

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.

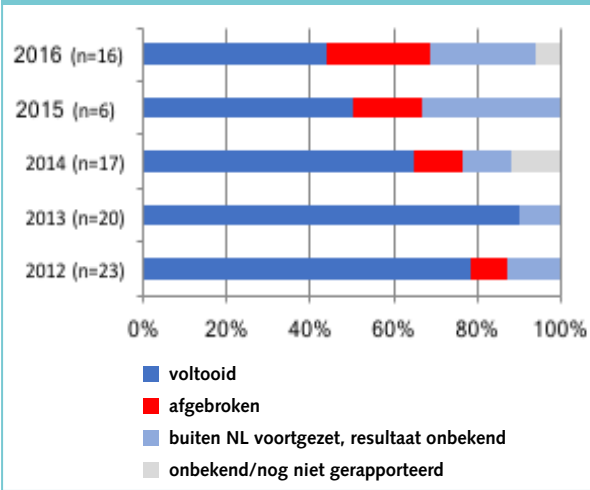
### Borging deskundigheid en netwerken

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 gevangenis 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

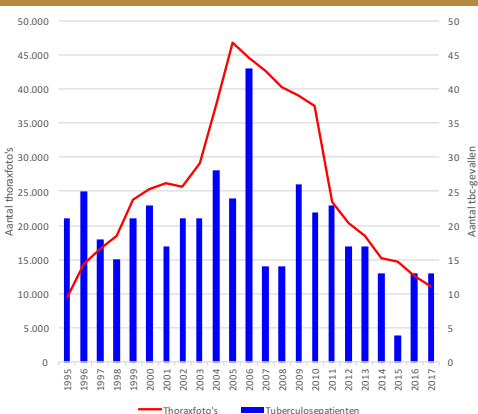
geboren drugsverslaafden en daklozen geen risicogroep voor tuberculose meer vormen. Sinds juli 2016 worden gedetineerden gescreend indien ze:

- 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'