

Korte detenties en lage patiënt-aantallen: uitdagingen voor tbc-bestrijding in gevangnissen

Tuberculose is in Nederland meer en meer een ziekte van risicogroepen. Gedetineerden zijn één van deze risicogroepen. De korte duur van detentie in Nederland en – enigszins paradoxaal – ook de zeer lage aantallen patiënten zijn een uitdaging voor effectief onderzoek en behandeling en behoud van deskundigheid.

Het aantal gedetineerden met tuberculose is de laatste jaren gedaald en schommelt zo tussen de 10 en 20 per jaar (zie Figuur 1). Het merendeel wordt gevonden bij screening (zie het artikel op pagina 45).

In Nederland werken we al jaren volgens de richtlijn 'Tuberculose in Detentie', die is opgesteld door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie en Veiligheid in samenwerking met onder andere KNCV Tuberculosefonds. In deze richtlijn komen screening, diagnostiek, behandeling en ook het contactonderzoek aan bod.

Begeleiding

Gevangenen met tuberculose worden net als alle andere tbc-patiënten in Nederland begeleid door de sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding van de GGD. Bij deze bege-

leiding zijn therapietrouw en continuïteit van zorg de belangrijkste punten.

Volgens de richtlijn wordt de behandeling bij gedetineerden in principe gestart onder dagelijks toezicht (DOT). De sociaal verpleegkundige is coördinator, het dagelijks toezicht wordt meestal verzorgd door de Penitentiair Inrichting Werkers.

De sociaal verpleegkundige en de medische dienst hebben regelmatig contact over DOT en over andere behandelingskwesties. Ook regelmatig contact tussen sociaal verpleegkundige en patiënt is onderdeel van de richtlijn.

Korte detentie en opsporing

De gemiddelde verblijfsduur in detentie is in Nederland erg laag (zie Figuur 2). Driekwart van de gevangenen verblijft minder dan drie maanden in de gevangenis en 30 procent is al binnen 2 weken ontslagen uit detentie.

Bij afwijkingen op de screeningsfoto nodigt de GGD de betrokkene uit voor nader onderzoek. In 2016 kwamen 186 mensen hiervoor in aanmerking. Bij 27 procent van hen is geen nader onderzoek uitgevoerd. In meer dan de helft van de gevallen (58%) was vroege vrijlating de reden. Bij de 136 personen die wel werden onderzocht werd in 10 procent van de gevallen tuberculose gediagnostiseerd.

Gevolgen voor behandeling

Ook voor de behandeling heeft de korte verblijfsduur in detentie gevolgen. Omdat een tbc-behandeling minimaal zes maanden duurt, zal vrijwel niemand zijn behandeling binnen de detentie kunnen voltooien. Om voorbereid te zijn op vrijlating is in de richtlijn opgenomen dat bij start van de behandeling een medicijnadoos met één week voorraad en een lijst met contactgegevens van de afdelingen tbc-bestrijding in Nederland in de bagage van de betreffende patiënt worden gedaan.

Voor migranten zonder verblijfsvergunning zijn er speciale regelingen. De medische dienst van de inrichting zal dit met betrokkene bespreken. (Zie het artikel op pagina 32.)

Behandelingsresultaten

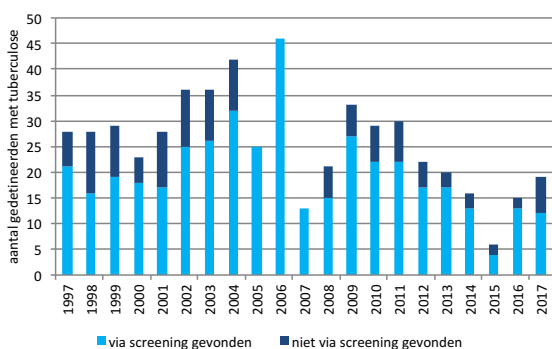
Ondanks deze maatregelen en de begeleiding bij de start zijn de behandelingsresultaten bij gedetineerden met tuberculose onbevredigend (zie Figuur 3). In 2016 voltooië slechts 44 procent van de gedetineerden de behandeling succesvol. Vaak is vertrek naar het buitenland de reden voor het niet voltooien van de behandeling. In 2016 gold dit voor 16 procent van de gedetineerden met tuberculose.

Verbeterpunten

Ondanks de kleine aantallen gedetineerden en een goed lopend screeningsprogramma zien we een aantal verbeterpunten rondom diagnostiek en behandeling.

Als eerste zou het aantal personen dat niet bereikt wordt voor nader onderzoek omlaag moeten. Ook de tegenvallende behandelresultaten zijn een punt van zorg. In beide gevallen is het belangrijk om te beseffen dat we te maken hebben met een

Figuur 1. Gedetineerden met tuberculose, al dan niet gevonden via screening (1997-2017)



Figuur 2. Duur van detentie in Nederland (bron: DJI)



UNION-PRESENTATIE

'Ensuring tuberculosis free prisons: achievements and challenges'

erg mobiele groep personen. Ook de korte detentietijd speelt hier een rol.

Continuïteit van zorg in Nederland én daarbuiten moet in de begeleiding een belangrijk aandachtspunt zijn. KNCV Tuberculosefonds kan ondersteuning bieden bij 'cross border TB control'. Verder onderzoek naar de redenen van niet verschijnen en afbreken van de behandeling lijkt zinvol.

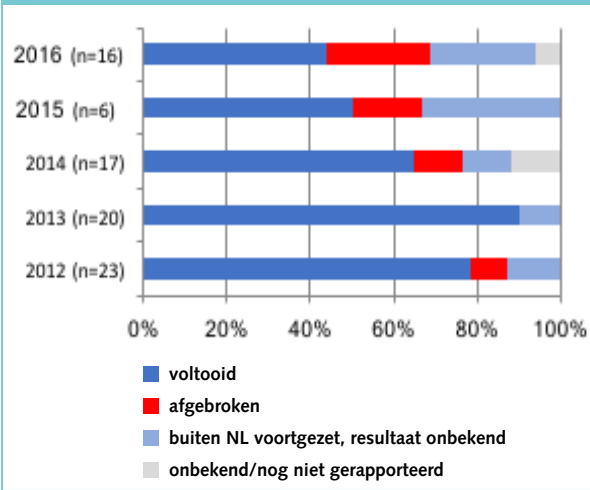
Borging deskundigheid en netwerken

Misschien wel het belangrijkste punt van aandacht is hoe om te gaan met de gevolgen van het zeer beperkte aantal gedetineerden met tuberculose in Nederland.

Deze op zich positieve ontwikkeling betekent ook dat de deskundigheid over de problematiek bij deze groep steeds beperkter aanwezig is.

Het is essentieel om in training van professionals in de tbc-bestrijding en in de medische diensten binnen detentie aandacht te besteden aan de ziekte tuberculose en de betekenis van een tbc-diagnose tijdens verblijf in detentie. Daarnaast is van belang dat er contacten zijn tussen de tbc-bestrijding en de medische dienst van de instelling, óók als er geen tbc-patiënten zijn. Door netwerken in stand te houden, kun je bij eventuele calamiteiten snel de juiste personen en organisaties benaderen.

Figuur 3. Behandelresultaat gedetineerden met tuberculose (2012 – 2016)



Tbc-screening in detentie

De sinds 1994 bestaande tbc-screening van gedetineerden focust steeds verder op specifieke risicogroepen. Een overzicht.

Eind jaren tachtig nam het aantal gevallen van tuberculose in Nederland in gevangenissen toe en daarmee ook het risico op een tbc-besmetting bij medegetineerden en personeel. Om longtuberculose zo snel mogelijk op te sporen, introduceerde de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) tbc-screening van alle gedetineerden bij binnenkomst. In opdracht van DJI voert GGD GHOR Nederland sinds 1994 de tbc-screening uit. In elke gevangenis staat eens per week een röntgenbus waarin thoraxfoto's gemaakt worden van

gedetineerden. Tbc-artsen van GGD'en beoordelen de thoraxfoto's. Gedetineerden die korter dan een week in de inrichting verblijven, kunnen de screening missen. Deelname aan tbc-screening in detentie is niet wettelijk verplicht.

Screeningscriteria aangescherpt

Van 1994 tot 2010 werden in principe alle gevangenen gescreend. De Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) vereist dat de screeningsresultaten jaarlijks worden geëvalueerd. In 2008 werd duidelijk dat in Nederland geboren gedetineerden geen risicogroep meer vormden omdat er bij hen per 100.000 thoraxfoto's minder dan 50 gevallen van tuberculose werden gevonden. Daarom werden in 2010 de screeningscriteria aangescherpt. In Nederland geboren gedetineerden hoefden niet meer te worden gescreend tenzij zij dakloos of drugsverslaafd waren, tuberculose hadden gehad, voor tuberculose relevante klachten hadden of in een buitenlandse gevangenis hadden gezeten.

Verdere inperking

In 2015 werd het screeningsbeleid opnieuw geëvalueerd en bleek dat in Nederland

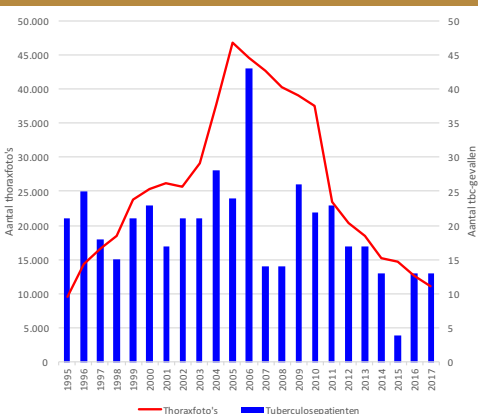
geboren drugsverslaafden en daklozen geen risicogroep voor tuberculose meer vormen. Sinds juli 2016 worden gedetineerden gescreend indien ze:

- i) geboren zijn in een land met een tbc-incidentie >10/100.000,
- ii) eerder tuberculose hebben gehad,
- iii) voor tuberculose relevante klachten hebben, of
- iv) ooit verbleven in een buitenlandse gevangenis.

Opbrengst screening

Het aantal thoraxfoto's is de afgelopen tien jaar fors afgenomen, enerzijds door een dalend aantal gedetineerden en anderzijds omdat de screeningscriteria zijn aangescherpt (zie de figuur). De laatste twee jaar is de opbrengst van de screening rond de 100 tbc-gevallen per 100.000 gemaakte thoraxfoto's. Elk jaar worden gemiddeld twee gevallen van tuberculose gevonden buiten de screening om.

Figuur. Aantal gemaakte screeningsfoto's (rood) en gevonden tbc-gevallen (blauw)



PRESENTATIE 'DUTCH AFTERNOON'

'Screening for active tuberculosis (TB) in correctional settings in the Netherlands'