier aan de vreemdeling mee te geven. Indien de behandeling niet kan worden overgedragen aan een behandelaar in het buitenland dan moet dit gemeld worden bij de SV van de GGD. De SV kan zo nodig contact opnemen met het KNCV-Tuberculosefonds.

Wat mee te geven aan vreemdeling:

1. Overdrachtsformulier
2. Lijst GGD'en in Nederland
3. Medicatie voor 3 weken

Indien betrokkene een mailadres heeft, deze gegevens bij voorkeur naar de vreemdeling mailen (papieren raken makkelijk zoek) met een cc naar de verpleegkundige van de GGD indien betrokkene hier toestemming voor heeft gegeven.

Wat te vermelden in overdrachtsformulier:

1. Naam
2. Geboortedatum
3. Contactadres/mail/telefoon
4. Diagnose
5. Uitslagen van diagnostiek: (sputum, longfoto, bloed)
6. Startdatum behandeling
7. Behandelbeleid met medicatie + dosering
8. Mailadres sociaal verpleegkundige van de GGD (of tbc-arts)
9. Bijzonderheden betreffende de behandeling

9. Samenwerking en deskundigheidsbevordering

Samenwerking tussen de medische dienst en de regionale GGD is van groot belang. Het bevordert de samenwerking als de medewerkers elkaar kennen en weten voor welke vragen en problemen zij bij elkaar terecht kunnen. Elkaar kennen bevordert snel contact als het nodig is. Ook als er in de afgelopen periode geen justitiabele met tbc is geweest, is het noodzakelijk het contact te blijven onderhouden.

Het verdient aanbeveling elkaar minimaal 1x per jaar te ontmoeten. Te bespreken onderwerpen kunnen zijn:

1. Werkafspraken over:
 - a. Routing cito sputum onderzoek (welk lab doet cito sputumonderzoek)
 - b. Borgen dat de GGD, de uitslagen van diagnostiek zo spoedig mogelijk ontvangt (medebehandelaar labformulier)
 - c. Inplannen van afspraken voor longfoto en consult tbc-arts
 - d. Regelen transport
 - e. Wijze van communicatie (zorgmail etc.)
2. Evaluatie tbc-casuïstiek
3. Evaluatie tbc-onderzoek bij risicogroepen
4. Checken van de afspraken ten aanzien van voorlichting
5. Voorlichtingsmateriaal
6. Actuele situatie en knelpunten
7. Hoe bereik je elkaar, ook buiten kantooruren
8. Scholing nieuw personeel van MD over tbc
9. Scholing nieuw personeel van afdeling tbc-bestrijding over werkwijze DJI
10. Nieuwe ontwikkelingen, zowel binnen de inrichting als in de tbc-bestrijding
11. Veranderingen in wet- en regelgeving

Daarnaast wordt aangeraden om de GGD te vragen jaarlijks een klinische les aan de medische dienst te geven, om de kennis van en aandacht voor tbc op peil te houden.

Het is belangrijk namen, telefoonnummers en e-mailadressen te actualiseren en regelmatig uit te wisselen. Op die manier kan snel contact worden gelegd bij een verdenking op of vragen over tbc en kan worden afgesproken wie welke actie onderneemt. Dit neemt veel onnodige onrust weg en voorkomt eventuele paniek.

10. Registratie in huisartsensysteem

Dit hoofdstuk beschrijft de DJI-brede afspraken over de registratie van tbc-gerelateerde acties in het huisartsensysteem.

ICPC-code A97.01 tbc-onderzoek

Worden er tbc gerelateerde acties ingezet registreer dan alle acties onder de ICPC-code A97.01 Preventief onderzoek/consult en wijzig de naam in "tbc-onderzoek". Koppel alle acties aan deze code en verander deze naar gelang de uitkomst van de ingezette acties.

ICPC-code A78 tbc-infectie behandeld/niet behandeld

Wanneer een tbc-infectie wordt vastgesteld op grond van een positieve IGRA-test dan verander je de ICPC-code A97.01 in "A78 tbc-infectie". Wil de justitiabele niet behandeld worden dan wordt de code gewijzigd in "A78 tbc-infectie niet behandeld". Alleen indien de justitiabele een preventieve behandeling volledig afmaakt wordt de code gewijzigd in "A78 tbc-infectie behandeld".

ICPC-code R70 Tuberculose luchtwegen (longtuberculose)

Wanneer longtuberculose wordt vastgesteld wordt de eventueel al aangemaakte code A97.01 gewijzigd in R70 met de naam longtuberculose.

ICPC-code A70 Gegeneraliseerde tuberculose

Wanneer tbc buiten de longen wordt vastgesteld wordt de eventueel al aangemaakte code A97.01 gewijzigd in A70 en de naam gewijzigd in de soort tuberculose die is vastgesteld (zie voorbeeld tabel 1).

Tabel 1 Episode registratie

	ICPC-code	Titel	Voorbeeld
Tbc-onderzoek	A97.01 Preventief onderzoek/consult	Tbc-onderzoek	<i>A97.01 – tbc-onderzoek</i>
Tbc-infectie	A78 Andere infectieziekte(n)	Tbc-infectie	<i>A78 – tbc-infectie NIET behandeld</i> <i>A78 – tbc-infectie behandeld</i>
Tuberculose	R70 Tuberculose luchtwegen	Pulmonale tuberculose	<i>R70 – Longtuberculose</i>
Tuberculose	A70 Gegeneraliseerde tuberculose	Extrapulmonale tuberculose	<i>A70 – Niertuberculose</i> <i>A70 – Pleuritis tuberculosa</i> <i>A70 – Werveltuberculose</i>

De volgende acties moeten bijvoorbeeld worden genoteerd in Microhis en gekoppeld aan één van bovenstaande codes:

1. Contactadres (voor opvolging positieve uitslag na ontslag uit detentie)
2. Adres eigen huisarts (voor opvolging positieve uitslag na ontslag uit detentie)
3. Aanvraag en uitslag longfoto
4. Aanvraag en uitslag laboratoriumonderzoek (sputum, bloed)
5. Patiënt geïnformeerd over uitslag (ook negatieve)
6. Consult verpleegkundige bij positieve IGRA
7. De digitaal ingevulde gezondheidsvragenlijst uploaden in Microhis
8. Noteren of IGRA-uitslag samen met gezondheidsvragenlijst, medicatielijst en episodenlijst is verstuurd aan GGD
9. Afspraken met GGD over vervolgacties

Registreren uitslag IGRA

Indien de uitslag van de IGRA-bloedtest niet wordt ingelezen bij het praktijkonderzoek kun je die handmatig toevoegen, de meting is te vinden onder de naam Quantiferon Gold-TB-test.

Registreer of de uitslag van de test positief, negatief of indeterminate (niet te interpreteren) is en vermeld tevens de uitslagen in getal, dit is belangrijk voor de beoordeling door de GGD.

Meting	Mnem	Mat.	Bijz.	Omschrijving	Eenheid
2708	QUAN	B		quantiferon Gold-TB-test	
3906	QUAN	B	KW	quantiferon Gold-TB-test kwantitatief	

quant

Zoek Wis

OK Annuleren

Bijlage 1: Geschiedenis van het tuberculosebeleid in detentie

De tuberculosebestrijding binnen de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) volgt de ontwikkelingen in de vrije maatschappij. Het is niet mogelijk de veranderingen in het tbc-screeningsbeleid van DJI los te zien van de epidemiologische ontwikkelingen van tbc in de wereld en in Nederland. Hieronder volgt een samenvatting.

1940 – 2009

Vanaf de 2e wereldoorlog tot halverwege de tachtigerjaren neemt het jaarlijks aantal tbc-patiënten in Nederland gestaag af en staken steeds meer justitiële inrichtingen de tbc-screening met de Mantoux. Echter, vanaf eind jaren 80 neemt de instroom van immigranten en asielzoekers uit landen waar nog veel tbc voorkomt, fors toe. Hierdoor stijgt in de jaren 90 het aantal tbc-patiënten in Nederland en zo ook in de inrichtingen, met name in de vreemdelingenbewaring. DJI besluit hierop tbc-screening te herintroduceren.

Vanaf 1994 wordt geleidelijk in alle inrichtingen röntgenologische screening van alle justitiabelen in de eerste week na binnenkomst geïntroduceerd. Met GGD-GHOR wordt een contract gesloten waarin geregeld wordt dat in alle inrichtingen eenmaal per week een mobiele röntgenbus staat. Deelname aan tbc-screening in detentie is nooit wettelijk verplicht geweest maar er werd wel enige drang toegepast.

2009 – 2020

In 2009 wordt de opbrengst van de screening geëvalueerd en blijkt dat in Nederland geboren justitiabelen geen risicogroep* meer vormen. In die periode neemt het aantal tbc-gevallen in Nederland af van 1800 in 1994 tot 1068 in 2010. In 2010 worden de screeningscriteria aangescherpt en worden in Nederland geboren justitiabelen alleen nog gescreend wanneer zij dakloos of drugsverslaafd zijn, tbc hebben gehad, tbc relevante klachten hebben of in een buitenlandse gevangenis hebben gezeten.

In 2015 wordt het tbc-screeningsbeleid opnieuw geëvalueerd en blijkt er ook onder in Nederland geboren drugsverslaafden en daklozen geen verhoogd risico op tbc meer te bestaan (Bron: Richtlijn Tuberculose in detentie (hoofdstuk 3). DJI, 2016).

Vanaf 1 juli 2016 worden justitiabelen daarom alleen nog gescreend indien:

1. Geboren in een land met een tbc-incidentie > 10/100.000,
2. Tbc gehad in het verleden,
3. Tbc relevante klachten of
4. Verblijf in een buitenlandse gevangenis.

Het aantal jaarlijkse screeningen daalt vervolgens verder, enerzijds vanwege een daling van de instroom van justitiabelen in de gevangnissen en anderzijds door de aanscherping van de screeningscriteria. Het nieuwe beleid leidt in de inrichtingen met een lage instroom tot 0-3 screeningen per 1 of 2 weken.

De opbrengst van de röntgenscreening blijft vanaf 2017 net boven de grenswaarde van 50 per 100.000 gescreenden (Jaarrapportages GGD-GHOR).

2021 – 2022

In 2021 en 2022 wordt in inrichtingen met minder dan 150 tbc-screeningen per jaar, gestart met screening op een tbc-infectie middels de IGRA-bloedtest. De doelgroep voor de screening middels IGRA bleef hetzelfde als voor de longfoto.

Met het oog op de lage opbrengst in relatie tot de kosten van screening en een nieuw af te sluiten contract met GGD-GHOR Nederland werd eind 2021 de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) en het RIVM gevraagd de tbc-screening opnieuw te evalueren en een inschatting te maken van het tbc-infectierisico in de justitiële inrichtingen indien de screening wordt afgeschaft.

*Een risicogroep is een groep personen, met een eenduidig gemeenschappelijk kenmerk, waarbij de incidentie van tuberculose hoger is dan 50 per 100.00 personen

Uit de analyse van het RIVM blijkt dat de röntgenscreening nog wel effectief is, maar de opbrengst laag. Tevens blijkt uit analyse van de contactonderzoeken dat, bij afschaffing van de screening, het risico op een tbc-besmetting in de inrichtingen laag blijft en de eventueel geïnfecteerden met bron- en contactonderzoek opgespoord kunnen worden (Evaluatie tuberculose-screening gedetineerden 2005-2020. RIVM, 2020; Aanvullend dossieronderzoek gedetineerden met tuberculose 2011-2020. RIVM, 2022). Op grond van de bevindingen en het advies van de CPT heeft DJI haar tbc-preventiebeleid in 2023 opnieuw aangepast.

2023

Met ingang van 1 januari 2023 wordt de doelgroep "justitiabelen geboren in een land met een incidentie ≥ 10 per 100.000" niet meer gescreend en richt zich de screening op de volgende hoog-risicogroepen:

1. Justitiabelen met voor tbc-relevante klachten
2. Justitiabelen die ooit verbleven in een buitenlandse gevangenis
3. Justitiabelen (zonder klachten) met hiv
4. Justitiabelen (zonder klachten) die ooit tuberculose hebben gehad

De screening wordt uitgevoerd middels de IGRA-bloedtest en bij klachten in overleg met de GGD middels sputumonderzoek en/of longfoto. Het contract met GGD-GHOR voor de röntgenbussen wordt om deze reden per 1 januari 2023 beëindigd.

2024

In 2024 wordt het in 2023 geïntroduceerde screeningsbeleid met de IGRA geëvalueerd (Rapport: Evaluatie tbc-screening DJI. DJI, 2023). Minimaal 22% van de justitiabelen (gegevens pilot 2018) weigert bloedafname. Bij 17% van de justitiabelen die bloed laten afnemen is de uitslag positief. Bij 50% van de justitiabelen met een positieve test wordt geen longfoto gemaakt en vindt er geen consult op de GGD plaats, omdat zij de inrichting al verlaten voordat de afspraak met de GGD kan plaatsvinden. Slechts een enkeling meldt zich vervolgens nog op een GGD. De justitiabelen bij wie wel een longfoto wordt gemaakt en een gesprek hebben met de tbc-arts, start 55% met een behandeling. Echter nog niet de helft van de justitiabelen maakt de behandeling af. 50% verlaat de inrichting al voor dat de behandeling is afgemaakt en slechts een enkeling meldt zich vervolgens bij een GGD en 10% breekt de behandeling al tijdens de detentie af. Het resultaat is dat slechts 10-15 % van de justitiabelen met een tbc-infectie een behandeling afmaken. De conclusie is dat met het beleid de gestelde doelen niet worden bereikt en het beleid moet worden aangepast.

Per 1 juli 2024 is het beleid als volgt aangepast:

1. Bij justitiabelen met voor tbc-relevante klachten tijdens de intake of detentie wordt overlegd met de GGD welke diagnostiek moeten worden ingezet.
2. Justitiabelen (zonder klachten) met hivinfectie of ernstig verminderde weerstand (immuungecompromitteerd) krijgen een IGRA aangeboden
3. Bij justitiabelen (zonder klachten) die ooit tuberculose hebben gehad wordt overlegd met de GGD of onderzoek nodig is.

Bijlage 2: Werkinstructie sputumafname en -onderzoek

Zie [werkinstructie sputumafname RIVM](#)

Er dienen 3 sputa te worden ingeleverd, liefst op drie opeenvolgende dagen en minimaal 1 keer ochtendsputum. Vaak krijgt de justitiabele 's avonds een sputumpotje en produceert hij 's morgen bij het opstaan, in de eigen cel, nuchter sputum. Bel voorafgaand aan het verzamelen van het sputum de GGD voor aanvullende instructies en spreek af:

1. Waar het sputum naar toe gebracht moet worden (GGD of lokaal laboratorium)
2. Wie het vervoer van het sputum verzorgt
3. Wie de sputumuitslagen in de gaten houdt/na belt zodat de justitiabele niet onnodig lang in isolatie zit
4. Welke diagnostische testen moeten worden aangevraagd op het labformulier (bijv. PCR, kweek, auramine, Zhiel-Neelsen)

Voorbereiding:

A. Zet de volgende benodigdheden klaar:

1. Laboratoriumformulier
2. Sputumpotje en etiket
3. Tissues en bekertje water
4. Mondneusmasker (FFP2) en handschoenen voor de JV

B. Vul het laboratoriumformulier in. Vul de GGD in als (mede)aanvrager indien mogelijk.

C. Voorzie sputumpotje van naam, geboortedatum en afnamedatum, of label het potje

De justitiabele

A. Controleer of de juiste persoon, voor het juiste onderzoek aanwezig is.

B. Leg aan de patiënt uit:

1. Wat het doel is van het onderzoek (onderzoek naar tbc-bacteriën)
2. Wat het verschil is tussen sputum en speeksel
3. Wanneer de resultaten bekend zijn en hoe de cliënt de resultaten ontvangt.
4. Waarom het belangrijk is dat de cliënt in de ruimte blijft

Techniek

A. Instrueer de cliënt als volgt:

1. Spoel de mond met schoon water.
2. Snuif de neus in een tissue.
3. Adem enkele malen rustig door.
4. Wacht op een hoestprikkel
5. Diep inademen en hoest krachtig (evt. zonder hoestprikkel)
6. Spuug het sputum in het potje en sluit potje met deksel

B. Controleer of alles duidelijk is en beantwoord eventuele vragen.

C. Blijf tijdens het ophoesten niet zelf binnen. Bespreek hoe de cliënt contact kan maken en sluit de deur. Het is ook mogelijk het sputum in de buitenlucht te laten ophoesten. Buiten is er nagenoeg geen besmettingsgevaar voor anderen.

D. Pak het materiaal aan met handschoenen en controleer of er sprake is van (goed) sputum. Sputum is compacter en minder waterig dan speeksel.

E. Controleer of er voldoende sputum is opgehoest, d.w.z. minimaal 1 fluim. Indien er onvoldoende of geen goed sputum is, laat de cliënt nogmaals sputum ophoesten.

F. Was je handen.

Afronding

Bewaar sputum tot verzending in de koelkast (4-8 °C) om overgroei van andere micro-organismen te voorkomen. Al hoewel respiratoir patiëntmateriaal tot 1 week na afname nog gebruikt kan worden, stuur je het materiaal uiteraard zo snel mogelijk naar het laboratorium. De eerste uitslagen (PCR, auramine) moeten binnen uiterlijk 2 dagen bekend zijn. Indien de uitslagen na 2 dagen nog niet binnen zijn moet het laboratorium gebeld worden.

Bijlage 3: Gezondheidsvragenlijst tbc

Een gemakkelijk te printen versie van de gezondheidsvragenlijst vind je hier: [Gezondheidsvragenlijst tuberculose \(versie 1\)](#)

Datum:

Naam+geb.datum:

Vragen	Ja	Nee
1. Tbc: Hebt u ooit medicijnen geslikt voor tuberculose? Zo ja, wanneer (jaar): wie/waar behandeld:		
2. Tbc-contact: bent u ooit in contact geweest met een familielid, vriend of bekende met tuberculose? Zo ja, wanneer: wie:		
3. Tbc-onderzoek: Bent u ooit eerder onderzocht op tuberculose, b.v. na contact met een Tbc-patiënt? Zo ja, wanneer (jaar) welk onderzoek en resultaat:		
4. Longfoto: Is er bij u ooit een longfoto gemaakt? Wanneer voor het laatst: Waar:		
5. Klachten: <i>navragen</i>		
Hoesten ≥ 3 weken		
Onverklaarbaar afvallen		
Koorts		
Nachtweten		
Andere klachten, welke:		
6. Ziekten <i>(uit medisch dossier overnemen en navragen voor zover niet bekend)</i>		
Diabetes		
Nierinsufficiëntie/nierdialyse		
Auto-immuunziekte (reuma, psoriasis, colitis ulcerosa, ziekte v. Crohn, sarcoïdose)		
Kanker? Zo ja, wanneer, soort kanker, behandeling?		
Orgaantransplantatie gehad?		
Hiv/aids?		
Hepatitis? Zo ja A,B en/of C?		
7. Overige voorgeschiedenis Bent u in het verleden ooit ernstig ziek geweest, geopereerd of in het ziekenhuis opgenomen geweest? Ja, voor (ziekte, wanneer, behandeld?):		
8. U wordt verwezen naar de tuberculosearts van de GGD. De vragenlijst, het medicatieoverzicht en ziekten waar u mee bekend bent zullen, ter beoordeling, naar de tuberculosearts van de GGD worden gestuurd. Bent u hiermee akkoord?		
9. Justitiabele heeft uitleg gehad over IGRA-uitslag en is akkoord met delen medische info met tbc-arts		
10. Is de ontslagdatum bekend? Zo, ja wat is de datum?		

Acties:

1. Gezondheidsvragenlijst tbc uploaden in Microhis. Bijzonderheden in Microhis vermelden.
2. Vragenlijst, medicatieoverzicht, uitslag IGRA en episodenlijst per beveiligde mail versturen aan de GGD alleen indien betrokkene akkoord is met verzenden medische info naar de GGD.

Bijlage 4: Health questionnaire TB

Een gemakkelijk te printen versie van de gezondheidsvragenlijst vind je hier: [Gezondheidsvragenlijst tuberculose \(versie 1\)](#)

Datum:

Name+ Date of Birth:

Questions	Ja	Nee
1. Tuberculosis: Have you ever taken medication for TB (tuberculosis)?		
2. Tuberculosis contacts: Have you ever been in contact with someone known or suspected to have TB?		
3. Tuberculosis : Have you ever been tested for TB? If yes, which test: when for the last time: where:		
4. Chest X-ray: Have you ever had a chest-X-ray? If yes when for the last time: where:		
5. Complaints (<i>uit medisch dossier overnemen + navragen</i>) Do you suffer from?		
Cough that has lasted for 3 weeks or longer?		
Unexplained weight loss		
Fever		
Night sweats		
Other complaints, namely:		
6. Illnesses (<i>uit medisch dossier overnemen + navragen</i>) Have you ever been seriously ill or been admitted to a hospital? If yes, for which type of disease? When diagnosed? Have you been treated?		
Diabetes		
Chronic renal failure / dialysis		
Autoimmune disease (rheumatic arthritis, psoriasis, ulcerative colitis, Crohn's disease, sarcoidosis, lupus)		
Cancer/Leukemia?		
Organ transplantation?		
Hiv/aids?		
Hepatitis? If yes, A, B and/or C?		
7. Medical history Have you ever been seriously ill, hospitalized or had surgery? Yes, namely:		
8. You will be referred to the tuberculosis doctor of the GGD. This questionnaire, a medication overview and list with illnesses will be sent to the tuberculosis doctor for assesment. Do you agree with that?		
9. Justitiabele heeft uitleg gehad over IGRA-uitslag en is akkoord met delen medische info met tbc-arts		
10. Is de ontslagdatum bekend? Zo, ja wat is de datum?		

Acties:

1. Gezondheidsvragenlijst tbc uploaden in Microhis
2. Vragenlijst, medicatieoverzicht, uitslag IGRA en episodenlijst per zorgmail versturen aan de GGD. Alleen indien betrokkene akkoord is met verzenden medische info naar GGD.