



## **TUBERCULOSE in DETENTIE**

Herziene richtlijn opsporing, behandeling en preventie van tuberculose voor justitiële inrichtingen

**Juni 2016**

Geldig tot januari 2020

Datum	juni 2016
Status	definitieve versie

## Colofon

Afzendgegevens	<b>NIFP</b> Gezondheidszorg  Herman Gorterweg 5 3511 EW Utrecht Postbus 13369 3507 LJ Utrecht <a href="http://www.dji.nl">www.dji.nl</a>
Contactpersoon	Michel Westra, medisch adviseur DJI info.gezondheidszorg@dji.minjus.nl
Bijlage(n)	7
Auteur	M. Westra

## Inhoudsopgave

### **Colofon 2**

### **Leeswijzer 5**

#### **Hoofdstuk 1: Inleiding 5**

- 1.1 Inleiding 5
- 1.2 Doelstelling DJI beleid 6
- 1.3 Voor wie is deze herziening van de richtlijn bestemd? 6

#### **Hoofdstuk 2: Beleid ten aanzien van screening op tuberculose 6**

- 2.1 Uitgangspunten en overwegingen 6
  - 2.1.1 We op het bevolkingsonderzoek 6
  - 2.1.2 Referentiekader tbc-bestrijding in Nederland 7
- 2.2 Weigering deelname screening door justitiabelen 7

#### **Hoofdstuk 3: Evaluatie van de CPT en de aanbevelingen 8**

- 3.1 Methode 8
- 3.2 Resultaat 8
- 3.3 Relevantie van de tot op heden gebruikte risicocriteria 9
- 3.4 Conclusie 9
- 3.5 Aanbeveling 9

#### **Hoofdstuk 4: Besluit DJI, consequenties van de inhoudelijke aanpassingen en randvoorwaarden 10**

- 4.1 Besluit DJI n.a.v. het advies 10
- 4.2 Consequenties 10
- 4.3 Bijzondere aandachtspunten bij het DJI screeningsbeleid 101
- 4.4 Samenwerken 11

#### **Bijlage 1: Justitiële doelgroepen 12**

#### **Bijlage 2: Stroomdiagram indicatiestelling 133**

#### **Bijlage 3: Vragenlijst 134**

#### **Bijlage 4: Procedure sputumafname en onderzoek 155**

#### **Bijlage 5: Informatie over mondneusmaskers (norm en gebruik) 166**

#### **Bijlage 6: Werkwijze en taakverdeling 177**

- De Intake 177
- Spoed Thoraxfoto door de GGD 188
- Stappenplan bij vermoeden van tuberculose 199
- Stappenplan na diagnose gesloten tuberculose 211
- Stappenplan na diagnose open tuberculose 245
- Extra aandachtspunten bij justitiabele die illegaal in Nederland verblijft met(verdenking) tuberculose. 289

#### **Bijlage 7: Contactonderzoek 312**

- Doel 312
- Start van het onderzoek 312
- Het ringprincipe 312
- Contactlijst opstellen 312
- Uitvoering van het contactonderzoek 323
- Informatie aan derden 323



## Leeswijzer

In hoofdstuk 1 zijn de aanleiding voor de aanscherping van het gedifferentieerd screeningsbeleid en de doelstelling van het beleid beschreven.

In hoofdstuk 2 is het beleid t.a.v. screening op tuberculose beschreven.

In hoofdstuk 3 is de evaluatie inclusief het advies van de CPT beschreven.

In hoofdstuk 4 is het besluit van DJI, de consequenties van de aanpassingen en de randvoorwaarden beschreven.

In deze herziene richtlijn zijn alleen de drie praktische bijlagen uit de oorspronkelijke richtlijn uit 2010 overgenomen als bijlagen 3 t/m 5. In bijlage 6 is het stappenplan 'werkwijze en taakverdeling' opgenomen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Inleiding

Binnen de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) worden alle volwassenen die zijn ingesloten in de inrichtingen van de divisie Gevangeniswezen (GW) en vreemdelingenbewaring (VB) in het kader van de publieke gezondheidszorg, bij binnenkomst gecontroleerd op de afwezigheid van tuberculose (tbc). Voor mensen die verblijven binnen de divisie forZo/jeugd gelden andere regels (zie **Bijlage 1**). Tijdens de medische intake, bij binnenkomst in een justitiële inrichting, worden specifieke vragen gesteld, waarna alleen op indicatie een longfoto volgt. Deze longfoto's worden gemaakt door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD).

Sinds eind 2010 is, na advies van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT), gedifferentieerd screenen op afwezigheid van tbc het beleid bij volwassen justitiabelen.

De landelijke richtlijn van oktober 2010, beschreef het totale pakket van opsporing en behandeling van tbc in justitiële inrichtingen binnen de sector GW en DBV, thans divisie GW/VB. Die richtlijn is destijds ontwikkeld door een samenwerkingsverband van DJI, de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose (KNCV-Tuberculosefonds) en GGD Nederland. Diverse justitiële inrichtingen en GGD 'en hebben protocollen en reacties aangeleverd op basis waarvan die richtlijn tot stand is gekomen.

Uit de jaarverslagen van 2011 t/m 2013 blijkt dat een kwart van de longfoto's gemaakt worden bij autochtone Nederlanders, weliswaar met één van de risicofactoren zoals die in 2008 zijn beschreven (o.a. dakloos en drugsverslaving).

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Veiligheid en Justitie heeft de CPT wederom verzocht te adviseren of de triage voor in Nederland geboren personen kan worden aangescherpt en of voor personen geboren in een laag endemisch land dezelfde risicocriteria kunnen worden gebruikt als voor personen geboren in Nederland. Om tot een advies te komen, is de screening van justitiabelen in de periode 2011-2013 geëvalueerd. Meer over dit advies vindt u terug in hoofdstuk 3.

Het doel van deze evaluatie was:

1. De opbrengst van de screening (prevalentie) te bepalen naar land van herkomst.
2. Vaststellen of de screeningscriteria zoals beschreven in de richtlijn van oktober 2010 nog valide zijn.
3. Bepalen hoeveel justitiabelen met longtuberculose gemist zouden zijn indien de nieuwe aanbevelen, en aangescherpte criteria, voor triage zouden zijn gehanteerd.

## **1.2 Doelstelling DJI beleid**

Het DJI beleid om te screenen zal na het advies niet veranderen, maar het betreft een inhoudelijke aanpassing in de differentiatie tot screening.

De doelstellingen van het beleid zijn:

1. Een effectieve en efficiënte opsporing van tbc onder justitiabelen (in het kader van publieke gezondheid en infectiepreventie binnen de instelling).
2. Voldoen aan de Wet op het bevolkingsonderzoek en dus onder andere justitiabelen niet onnodig blootstellen aan röntgenstraling en jaarlijkse evaluatie van de opbrengst.
3. Een bijdrage leveren aan de doelstelling van de WHO n.l. streven naar een percentage voltooide behandelingen van 85% .

## **1.3 Voor wie is deze herziening van de richtlijn bestemd?**

Deze herziening van de richtlijn is bestemd voor zowel medewerkers in de justitiële inrichtingen GW en VB, als voor medewerkers in de tbc-bestrijding. Op basis van deze herziening kan in de verschillende regio's door de inrichtingen en GGD 'en gezamenlijk het bestaande protocol worden gewijzigd.

## **2 Beleid ten aanzien van screening op tuberculose**

### **2.1 Uitgangspunten en overwegingen**

#### **2.1.1. Wet op het bevolkingsonderzoek**

In het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) is screening op tuberculose wetenschappelijk effectief bevonden voor risicogroepen. Tbc-screening voor risicogroepen, inclusief justitiabelen, dient voor opsporing van actieve tuberculose met als primair doel om via behandeling van de betrokken persoon overdracht van de bacterie te voorkomen (derden belang)<sup>1</sup>. De meest geëigende screeningsmethode hiervoor is de longfoto. In risicogroepen is per definitie sprake van een prevalentie van 50 of meer gevallen van actieve tuberculose per 100.000 personen. In de WBO wordt gesteld dat bevolkingsonderzoek niet belastend voor de persoon mag zijn en de toepassing van röntgenstraling dus zo veel mogelijk beperkt dient te worden (ALARA = As Low As Reasonably Achievable). Tevens moet het screeningsbeleid gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs (evidence based). De uitvoering van de screening moet daarom gepaard gaan met zorgvuldige monitoring en evaluatie van de gevolgde praktijk.

---

<sup>1</sup> Wet bevolkingsonderzoek tuberculose. Gezondheidsraad: Commissie WBO. Nr. 1999/01WBO, 22 april 1999  
Richtlijn tuberculose in detentie 2016 Pagina 6 van 32

### **2.1.2. Referentiekader tbc-bestrijding in Nederland**

Het beleid van de tbc-bestrijding in de eliminatiefase bestaat uit drie elementen: risicogroepenbeleid, outbreak management en infectiepreventie.

Het risicogroepenbeleid richt zich op vroege opsporing en adequate behandeling van actieve tuberculose in risicogroepen. Dit gebeurt binnen DJI middels röntgenscreening van de justitiabele die hiervoor in aanmerking komen. Dit vindt in principe wekelijks plaats door middel van de mobiele röntgenunits (MRU) die de inrichting aandoen.

Outbreak management richt zich op het opsporen en behandelen van gevallen van actieve tuberculose en tbc-infectie onder contacten van tbc-patiënten. Daarnaast worden door clustersurveillance transmissiepatronen in kaart gebracht.

Voorlichting over screening aan de justitiabele is een vereiste van de WBO in het kader van de informatieplicht.

Het is belangrijk om justitiabelen te voorzien van schriftelijk materiaal bij binnenkomst. Dit materiaal is ter ondersteuning van het intakegesprek. Schriftelijke informatie is in verschillende talen beschikbaar en zijn via de GGD (afdeling tuberculosebestrijding) verkrijgbaar.

Ook zijn er diverse folders beschikbaar op de site van KNCV tuberculosefonds:  
<https://www.kncvtbc.org/kennisbank/zoeken/?soort=voorlichtingsmaterialen>

Bij ongeletterden of als de taal van de justitiabele niet beschikbaar is, zal men gebruik moeten maken van een tolk.

### **2.2 Weigering deelname screening door justitiabelen**

De deelname aan het screeningsonderzoek is niet wettelijk verplicht. Als de justitiabele weigert deel te nemen aan de screening, kan de justitieel geneeskundige (JG) aan de directeur adviseren 'medische beperkingen' op te leggen. Dit is vooral geïndiceerd als er een 'positieve' hoestanamnese of anderszins een (sterke) verdenking op tuberculose is. Het is van belang om te achterhalen waarom de justitiabele weigert mee te werken. In sommige culturen is het maken van een (röntgen)foto bedreigend. Goede uitleg kan de weigering mogelijk ongedaan maken. In overleg met de GGD kan eventueel als alternatief 3 sputa verzameld worden ter uitsluiting van besmettelijkheid.

Totdat justitiabele toestemt in het onderzoek op tuberculose en het onderzoek is afgerond, gelden de volgende beperkingen:

- hij neemt niet deel aan gemeenschappelijke activiteiten;
- hij heeft geen contact met mede justitiabelen;

En de volgende maatregelen:

- hij ontvangt evt. bezoek achter glas;
- hij lucht apart in de luchtkooi.

Het doel van deze beperkingen en maatregelen is een observatieperiode van maximaal 6 weken te realiseren.

De beperking kan echter niet worden opgeheven als er een sterke verdenking op actieve tuberculose blijft bestaan. De inrichting kan de lokale arts tbc-bestrijding in consult vragen om de situatie te beoordelen. Alleen de JG kan de directeur adviseren de bovenstaande beperkingen op te heffen. De directeur heft de beperkingen en maatregelen pas op na raadpleging van de JG. Tijdens de beperking is bezoek van/aan functionarissen/instanties die verband houden met de detentie, de rechtsgang, medische intake/procedures e.d. toegestaan.

Per situatie beoordeelt de JG, in overleg met de arts tbc-bestrijding, of het nemen van beschermende maatregelen nodig zijn, en zo ja door wie.

## 3 Evaluatie van de CPT en de aanbevelingen

### 3.1 Methode

De gegevens van het Nederlands Tuberculose Register (NTR) over de periode 2011-2013, zijn gebruikt voor het bepalen van de teller van het aantal justitiabelen met tuberculose gevonden door screening. Voor het bepalen van de noemer zijn de gegevens gebruikt welke zijn verstrekt door DJI over de nieuwe ingestroomde justitiabelen. Het aantal in Nederland geboren justitiabelen dat werd gescreend in de periode 2011-2013 werd overgenomen uit de (concept)jaarrapportages van de GGD GHOR. Van niet in Nederland geboren justitiabelen zijn geen noemer gegevens per geboorteland van de gescreenden voorhanden. Volgens de opgave van GGD GHOR Nederland werd in 2012 maximaal 70% van de populatie in het buitenland geboren justitiabelen gescreend. De landen zijn ingedeeld naar de geschatte incidentie in 2012 volgens de WHO in de categorieën: <10, 10-49, 50-99, 100-199 en > 200 per 100.000. Ook is gekeken naar specifieke immigrantengroepen in Nederland. In het informatiesysteem van DJI wordt niet bijgehouden op grond van welke risicofactoren in Nederland geboren justitiabelen zijn gescreend. Een analyse van risicofactoren kon alleen worden uitgevoerd op grond van wat hierover in het NTR is geregistreerd bij de justitiabelen met tuberculose.

### 3.2 Resultaat

In de periode 2011-2013 werden 64.006 van de 132.860 ingestroomde justitiabelen met röntgen gescreend.

In deze periode werd volgens het NTR bij 72 justitiabelen tuberculose vastgesteld:

- 56 personen werden gevonden met screening
- 11 personen middels klachten
- 5 personen om andere redenen.

De gemiddelde opbrengst van de röntgenscreening was 89 tbc-gevallen per 100.000 screenings. Tien justitiabelen met tuberculose die buiten de screening om werden gevonden hadden long- of intra-thoracale tuberculose en 6 hadden extra pulmonale tuberculose, 11 van de in totaal 16 personen presenteerden zich met klachten.

Er wordt nog steeds een vrij grote groep in Nederland geboren personen naar de mobiele röntgen unit (MRU) verwezen (23% ). Onder in Nederland geboren justitiabelen was de prevalentie 6 per 100.000 (totale instroom) en 27 per 100.000 in Nederland geboren gescreende personen.

De prevalentie onder justitiabelen afkomstig uit een land met een geregistreerde incidentie van <10 per 100.000 is 44,6 per 100.000 personen.

De betrouwbaarheidsintervallen overlappen en de verschillen tussen gescreende justitiabelen geboren in Nederland en geboren in andere laag incidentie landen zijn niet significant.

De prevalentie onder justitiabelen in het buitenland geboren stijgt met de incidentie in het geboorteland, uitgezonderd de groep uit landen met een incidentie van >200 per 100.000. De prevalentie is het hoogst onder justitiabelen afkomstig uit Polen, Roemenië en voormalige Sovjet Unie.

Van de 25 personen gevonden bij screening hadden in totaal 13 personen sputumpositieve longtuberculose. 9 personen hadden hoestklachten.

Van de 9 personen uit landen met een incidentie <10 per 100.000 hadden vier personen hoestklachten. Vier van de vijf personen zonder hoestklachten in deze groep hadden volgens het NTR ook géén risicofactoren (tbc-contact, dakloos, drugs, eerder tbc, reiziger, verminderde weerstand), één persoon had sputumpositieve longtuberculose.



Van de 16 personen uit landen met een incidentie 10-50 per 100.000 hadden 5 personen hoestklachten. 6 van de 11 personen zonder hoestklachten in deze groep hadden volgens het NTR geen risicofactoren, 6 van de 11 personen hadden sputum positieve longtuberculose.

### 3.3 Relevantie van de tot op heden gebruikte risicocriteria

De incidentie van tuberculose onder drugsverslaafden en daklozen in Nederland is in de laatste 10 jaar fors gedaald en onder de grens van 50/100.000 gedaald waardoor zij niet langer tot een risicogroep behoren. In veel regio's stopt de GGD met de screening van deze groepen. Drugsverslaving en dakloosheid komen onder justitiabelen relatief vaak voor, en deze kenmerken voldoen dus niet meer als selectie criterium voor tbc-screening.

Het komt in Nederland weinig voor dat iemand met intensief contact met een infectieuze tbc-patiënt niet is onderzocht en zo nodig behandeld. Het is bovendien lastig om 'contact met tbc-patiënt' op een betrouwbare wijze door deze vraag vast te stellen.

De incidentie van tuberculose onder patiënten die eerder zijn behandeld voor tuberculose is in de eerste 2 jaar na behandeling nog rond de 100 per 100.000 en hoger onder personen die hun behandeling niet hebben afgerond. Vooral deze laatste groep komt onder de justitiabelen tbc-patiënten vaker voor.

Personen met verminderde weerstand en Hiv-geïnfecteerden die met antiretrovirale middelen worden behandeld hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van tuberculose indien geïnfecteerd.

De prevalentie van latente tbc-infectie onder in Nederland geboren personen is zeer laag: gemiddeld minder dan 1% in de leeftijdsgroep van de gevangenispopulatie. Bij de bestaande lage prevalentie van infectie in Nederland is het risico van infectie bij een immuungecompromitteerde dus zeer klein. Röntgendiagnostiek is bij personen met ernstige immuunsuppressie ook geen geschikte methode om tuberculose met zekerheid uit te sluiten. Immunosuppressie en Hiv-infectie hoeven dus niet als selectie criterium te worden gebruikt. Wel wordt aanbevolen in deze groepen meer zorg te besteden aan het uitvragen van klachten. Het hebben van klachten passend bij tuberculose dient in ieder geval als criterium voor screening gehandhaafd te worden.

Verblijf in een buitenlandse penitentiaire inrichting (PI) is in het NTR niet als risicofactor vastgelegd. Slechts een kleine groep justitiabelen met tuberculose werd gemeld als reiziger in endemische landen. Op grond van deze gegevens kan niet worden beoordeeld of dit criterium valide is of niet. Op grond van het hoge risico op transmissie in buitenlandse penitentiaire instellingen, is het echter beter dit criterium voor screening te handhaven.

### 3.4 Conclusie

De prevalentie van tuberculose onder in Nederland geboren justitiabelen is gelijk aan de achtergrond prevalentie in Nederland. De opbrengst van de screening van in Nederland geboren justitiabelen is bij gebruik van de huidige selectiecriteria onder de 50 per 100.000 gescreende personen. Dit geldt ook voor justitiabelen geboren in landen met een incidentie <10 per 100.000 en een vergelijkbare epidemiologie met Nederland. In de groep justitiabelen geboren in een land met een incidentie >>10 per 100.000 werd gemiddeld een prevalentie boven de 50 per 100.000 gevonden.

### 3.5 Aanbeveling

Voor in Nederland geboren personen EN personen geboren in een land met een tbc-incidentie < 10 per 100.000 adviseert de CPT alleen te screenen indien een van de volgende risicofactoren aanwezig zijn:

- klachten passend bij tuberculose
- verblijf in buitenlandse gevangenis in de laatste 5 jaar
- eerder tuberculose.

Voor justitiabelen geboren in een land met een incidentie  $\geq 10$  per 100.000 adviseert de CPT de screening te continueren.

## 4 Besluit DJI, consequenties van de inhoudelijke aanpassingen en randvoorwaarden

### 4.1 Besluit DJI n.a.v. het advies

Na de evaluatie heeft de CPT-werkgroep MSR (Monitoring Screening Risicogroepen) een advies geformuleerd in de zin van bovenstaande aanbevelingen, besproken en geaccordeerd tijdens de CPT-vergadering van 20 maart 2015. Dit advies is DJI per brief dd. 7 april 2015 medegedeeld.

Dit advies is door DJI overgenomen en heeft geleid tot een inhoudelijke aanpassing in het bestaande beleid t.a.v. het screenen van justitiabelen.

Vanaf 2016 zullen de volgende groepen gescreend worden:

- justitiabelen geboren in een land met een incidentie  $\geq 10$  per 100.000

Voor justitiabelen geboren in een land met een incidentie  $< 10$  per 100.000:

- justitiabelen die de laatste 5 jaar verbleven in een buitenlandse gevangenis òf
- justitiabelen met een eerder doorgemaakte tuberculose òf
- justitiabelen met klachten, mogelijk passend bij tuberculose

### 4.2 Consequenties

In de medische intake zijn vier vragen opgenomen om antwoord te geven op bovenstaande geadviseerde criteria. Als één vraag met 'ja' beantwoord wordt dan wordt er een screeningsfoto gemaakt. Zie stroomdiagram **bijlage 2**.

Om vast te stellen wat de incidentie is in het geboorteland van een justitiabele zal de verpleegkundige gebruik maken van de landenlijst. Deze is te vinden op de volgende site: <http://www.tbc-online.nl/bcg/index.php>

Bij de 4<sup>e</sup> vraag over klachten, mogelijk passend bij tuberculose zal de justitieel verpleegkundige gebruik maken van de vragenlijst zoals deze is opgenomen in **bijlage 3**.

Naar schatting neemt door het implementeren van bovenstaande adviezen het aantal door middel van een röntgenfoto te screenen personen af met 25% (maximaal 5% van de personen afkomstig uit Nederland en landen met een vergelijkbare epidemiologie zullen nog in aanmerking komen voor screening). Het aantal vervolgonderzoeken zal naar rato afnemen. Jaarlijks zullen 1-2 tbc-gevallen worden *gemist*, waarvan de helft een besmettelijke tuberculose zal hebben. Het is met de invoering van deze inhoudelijke wijziging van bestaand beleid dan ook van belang bij voor tuberculose relevante klachten snel tot de aanvraag van een longfoto over te gaan. Bij het vinden van een geval van tuberculose wordt volgens de richtlijnen een contactonderzoek verricht. Tijdens de medische intake bij insluiting van de in Nederland geboren justitiabele, moet door de justitieel verpleegkundige specifiek gevraagd worden naar risicofactoren voor tuberculose. Het vaststellen van risicofactoren die leiden tot röntgenonderzoek moet in de eerste week van detentie plaatsvinden.

### 4.3 Bijzondere aandachtspunten bij het DJI screeningsbeleid

Om uiteindelijk de prevalentie in de diverse subgroepen te kunnen monitoren is registratie van de volgende gegevens nodig:

Gegevens op persoonsniveau van alle nieuwe instroom:

1. NAW gegevens, BSN of vreemdelingsnummer
2. Geboorteland
3. Verblijf in buitenlandse gevangenis de laatste 5 jaar

4. Tuberculose doorgemaakt in het verleden
5. Klachten
6. Wel / niet gescreend

Geaggregeerde gegevens per justitiële instelling

7. Totale instroom van justitiabelen
8. Aantal gescreenden
9. Registratie verblijfsduur in de inrichting

#### 4.4 Samenwerken

Goed samenwerken, begint met goed netwerken. Het is van groot belang dat de medewerkers elkaar kennen en weten voor welke vragen en problemen zij bij elkaar terecht kunnen. Het is zinvol dat een nieuwe arts of sociaal-verpleegkundige (SV) tbc-bestrijding, de justitiële inrichting(en) in de regio opneemt in de kennismakingsronde. Dit geldt ook voor de nieuw in dienst gekomen verantwoordelijke justitieel geneeskundige (JG) en de justitieel verpleegkundigen (JV) van de medische dienst van een inrichting. Elkaar kennen bevordert snel contact als het nodig is. Ook als er in de afgelopen periode geen justitiabele met tuberculose 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:

- evaluatie tuberculosecasuïstiek;
- evaluatie screening;
- checken van de afspraken ten aanzien van voorlichting;
- knelpunten;
- actuele situatie;
- hoe bereik je elkaar, ook buiten kantooruren;
- nieuw personeel, zowel binnen de inrichting als op de afdeling tbc-bestrijding;
- nieuwe ontwikkelingen, zowel binnen de inrichting als in de tbc-bestrijding;
- veranderingen in wet- en regelgeving.

Het is belangrijk de gemaakte afspraken vast te leggen en elke wijziging digitaal uit te wisselen met de ketenpartner. Afspraken en notities tussen de instellingen. 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 tuberculose en kan worden afgesproken wie welke actie onderneemt. Dit neemt veel onnodige onrust weg en voorkomt eventuele paniek.

Alleen door goede samenwerking kan goede ketenzorg worden geleverd. Dit is, gegeven de doelstelling essentieel om goede tuberculosezorg te waarborgen.

In **bijlage 6** is de taakverdeling tussen verschillende disciplines beschreven.

In **bijlage 7** is toegevoegd wat er moet gebeuren bij contactonderzoek.

## Bijlagen

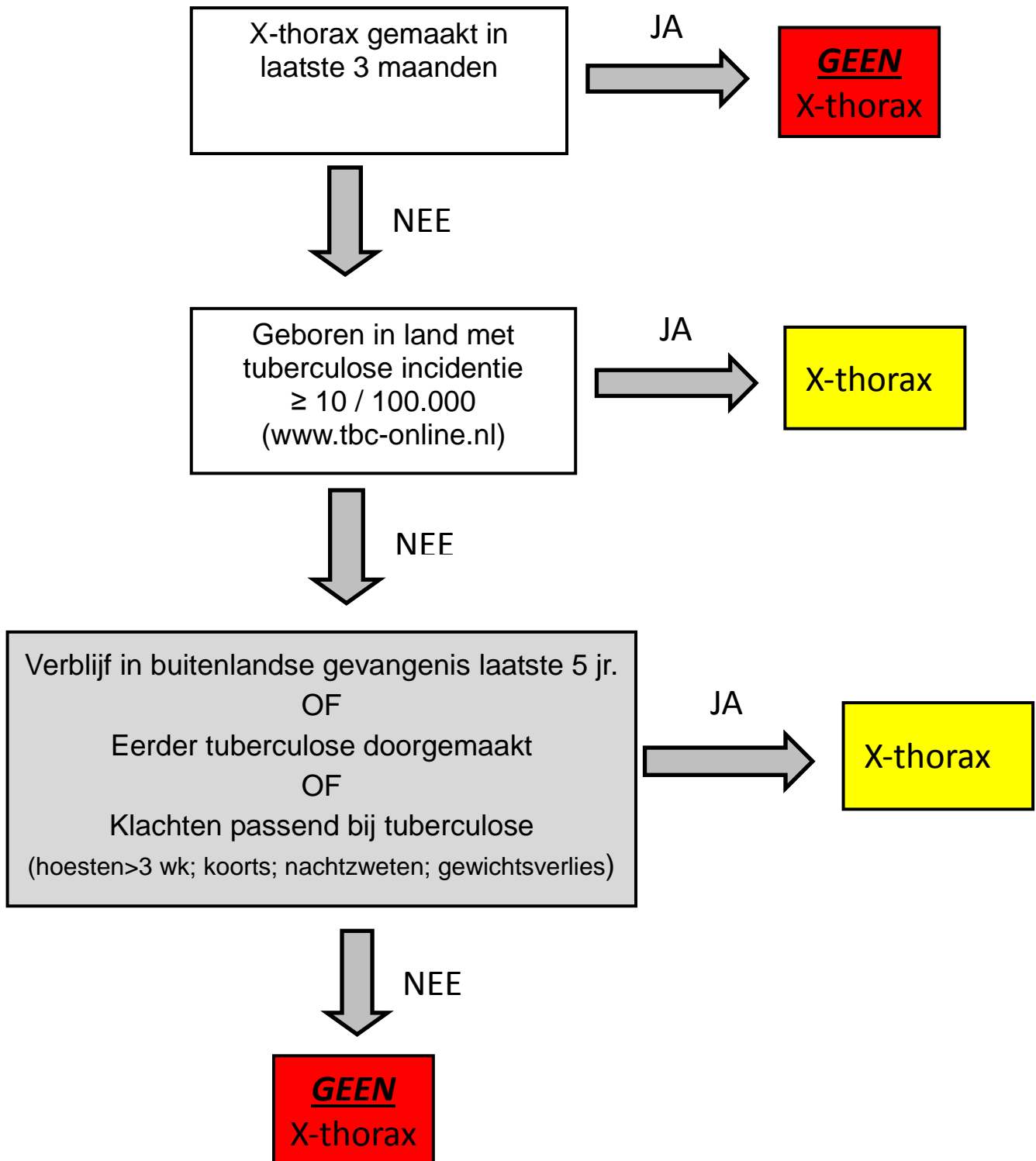
### Bijlage 1: Justitiële doelgroepen

	Forensisch Psychiatrische Centra (FPC)	Jeugdinstelling	Gevangeniswezen en Bijzondere Voorzieningen
<b>Justitiabele:</b> Bij binnenkomst	Geen screening op tuberculose bij binnenkomst, omdat zij elders al zijn gescreend.	<p>Triage (op indicatie in overleg met de GGD: tuberculine huidtest of een IGRA<sup>2</sup> en/of thoraxfoto bij klachten)</p> <p>Bij 1<sup>e</sup> generatie migranten, asielzoekers of illegale jeugdigen vanaf 12 jaar, afkomstig uit endemische landen (voorkomen tbc &gt;50/100.000) is een eenmalig screening op tuberculose vereist (Vreemdelingenbesluit uit 2000, art. 4.46). Deze screening is meestal al uitgevoerd door een van de GGD-en. Indien na opvragen bij de GGD-en blijkt dat dit niet het geval is zal de screening alsnog moeten plaatsvinden binnen detentie.</p>	Triage + binnen 1 week thoraxfoto indien justitiabele behoort tot één van de risicogroepen

---

<sup>2</sup> IGRA: interferon gamma release assay  
Richtlijn tuberculose in detentie 2016

## Bijlage 2: Stroomdiagramm indicatiestelling X-thorax



## Bijlage 3: Vragenlijst

Inclusief vertaling in Engels, Frans, Duits, Italiaans en Spaans.

Een tolk inschakelen via een zgn. tolkentelefoon kan helpen de antwoorden te noteren.

1. Hoest u?  
Do you cough?  
Est-ce que vous tousez?  
Husten Sie ?  
Si tosse?  
Tiene usted tos?
2. Hoe lang hoest u?  
Since when do you cough?  
Depuis quand est-ce que vous tousez?  
Seit wann husten Sie?  
Da quando si tosse?  
Desde cuando tose usted?
3. Hoest u met bloed/sputum?  
Do you give up blood or spittle when you cough?  
Est-ce que vous tousez avec du sang ou avec du crachat?  
Husten Sie mit Blut und/oder Auswurf?  
Si tosse con lo sputo sanguigno?  
Escupe usted sangre al toser?
4. Heeft u last van nachtzweeten?  
Do you sweat a lot during the night?  
Est-ce que vous transrez pendant la nuit?  
Schwitzen Sie Nachts verstärkt?  
Durante la notte si suda vehemente?  
Suda usted mucho por la noche ?
5. Bent u veel afgevallen de laatste tijd?  
Did you loose a lot of weight these last weeks?  
Avez-vous perdu beaucoup de poids ce dernier temps?  
Haben Sie an Gewicht verloren in letzter Zeit ?  
Lei è dimagrito estremamente poco fa?  
Ha adelgazado usted ultimamente?
6. Heeft u een normale eetlust?  
Do you eat well?  
Est-ce que vous avez de l'appétit?  
Haben Sie normalen Appetit?  
Si mangia bene?  
Ha perdido usted el apetito?
7. Gebruikt u medicijnen tegen de hoest?  
Do you take medication for your cough?  
Prenez-vous des médicaments contre la toux?  
Nehmen Sie Medikamente gegen Husten?  
Si usa le medecine antitossive?  
Usa usted medicinas contra la tos?

## Bijlage 4: Procedure sputumafname en onderzoek

- Leg de justitiabele uit waarom sputumonderzoek nodig is;
- leg de procedure uit;
  - sputum produceren door diep in te ademen en vervolgens te hoesten, liefst nuchter 's morgens;
  - sputum opvangen in een goed afsluitbaar sputumpotje waarop datum, naam en geboortedatum van de betrokkene;
  - sputum afnemen in een ruimte die goed te ventileren is of in de buitenlucht (meestal krijgt de justitiabele 's avonds een sputumpotje en produceert hij 's morgen bij het opstaan, in de eigen cel, nuchter sputum).
  - er dienen 3 sputa te worden ingeleverd, waarvan minimaal 1 keer ochtendsputum
- Als er iemand bij de justitiabele blijft tijdens het ophoesten, dient deze een FFP2-mondneusmasker te dragen om infectie te voorkomen.
- Het laboratoriumformulier (aanwezig op de MD) zo volledig mogelijk invullen en samen met het sputum naar de GGD brengen of laten ophalen in overleg met de GGD; Ook kan worden afgesproken het sputum direct per post naar het streeklaboratorium te sturen.
- Het sputum wordt onderzocht op de aanwezigheid van tuberculosebacteriën.
- De uitslag wordt zo spoedig mogelijk doorgebeld naar de GGD afdeling tbc-bestrijding en naar de medische dienst van de inrichting.

## **Bijlage 5: Informatie over mondneusmaskers (norm en gebruik)**

In de nieuwe WIP richtlijn 'Tuberculose' (2015) wordt voor beschermende maatregelen zoals het dragen van mondmaskers verwezen naar de WIP richtlijn 'persoonlijke beschermingsmiddelen ziekenhuizen'.

Om een goede preventieve werking van het masker te waarborgen is het belangrijk het masker goed te dragen. Zie hiervoor de instructie die de fabrikant van het masker levert bij het masker. Het masker is in beginsel bedoeld om de drager ervan te beschermen. Op de GGD, afdeling tbc-bestrijding, is bekend welke firma's het FFP2- masker kunnen leveren.

Informatie ten aanzien van het indicatiegebied voor het dragen van de verschillende mondneusmaskers, zie [http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep\\_Infectie\\_Preventie\\_WIP](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP)

Hieronder zijn twee paragrafen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) overgenomen:

### **Hoe gebruik ik een mondneusmasker?**

Bij het aantrekken van het mondneusmasker worden eerst de bovenste bandjes recht naar achter vastgemaakt, daarna de onderste bandjes kruislings naar boven (op de kruin).

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.

### **Wanneer vervang ik het mondneusmasker?**

Verwissel het ademhalingsbeschermingsmasker zodra de maximale tijdsduur, zoals voorgeschreven door de fabrikant, wordt overschreden. Binnen de maximale tijdsduur is het masker herbruikbaar.

Verwissel het ademhalingsbeschermingsmasker eerder zodra:

- de ademhaling beduidend zwaarder wordt;
- het ademhalingsbeschermingsmasker vochtig is.

Toelichting: als het masker vochtig is neemt de filterende werking van het filtermateriaal van het ademhalingsbeschermingsmasker af.

Na acht uur moet het masker altijd vervangen worden door een nieuw exemplaar.

Of een masker dragen nodig is wordt in principe bepaald door de JG en de arts tbc-bestrijding. De hulpverlener die de patiënt bezoekt in de cel of in de ziekenkamer, draagt het FFP2-mondneusmasker. Hierbij is het van belang dat het masker wordt opgezet, voordat de ruimte (cel of ziekenkamer) wordt betreden.

Als de patiënt de cel of kamer moet verlaten, draagt de patiënt het masker. De JV let op dat het masker goed aansluit op het gezicht van de patiënt.

Ook bij vervoer draagt de patiënt het masker. Als de patiënt weigert het masker te dragen, dragen de hulpverlener en de chauffeur het masker.

Ook voldoende ventilatie helpt het risico op infectie te verminderen



## Bijlage 6: Werkwijze en taakverdeling

In dit hoofdstuk komt de taakverdeling tussen de verschillende disciplines aan bod. Er is onderscheid gemaakt tussen:

- De intake
- Spoed thoraxfoto door GGD
- Stappenplan bij vermoeden van tuberculose
- Stappenplan na diagnose gesloten tuberculose
- Stappenplan na diagnose open tuberculose
- Extra aandachtspunten bij justitiabele die illegaal in Nederland verblijft met (verdenking) tuberculose

### De Intake

De intake wordt in de inrichting uitgevoerd bij elke nieuwe justitiabele door de verpleegkundige (JV) van de medische dienst.

Medische Dienst (MD) inrichting	GGD afd. tbc-bestrijding
<p><b>1. Intake</b> De JV vraagt tijdens de intake het volledige profiel tbc (triage) uit.</p> <p>Klachten verdacht voor TBC zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (langer dan 3 weken bestaande) hoestklachten en/of veranderd hoestpatroon.</li> <li>• Extreme vermoeidheid</li> <li>• Subfebriele, evt. intermitterende temperatuur.</li> <li>• Niet door andere factoren verklaarbaar gewichtsverlies in de laatste weken/maanden.</li> </ul>	
<p><b>2. Voorlichting t.a.v. hoesthygiëne</b> in geval van hoestklachten: De JV instrueert de justitiabele ten aanzien van een goede hoesthygiëne, doet dit voor en laat dit daarna door de justitiabele doen. Een goede hoesthygiëne is: hoesten met afgewend hoofd en met een tissue voor de mond.</p> <p>De JV zorgt dat tijdens elk gesprek altijd tissues aanwezig zijn voor de justitiabele en zakjes om de gebruikte tissues in te doen.</p> <p>Het zakdoekje wordt direct na gebruik in de afvalzak gedeponereerd, die als huishoudelijk afval kan worden afgevoerd.</p> <p>Te gebruiken voorlichtingsmateriaal: Sticker en poster: 'Hoesten? Zo!'</p>	<p><b>2. Voorlichting t.a.v. hoesthygiëne</b> Sociaal Verpleegkundige (SV) geeft medewerkers van de MD instructie betreffende hoesthygiëne en adequaat ophoesten.</p> <p>Te gebruiken voorlichtingsmateriaal: Sticker en poster: 'Hoesten? Zo!'</p>

<p><b>3. De JV bespreekt het uitvoeren van een goede hoesthygiëne met het betrokken executieve personeel</b></p> <p>Voorlichtingsmateriaal: De sticker en poster 'Hoesten? Zo!'</p> <p>Folder "Hoest hygiëne en leefregels bij open tuberculose",  <a href="https://www.kncvtbc.org/kb/hoestnl-07-2015-pdf/">https://www.kncvtbc.org/kb/hoestnl-07-2015-pdf/</a></p> <p>Het is altijd belangrijk om een goede hoesthygiëne te hanteren en hierop te wijzen, niet alleen in het geval er sprake is van tuberculose.</p>	
<p><b>4. Overleg</b></p> <p>Bij een of meerdere klachten verdacht voor tuberculose vindt er overleg plaats tussen arts en verpleegkundige over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Noodzaak 'medische beperking'?</li> <li>• Onderzoek dienstdoende arts?</li> <li>• Onderzoek tbc-arts GGD?</li> <li>• Dragen van een FFP2-mondneusmasker en zo ja door wie?</li> <li>• Evt. met spoed een thoraxfoto?</li> </ul>	
<p><b>5. De JV neemt de betreffende actie</b>          (medische beperking, inlichten GGD, etc.)</p> <p>en neemt i.o.m. JG zo nodig al direct sputum af.</p>	

### **Spoed Thoraxfoto door de GGD**

De JV is verantwoordelijk voor het regelen van het vervoer naar en van de GGD (of het ziekenhuis) als met spoed een thoraxfoto moet worden gemaakt. Let op infectiepreventieve maatregelen, zoals het dragen van een FFP2-mondneusmasker. De JV licht de vervoerders in over de te nemen beschermende maatregelen (zie ook bijlage 4).

Het is belangrijk om voor ogen te houden dat mensen bang kunnen zijn voor het laten maken van foto's (denk met name aan justitiabelen met een andere etnische achtergrond). Probeer zo duidelijk mogelijk uit te leggen waarom de foto gemaakt moet worden en welk belang de justitiabele hierbij heeft.

### Stappenplan bij vermoeden van tuberculose

Wanneer de observatie en de signalen/klachten of de screening doen vermoeden dat de justitiabele tuberculose zou kunnen hebben, wordt het volgende geadviseerd:

Medische Dienst inrichting	GGD afd. tbc-bestrijding
<p><b>1. Spoed contact</b> De JG en JV nemen op basis van gezondheidsklachten van een patiënt met spoed contact op met de SV en/of arts van de GGD, afdeling tbc-bestrijding.</p> <p>Afhankelijk van de situatie kan het in dit stadium al nodig zijn maatregelen te nemen, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de justitiabele plaatsen in een 1-persoonscel;</li> <li>• het contact beperken, c.q. de justitiabele <i>medische beperking</i> opleggen. Zonodig wordt het gesprek met behulp van een tolk gevoerd over de te nemen actie.</li> <li>• informeren betrokken medewerkers van de inrichting over te nemen beschermende maatregelen in overleg met de GGD.</li> </ul> <p><i>N.B. Bij verdenking op tuberculose bij een vreemdeling, dit melden bij DT&amp;V, i.v.m. opschorten uitzetting tot uitslag bekend is</i></p>	<p><b>1. Spoed contact</b> Bij een verdachte longfoto neemt de TBC arts met spoed contact op met de justitieel geneeskundige (JG). De bevindingen en gemaakte afspraken worden schriftelijk door de TBC arts bevestigd.</p> <p>De SV zorgt dat de MD op de hoogte is van het gebruik van het FFP2-mondneusmasker.</p>
<p><b>2. Afspraak voor onderzoek</b> op de GGD, afd. tbc-bestrijding wordt gemaakt.</p>	
<p><b>3. Regelen vervoer</b> JV is verantwoordelijk voor het regelen van vervoer naar en van de GGD en overlegt met de tbc-arts of de SV of het dragen van een FFP2-mondneusmasker nodig is en, zo ja, door wie. (Bijlage 4)</p> <p>Geef bij het regelen van het vervoer aan dat het om een (mogelijk) besmettelijke patiënt gaat.</p>	
	<p><b>4. Onderzoek</b> Arts (of SV) schakelt indien nodig een telefonische tolk in.</p> <p>De tbc-arts onderzoekt de betrokken justitiabele.</p> <p>Indien nodig vindt aanvullend onderzoek plaats.</p>

<p><b>5. Informatie voor na opheffing (vreemdelingen)bewaring</b>          Zonodig overhandigt de JV een adreslijst van alle GGD 'en  <a href="http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/bedrijfsvoering/publicaties/publicatie/159-contactgegevens-ggd-en-en-ghor-bureau-s">http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/bedrijfsvoering/publicaties/publicatie/159-contactgegevens-ggd-en-en-ghor-bureau-s</a>)          en bespreekt deze met de justitiabele, waarna de lijst in de bagage van betrokkene kan worden gelegd.</p> <p>Bij vreemdelingen overhandigt de JV deze lijst bij opheffing van de bewaring persoonlijk aan de vreemdeling.</p> <p><i>N.B Bij verdenking op tuberculose bij een vreemdeling wordt uitzetting van de vreemdeling opgeschort (STAATSCOURANT Nr. 14307, 24 september 2009</i>  <b>Besluit van de Staatssecretaris van Justitie van 11 september 2009, nr. 2009/20, houdende wijziging van de Vreemdelingencirculaire 2000)</b>  <i>JV meldt de verdenking aan DT&amp;V die de opschorting regelt.</i></p>	<p><b>5. Informatie voor na opheffing (vreemdelingen)bewaring</b>          De SV zorgt dat de MD een actuele adreslijst heeft van alle GGD 'en in Nederland.</p> <p>De SV overlegt met de JV hoe de patiënt goed te instrueren, zodat na uitplaatsing de patiënt weet hoe te handelen om zich te melden bij de (nieuwe) GGD.</p>
<p><b>6. Sputumonderzoek (zie bijlage 4)</b>          De JV vangt voor verdere diagnostiek sputum op en verstuurt dit volgens afspraak.          (Bij ernstige verdenking kan dit ook al vóór de eerste afspraak.)</p> <p>Indien 3 sputa ZN-negatief kan de isolatie (maatregel *) opgeheven worden.          Indien ZN-positief blijft betrokkene op maatregel in isolatie.</p> <p><b>*Let op:</b> <i>isolatie is een term die binnen de DJI kan duiden op een disciplinaire straf of een maatregel. Bij verdenking van tuberculose behoort een maatregel – en niet een straf – tot de normale procedure teneinde verspreiding van tbc te vermijden.</i></p>	<p><b>6. Sputumonderzoek</b>          De tbc-arts stelt de indicatie om sputum af te nemen.</p> <p>De SV of de medisch technisch medewerker (mtm'er) onderhoudt contact met de JV of het sputum afnemen lukt.</p>
	<p><b>7. Diagnose</b>          De tbc-arts stelt de diagnose en stelt zo mogelijk de patiënt op de hoogte of draagt dit over aan de JG:</p> <p>A. geen tuberculose, geen verdere actie.          B. gesloten tuberculose, zie verder: stappenplan na diagnose gesloten tuberculose          C. open tuberculose, zie verder :stappenplan na diagnose open tuberculose</p>

	Als de justitiabele illegaal is: zie extra aandachtspunten op pagina 29
<b>8. Overleg</b> De directie en de JG zijn verantwoordelijk voor het overleg met de tbc-arts over welke handelingen nodig zijn en voeren deze uit of laten dit uitvoeren.	<b>8. Overleg</b> De arts informeert de SV en de JG en rapporteert de bevindingen ook schriftelijk. Nader overleg vindt plaats hoe verder te handelen.

### Stappenplan na diagnose gesloten tuberculose

Medische Dienst (MD) inrichting	GGD afd. tbc-bestrijding
<b>1. Informeren GGD over nieuwe inkomst tbc patiënt</b> De JV stelt zo spoedig mogelijk de GGD, afd. tbc-bestrijding op de hoogte als een justitiabele met tuberculose wordt overgedragen vanuit een andere inrichting.	<b>1. Informeren JG over diagnose</b> Arts of SV stelt JG op de hoogte van de diagnose en neemt na de diagnose 'gesloten tuberculose' zo spoedig mogelijk contact op met JV en maakt werkafspraken ten aanzien van de actuele situatie.
<b>2. Regelen vervoer</b> Indien nodig draagt de JV zorg voor vervoer van de justitiabele naar de GGD voor uitslag van de diagnose.	
<b>3. Informeren patiënt</b> Als de justitiabele niet naar de GGD gaat, dan licht de JG de patiënt in over de diagnose en de behandeling, geeft voorlichting over de ziekte en over DOT (inname onder toezicht)  JG (of JV) schakelt indien nodig een telefonische tolk in.	<b>3. Informeren patiënt</b> Indien nodig komt de justitiabele voor uitslag van de diagnose en het instellen van de behandeling naar de GGD.  De tbc-arts voert hierover overleg met de JG. Als de justitiabele niet naar de GGD komt, dan licht de JG de patiënt in over de diagnose en de behandeling, geeft voorlichting over de ziekte en over DOT.  Arts (of SV) schakelt indien nodig een telefonische tolk in.  De arts en SV verstrekken de nodige informatie aan de MD zodat de MD de patiënt kan informeren.
<b>4. Intakegesprek</b> Afhankelijk waar de patiënt uitslag krijgt, voert de JV (uitslag door JG) of de SV (uitslag door tbc-arts) een intakegesprek met de justitiabele, checkt welke aanvullende voorlichting nodig is en geeft eveneens voorlichting over DOT.	<b>4. Intakegesprek</b> Afhankelijk waar de patiënt uitslag krijgt, voert de JV (uitslag door JG) of de SV (uitslag door tbc-arts) een intakegesprek met de justitiabele, checkt welke aanvullende voorlichting nodig is en geeft eveneens voorlichting over DOT.

<p><b>5. Voorlichting</b> Tussen de MD en de GGD wordt besproken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• is er vraag naar voorlichting?</li> </ul> <p>Indien ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• welke doelgroep (personeel, justitiabele, patiënt) wordt voorgelicht</li> <li>• datum en tijdstip van voorlichting</li> <li>• welke methode en welke middelen zijn nodig en wie zorgt daarvoor</li> <li>• is de voorlichting per groep te geven of individueel.</li> </ul> <p><i>N.B. Realiseer je bij de voorlichting dat de diagnose tuberculose o.a. veel ingesloten vreemdelingen het idee kan geven een 'dodelijke diagnose' te hebben.</i></p>	<p><b>5. Voorlichting</b> SV draagt zorg voor voorlichting aan de justitiabele en verstrekt voorlichtingsmateriaal over tuberculose.</p>
	<p><b>6. Vervolgonderzoek</b> GGD medisch-technisch medewerker en/of behandelend arts draagt zorg voor een vervolgspraak.</p>
<p><b>7. Voorbereiding ontslag</b> De JV/JG informeert de justitiabele dat hij 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.</p> <p>De JV legt, zodra een behandeling met medicatie is ingesteld, een voor 1 week gevulde medicijnendoos en een adreslijst van alle GGD 'en in Nederland, in de bagage van de justitiabele. Hierdoor heeft de patiënt ruim gelegenheid bij eventuele plotselinge uit- of overplaatsing zich bij de (nieuwe) GGD te melden. De JV bespreekt dit met de justitiabele.</p> <p><i>N.B. De MD meldt de vreemdeling met gesloten tuberculose aan bij DT&amp;V die maatregelen neemt om uitzetting op te schorten (zonodig aanvragen artikel 64) tot de behandeling is voltooid.</i></p> <p><i>Dit geldt niet voor de vreemdelingen die vallen onder de Dublinverordening en hierbij aangesloten landen (bekend bij DT&amp;V): De JG is verantwoordelijk voor de tijdige overdracht van het medisch dossier inzake tbc-behandeling aan de tbc-arts van de GGD.</i></p>	<p><b>7. Voorbereiding ontslag</b> De SV zorgt dat de MD een actuele adreslijst heeft van alle GGD 'en in Nederland.</p> <p>De SV overlegt met de JV ten aanzien van de te vullen medicijnendoos in de bagage van de patiënt.</p> <p>De SV overlegt met de JV hoe de patiënt goed te instrueren, zodat de patiënt na uitplaatsing weet hoe te handelen om de inname te continueren en zich te melden bij de (nieuwe) GGD.</p> <p>Voor de vreemdeling die valt onder de Dublinverordening of hierbij aangesloten landen zorgt de TBC arts voor een schriftelijke overdracht.</p>
<p><b>8. Medicatie / DOT</b> Degene die medicatie verstrekt is op de</p>	<p><b>8. Medicatie / DOT</b> SV checkt of de JV op de hoogte is van de</p>

<p>hoogte van de noodzaak DOT toe te passen. De JV en de penitentiaire inrichtingswerker (PIW)/detentie toezichthouder (DTH) observeren de patiënt, let op eventuele bijwerkingen. De JV bespreekt dit zo nodig met de patiënt.</p> <p>De JV is verantwoordelijk voor de DOT binnen de inrichting en daarmee ook voor de observatie. De PIW/DTH assisteert de JV hierbij omdat hij/zij degene is die de patiënt het grootste deel van de tijd ziet.</p> <p>Medicatie wordt verstrekt volgens de hiervoor geldende procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elke dag;</li> <li>• bij voorkeur op dezelfde tijd;</li> <li>• volgens voorschrift van de arts;</li> <li>• met voldoende water;</li> <li>• DOT</li> </ul> <p>Degene die medicatie deelt controleert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• naam;</li> <li>• cel nummer;</li> </ul> <p>inname en doorslikken van medicatie.</p>	<p>noodzaak DOT toe te passen en scherpt de afspraken aan rondom deze casus. De SV is de coördinator van DOT.</p> <p>De SV legt het belang van DOT uit aan degene die de medicatie deelt en aan de MD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• therapietrouw bevorderen;</li> <li>• voorkomen van multiresistentie;</li> <li>• ondersteuning van de patiënt.</li> </ul>
	<p><b>9. Contact met de inrichting</b> De SV houdt wekelijks contact met de JV.</p> <p>In overleg met de JV bezoekt de SV regelmatig de justitiabele met tuberculose. De frequentie is afhankelijk van de inschatting van zowel de JV als de SV.</p>
<p><b>10. Afspraken met GGD</b> De JV wijzigt de gemaakte afspraken niet zonder overleg met de SV van de GGD.</p>	<p><b>10. Afspraken met de inrichting</b> SV maakt afspraken met de JV over DOT en legt deze schriftelijk vast.</p>
<p><b>11. Bijwerkingen /problemen</b> Bij problemen met de inname c.q. bij bijwerkingen neemt degene die medicatie deelt zo spoedig mogelijk contact op met de JV.</p> <p>De JV neemt zo spoedig mogelijk contact op met de JG en de SV of de arts tbc-bestrijding van de GGD.</p>	<p><b>11. Bijwerkingen /problemen</b> De SV houdt contact met de JV, onder andere om problemen of bijwerkingen bijtijds te signaleren.</p>
	<p><b>12. Contactonderzoek</b> Arts en/of SV dragen zonnodig zorg voor contactonderzoek en de voorlichting hierover.</p>
<p><b>13. Ontslag</b> De JV licht de SV zo snel mogelijk in. In ieder</p>	<p><b>13. Ontslag</b> SV en arts dragen zorg voor telefonische en</p>

<p>geval binnen 24 uur nadat bekend is dat de patiënt in vrijheid wordt gesteld of wordt overgeplaatst naar elders.</p> <p>De JV is verantwoordelijk voor de verpleegkundige overdracht (aan de SV) en informatie over het land en de stad waarnaar de vreemdeling wordt uitgezet teneinde een <i>warme</i><sup>3</sup> overdracht te organiseren aan de ontvangende arts voor tbc-bestrijding in de betreffende stad/het betreffende land.</p> <p><i>Voor vreemdelingen geldt dat uitzetting wordt opgeschort tot na afronding van de behandeling (zodanig aanvragen art. 64 door DT&amp;V).</i></p> <p><i>Dit geldt niet voor de vreemdelingen die vallen onder Dublinverordening of hierbij aangesloten landen: zij worden zo mogelijk warm overgedragen aan de ontvangende arts voor tbc-bestrijding in het betreffende land.</i></p> <p><i>Let op: Omdat de patiënt in de JI onder toezicht innam, is het noodzakelijk de patiënt tijds 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) GGD.</i></p>	<p>schriftelijke overdracht van het dossier aan de nieuwe GGD. Bij voorkeur voordat de overplaatsing plaatsvindt.</p> <p><i>Vreemdelingen die onder de Dublinverordening vallen en de hierbij aangesloten landen (bekend bij DT&amp;V) worden zo mogelijk warm overgedragen aan de ontvangende arts voor tbc-bestrijding in het betreffende land. De TBC arts zorgt in ieder geval voor een overdrachtsformulier in het engels dat meegegeven kan worden aan de vreemdeling.</i></p> <p><i>Voor vreemdelingen geldt dat uitzetting<sup>4</sup> wordt opgeschort tot na afronding van de behandeling (zo nodig aanvragen art. 64 door DT&amp;V).</i></p>
--	---

**Stappenplan na diagnose open tuberculose**

Bovenstaande (nrs. 1 t/m 14) afspraken, plus:

Medische Dienst inrichting	GGD afd. tbc-bestrijding
<b>Acties in de JI</b>	
<b>14. Aanmelden bij GGD</b>	<b>15. Aanmelden besmette patiënt aan</b>

<sup>3</sup> Warme overdracht = rechtstreeks contact t.b.v. de overdracht tussen de oude en de nieuwe behandelaar

<sup>4</sup> a) *Uitzetting* = De vreemdeling wordt onder begeleiding van de Koninklijke Marechaussee overgebracht naar zijn land van herkomst of naar een ander land waar zijn toelating is gewaarborgd. De uitzetting heeft plaatsgevonden wanneer de vreemdeling het Nederlandse grondgebied i.c. het Nederlandse luchtruim dan wel territoriale wateren, feitelijk heeft verlaten. Dit laatste criterium is van belang om bij een mislukte uitzetting vast te stellen of de oorspronkelijke vrijheidsbenemende maatregel en plaatsingsbeschikking van kracht blijven.

b) *Vrijlating* = De vreemdeling wordt in vrijheid gesteld bij de PI of DC van DJI door de rechtbank op verzoek van (ambtshalve) de HovJ / Proces vertegenwoordiging van de IND (ook namens de DT&V) omdat onvoldoende of geen zicht op is op terugkeer dan wel uitzetting van de vreemdeling naar het land van herkomst en in bewaringstelling om die reden niet langer geïndiceerd lijkt. De vreemdeling wordt ook in vrijheid gesteld nadat de Rechtbank de opheffing heeft gelast van de in bewaring stelling.

c) *Opheffing* = Het doen van de aanzegging Nederland te verlaten bij het opheffen van de vreemdelingenbewaring van een niet rechtmatig in Nederland verblijvende vreemdeling. Zie ook aanzegging Nederland te verlaten en in bewaring stellen.



<p>Als een patiënt met open tuberculose uit een andere inrichting komt, bewaakt de JV dat de tuberculosepatiënt bekend wordt gemaakt bij de GGD.</p>	<p><b>JG/inrichting</b> Arts meldt open tuberculose zo spoedig mogelijk aan de JG.</p>
<p><b>15. Informeren directie</b> De JG is er voor verantwoordelijk dat de directie wordt ingelicht.</p> <p>De JG adviseert de directie opnieuw wanneer de ingestelde beperkende maatregelen kunnen worden opgeheven.</p>	
<p><b>16. Beschermende maatregelen</b> De JV zorgt dat er altijd FFP2 mondneusmaskers op voorraad zijn en dat juist gebruik bekend is bij de gebruikers.</p> <p>De JV en/of SV geeft in overleg met JG voorlichting aan patiënt en personeel over de te nemen beschermende maatregelen (medische isolatie*, FFP 2-mondneusmasker, hoesthygiëne etc.).</p> <p><b>*Let op: isolatie is een term die binnen de DJI kan duiden op een disciplinaire straf of een maatregel. Bij verdenking van tuberculose behoort een maatregel – en niet een straf – tot de normale procedure teneinde verspreiding van tbc te vermijden.</b></p>	<p><b>17. Beschermende maatregelen</b> Arts en/of SV adviseert de MD welke aanvullende maatregelen nodig zijn (medische isolatie*, FFP 2-mondneusmasker, hoesthygiëne etc.).</p> <p>SV draagt zorg voor voorlichting over beschermende maatregelen aan justitiabele en personeel en checkt of men bekend is met deze richtlijn (tuberculose in detentie).</p>
<p><b>17. Overplaatsing</b> Vrijwel altijd wordt overplaatsing naar het Justitieel Centrum voor Somatische Zorg (JCvSZ) in Scheveningen zo spoedig mogelijk geregeld.</p> <p>De inrichting verzorgt de overplaatsing naar het JCvSZ c.q. de JG en de directie van de inrichting overleggen over de haalbaarheid van de te nemen maatregelen binnen de inrichting.</p> <p>JV zorgt voor duidelijke uitleg aan justitiabele over de noodzaak van overplaatsing naar het JCvSZ.</p> <p>Het komt soms voor dat de patiënt niet wordt overgeplaatst. Die situatie is verderop beschreven in punt 24 tot en met punt 28.</p> <p><i>N.B. Het verdient aanbeveling alle patiënten</i></p>	<p><b>18. Overplaatsing</b> Soms wordt de tbc-arts verzocht om isolatie en/of opname elders (sanatorium, JCvSZ of ziekenhuis) te regelen.</p> <p>Indien nodig assisteren de SV en de tbc-arts de MD bij de overdracht van de justitiabele naar het JCvSZ.</p>

<i>in de besmettelijke fase van open tuberculose te laten opnemen in het JCvSZ, omdat de voorzieningen op het gebied van tbc-preventie hier beter zijn dan in een gewone inrichting.</i>			
<b>18. Vervoer</b> JV is verantwoordelijk voor het organiseren van het vervoer naar JCvSZ en zorgt voor voorlichting en beschermende maatregelen voor vervoerders (o.a. van DV&O) en ander personeel.			
<b>20. Overdracht GGD</b> JV informeert de lokale GGD, afd. tbc-bestrijding over de overplaatsing.	<b>19. Overdracht GGD</b> SV/arts zorgt voor contact met en overdracht naar GGD Den Haag bij overplaatsing van de justitiabele naar het JCvSZ.		
<b>20. Overdracht Inrichting</b> JG/JV zorgt voor overdracht van de gegevens van de justitiabele naar het JCvSZ.			
<p style="text-align: center;"><b>Opname in JCvSZ Scheveningen of ziekenhuis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De opname in het JCvSZ duurt vrijwel altijd tot de patiënt niet meer besmettelijk is (of 3x negatieve Ziehl-Nielsen (ZN) heeft) en de resistentiebepaling bekend is. De patiënt wordt daarna teruggeplaatst naar de JI (dit kan een andere JI zijn dan de oorspronkelijke JI).</li> </ul> <p>JCvSZ beschikt over patiëntenkamers voor het isoleren van patiënten met besmettelijke aandoeningen.  JCvSZ beschikt over een eigen protocol voor verplegen van een tuberculosepatiënt.</p>			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Medische Dienst inrichting</b></td> <td style="width: 50%;"><b>GGD afd. tbc-bestrijding</b></td> </tr> </table>		<b>Medische Dienst inrichting</b>	<b>GGD afd. tbc-bestrijding</b>
<b>Medische Dienst inrichting</b>	<b>GGD afd. tbc-bestrijding</b>		
<b>21. Samenwerking met GGD</b> De JG/JV van het JCvSZ licht de SV in, binnen 24 uur nadat bekend is dat de patiënt in vrijheid wordt gesteld of wordt overgeplaatst naar elders.	<b>22. Samenwerking met JCvSZ</b> De SV van de GGD Den Haag draagt zorg voor de begeleiding van de patiënt gedurende de opname. Zij bezoekt de patiënt regelmatig en heeft wekelijks overleg met de verpleegkundigen en artsen van de verpleegafdeling in het JCvSZ. <p><b>NB</b> De SV van de GGD Den Haag houdt ook contact met de SV van de insturende GGD i.v.m. het contactonderzoek en het invullen van de gegevens voor Osiris-NTR.</p>		
<b>23. Overdracht</b> JG/JV van het JCvSZ draagt bij overplaatsing het medisch dossier over aan de JG/JV van de ontvangende JI of bij uitplaatsing aan de GGD.	<b>23. Overdracht GGD</b> De SV van de GGD Den Haag zorgt voor overdracht van de gegevens van de patiënt naar de nieuwe GGD en licht ook de oorspronkelijke GGD in, indien dit niet		

<p>De JV van de inrichting waar de justitiabele wordt geplaatst na opname in het JCvSZ, maakt afspraken over begeleiding en behandeling met de lokale GGD, afd. tbc-bestrijding.</p>	<p>dezelfde betreft.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Indien GEEN opname in JCvSZ Scheveningen of ziekenhuis</b></p> <p>In uitzonderingssituaties kan het voorkomen dat de justitiabele niet naar het JCvSZ gaat maar in de inrichting blijft.</p> <p>Als de inrichting de mogelijkheid heeft goed te kunnen isoleren, dan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• blijft de GGD behandelen;</li> <li>• bepaalt de GGD wanneer de infectieuze periode voorbij is;</li> <li>• blijft de SV de patiënt begeleiden.</li> </ul> <p>Bovenstaande is de uiteindelijke verantwoordelijkheid van de vestigingsdirecteur, in samenspraak met de JG en de tbc-arts.</p>	
Medische Dienst inrichting	GGD afd. tbc-bestrijding
<p><b>24. Medicatie/DOT</b> De tuberculostatika wordt onder DOT gegeven.</p> <p>De JV/JG benadrukt bij de patiënt en bij degene die de medicatie verstrekt, nogmaals het belang van zowel de juiste medicatie als het onder toezicht innemen van de medicatie.</p> <p>Degene die medicatie verstrekt is op de hoogte van de noodzaak DOT toe te passen.</p> <p>De JV en de penitentiaire inrichtingswerker (PIW)/detentie toezichthouder (DTH) observeren de patiënt, let op eventuele bijwerkingen. De JV bespreekt dit zo nodig met de patiënt.</p> <p>De JV is verantwoordelijk voor DOT binnen de inrichting en daarmee ook voor de observatie. De PIW/DTH assisteert de JV hierbij omdat hij degene is die de patiënt het grootste deel van de tijd ziet.</p>	<p><b>24. Medicatie/DOT</b> GGD start behandeling onder DOT i.s.m. MD en benadrukt de noodzaak van DOT. De SV is de coördinator van de DOT-behandeling.</p> <p>SV checkt of de JV op de hoogte is van de noodzaak DOT toe te passen en scherpt de afspraken aan rondom deze casus.</p> <p>De SV houdt wekelijks contact met de verpleegkundige. In overleg met de JV bezoekt de SV regelmatig de justitiabele met tuberculose. De frequentie is afhankelijk van de inschatting van zowel de JV als de SV.</p>
<p><b>25. Wijze van medicatie delen</b> Medicatie wordt verstrekt volgens de hiervoor geldende procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elke dag;</li> <li>• bij voorkeur op dezelfde tijd;</li> <li>• volgens voorschrift van de arts;</li> <li>• met voldoende water;</li> <li>• onder DOT</li> </ul>	<p><b>25. Wijze van medicatie delen</b> De SV legt het belang van DOT uit aan degene die de medicatie deelt en aan de MD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• therapietrouw bevorderen;</li> <li>• voorkomen van multiresistentie;</li> <li>• ondersteuning van de patiënt.</li> </ul>

Degene die medicatie verstrekt controleert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• naam;</li> <li>• cel nummer;</li> <li>• inname en doorslikken van medicatie.</li> </ul>	
<b>26. Afspraken beleid van de patiënt</b> De JV wijzigt niet in de gemaakte afspraken zonder overleg met de SV van de GGD.	<b>26. Afspraken beleid van de patiënt</b> SV maakt afspraken met de JV over DOT en legt deze schriftelijk vast.
<b>27. Bijwerkingen/problemen</b> Bij problemen met de inname c.q. bij bijwerkingen neemt degene die medicatie deelt zo spoedig mogelijk contact op met de JV.  De JV neemt zo spoedig mogelijk contact op met de JG en de SV of de arts tbc-bestrijding van de GGD.	<b>27. Bijwerkingen/problemen</b> De SV houdt contact met de JV, onder andere om problemen of bijwerkingen bijtijds te signaleren.
<b>28. Voorlichting</b> Tussen de JV en de SV worden de onderwerpen ten aanzien van voorlichting afgesproken alsook de onderlinge taakverdeling.	<b>28. Voorlichting</b> Arts en SV dragen zorg voor de voorlichting over open tuberculose aan justitiabele(n) en personeel.

### Extra aandachtspunten bij justitiabele die illegaal in Nederland verblijft met(verdenking) tuberculose.

(volg voornoemde stappenplannen bij verdenking of bewezen TBC maar pas onderstaande extra aandachtspunten eveneens toe)

Medische Dienst (MD) inrichting	GGD afd. tbc-bestrijding
<b>1. Artikel 64</b> Bij verdenking op tuberculose of de diagnose (open of gesloten) tuberculose bij een vreemdeling, meldt de JV 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 behandeling voor tuberculose is afgerond (Artikel 64 uit de Vreemdelingenwet 2000 <sup>5</sup> ).	<b>1. Artikel 64</b> SV houdt in de gaten of een aanvraag wordt gedaan voor Artikel 64. Indien dit niet het geval is, wordt als de patiënt dit wenst, in onderling overleg met de MD gekeken of de aanvraag alsnog moet worden gestart.  <i>N.B. aanvragen van een Art. 64 gebeurt</i>

<sup>5</sup> 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.

<p>Dit geldt niet voor de vreemdelingen met <b>gesloten</b> tuberculose die vallen onder de Dublinverordening of hierbij aangesloten landen (bekend bij DT&amp;V): zij worden zo mogelijk <i>warm</i> overgedragen aan de ontvangende arts voor tbc-bestrijding in het betreffende land.</p>	<p><i>binnen detentie door DT&amp;V en buiten detentie (na invrijheidstelling) door de GGD.</i></p>
<p><b>2. Informeren advocaat</b> De JG/JV informeert de patiënt over het mogelijke belang om zijn advocaat te informeren over zijn ziekte. De JG/JV benadrukt dat de patiënt (indien hij het wenst) zelf zijn advocaat moet informeren.</p>	
<p><b>3. Voorlichting</b> JG (of JV) schakelt indien nodig een telefonische tolk in.</p> <p>Realiseer je bij de voorlichting dat de diagnose tuberculose veel ingesloten vreemdelingen het idee kan geven een <i>dodelijke diagnose</i> te hebben.</p>	<p><b>3. Voorlichting</b> Arts (of SV) schakelt indien nodig een telefonische tolk in.</p>
<p><b>4. Voorbereiding ontslag</b> JV informeert de ketenpartners (zoals DT&amp;V) binnen DJI over de noodzaak om bijtijds de MD op de hoogte te stellen van eventuele uitzetting c.q. overplaatsing van de patiënt met tuberculose.</p>	<p><b>4. Voorbereiding ontslag</b> SV schenkt extra aandacht aan de juiste en steeds bijgewerkte adreslijst van de contacten van de patiënt (zie de Verpleegkundige Anamnese Lijst – VAL, denk hierbij aan o.a. de verblijfplaats buiten detentie van de patiënt), teneinde hem na onverwacht vertrek te kunnen traceren.</p> <p>SV attendeert de MD nogmaals op de GGD adreslijst in Nederland met uitleg over behandeling aan illegalen in Nederland en vraagt de patiënt zich zo spoedig mogelijk te melden bij de (nieuwe) GGD na plotselinge uitplaatsing.</p>

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.

<p><b>5. Vervolg behandeling na ontslag</b> De JV/JG informeert de justitiabele dat hij 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.</p>	<p><b>5. Vervolg behandeling na ontslag</b> SV draagt zorg voor voorlichting aan justitiabele en personeel over de mogelijkheden van tuberculosebehandeling aan illegalen in Nederland.  Attendeer vooral op het belang hiervan voor de volksgezondheid.</p>
<p><b>6. Overdracht</b> JV licht zo spoedig mogelijk de GGD in bij (dreigende) uitzetting en/of overplaatsing en geeft een kaartje mee met het telefoonnummer van de behandelende GGD afd. tbc-bestrijding waarop ook de namen staan van de tbc-arts en de SV.  De MD geeft zo mogelijk land/stad door waarnaar de vreemdeling zal vertrekken.</p>	<p><b>6. Overdracht</b> SV bevestigt JV dat dit bericht van uitzetting of overplaatsing is ontvangen.  De SV draagt de patiënt over aan de nieuwe GGD.  De SV probeert de patiënt te traceren als hij met onbekende bestemming (MOB) is vertrokken.</p>
<p><b>7. Jeugdigen</b> Bij migranten, asielzoekers of illegale jeugdigen vanaf 12 jaar, geboren in een endemisch land (tbc incidentie &gt;50/100.000 zie KNCV landenlijst<sup>6</sup>) is een eenmalige screening op een tuberculose-infectie vereist (Vreemdelingenbesluit uit 2000, art. 4.46). Deze screening is meestal al uitgevoerd door één van de GGD-en. Indien bij navragen bij de GGD-en blijkt, dat dit niet het geval is, zal de screening alsnog moeten plaatsvinden binnen detentie.  Dit zal in overleg met de lokale GGD moeten gebeuren.</p>	<p><b>7. Jeugdigen</b> De SV van de lokale GGD adviseert de JV wanneer screening noodzakelijk is bij deze doelgroep en helpt de JV bij opvragen van de tbc screeningsgegevens.</p>

<sup>6</sup> <https://www.kncvtbc.org/kb/6-10-landenlijst-reizigersadvies-bcg-vaccinatie-en-vervolgscreening/>

## Bijlage 7: Contactonderzoek

Contactonderzoek is aan de orde als tuberculose is vastgesteld bij een medewerker of een justitiabele. De GGD afdeling tbc-bestrijding initieert het contactonderzoek.

De directie van de inrichting is er verantwoordelijk voor dat het onderzoek in de inrichting wordt uitgevoerd, zowel bij justitiabelen als bij personeel. Daarnaast is het van groot belang dat de arts tbc-bestrijding/sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding tijdig de arbo-arts van de inrichting informeert en het contactonderzoek van het personeel bespreekt.

### *Doel*

Het doel van het contactonderzoek is om verspreiding van tuberculose te beperken door vast te stellen wie zijn geïnfecteerd door de bronpatiënt. Soms is het zinvol na te gaan door wie de tuberculosepatiënt zelf is geïnfecteerd. Dit is een bronopsporingsonderzoek. In de inrichting hoeft dit zelden plaats te vinden.

### *Start van het onderzoek*

De sociaalverpleegkundige en de arts van de GGD maken, samen met de medische dienst en de arbodienst (en de directie van de inrichting), een inschatting of een contactonderzoek nodig is en, zo ja, over welke periode. Daarna vindt overleg plaats over de uitvoering van het contactonderzoek bij de justitiabelen en de medewerkers:

- welke personen komen in aanmerking voor onderzoek;
- waar vindt het onderzoek plaats;
- datum en tijd van het onderzoek;
- wie verzorgt de voorlichting aan justitiabelen en medewerkers;
- data, tijd, plaats, doelgroep, welke audiovisuele middelen zijn nodig;
- nagaan of er voldoende folders 'Tuberculose en contactonderzoek' aanwezig zijn;
- uitreiken van de folder aan geïnteresseerde justitiabelen;
- wanneer eventueel de 2e ronde van het contactonderzoek;
- wanneer evaluatie van het onderzoek en door wie;
- hoe en door wie vindt de berichtgeving plaats aan de justitiabelen en de medewerkers.

Daarnaast dient ook de communicatie met alle overige betrokkenen bij het contactonderzoek te worden besproken. (Wie licht wie/wanneer in, en op welke manier?) Dit geldt zowel voor partijen binnen als buiten DJI. Het verdient aanbeveling de afspraken schriftelijk en op een inzichtelijke manier voor alle betrokkenen vast te leggen.

### *Het ringprincipe*

Het ringprincipe van het contactonderzoek werkt als volgt. Eerst worden de personen onderzocht die het meest frequent en meest intensief contact hadden met de bronpatiënt. Dit is de 1e ring. Afhankelijk van de uitslag van dit onderzoek, kan het zinvol zijn een 2e ring te onderzoeken. Dit betreft de personen die minder vaak en minder intensief contact hadden met de patiënt.

### *Contactlijst opstellen*

Wie onderzocht moeten worden en wanneer wordt in goed overleg tussen de GGD, de arbodienst en de medische dienst van de inrichting vastgesteld.

- bepaal welke justitiabelen in aanmerking komen voor onderzoek in de 1e c.q. 2e ring;
- bepaal welke medewerkers in aanmerking komen voor onderzoek in de 1e c.q. 2e ring;
- noteer deze groepen op de contactlijst;

- bepaal voor iedere groep data, tijd en de ruimte waar de tuberculine huidtest wordt gezet en afgelezen;
- bepaal voor iedere groep data, tijd en ruimte voor de thoraxfoto;
- denk ook aan de vorige verblijfplaats van de justitiabele;
- denk ook aan zieke medewerkers, medewerkers die met ontslag zijn en aan stagiaires;
- denk ook aan inmiddels ontslagen justitiabelen.

De GGD is verantwoordelijk voor alle op te roepen contacten buiten DJI.

#### *Uitvoering van het contactonderzoek*

Het contactonderzoek wordt uitgevoerd door de GGD in nauw overleg met de inrichting. Voor het zetten/aflezen van de tuberculine huidtest kunnen medewerkers van de GGD vaak in overleg naar de inrichting komen. De thoraxfoto zal meestal op de GGD worden gemaakt, maar het is ook mogelijk een MRU in te schakelen (zie voor contactpersoon bijlage 8). In overleg met de arbo-arts (ten aanzien van het personeel) en de medische dienst bepaalt de GGD of uitbreiding van het contactonderzoek noodzakelijk is.

#### *Informatie aan derden*

##### **Pers**

Het is niet altijd mogelijk de informatie binnen de inrichting te houden. Het advies van de perswoordvoerder van DJI is om in geval van een open tuberculose bij een justitiabele direct de Directie Voorlichting van het Ministerie van Justitie te informeren. De lokale GGD dient de burgemeester te informeren.

Zie voor contact met de persvoorlichters: <http://www.dji.nl/Perskamer/>

Het eventueel laten uitgaan van een persbericht door de perswoordvoerder dient in overleg met de betrokken inrichting en de GGD, afd. tbc-bestrijding plaats te vinden. Een communicatieplan waarin vooraf al staat beschreven wie, wat, wanneer en waarover wordt gecommuniceerd, wordt aanbevolen.

##### **PM**

In verband met de politieke verantwoordelijkheid van de minister is het inrichtingen verboden zelf een persbericht te doen uitgaan.

##### **KNCV Tuberculosefonds**

Het verdient aanbeveling, als de pers op de hoogte is of wordt gebracht, ook het landelijk kenniscentrum voor tbc-bestrijding, KNCV Tuberculosefonds, Team Nederland & Eliminatie, bijtijds te informeren. Dit is de verantwoordelijkheid van de GGD. In onderling overleg wordt bepaald wie verder geïnformeerd dient te worden.