



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Infectieziekten Bulletin

Jaargang 27 | Nummer 9 | november 2016

Themanummer Asielzoekers & Infectieziekten



Colofon

Hoofredactie

Mw. W.L.M. Ruijs, Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVM | helma.ruijs@rivm.nl

Eindredactie

K. Kosterman, Communicatie RIVM | kevin.kosterman@rivm.nl

Tel.: 030 - 274 43 48

Bureauredactie

Mw. M. Bouwer, Communicatie, RIVM | marion.bouwer@rivm.nl

Tel.: 030 - 274 30 09

Redactieraad

G.R. Westerhof, namens de Inspectie voor de Gezondheidszorg | gr.westerhof@igz.nl

Mw. E. Stobberingh, namens de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie |

e.stobberingh@mumc.nl

Mw. C.J. Miedema, namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, sectie Infectiologie en Immunologie | carien.miedema@catharinaziekenhuis.nl

Mw. A. Rietveld, namens het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding van de GGD'en |

a.rietveld@ggdhvb.nl

Mw. P. Kaaijk, namens Centrum voor Immunologie van Infectieziekten en Vaccins, RIVM |

patricia.kaaijk@rivm.nl

Mw. R. Brugmans, namens de V&VN verpleegkundigen openbare gezondheidszorg |

riany.brugmans@ggdhaaglanden.nl

H. Vennema, namens het Centrum voor Infectieziekteonderzoek, diagnostiek en screening, RIVM |

harry.vennema@rivm.nl

A.J.M.M. Oomen, namens de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVM | ton.oomen@rivm.nl

O.F.J. Stenvers, namens de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit | o.f.j.stenvers@nvwa.nl

Ontwerp / lay-out

RIVM

Contactgegevens redactie

RIVM, Postbus 1 | Postbak 13, 3720 BA Bilthoven

Telefoon: (030) 274 30 09 / Fax: (030) 274 44 55

infectieziektenbulletin@rivm.nl

Aanmelden voor de maandelijks digitale editie van het IB: www.infectieziektenbulletin.nl

Inzending van kopij

Het Infectieziekten Bulletin ontvangt graag kopij uit de kring van zijn lezers. Auteurs worden verzocht rekening te houden met de richtlijnen die te vinden zijn op www.infectieziektenbulletin.nl

Het Infectieziekten Bulletin op internet: www.infectieziektenbulletin.nl

ISSN-nummer: 0925-711X

Voorwoord

Door de burgeroorlog in Syrië, groeide het aantal asielzoekers in 2015 tot een historisch hoogtepunt. Nederland kreeg afgelopen jaar 58.880 asielverzoeken te verwerken. Ruim 4.000 meer dan in het vorige recordjaar 1994, tijdens de Joegoslavische burgeroorlog.

Alhoewel er volgens de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) geen systematisch verband bestaat tussen migratie en import van infectieziekten, kampen asielzoekers vaker met gezondheidsproblemen dan de gemiddelde Nederlander. Dat kan komen door de omstandigheden tijdens de vlucht of asielprocedure, maar ook door de situatie in het land van herkomst. Infectieziekten bij asielzoekers kun zijn meestal geassocieerd met armoede of een niet goed (meer) functionerende gezondheidszorg. Zo komt het merendeel van de huidige stroom asielzoekers uit Syrië. Een land waar men een soortgelijk vaccinatieprogramma kent als in Nederland met zelfs een hogere dekkingsgraad. Sinds het uitbreken van de oorlog is die dekkingsgraad logischerwijze lager geworden en neemt het aantal infectieziekten toe.

De komst van de grote groepen asielzoekers gaat overigens niet gepaard met een toename van zeldzame ziekten zoals ebola of MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome-coronavirus). En ook het aantal meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers is laag. Vooral malaria, tuberculose en chronische hepatitis B werden afgelopen jaar gemeld.

Toch kon dit themanummer van het Infectieziekten Bulletin met gemak gevuld worden met onderwerpen zoals een luizenprobleem, de MRSA-screening en cultuurverschillen die leidden tot een verkeerde voorlichting. In dit nummer treft u veel tips aan over hoe te handelen in soortgelijke situaties en hoe uitbraken van infectieziekten hopelijk voorkomen kunnen worden.

De redactie van het Infectieziekten Bulletin wens ik u veel leesplezier en wil ik alle auteurs hartelijk danken voor hun bijdrage aan dit nummer.

Helma Ruijs, Kevin Kosterman en Marion Bouwer
Redactie Infectieziekten Bulletin

267 Voorwoord

269 Gesignaleerd

Interview

271 Arts in een ander land

Overzicht

273 Meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers in Nederland, 2012-2015

Infectieziekten in de praktijk

280 Hepatitis A in de noodopvang

282 Scabiës bij asielzoekers: ontwikkeling van een nieuwe werkwijze in de praktijk

284 Crisisopvang vol luizen

286 Waterpokken in een grootschalige noodopvang

Bijzondere infectieziekten

288 *Febris recurrens* binnen de landsgrens

291 Neurobrucellose bij een jonge asielzoeker

Screening & Preventie

293 Het Rijksvaccinatieprogramma voor asielzoekers

297 TBC-screening in tijden van massale migratie

303 BRMO- en MRSA- screenings- en isolatiebeleid voor hoogrisico- patiëntenpopulaties vanuit het buitenland

306 Grootschalige influenzavaccinatie bij een noodopvang voor asielzoekers

Technische hygiënezorg

309 Nieuwe opvanglocaties voor asielzoekers, nieuwe technische hygiënezorg

Voorlichting

312 4refugees

315 Voorlichting over de gezondheidszorg in Nederland

317 Toegang tot medische zorg voor asielzoekers

Onderzoek

319 Infectieziektensyndroom-surveillance bij asielzoekers

321 Bescherming tegen infectieziekten bij volwassen asielzoekers

324 Onrust over infectieziekten

Aankondiging

330 Draaiboek Infectieziekten in opvangcentra voor asielzoekers

Registratie infectieziekten

331 Meldingen Wet publieke gezondheid

333 Meldingen uit de virologische laboratoria

Gesignaleerd

Overzicht van bijzondere meldingen, clusters en epidemieën van infectieziekten in binnen- en buitenland

Binnenlandse signalen

Usutuvirus in merels en laplanduilen

Recent is bij in gevangenschap gehouden laplanduilen (*Strix nebulosa*) en wilde, levende en dode merels (*Turdus merula*) het usutuvirus (USUV) vastgesteld. In maart 2016 startten de afdeling Viroscience van het ErasmusMC en het Vogeltrekstation van het NIOO-KNAW met een pilotonderzoek waarin zij trek- en standvogels bemonsterden die in het kader van vogelringprojecten zijn gevangen. In dit project zoeken de onderzoeksgroepen naar virussen met een zoönotisch potentieel. Bij 2 van de 32 bemonsterde, gezonde merels werd USUV vastgesteld. Daarnaast kwamen sinds augustus bij het Dutch Wildlife Health Centre (DWHC) en het Veterinair Pathologisch Diagnostisch Centrum (VPDC) meldingen binnen over een ongewoon hoge merel- en laplanduilensterfte. In sectiematerialen van enkele laplanduilen (n=4) en merels (n=9) werd met behulp van RT-PCR (reverse transcription polymerase chain reaction) USUV-RNA (ribonucleïnezuuraangetroffen. Het virus komt uit het genus *Flavivirus* in de familie *Flaviviridae* en komt oorspronkelijk afkomstig uit Afrika. Het virus, dat steekmuggen kunnen dragen, is de afgelopen decennia herhaaldelijk in Europa aangetroffen bij vogels,

waarbij verondersteld wordt dat trekvogels een rol spelen bij de verspreiding van het virus over grote afstanden. De kans dat mensen via een muggenbeet ziek worden door USUV is erg klein. Ondanks grote uitbraken onder vogels, zijn de afgelopen jaren in Europa slechts 5 humane gevallen van een USUV-infectie beschreven. Deze patiënten ontwikkelden symptomen als koorts, hoofdpijn, huiduitslag, geelzucht, meningitis, meningo-encefalitis, hyperreflexie en handtrillingen. Drie van deze patiënten waren immuungecompromiteerd. USUV-infecties kunnen ook asymptomatisch verlopen. Dit blijkt uit studies waarin is gekeken naar de aanwezigheid van USUV-specifieke antistoffen in donorbloed. (Bronnen: <http://www.erasmusmc.nl/viroscience/research/news/2016/usutuviruse-voor-het-eerst-in-merels-en-laplanduilen/>, DWHC, Vogeltrekstation van NIOO-KNAW, VPDC, Sovon, Eurosurveillance)

Uitkomsten van experimenteel onderzoek naar tekenoverdraagbare aandoeningen

Bij een recente studie van het RIVM onder 335 personen met een tekenbeet en 291 mensen met de ziekte van Lyme (erythema migrans), werden ook infecties door de tekenoverdraagbare micro-organismen *Anaplasma*, *Babesia*, *Neoehrlichia mikurensis* en *Borrelia miyamo-*

toi gevonden. Bij 16 van 626 personen (2.6%) toonde men na een tekenbeet of erythema migrans DNA van een van deze 4 micro-organismen aan. Het onderzoek werd met experimentele diagnostische methoden uitgevoerd, die nog niet beschikbaar zijn voor reguliere diagnostiek. Uit het onderzoek is niet gebleken dat deze micro-organismen bij deze personen ook ziekte hadden veroorzaakt. Het is al langer bekend dat Nederlandse teken naast *Borrelia burgdorferi* en het tekenencefalitisvirus, ook de bovengenoemde micro-organismen bij zich kunnen dragen. Deze micro-organismen kunnen in mensen met een verzwakte afweer ziekte veroorzaken. In hoeverre zij ook ziekteverschijnselen geven bij gezonde mensen en of ze de ziekteverschijnselen van lymepatiënten kunnen verergeren, is niet duidelijk. (Bronnen: RIVM, PLOS Neglected Tropical Diseases)

Buitenlandse signalen

Jaarlijks overlijden 60.000 mensen door rabiës

Op 28 september was het Wereld-rabiësdag. Jaarlijks sterven er wereldwijd naar schatting 60.000 mensen aan de gevolgen van rabiës. Met deze dag willen de Verenigde Naties meer aandacht vragen voor preventie, goede wondverschoning en vaccinatie

na een dierenbeet. Vooral in ontwikkelingslanden, waar het rabiësvirus endemisch onder zoogdieren voorkomt, vormt de beschikbaarheid van medische zorg een probleem.

(Bron: Verenigde Naties)

Uitbraak Rift-Valleykoorts in Niger

Sinds begin augustus 2016 is er een uitbraak gaande van Rift-Valleykoorts in Niger en naburige gebieden in Mali en Algerije. De meeste gevallen doen zich voor in de Tahoua-regio in Niger waar vooral veehoudende nomaden leven. Volgens de gezondheidsautoriteiten zijn er ongeveer 90 patiënten bekend van wie er 23 zijn overleden. Eerder dit jaar meldde Niger een uitbraak onder koeien. Vee vormt het reservoir voor Rift-Valleykoortsvirus. Mensen raken besmet na contact met zieke dieren of via insectenbeten.

Klachten bestaan onder andere uit koorts, spierpijn en maagdarmlachten. De autoriteiten zijn samen met onder andere de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) en FAO (Voedsel- en Landbouworganisatie van de Verenigde Naties) begonnen met een onderzoek naar en de bestrijding van de uitbraak.

(Bron: Het Rode Kruis)

Uitbraak *Burkholderia cepacia* in Zwitserland via besmette wegwerp-handschoenen

De Zwitserse autoriteiten melden een uitbraak van *Burkholderia cepacia*-infecties. In de afgelopen maanden zijn 35 patiënten gemeld, waarvan de helft met invasieve infecties. De patiënten lagen in verschillende ziekenhuizen. De bron is waarschijnlijk een partij besmette handschoenen voor eenmalig gebruik (SINAQUA TM Dermal Glove). De handschoenen zijn van de markt gehaald en de Italiaanse fabriek wordt geïnspecteerd. (Bronnen: ECDC, Swissmedic)

De WHO verklaart de Amerikaanse regio mazelenvrij

De Pan American Health Organization WHO (PAHO WHO) heeft het Amerikaanse continent mazelenvrij verklaard. Sinds de jaren 80 van de vorige eeuw is de mazelenvaccinatie opgenomen in de verschillende Amerikaanse vaccinatieprogramma's. Sinds 2002 is in de regio vrijwel geen mazelencirculatie meer vastgesteld.

De gemelde patiënten betroffen geïmporteerde ziektegevallen uit andere delen van de wereld. Uitzondering was één mazelenuitbraak in Brazilië in 2013-2015. Nu er sinds juli 2015 ook in Brazilië geen endemische mazelengevallen meer voorkomen, krijgt het Amerikaanse continent van de PAHO/WHO de mazelenvrije status. (Bron: PAHO WHO)

Auteur

P. Bijkerk, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven

Correspondentie

Paul.bijkerk@rivm.nl

Interview

Arts in een ander land

K. Kosterman

Fared Solisman rondde zijn studie als basisarts af in Moskou, maar toen hij, als Koerd zijnde, terug wilde keren naar zijn geboorteland, Syrië, kon dat niet meer. In Nederland probeert hij nu zijn BIG-registratie te halen, maar werkt hij ook als tolk in asielzoekerscentra waar vluchtelingen hem met de nodige klachten confronteren.

Kun je aan de slag als arts in Nederland?

“Ik probeer mijn BIG-registratie te krijgen, zodat ik hier als arts kan werken. Dat is niet per se lastig, maar het kost wel veel tijd en energie. Mijn geneeskundige opleiding wordt in Nederland wel erkend, maar in mijn situatie moet je tal van toetsen afleggen. De eerste toets is bijvoorbeeld je Nederlandse taalvaardigheid, maar ook je Engels moet van voldoende niveau zijn. Het andere deel van de toetsen richt zich op je medische kennis. Ik wil me ook gaan specialiseren, maar ik heb nog geen keuze gemaakt waarin.

Ken je de Nederlandse zorg?

“Ik kan op grond van mijn ervaringen best wel zeggen dat ik veel weet over de zorg in Nederland. Ik werkte een jaar als vrijwilliger in een verpleeghuis. Daarnaast werkte ik er ook als uitzendkracht en onlangs liep ik stage bij een huisarts.”

Wat zijn de grootste verschillen tussen het Nederlandse en Syrische zorgstelsel?

“Syrië is niet een land waar je naar de drogist gaat of kruiden haalt als je ziek wordt. Eigenlijk is de zorg niet heel anders dan in Nederland. De manier waarop het zorgsysteem is ingericht, verschilt wel. In Nederland heb je de eerste, tweede, derde lijn. Dat bestaat in Syrië niet. Je hebt daar twee systemen. Ten eerste het openbare systeem van ziekenhuizen, gefinancierd door de overheid. Daarnaast heb je de private ziekenhuizen en klinieken. In Syrië is de zorg voor iedereen gratis toegankelijk. De openbare centra zijn van goede kwaliteit en beschikken over de nieuwste medische apparatuur, maar... je hebt wel te maken met wachttijden. De private klinieken maken ook gebruik van de modernste technologie. Als je geld hebt, kun je daar meteen terecht en omzeil je op die manier de wachttijden.”



Foto Fared Solisman.

Wat viel je op toen voor het eerst te maken had met de zorg in Nederland?

“Ik moest eraan wennen dat er heel veel nadruk ligt op communicatie. Er is veel overleg tussen hulpverleners en patiënten. In Syrië is de arts echt de baas. Je krijgt in Syrië geen voorlichting over je aandoening. Je geeft je klachten door en krijgt een pil, dat is het. Hier in Nederland legt een

arts alles uit en kondigt hij aan waarom hij bijvoorbeeld een bepaald onderzoek wil uitvoeren. Voor Syriërs kan dat trouwens soms lastig zijn, want sommigen hebben de behoefte aan een snel antwoord of dat een arts snel iets voorschrijft.”

Komen er veel infectieziekten voor in Syrië?

“Voor het uitbreken van de oorlog was de prevalentie van infectieziekten volgens de WHO (World Health Organization) laag. Het aantal infectieziekten nam sinds het uitbreken van de oorlog echter behoorlijk toe. Je ziet tegenwoordig een duidelijke toename van mazelen, meningitis en hepatitis A. Ook zie je dat de incidentie van hepatitis B hoog is, maar dat was voor de oorlog ook al het geval. Volgens de officiële cijfers staan infectieziekten op plek vier qua aandoeningen, na maag- en darmklachten, hart- en vaatziekten en longziekten. Bij vluchtelingen zie je veel mensen met maag- en darmklachten, maar ook parasieten, zo kom ik vaak kinderen met wormen tegen.”

Welke infectieziekten kom je nog meer tegen binnen de asielzoekerscentra?

“Een probleem dat je nu regelmatig ziet is scabiës. Dat vinden patiënten echt heel rot. Ik kreeg onlangs nog te horen van een patiënt met scabiës dat hij zich verbaasde over de omstandigheden. In de oorlog had hij nergens last van en zodra hij in Europa kwam, kreeg hij scabiës.”

Kent Syrië een goed vaccinatieprogramma?

“Het Syrische vaccinatieprogramma is goed geregeld. Het vaccinatieaanbod en de manier van verstrekking komt heel erg overeen met de Nederlandse situatie. Op de HPV-vaccinatie na, vaccineert men in Syrië tegen dezelfde ziekten. Het schema wijkt echter wel af. In Nederland krijg je met 9 jaar nog herhaalvaccinaties, in Syrië krijg je op je zesde je laatste vaccinaties. De acceptatie om je te laten vaccineren was hoog, eigenlijk kun je stellen dat niemand bezwaar had tegen de vaccinaties. In Nederland zie je verenigingen zoals Kritisch Prikken die bezwaar maken tegen vaccinaties. Zoiets ben ik in Syrië nog nooit tegengekomen. De vaccinatiegraad was – voor de oorlog – hoger dan in Nederland. Je ziet dat Syriërs nu ook vrijgesteld zijn van TBC-screening. Dat komt door de goede vaccinatie.”

Wat voor tips heb je voor Nederlandse zorgverleners?

“Ik vind een goede communicatie tussen arts en patiënt essentieel. Je ziet ook dat de communicatie niet altijd even goed verloopt door cultuurverschillen. Vragen over soa's kunnen bijvoorbeeld confronterend zijn. En de vraag of je kinderen hebt, nadat je net gezegd hebt dat je niet getrouwd bent, is ook voor veel mensen heel raar; laat staan vragen over pleegkinderen. Zoiets is helemaal onbekend.

Ik zou meer voorlichting geven aan asielzoekers die net aangekomen zijn. Dit is ons zorgsysteem. Wil je zorg? Dan moet je een afspraak maken enz. Het verschil tussen de eerste-, tweede- en derdelijnszorglijn moet je duidelijk uitleggen.”

Gaat de communicatie zo vaak fout?

“De taalbarrière vormt vaak een groot probleem. Hoe stel je een diagnose als je de problemen van je patiënt niet begrijpt? Je ziet dat vooral mensen met een verblijfsvergunning problemen hebben met het contact, omdat zij de hulp van een tolk niet vergoed krijgen. Naar mijn mening moet er meer voorlichting komen voor de nieuwkomers. Nederland kent veel medicijnen waar je geen recept voor nodig hebt die je in de supermarkt of bij de drogist kunt kopen. Dat is voor veel asielzoekers een onbekend fenomeen.

Daarnaast moet je asielzoekers duidelijk maken dat hulpverleners, waaronder artsen, zich aan richtlijnen moeten houden. Velen zijn gewend om naar een arts te gaan en om bijvoorbeeld om een MRI-scan te vragen. Dat kan in Nederland niet zo maar zonder indicatie, maar dat moet je wel uitleggen.

Ik sprak een tijd terug twee Syriërs die last hadden van buikpijn en diarree. Ze klaagden bij mij dat ze geen medicijnen kregen en begrepen niet waarom dat zo was. Ze wilden antibiotica hebben, maar kregen alleen het advies veel water te drinken en eventueel paracetamol te nemen. Daarnaast zie je dat zogenoemde hogere klassen het lastig vinden om zorg te krijgen. Ze moeten nu naar de dokter, een nummertje trekken en wachten op zorg. Voor hen is dat onacceptabel. Ze weten echter niet dat Nederlandse burgers ook daarmee te maken hebben.”

Overzicht

Meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers in Nederland, 2012-2015

D.R.E. Nijsten, S.J.M. Hahné

In 2015 arriveerden circa een miljoen asielzoekers in Europa. Ongeveer 80% van de asielzoekers kwam uit Syrië, Irak en Afghanistan en vluchtte vanwege voortdurende conflicten. Armoede, mensenrechtenschending en verslechterende veiligheidsomstandigheden droegen daarnaast bij aan een toename van asielzoekers uit Eritrea, Somalië, Marokko, Iran en Pakistan naar Europa. Ook Nederland kreeg te maken met de toenemende asielzoekersstroom. In 2015 was het aantal asielaanvragen in Nederland tweemaal zo hoog vergeleken met 2014 (Figuur 1). De toename in Nederland was vooral toe te schrijven aan de instroom van Syrische asielzoekers.

In Nederland worden meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers sinds 2012 gesurveilleerd met het registratiesysteem Osiris. De gegevens over meldingsplichtige infectieziekten worden verzameld door alle GGD'en in Nederland. De surveillance van tbc (tuberculose) onder asielzoekers met Osiris startte in 2014.

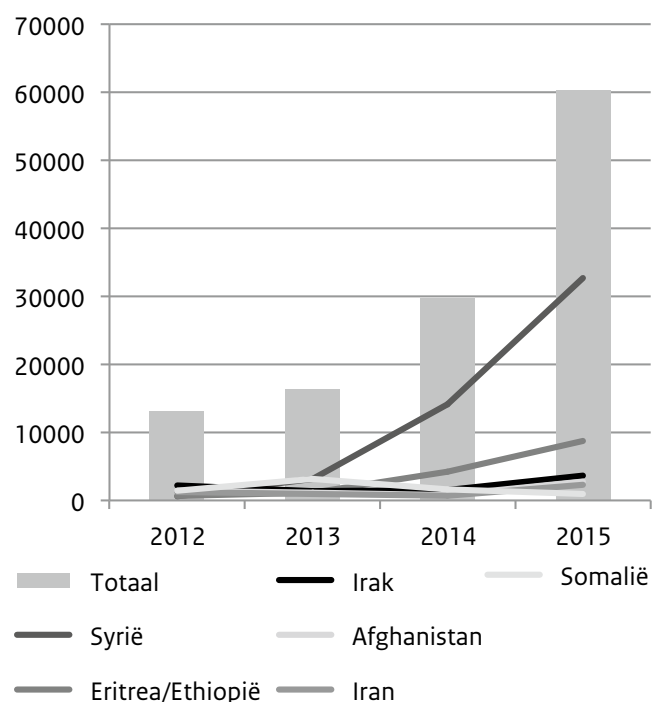
Welke infectieziekten?

Tabel 1 toont het aantal meldingen onder personen woonachtig in asielzoekerscentra (AZC) en andere collectieve opvanglocaties van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) in de periode 2012-2015. Het is van belang dat bij de interpretatie van deze gegevens rekening wordt gehouden met de toename van het aantal asielzoekers in Nederland. In dit artikel wordt verder ingegaan op de meest gerapporteerde meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers: tbc, chronische hepatitis B en malaria.

De bezettingsgraad bij het COA is gebruikt voor het berekenen van de incidentie van meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers. Voor de bezettingsgraad per jaar is de gemiddelde bezetting bij het COA berekend van januari van het betreffende jaar tot en met januari van het opvolgende jaar.

Tuberculose

In 2015 werden er 106 gevallen van tbc gemeld onder asielzoekers woonachtig in een AZC, dit betrof 12% van alle tbc-meldingen in Nederland. Dit is een lichte toename



Figuur 1 Instroom van asielzoekers in Nederland 2012-2015. (1, 2)

Tabel 1 Aantal meldingen van meldingsplichtige infectieziekten onder personen woonachtig in een collectieve opvanglocatie voor asielzoekers naar jaar van ziekteaanvang en als percentage van het totaal aantal meldingen in Nederland, 2012-2015

Groep**		2012*** (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
Groep A ¹		0	0	0	0
Groep B1 ²	Tuberculose ⁵	-	-	79 (9,2)	106 (11,8)
Groep B2 ³	Hepatitis A	0	2 (< 1,0)	2 (1,9)	9 (11,4)
	Hepatitis B acuut	1 (< 1,0)	3 (2,1)	2 (1,4)	1 (< 1,0)
	Hepatitis B chronisch	61 (4,6)	69 (6,1)	91 (8,5)	106 (10,6)
	Invasieve groep A-streptokokken-infectie	0	0	2 (1,3)	1 (< 1,0)
	Mazelen	0	1 (< 1,0)	0	1 (14,3)
	Paratyfus C	0	0	0	1 (25,0)
	Kinkhoest	49 (< 1,0)	8 (< 1,0)	19 (< 1,0)	8 (< 1,0)
	STEC/enterohemorragische E.coli-infectie	2 (< 1,0)	0	1 (< 1,0)	1 (< 1,0)
	Shigellose	0	0	3 (< 1,0)	4 (< 1,0)
	Buiktyfus	0	0	0	2 (11,8)
Groep C ⁴	Brucellose	0	0	0	1 (11,1)
	Hantavirusinfectie	0	0	1 (2,7)	0
	Invasieve pneumokokkenziekte (Kinderen 5 jaar of jonger)	0	0	0	1 (2,3)
	Legionellose	0	0	0	1 (< 1,0)
	Malaria	4 (2,0)	6 (4,2)	106 (37,2)	126 (36,3)
	Meningokokkenziekte	0	0	1 (1,2)	0
	Bof	0	0	0	1 (1,1)
	Psittacose	0	0	1 (2,4)	0
	% Asielzoekers ten opzicht van gehele Nederlandse bevolking	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%

* De tabel is afgeleid uit het Nederlandse registratiesysteem voor meldingsplichtige ziekten Osiris op 02 mei 2016.

** Meldingsplichtige infectieziekten zijn verdeeld in groepen gebaseerd op de mate waarin dwingende maatregelen opgelegd kunnen worden om de bevolking te beschermen.

*** De vraag 'of een person woonachtig is in een asielzoekerscentrum' is pas in 2012 toegevoegd aan Osiris. Het is daarom mogelijk dat er in 2012 een onderrapportage heeft plaatsgevonden wat betreft het werkelijk aantal ziektemeldingen onder asielzoekers in 2012.

1 0 gevallen voor MERS-CoV, pokken, polio, SARS en virale hemorragische koorts.

2 0 gevallen voor difterie, humane infectie met dierlijk influenzavirus, pest en rabiës.

3 0 gevallen voor cholera, voedselinfecties, hepatitis C acuut, paratyfus A, paratyfus B en rubella.

4 0 gevallen voor antrax, botulisme, chikungunya, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Creutzfeldt-Jakob-variant, dengue, invasieve *Haemophilus influenzae* type b, leptospirose, listeriose, MRSA-infectie (clusters buiten ziekenhuis), Q-koorts, tetanus, trichinose, Westnijlvirusinfectie en gele koorts.

5 De vraag 'of een persoon woonachtig is in een asielzoekerscentrum' is pas in 2014 toegevoegd aan de tuberculose-vragenlijst.

vergeleken met 2014, toen 79 tbc-gevallen werden gemeld (9% van alle tbc-meldingen in Nederland) (Tabel 1). Tabel 2 toont dat, ondanks dat de absolute aantallen stegen, het aantal meldingen per 100 personen woonachting in een AZC niet toenam tussen 2014 en 2015. Het merendeel van de tbc-meldingen betrof asielzoekers uit Eritrea/Ethiopië, met 68 gevallen in 2015 en 45 gevallen

in 2014 (Tabel 2). De afgelopen 2 jaren waren de meeste asielzoekers afkomstig uit Syrië, maar onder hen komt tbc betrekkelijk weinig voor. Tabel 3 toont de leeftijdsverdeling van asielzoekers met tbc in collectieve opvanglocaties. Tbc komt het meest voor bij personen tussen 18 en 50 jaar. In 2014 werden 13 van de 79 (16%) asielzoekers met tbc woonachtig in een AZC gediagnosticeerd met besmettelijke

Tabel 2 Aantal meldingen van tbc onder personen in collectieve opvanglocaties voor asielzoekers naar geboorteland en bezetting bij COA naar land van herkomst, 2014-2015.

Geboorteland	Meldingen	2014 COA- bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	2015 COA- bezetting	Meldingen per 100 personen
Eritrea/ Ethiopië	45	2.957	1,5	68	5.205	1,3
Syrië	2	5.398	0,0	9	12.861	0,1
Afghanistan	0	1.321	0,0	7	1.399	0,5
Somalië	14	1.568	0,9	7	853	0,8
Overige	18	8.308	0,2	15	9.680	0,2
Totaal	79	19.552	0,4	106	29.998	0,4

longtuberculose. In 2015 nam het aantal asielzoekers met besmettelijke longtuberculose toe naar 26 van de 106 (25%) meldingen. In de periode 2010-2015 varieerde het aandeel besmettelijke longtuberculose op het totaal aantal tbc-meldingen in Nederland tussen de 23% en 26%.

Binnen een week na aankomst in Nederland worden asielzoekers gescreend op tbc. Recent bleek uit een evaluatie van deze binnenkomstscreening dat uit alle landen met een tbc-incidentie van minder dan 50 per 100.000 inwoners de prevalentie bij de binnenkomstscreening laag was. Het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) kreeg het advies de verplichte screening voor asielzoekers uit deze landen te stoppen. In lijn hiermee besloot de Minister Schippers in september 2015 al om de tbc-screening van Syrische asielzoekers vanwege de lage prevalentie op te schorten. Op deze manier kon de capaciteit worden gebruikt voor de tijdige screening van asielzoekers uit landen met een hoge prevalentie. Naast de binnenkomstscreening worden immigranten en asielzoekers uit landen met een tbc-incidentie groter dan 200 per 100.000 inwoners per jaar, zoals Somalië en Ethiopië, of uit landen

waarvan op grond van de prevalentie bij de binnenkomstscreening wordt vastgesteld dat deze hoog is, zoals Eritrea, gedurende 2 jaar halfjaarlijks uitgenodigd voor röntgenologische vervolgscreening (3).

Chronische hepatitis B

In 2015 werden er 106 gevallen van chronische hepatitis B gemeld onder asielzoekers woonachtig in een AZC, dit betrof 11% van alle chronische hepatitis B-meldingen in Nederland. Dit is een toename vergeleken met 2014, toen 91 gevallen van chronische hepatitis B werden gemeld (9% van alle meldingen in Nederland) (Tabel 1).

De afgelopen twee jaar waren de meeste personen met chronische hepatitis B afkomstig uit Syrië en Eritrea/Ethiopië (Tabel 4). In de voorgaande jaren waren de meeste patiënten afkomstig uit Somalië, Syrië en Sierra Leone. De incidentie van chronische hepatitis B-meldingen onder asielzoekers woonachtig in een AZC was in 2015 0,5 per 100 personen. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren, zie Tabel 4. De incidentie van chronische hepatitis B-meldingen was het hoogst in de leeftijdsgroep van 18-50 jaar (Tabel 5).

Tabel 3 Leeftijdverdeling tbc-meldingen onder personen in collectieve opvanglocaties voor asielzoekers naar bezetting bij COA, 2014-2015.

Leeftijdsgroepen	Meldingen	2014 COA- bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	2015 COA- bezetting	Meldingen per 100 personen
0-4	1	1.821	0,1	0	2.337	0,0
5-17	15	4.115	0,4	21	6.037	0,3
18-50	63	12.530	0,5	85	20.132	0,4
50+	0	1.087	0,0	0	1.492	0,0
Totaal	79	19.552	0,4	106	29.998	0,4

Tabel 4 Aantal meldingen van chronische hepatitis B onder personen in collectieve opvanglocaties voor asielzoekers naar geboorteland en bezetting bij COA naar land van herkomst, 2012-2015.

Geboorteland	2012		2013		2014		2015					
	Meldingen	COA-bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	COA-bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	COA-bezetting				
Syrië	6	517	1,2	7	1.089	0,6	14	5.398	0,3	26	12.861	0,2
Eritrea/ Ethiopië	2	498	0,4	6	721	0,8	11	2.957	0,4	24	5.205	0,5
Somalië	6	1.764	0,3	11	1.840	0,6	3	1.568	0,2	4	853	0,5
Sierra Leone	7	242	2,9	6	250	2,4	3	277	1,1	2	257	0,8
Afghanistan	6	2.244	0,3	3	1.868	0,2	3	1.321	0,2	5	1.399	0,4
Overige	34	9.124	0,4	36	8.937	0,4	57	8.031	0,7	45	9.423	0,5
Totaal	61	14.389	0,4	69	14.705	0,5	91	19.552	0,5	106	29.998	0,4

Tabel 5 Leeftijdsverdeling chronische hepatitis B-meldingen onder personen in collectieve opvanglocaties voor asielzoekers naar bezetting bij COA, 2012-2015.

leeftijds-groepen	2012		2013		2014		2015					
	Meldingen	COA-bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	COA-bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	COA-bezetting				
0-4	0	1.560	0,0	0	1.593	0,0	1	1.821	0,1	0	2.337	0,0
5-17	13	2.816	0,5	18	3.281	0,5	7	4.115	0,2	5	6.037	0,1
18-50	46	9.071	0,5	50	8.910	0,6	75	12.530	0,6	98	20.132	0,5
50+	2	942	0,2	1	921	0,1	8	1.087	0,7	3	1.492	0,2
Totaal	61	14.389	0,4	69	14.705	0,5	91	19.552	0,5	106	29.998	0,4

Asielzoekers in Nederland worden niet systematisch gescreend op chronische hepatitis B, al bieden huisartsen van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) wel laagdrempelige testen aan. Zwangere vrouwen worden gescreend op chronische hepatitis B door middel van de prenatale screening in Nederland. In 2015 werd bij 22 personen woonachtig in een AZC gemeld dat de infectie was opgespoord bij de zwangerschapsscreening, in 2014 betrof dit 11 personen. De incidentie van acute hepatitis B in Nederland nam de afgelopen 10 jaar af en daalde tot onder de 1 per 100.000 sinds 2013. Dit suggereert dat de toename van asielzoekers uit landen met hogere hepatitis B-prevalenties niet geassocieerd is met een toenemende transmissie van hepatitis B in de Nederlandse bevolking. Het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) startte in 2016 met een seroprevalentiestudie waarin onder andere de prevalentie van chronische hepatitis B onder asielzoekers zal worden geschat.

Malaria

Sinds 2 jaar neemt het aantal malariameldingen in Nederland toe. Voor het merendeel valt deze toename te verklaren door de toename onder asielzoekers. In 2014 en 2015 werden 126 malariagevallen onder asielzoekers gemeld, dit betrof 36% van alle malariagevallen in Nederland. (Tabel 1). In 2014 en 2015 betrof ongeveer 90% van de asielzoekers met malaria personen geboren in Eritrea/Ethiopië (Tabel 6). De incidentie van malariamelding onder asielzoekers woonachtig in een AZC daalde licht van 0,5 per 100 personen in 2014 naar 0,4 per 100 personen in 2015. Deze afname werd ook gezien onder personen afkomstig uit Eritrea/Ethiopië waarbij de incidentie van malariameldingen afnam van 3,2 per 100 personen in 2014 naar 2,3 per 100 personen in 2015, maar de incidentie lag

ruim hoger dan in 2012-2013 (Tabel 6). Duidelijke aanwijzingen voor deze toename zijn er niet. Mogelijke hypothesen zijn de lange reis welke de vluchtelingen afleggen en het samenkomen van vele migranten in landen als Libië waar competente vectoren aanwezig zijn (4, 5). De toename wordt tevens gezien in andere Europese landen (4, 6). In 2015 was, vergelijkbaar met voorgaande jaren de incidentie van malariameldingen het hoogst in de leeftijdsgroepen 5-17 en 18-50 jaar (Tabel 7). *Plasmodium vivax* veroorzaakt de meeste malariagevallen onder asielzoekers. Karakteristiek voor *P. vivax* is zijn vermogen om weken tot maanden na de initiële infectie opnieuw symptomen te veroorzaken. Onder Nederlandse reizigers wordt malaria overigens vooral veroorzaakt door *P. falciparum* (Figuur 2).

Discussie

De beschreven surveillance van meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers berust op meldingen onder asielzoekers woonachtig in asielzoekerscentra en collectieve opvanglocaties van het COA. Meldingen van infectieziekten bij asielzoekers die niet onder de COA-opvang vallen (bijv. gemeentelijke crisis opvang, gezinshereniging etc.), zijn niet te herleiden uit het registratiesysteem voor meldingsplichtige infectieziekten.

De registratie van meldingsplichtige infectieziekten geeft ook geen inzicht in het vóórkomen van niet-meldingsplichtige infectieziekten bij asielzoekers, zoals bijvoorbeeld scabiës. Omdat er aanwijzingen zijn dat de grootste ziektelast onder asielzoekers voornamelijk ligt bij niet-meldingsplichtige infectieziekten, zoals scabiës, is het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM in samenwerking met het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek



Figuur 2 Plasmodium spp. onder asielzoekers en Nederlandse reizigers, 2015.

Tabel 6 Aantal meldingen van malaria onder personen in collectieve opvanglocaties voor asielzoekers naar geboorteland en bezetting bij COA naar land van herkomst, 2012-2015.

Geboorteland	2012		2013		2014		2015			
	Meldingen	COA-bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	COA-bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	COA-bezetting		
Eritrea/ Ethiopië	1	498	0,2	4	721	0,6	96	118	5.205	2,3
Overige	3	13.891	0,0	2	13.984	0,0	10	8	24.793	0,0
Totaal	4	14.389	0,0	6	14.705	0,0	106	126	29.998	0,4

Tabel 7 Leeftijdverdeling malaria-meldingen onder personen in collectieve opvanglocaties voor asielzoekers naar bezetting bij COA, 2012-2015.

leeftijdsgroepen	2012		2013		2014		2015			
	Meldingen	COA-bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	COA-bezetting	Meldingen per 100 personen	Meldingen	COA-bezetting		
0-4	0	1.560	0,0	0	1.593	0,0	0	0	2.337	0,0
5-17	0	2.816	0,0	0	3.281	0,0	39	36	6.037	0,6
18-50	4	9.071	0,0	6	8.910	0,1	67	89	20.132	0,4
50+	0	942	0,0	0	921	0,0	0	1	1.492	0,1
Totaal	4	14.389	0,0	6	14.705	0,0	106	126	29.998	0,4

van de gezondheidszorg), het GC A (Gezondheidscentrum asielzoekers) en andere partners een pilotproject gestart betreffende syndroomsurveillance in de eerstelijnszorg onder asielzoekers (zie ook het artikel van Mollers et al in dit themanummer).

Op basis van de hier gepresenteerde resultaten kan geconcludeerd worden dat het risico op transmissie van infectieziekten van asielzoekers naar de Nederlandse bevolking laag is. Malariatransmissie is niet mogelijk in Nederland omdat de vector hier niet aanwezig is. Daarnaast is er geen bewijs om aan te nemen dat er tbc- of chronische hepatitis B-transmissie plaatsvindt naar de Nederlandse bevolking. Het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) beoordeelde het risico van infectieziekten-uitbraken als gevolg van de toenemende toestroom van asielzoekers voor Europese landen als extreem laag. (7)

Conclusies

De instroom van asielzoekers naar Nederland verdubbelde in 2015 vergeleken met 2014. De grootste groep asielzoekers betrof Syrische vluchtelingen, het merendeel van de infectieziektenmeldingen betrof echter asielzoekers uit de Hoorn van Afrika. De meest gerapporteerde meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers in Nederland waren tbc, chronische hepatitis B en malaria. Het absolute aantal meldingen was in 2015 voor alle 3 de ziekten licht toegenomen vergeleken met 2014. Echter, de incidentie van de meldingen per 100 asielzoekers was voor chronische hepatitis B en malaria afgenomen en voor tbc gelijk gebleven vergeleken met 2014. Het aantal ziektemeldingen voor tbc en malaria was het hoogst in de leeftijdsgroepen 5-17 en 18-50 jaar, bij chronische hepatitis B werden de meeste meldingen gerapporteerd voor 18-50 jarigen. De incidentie van meldingsplichtige infectieziekten varieert afhankelijk van herkomstland, de landen waar men doorheen heeft gereisd tijdens de vlucht naar Europa en de omstandigheden in deze landen. Het risico op verspreiding van infectieziekten vanuit asielzoekers naar de Nederlandse bevolking is laag. Om een completere inschatting te kunnen

maken van de ziektelast door infectieziekten bij asielzoekers, is een pilot syndroomsurveillance project gestart.

Auteurs

D.R.E. Nijsten, S.J.M. Hahné, Centrum Infectieziektenbestrijding, RIVM, Bilthoven.

Correspondentie

Danielle.Nijsten@rivm.nl

Literatuur

1. COA. Grenzen - Jaarverslag 2015. COA, 2016.
2. IND. Asieltrends 2016 [cited 2016 6 June]. Available from: <https://ind.nl/organisatie/jaarresultaten-rapportages/rapportages/Asieltrends/Paginas/default.aspx>.
3. de Vries G, Gerritsen RF, van Burg JL, Erkens CG, van Hest NA, Schimmel HJ, et al. [Tuberculosis among asylum-seekers in the Netherlands: a descriptive study among the two largest groups of asylum-seekers]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2015;160(0):D51.
4. Roggelin L, Tappe D, Noack B, Addo MM, Tannich E, Rothe C. Sharp increase of imported *Plasmodium vivax* malaria seen in migrants from Eritrea in Hamburg, Germany. *Malaria Journal*. 2016;15(1):325.
5. de Gier B, Suryapranata F, Croughs M, van Genderen P, Keuter M, Visser L, et al. Increases in imported malaria in the Netherlands in asylum seekers and VFR travelers Submitted. 2016.
6. Sonden K, Castro E, Tornnberg L, Stenstrom C, Tegnell A, Farnert A. High incidence of *Plasmodium vivax* malaria in newly arrived Eritrean refugees in Sweden since May 2014. *Euro Surveill*. 2014;19(35):20890.
7. ECDC. Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe during the winter season. *Rapid Risk Assessment*. ECDC, 2015.

Infectieziekten in de praktijk

Hepatitis A in de noodopvang

P. van der Tas

Op 13 november 2015 krijgt GGD Fryslân van het laboratorium de melding dat bij twee Syrische jongens van 15 en 17 jaar een acute hepatitis A- infectie is vastgesteld. De twee jongens verblijven op dat moment met hun moeder in een goed georganiseerde noodopvang – grote hal – waar 570 asielzoekers sinds enkele weken worden opgevangen.

Het team infectieziektebestrijding van de GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst) stuurt de verpleegkundige infectieziekten en publieke gezondheidszorg asielzoekers(PGA) naar de noodopvang om de situatie te onderzoeken en neemt contact op met de dienstdoende huisarts. Ook het management van de GGD en de burgemeester worden op de hoogte gebracht.

Verblijfplaats

De hal waar de asielzoekers verblijven heeft gescheiden dames- en heren- toiletten, slaapunits voor 8 personen en er is catering. De toiletten worden dagelijks volgens een rooster schoongemaakt door een professionele instantie die hiervoor 50 personen in dienst heeft

Uit het verslag van de verpleegkundige blijkt dat de jongens op 13 november direct een eigen toilet hebben toegewezen gekregen en instructies hebben ontvangen over hygiëne-maatregelen. De jongens vertelden dat ze op hun reis door Europa onderweg soms van hele vieze toiletten gebruik moesten maken.

Op basis van het ontstaan van de icterus blijkt dat hun eerste ziektedag 12 november was en dat de besmettelijke periode dus van 5 tot 19 november is (vanaf een week voor tot een week na de eerste ziektedag) Onder de andere asielzoekers bevinden zich geen immuun gecompromitteerde patiënten.

De andere asielzoekers worden op de hoogte gebracht van de situatie. Er ontstaat geen onrust.

In overleg met het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM bepaalt de GGD wie er voor vaccinatie in aanmerking zouden moeten komen.

Gezien de hygiënestandaard in Syrië en op basis van een artikel in (graag info van LCI!!) zien we dat rond de leeftijd van 30 jaar 100% een hepatitis A-infectie heeft doorgemaakt. Het Cib geeft aan dat het daarom voldoende is om in deze situatie asielzoekers tot 18 jaar preventief te

vaccineren. Omdat er een strikte scheiding is in het gebruik van toiletten voor mannen en vrouwen hoeven dus alleen mannelijke asielzoekers tot 18 jaar gevaccineerd te worden. Ook worden alle 50 toiletschoonmakers gevaccineerd omdat niet meer te achterhalen is wie wanneer welke toiletten hebben schoongemaakt. De asielzoekers worden van het besluit op de hoogte gebracht met informatiemateriaal opgesteld in het Arabisch en de vaccinatie wordt vervolgens georganiseerd. Op 18 en 19 november worden 70 asielzoekers en 50 schoonmakers gevaccineerd. De pers stelt geen vragen: en het vooraf opgestelde persbericht hoeft niet gebruikt te worden.

Burgerinitiatief

Op de ochtend van 19 november hoort de GGD dat er een burgerinitiatief is georganiseerd waarbij alle asielzoekers zijn uitgenodigd voor een meet and eat bij gastgezinnen waarbij gezamenlijk de maaltijd wordt bereid en gegeten. Theoretisch kunnen er nog steeds asielzoekers zijn die weliswaar gevaccineerd zijn maar aan het eind van hun incubatietijd zitten en daardoor mogelijk toch besmettelijk zijn voor hun omgeving.

In overleg met de initiatiefnemers van het meet-and-eat-evenement en de gemeente stelt de GGD een brief op voor de gastgezinnen waarin de situatie wordt uitgelegd en wordt aangegeven welke hygiënemaatregelen zij moeten treffen om besmetting te voorkomen.

De gemeente vindt dit een spannende onderneming en is

erg bang voor negatieve reacties. Deze komen echter niet. Eén gastgezin zich terug, de andere 200 gezinnen hebben samen met hun gasten een hele gezellige avond. De pers stelt nog steeds geen vragen.

In de weken hierna houden de verpleegkundige PGA van de GGD en het GezondheidsCentrum Asielzoekers (GC A) de ontwikkelingen in de gaten, Zij zijn alert op buikklasten en icterus, maar vinden geen nieuwe besmettingen. Daarmee

is deze beperkte vaccinatie actie doeltreffend gebleken.

Auteur

P. van der Tas, GGD Fryslân

Correspondentie

P.vdTas@ggdfryslan.nl

Infectieziekten in de praktijk

Scabiës bij asielzoekers: ontwikkeling van een nieuwe werkwijze in de praktijk

M. Vonk

Het voorkomen van scabiës bij asielzoekers afkomstig uit de Hoorn van Afrika (Eritrea, Ethiopië en Somalië) is door de jaren heen een terugkerend probleem geweest. De oorzaak hiervan ligt in een tweetal zaken: enerzijds is scabiës een endemische ziekte in deze landen, anderzijds zijn de omstandigheden tijdens de reis zeer bevorderend voor de overdracht van scabiës.

De meeste asielzoekers met scabiës hebben de Ethiopische of Eritrese nationaliteit. Zij ontvluchten veelal de dienstplicht van het totalitaire regime in Eritrea. Na de vlucht uit hun vaderland zijn ze vaak lange tijd onderweg naar de Middellandse Zee en bivakkeren soms weken tot maanden in Khartoem (Soedan) in afwachting van de verdere reis die door mensensmokkelaars geregeld moet worden. In de relatief koude nachten slapen de mannen bij elkaar waarbij de jassen dienen als gezamenlijke deken. Na een veelal uitputtende reis volgt van nog de boottocht over de Middellandse Zee: gedurende dagen dicht opeengepakt in een te kleine boot.

Scabiësbehandeling

In de jaren voor 2014 toen bijna alle asielzoekers via de COL (centrale ontvangstlocatie waar een asielzoeker de eerste drie dagen verblijft) in Ter Apel Nederland binnen kwamen, werd er vanuit het land op aangedrongen om de asielzoekers nog tijdens hun verblijf in de COL tegen scabiës te behandelen om verdere verspreiding van scabiës in de POL's (procesopvanglocaties waar een asielzoeker verblijft tijdens de behandeling van zijn asielaanvraag) te voorkomen. Wat betreft het te gebruiken middel was landelijk besloten om voor deze doelgroep te kiezen voor behandeling met ivermectine. Dit enerzijds omdat te verwachten is dat het insmeren van Loxazol op praktische bezwaren zou stuiten bij alleenreizende, veelal jonge, mannen. Anderzijds omdat men de verwachting had dat er geen resistentie zou bestaan onder de doelgroep aangezien het de eerste maal zou zijn dat men met dit middel werd behandeld. Uiteraard gold dit behandeladvies niet voor kinderen en zwangere vrouwen.

In eerste instantie was de situatie in Ter Apel nog niet ingesteld op het behandelen van mensen tegen scabiës.

Asielzoekers zijn tijdens hun verblijf in de COL druk bezig met het in gang zetten van hun asielprocedure en moeten daarvoor voortdurend gesprekken voeren met allerlei instanties. Zij konden wel gescreend worden op tuberculose, maar de GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst) achtte de situatie niet geschikt om tot een verantwoorde scabiësvoorlichting en -behandeling te komen, inclusief het wassen van de kleren en een douchebeurt.

Stijging

In de loop van 2015, met een groeiende stroom van vluchtelingen uit de Hoorn van Afrika nam het GC A (Gezondheidscentrum Asielzoekers) van de COL in Ter Apel contact op met GGD Groningen. Het GC A zag veel patiënten met complicaties van scabiës: veel huidinfecties verspreid over het lichaam. Deze patiënten werden in de COL in Ter Apel behandeld met ivermectine en antibiotica vanwege de huidinfecties. Uiteraard werden de aanvullende hygiënemaatregelen ook geadviseerd. Het aantal patiënten was gestegen naar tientallen per week en dit stelde de GC A

voor grote problemen omdat heel veel patiënten alleen met een tolk te woord gestaan konden worden. In deze periode kwamen ook signalen van verschillende POL in het land over zeer frequent voorkomende herinfecties van scabiës. De oorzaak hiervan was dat de mensen die behandeld waren contact maakten met nieuw aangekomen asielzoekers uit Ter Apel, waarbij binnen de kortste keren herinfecties optraden. Ook diagnosticeerde men in dezelfde periode in het UMCG (Universitair Medisch Centrum Groningen) febris recurrens, veroorzaakt door een klerluis, bij 2 asielzoekers die uit hetzelfde gebied in Afrika kwamen. De enige preventieve maatregel om te voorkomen dat de klerluis zich zou verspreiden, bleek het wassen van de kleding te zijn.

In overleg met het GCA in Ter Apel, de lokale apotheek, de COA (Centrale Opvang Asielzoekers) en GGD Groningen werd een nieuwe aanpak afgesproken:

- Asielzoekers die afkomstig zijn uit de Hoorn van Afrika worden na de tuberculosescreening door een COL-medewerker bijeen gebracht in groepen. Een GGD-verpleegkundige geeft voorlichting met behulp van een in der haast door de GGD gemaakt voorlichtingsfilmpje. In dit filmpje vertelt een asielzoeker in Tigrinya en Engels over scabiës en de behandeling ervan.
- Het COA zorgt voor de aanschaf van wasmachines en instructie over wassen en drogen van de kleding
- De COL-medewerkers zien er op toe dat de asielzoekers zich gaan douchen.
- De apotheek zorgt voor uitgifte van Ivermectine op basis van het gewicht van de patiënt. De medicatie wordt ter plekke ingenomen.
- GCA-medewerkers zorgen voor de anamnese en registratie.

Het aantal herinfecties bij de patiënten die in de POL in Ter Apel bleven bleek hierna verwaarloosbaar.

Problemen die optraden waren:

- Niet alle mensen uit de doelgroep kwamen na de tuberculosescreening op de plek waar de voorlichting werd gegeven en de behandeling zou starten. De reden hiervoor is dat de groep uit veelal jonge mannen bestond die gewend zijn hun eigen keuzes te maken en zich niet

altijd willen laten leiden door anderen. Zij kwamen hierdoor pas verderop in de procedure in beeld met alle risico's van herbesmetting van reeds behandelde asielzoekers.

- Het COA leverde tijdens de procedure vervangende kleding, meestal wegwerpoveralls. In de zomer was dit prima, maar met het intreden van de winter bleek dit te koud en daardoor ontstond de neiging bij de patiënten om kleding aan te houden of ongewassen weer aan te trekken. Verhuizing naar een andere, warmerer ruimte bleek een oplossing.

Discussie

Met het veranderen van de instroom, nu via meerdere COL's in het land, werd de redelijk effectieve eerste behandeling tegen scabiës in de COL in Ter Apel gestopt. In de loop van 2015 werden mensen uit de doelgroep her en der in het land geplaatst en dikwijls meerdere keren verhuisd. Het bleek niet mogelijk om in de nieuwe COL's direct scabiësbehandeling te realiseren. Bovendien was door de spreiding het aanbod van Eritrese en Ethiopische patiënten per COL zo laag dat een screening van de gehele doelgroep niet lonend bleek.

Op dit moment is het zo dat asielzoekers afkomstig uit de Hoorn van Afrika verspreid over de verschillende COL's in Nederland binnen komen en veelal niet gescreend en behandeld worden. Hierdoor blijft het nodig attent te zijn op het voorkomen van scabiës bij deze groep asielzoekers en dienen zij, conform het (concept) 'Draaiboek Infectieziekten' in opvangcentra voor asielzoekers, ruim geïndiceerd en consequent te worden behandeld.

Auteur

M. Vonk, GGD Groningen, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven

Correspondentie

machiel.vonk@ggd.groningen.nl

Infectieziekten in de praktijk

Crisisopvang vol luizen

M. de Groot, D. Beaujean

In de zojuist geopende gemeentelijke crisisnoodopvang van Zwaag blijkt, uit de medische gegevens vanuit de voorgaande crisisopvang, dat er bij vier kinderen luizen zijn geconstateerd. Aangezien deze vier kinderen deel uit maken van een grote groep volwassenen en kinderen die al langere tijd intensief met elkaar samen leven, wordt direct besloten dat de GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst) verantwoordelijk is voor beheersing en bestrijding van luizen, al kan op dat moment niemand vermoeden dat die vier kinderen slechts het topje van de ijsberg zijn.

Een nieuwe locatie

Op donderdagavond 15 oktober arriveren 3 bussen vol vluchtelingen bij sporthal De Kreek. De 165 volwassenen en kinderen proberen in de uren die volgen hun plek te vinden in de grote sporthal vol veldbedden. Ondertussen is het op de medische post een dynamische boel. De medische post bestaat uit een ruimte met een behandeltafel, kamerschermen en allerlei EHBO-materiaal. Een scala aan mensen zit dicht bij elkaar rond de kleine tafel en er wordt uitvoerig overleg gepleegd tussen medewerkers van de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio), de GGD Hollands Noorden en de huisarts. Samen met de huisarts buig ik mij als jeugdverpleegkundige over de geprinte versie van de medische gegevens van de vluchtelingen. Daarbij vallen mij een aantal dingen op. Zo zijn er bij 4 kinderen uit 1 gezin luizen geconstateerd. Ik neem dit gegeven mee in een overleg met de GGD-crisismanager. We zijn beide van mening dat dit een taak van de GGD is en de crisismanager garandeert me, na overleg met het crisisteam, op deze kwestie terug te komen. De GGD besteedt de dag erna direct volop aandacht aan dit onderwerp. Zo verzamelt de stafverpleegkundige informatie en neemt zij contact op met het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) voor advies. Daarnaast neemt zij ook contact op met de luizenkliniek en informeert naar de mogelijkheid om warmtetherapie toe te passen met een AirAllé. De GGD houdt dagelijks crisisoverleg en bespreekt diverse opties om zo de juiste keuzes te kunnen maken, terwijl wij (collega jeugdverpleegkundige en

OGGZ/Vangnet en advies (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg)) op de crisislocatie de eerste stappen zetten om op korte termijn een grootschalige controle op luizen uit te kunnen voeren.

Tweemaal daags vindt er multidisciplinair overleg plaats op locatie. Tijdens zo een overleg leg ik kort en bondig uit wat de situatie is (luizen bij vier kinderen) en wat wij namens de GGD van plan zijn (controle van het haar bij alle vluchtelingen).

Luizenkammen

We bestellen veel luizenkammen waarbij we vanuit prijstechnisch oogpunt kiezen voor een eenvoudige variant van een fijntandige kam. We stellen een brief op waarin we kort, maar krachtig, aankondigen dat we van iedereen het haar willen gaan controleren en waarom. De brief laten we door een tolk in het Arabisch vertalen (de moedertaal van circa 85% van de vluchtelingen). De veelvuldig gekopieerde exemplaren plakken we op de deur, verspreiden we over de eettafels en hangen we op het mededelingenbord. Gezien de grote groep mensen die wij in betrekkelijk korte tijd willen controleren gaan we naarstig op zoek naar voldoende vrijwilligers die ons tijdens deze controle willen helpen. Bijkomende factor is wel dat deze mensen in bezit moeten zijn van een VOG (verklaring omtrent gedrag). Desalniettemin konden we binnen enkele uren twaalf vrijwilligers verzamelen die komen helpen met controleren.

De controle

De volgende dag komen de jeugdverpleegkundige, de medewerker OGGZ/vangnet en advies en ik twee uur voor aanvang van de lunch bij elkaar. De luizenkammen zijn gearriveerd en de vooraankondiging in het Arabisch is wijds verspreid. De ruimte tegenover de eetzaal bouwen we om tot controleruimte. Rijen stoelen planten we in de spotlights, de grote tafel in het midden wordt voorzien van kammen, een emmer met heet water (voor de gebruikte kammen) desinfectiepompjes voor de handen en (wegwerp)handschoenen voor de liefhebbers. Vanaf de deuren van de eetzaal creëren we een doorgang naar de ruimte waar we de mensen opvangen, controleren en (indien nodig) instrueren. Ook de weg naar buiten is maar via één manier mogelijk. Bij deze uitgang vragen we de mensen hun naam op een lijst te noteren. Hier staan we met een tolk aan onze zijde, om zo nodig instructies te geven wanneer er luizen zijn geconstateerd. Een kant van de ruimte wordt met kamerschermen en dekens afgeschermd van de rest. Gesluitte vrouwen kunnen hier met behoud van privacy hun haar laten controleren. Een kwartier voor aanvang zijn alle vrijwilligers gearriveerd. We geven de groep in zijn geheel instructies over de procedure en hoe je zo effectief mogelijk kunt controleren op luizen en neten. Het is fantastisch om te ervaren hoe gedreven, serieus en enthousiast de vrijwilligers deze klus willen klaren.

Schrikbarend

De controle loopt gestroomlijnd, maar het is schrikbarend hoeveel mensen er luizen/neten blijken te hebben. Omdat we al deze mensen persoonlijk willen instrueren en hier een tolk voor nodig hebben is het een tamelijk onstuimige boel bij de uitgang. Gelukkig blijkt onze tolk erg stressbestendig en worden samen iedere minuut sneller en efficiënter. Wanneer we na afloop de balans opmaken, blijken er van de 165 mensen bijna 100 mensen besmet te zijn met luizen. We zijn onder de indruk van deze uitkomst. We evalueren de controlesessie met de crisismanager GGD. Met elkaar komen we tot het besluit dat we, conform de

huidige RIVM-adviezen ten aanzien van hoofdluis niet alleen 14 dagen lang dagelijks gaan kammen, maar ook met antihoofdluisschampoo willen gaan werken.

Doorslaggevend bij deze keuze is het feit dat het om een immense groep gaat, deze mensen dag in dag uit met elkaar samenleven en we bovendien moeilijk kunnen inschatten hoe goed iedereen de instructies begrijpt en zal opvolgen.

Nog diezelfde middag wordt er een grote hoeveelheid antihoofdluisschampoo ingekocht. We stellen een korte en bondige instructiebrief op die we vervolgens laten vertalen om die daarna samen met de shampoo diezelfde avond over de veldbedden te verspreiden.

Tweede controle

Een week later vindt (op dezelfde manier) de tweede controle plaats. We constateren luizen/neten bij 30 mensen waarbij we tijdens de telling wel concluderen dat we circa 30 mensen hebben gemist.

Weer een week later, de vluchtelingen zijn ondertussen overgeplaatst naar een crisisopvang in Schagen, controleren we dezelfde groep nog een keer op dezelfde manier. Er stijgt bijna gejuich op wanneer we (op een klein aantal na) alle mensen hebben gecontroleerd en kunnen vaststellen dat we slechts één iemand met (oude en nieuwe) neten tegenkwamen. De rest van de groep is volledig vrij van luizen en neten. Iedereen is blij met dit fantastische resultaat dat we samen hebben bereikt.

Auteurs

M. de Groot¹, D. Beaujean²

- 1 GGD Hollands Noorden, Reguliere JGZ/Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers
- 2 Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven

Correspondentie

Desirée.beaujean@rivm.nl

Infectieziekten in de praktijk

Waterpokken in een grootschalige noodopvang

C. van Rijssel, N. Nutma, W.L.M. Ruijs

De noodopvang Heumensoord van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) bood van oktober 2015 tot mei 2016 plek aan bijna 3000 asielzoekers, waarvan ongeveer een kwart jonger waren dan 19 jaar. De locatie was ingedeeld in 3 dorpen elk met ongeveer 1000 inwoners. Elke dorp bestond uit paviljoens waarin 12 slaapvertrekken waren voor 8 personen. Een uitbraak van waterpokken in een dergelijke grootschalige noodopvang locatie vraagt een eigen aanpak.

In oktober 2015, nog geen maand na de opening van Heumensoord, kwam bij de afdeling infectieziekten van GGD Gelderland-Zuid een melding binnen via een praktijkverpleegkundige van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A): een kind van 6 jaar, uit een gezin met nog 2 andere kinderen, had waterpokken. Beide zusjes hadden (nog) geen klachten.

De GGD adviseerde het GC A om, conform de richtlijn Waterpokken van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding van het RIVM (LCI), na te gaan of er onder de contacten van het kind zwangere vrouwen of immunocompromitteerde patiënten zijn die een verhoogde kans hebben op een ernstig beloop van waterpokken. Dit was niet het geval.

Uitbraak

Begin november 2015 meldde de landelijke Praktijklijn van GC A aan de dienstdoende arts infectieziekten van de GGD dat er bij 9 kinderen op Heumensoord waterpokken was vastgesteld. De dienstdoende arts gaf hierna aan dat verspreiding van waterpokken onder kinderen niet tegen te houden is. Zij herhaalde het advies om na te gaan of er onder de contacten zwangere vrouwen zijn. Als zij geen waterpokken hadden doorgemaakt en de bloostelling was minder dan 72 uur geleden, dan zouden zij in aanmerking komen voor postexpositieprofylaxe met Varicella Zoster immuunglobuline (VZIG).

Na het weekend bleek dat er een asielzoekster was die 15 weken zwanger was en waterpokken had. Haar serostatus-

waterpokken was op dat moment niet bekend. Enkele dagen tevoren was zij gezien door de verloskundige. Naar aanleiding hiervan werd overlegd door het GC A, de verloskundige en de GGD over het te voeren beleid met betrekking tot waterpokken en zwangere vrouwen. Gezien de aard van de locatie (delen gezamenlijke ruimtes en slaapvertrekken) en het grote aantal niet-immune kinderen was de kans op verdere verspreiding van waterpokken groot. De huisarts stelde voor om bij alle zwangere vrouwen routinematig de waterpokkensero-status te bepalen zodat die bij expositie alvast duidelijk is.

Zwangere vrouwen

Gezamenlijk werd afgesproken dat alle zwangere vrouwen zo spoedig mogelijk na aankomst op Heumensoord verwezen zouden worden naar de verloskundige, die hen screent op immuniteit. Indien een zwangere vrouw nauw contact heeft gehad met een waterpokkenpatiënt of in dezelfde slaapzaal slaapt en haar serostatus is nog niet bekend, dan zal dit met spoed worden bepaald door het GC A of de verloskundige.

Begin februari 2016 werd opnieuw een waterpokkenuitbraak bij de GGD gemeld. De huisarts van het GC A op Heumensoord meldde tevens dat er aan aantal vroege zwangerschappen waren bij vrouwen die al enige tijd op de locatie verbleven. Een aantal van hen was nog niet door de verloskundige gezien, omdat verwijzing rond de 10 weken zwangerschapsduur plaatsvindt. Bij deze vrouwen werd door het GC A waterpokkendiagnostiek ingezet, indien

nodig met spoed. De vrouwen die al eerder door de verloskundige gescreend waren bleken allemaal beschermende antistoffen tegen waterpokken te hebben.

Uitvoer beleid

De uitvoering van adviezen en het afgesproken beleid bleek door een aantal factoren lastig te zijn.

- De eerste uitbraak van waterpokken was binnen een maand na de opening van de locatie. Op dat moment werd er nog gebouwd op de locatie en kwamen er wekelijks nieuwe bewoners aan.
- Communicatie tussen betrokken zorgverleners gebeurde vaak ad hoc vanwege de enorme werkdruk op de locatie die nog in opbouw was.
- Er waren veel verschillende partijen betrokken bij de zorg voor zwangere bewoners van Heumensoord:
 - Medewerkers van het COA: zij hebben een niet-medische gidsfunctie dat wil zeggen dat zij de bewoners informeren over hoe de gezondheidszorg in Nederland is georganiseerd. In de ketenrichtlijn Geboortezorg staat hierover onder meer ‘informatie verstrekken over verloskundige- en kraamzorg, het verwijzen van zwangere vrouwen naar GC A (zodat GC A een afspraak kan maken bij verloskundige)’.
 - Het Rode Kruis verleende op Heumensoord EHBO in de avond-nacht en weekenden.
 - Het G CA verzorgde de eerstelijnszorg aan bewoners.
 - Een verloskundigenpraktijk was gecontracteerd is door de Menzis COA-administratie (MCA) om alle zwangere bewoners van Heumensoord te begeleiden.
- Aan vrouwelijke asielzoekers werd bij aankomst in Heumensoord niet specifiek gevraagd naar een eventuele zwangerschap. Wel werden zwangere vrouwen via posters geadviseerd om zich te melden bij de medische post van het GC A. De bewoners op deze noodlocatie werden ook niet routinematig opgeroepen voor een medische intake door het GC A.
- Zwangere vrouwen waren niet altijd in beeld omdat in veel culturen het niet gebruikelijk om zo vroeg in de zwangerschap naar een zorgverlener te gaan.
- Het was moeilijk om vrouwen te overreden om naar de verloskundige te gaan. Factoren die hier mogelijk een rol hebben gespeeld zijn: onbekendheid met de Nederlandse verloskundige zorg, de afstand naar de verloskundigenpraktijk, communicatieproblemen en ook hier weer de cultuurverschillen.

Pragmatisch handelen, goed overleg en maatwerk bieden, bleken van groot belang bij deze uitbraak van een gewone kinderziekte op een bijzondere locatie. Mede naar aanlei-

Infecties met varicellazostervirus komen overal ter wereld voor maar in de (sub)tropen blijkt de seroprevalentie op 12-jarige leeftijd niet meer dan 50% te zijn. Dit in tegenstelling tot Nederland waar 95% van de 12-jarigen waterpokken heeft doorgemaakt. De kans dat zwangere vrouwen in asielzoekerscentra nog geen waterpokken hebben doorgemaakt is dus aanzienlijk groter dan die van zwangere vrouwen die zijn opgegroeid in Nederland.

Zwangere vrouwen hebben bij een primaire infectie met waterpokken meer kans op ernstige complicaties. Hoe verder de zwangerschap is gevorderd, hoe groter de kans op complicaties. Voor de foetus is er een grotere kans op het congenitaal varicellasyndroom als moeder een infectie doormaakt in de eerste 20 weken van de zwangerschap. Een varicella-infectie bij de moeder rond de geboorte van haar baby kan een zeer ernstige infectie veroorzaken bij de baby.

ding van deze waterpokkenuitbraak is structureel werkoverleg gestart tussen de verschillende partijen die betrokken zijn bij de medische zorg voor de asielzoekers op Heumensoord.

Auteurs

C. van Rijssel¹, N. Nutma¹, W.L.M. Ruijs^{1,2}

1. GGD Gelderland-Zuid
2. Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM

Correspondentie

NNutma@ggd gelderlandzuid.nl

Literatuur

1. Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekster (augustus 2015) www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/2327/file/Bijlage_5_Ketenrichtlijn_geboortezorg_definitieve_versie_augustus_2015.pdf?download_category=richtlijnen-praktijkaarten
2. Richtlijn Waterpokken landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, Clb/RIVM

Bijzondere infectieziekten

Febris recurrens binnen de landsgrens

M. Braks

Naar aanleiding van een melding in het signaleringsoverleg van donderdag 9 juli 2015 dat 2 patiënten uit Eritrea uit de procesopvanglocatie (POL) Ter Apel met louse borne relapsing fever (LBRF) waren opgenomen in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), nam ik op zaterdagmiddag de trein naar het Noorden. Deze vorm van *febris recurrens* ken ik alleen uit mijn studieboeken. *Febris recurrens* kan veroorzaakt worden door meerdere *Borrelia*-soorten en wordt ingedeeld in 2 verschillende vormen, afhankelijk van de vector waarmee de spirocheet wordt overgebracht.⁽¹⁾

De patiënten in Groningen waren geïnfecteerd met *Borrelia recurrens*, die door kleeerluizen wordt overgebracht. Tijdens mijn werk als medisch entomoloog bij de California Department of Public Health (CDPH) deed ik in 2006 eens brononderzoek naar aanleiding van verdenking van *febris recurrens* veroorzaakt door *Borrelia hermsii*, die zachte teken, Argasidae, overdragen.

Die zaterdag kwam ik laat in de middag aan bij het UMCG en ving 1 van de behandelend artsen mij op. Voor vertrek had ik haar om toestemming gevraagd om kleding van de patiënten, ongewassen, te onderzoeken op de aanwezigheid van (besmette) kleeerluizen. De kledingzakken waren voor mij opgehaald uit de privékamers van de patiënten in de besloten afdeling van het ziekenhuis. Ik wist al dat

- *Borrelia recurrens* niet wordt overgebracht door de beet van de luis op zich, maar door uitwerpselen of lichaamsvloeistof die vrijkomt nadat de luis (per ongeluk) wordt doodgedrukt/-gekrabd;
- spirocheten zich vermenigvuldigen in de hemolymfe doch niet in de organen van de luis. Daardoor is er geen besmetting van de speekselklieren en zodoende ook geen uitscheiding via het speeksel (tijdens het voeden);
- luizen zich enkele malen per dag voeden;
- de spirocheet zeer infectieus is en wonden (bijvoorbeeld ten gevolge van scabiës) penetratie makkelijk maken. ⁽¹⁾

Omdat luizen dus enkele malen per dag bloed moeten nemen voor overleving, achtte ik de kans heel klein dat de eventueel aanwezige luizen de dagen in de kledingzak overleefd zouden hebben en over zouden kunnen lopen naar mij. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht gaan

de luizen in een zak niet dood door zuurstofgebrek, maar door verhongering.

Om besmetting met *Borrelia recurrens* via luizenpoep te voorkomen droeg ik een overall waaraan handschoenen waren getaped en een mondkapje (de basis persoonlijke beschermingsmaatregelen). Mijn werkplek was een roestvrijstalen aanrecht dat ik met grote vellen wit papier had bedekt om gruis van de kleding op te vangen en later te bekijken. Ondanks het feit dat ik nog nooit brononderzoek gedaan naar LBRF, had ik tijdens mijn werk in de Verenigde Staten wel contact gehad met mensen met een kleeerluisinfestatie, tijdens de twee maandelijkse evenementendag van Project Homeless Connect.

Tegen mijn verwachting zat er in de kledingzakken van de 2 patiënten vooral redelijk schone merkkleding (o.a. ASICS, G-Star RAW, Björn Borg, Dolce & Gabbana). Niets wees erop dat deze mensen net wekenlang door Afrika en Europa hadden gereisd. Uit onbevestigde bronnen vernam ik dat veel vluchtelingen tijdens hun periode in Italië nieuwe kleding hadden gekregen. Ik vond geen enkele luis of andere aanwijzingen voor een kleeerluisinfestatie.

Teleurgesteld verliet ik met slechts enkele buisjes gruis het ziekenhuis, waar ik enkele medewerkers verbouwdeerd achterliet die zich afvroegen welke malloot ze net 3 uur boven de kleding van de 2 patiënten hadden zien hangen. Als entomoloog wordt je wel vaker voor gek uitgemaakt. Pas enkele dagen later dacht ik eraan om de inhoud van de buisjes te bekijken onder mijn binoculair. Ik vond 2 luizen en 1 lege neet aangehecht aan een kleeerpluis in 1 van de buisjes. Mijn collega maakte er prachtige macrofoto's van,

die enkele weken later in een casusbeschrijving in tijdschrift *Eurosurveillance* prijkten. (2)

Het feit dat er 2 patiënten met de zeldzame maar zeer ernstige LBRF (sterfte wanneer onbehandeld is 10 - 40%) tegelijkertijd opgenomen waren suggereerde dat er overdracht had plaatsgevonden tussen de vluchtelingen en eventueel misschien nog gaande was. Ik wilde natuurlijk gaan kijken. Ik was nog nooit op een opvanglocatie geweest. Gelukkig had ik de laatste dagen contact gehad met de artsen van de opvanglocatie en van de GGD (gemeentelijke gezondheidsdienst), die mij uitnodigden om mee te lopen met het in die week geïmplementeerde hygiëneprotocol. De laatste weken was er namelijk een toename van het aantal scabiëspatiënten - en de ernst van het beloop - onder vluchtelingen uit de Hoorn van Afrika. Om te voorkomen dat scabiës zich door de hele opvanglocatie zou verspreiden, was er besloten om vluchtelingen binnen 2 dagen na binnenkomst in Ter Apel het nieuwe hygiëneprotocol te laten volgen dat bestond uit verplicht douchen, verplicht wassen van alle kleren, tijdelijk dragen van wegwerpoverall, nieuw ondergoed, nieuw beddengoed en een preventieve behandeling met Ivermectine, zie ook het artikel over scabiës elders in dit nummer. Dit protocol zou ook moeten werken voor de preventie van kleeerluisinfestaties.

En zo zat ik donderdag, een week na de melding in het signaleringsoverleg, weer in de trein, nu om 6 uur 's ochtends, zodat ik om 10 uur mee kon lopen met de verpleegkundigen in de opvanglocatie. In de bus naar Ter Apel zat ook een net aangekomen vluchteling. Hij merkte mijn handkarretje op en de grote doos die ik ook bij me had met mijn binoculair en wat mappen met literatuur. In goed Engels vroeg hij me of ik arts was, of advocaat, en vertelde me vervolgens zijn vluchtverhaal uit Syrië tijdens het 10 minuten busritje. Ik stapte uit waar de chauffeur dacht dat ik moest zijn, niet bij de immigratiedienst, maar de volgende stop in het vluchtelingenregistratieproces. Ik sta in de warme ochtendzon met tientallen vluchtelingen op een binnenplaats van de opvanglocatie in een enorm terrein te midden van een wijds graslandschap. De rust onder de mensen viel op. Ik weet niet wat ik had verwacht, maar dit niet. Achteraf was die rust zo begrijpelijk. Deze mensen waren immers net aangekomen op hun tijdelijke eindbestemming na een enorm lange vermoeiende reis. Via de portier kwam ik bij de arts, die me een korte rondleiding gaf, waarna ik snel naar de locatie werd gebracht waar ik moest gaan proberen om mensen die net uit de douche kwamen in hun blauwe wegwerpoverall te vragen of ik in hun zak met kleren mocht kijken. Zo stond ik na nog geen 3 kwartier in Ter Apel tussen een groep Afrikanen en een vrijwilliger die hen met handen en voeten

door het hele hygiëneprotocol begeleidde. Had ik werkelijk gedacht dat bij elke stap in het proces een vertaler stond om de communicatie te doen? Natuurlijk niet, maar ik voelde me opeens heel klein, onhandig en ongepast. Evengoed was ik hier gekomen met een doel: ik wilde een indruk krijgen van de mate van kleeerluisinfestatie bij de nieuw binnengekomen groep vluchtelingen. Als eerste benaderde ik de aanwezige vrijwilligers. Zij vonden mijn 'interventie' prima, zolang ik maar in de gaten hield dat de groep die ochtend het hele hygiëneprotocol moest doorlopen, inclusief een bezoek aan de tuberculosebus die slechts een paar uur per dag op het terrein was. Ik had dus slechts enkele minuten per kledingzak. Ik volgde 1 van de groepen naar de tuberculosebus, die in een ruimte met 50 stapelstoeltjes als wachtkamer stond geparkeerd. Op de een of andere manier vond ik een van de weinige vrouwen in deze groep bereid om haar kledingzak aan mij af te geven zodat ik erin kon kijken. Ik vond een kamertje achter in de ruimte met 3 stoelen, slecht licht en geen tafel. Gelukkig had ik mijn eigen materiaal meegenomen, zaklamp, flipover- papier als onderlegger, vergrootglas, buisjes, persoonlijke bescherming (schort en handschoenen, maar hier geen mondkapje). Ik wist al door mijn ervaring in het ziekenhuis dat de kans dat ik luizen zou vinden met visuele inspectie, zeer klein zou zijn. Om de kleding snel en respectvol in aanwezigheid van de eigenaar te onderzoeken verzoon ik de volgende methode: plaats de kledingzak aan de linkerkant, open de zak, haal een kledingstuk er voorzichtig uit, schud voor enkele seconden boven het witte papier, vouw de kleding op en leg in een lege plastic zak aan de rechterzijde, herhaal dit proces voor alle aanwezige kledingstukken en verzamel vervolgens al het gruis op het papier in een gemarkeerd buisje. Mijn eerste cliënte sprak een beetje Engels en via haar kon ik nog 10 kledingzakken bekijken. Daarna konden ze de kleding in de wasmachine stoppen. De mensen lieten alles gelaten over zich heen komen. Later realiseerde ik me dat dit niet de eerste of de laatste onbegrijpelijke omstandigheid is die deze mensen het hoofd moeten bieden.

Bij thuiskomst bleek dat ik 3 luizen in de gruisbuisjes van kleding van 2 personen had verzameld. Dat was boven verwachting veel.

Ik ben nog twee keer naar Ter Apel geweest, mede om een promovendus van het UMC Groningen in te werken in 'mijn methodiek' voor het verzamelen van materiaal. Er zijn geen luizen meer gevonden tijdens zijn inspecties van de kleding van 51 personen in september en november 2016. Door het hygiëneprotocol kwam de scabiësuitbraak onder controle en werd het risico op overdracht van LBRF in de opvanglocatie verminderd. Er zijn geen additionele LBRF-patiënten in Nederland gerapporteerd.

Doordat er in andere delen van Europa ook patiënten met LBRF zijn gevonden, adviseert het European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) om inkomende vluchtelingen te controleren op kleeerluis tijdens medische screening en vervolgens maatregelen te nemen. Dit klinkt erg logisch, maar er wordt niet uitgelegd hoe die inspectie uitgevoerd dient te worden. We weten echter door ervaring in het ziekenhuis dat, zelfs bij bevestigde LBRF- patiënten het niet eenvoudig is om luizen te detecteren door visuele inspectie. Dit maakt het opvolgen van het advies bijna onmogelijk. Er gaat een grotere preventieve werking uit van het implementeren van een algemeen hygiëneprotocol zoals ingevoerd in de opvanglocatie in Ter Apel, maar dat heeft heel wat voeten in aarde.

Met dank aan Ymkje Stienstra, Darren Cornish, Machiel Vonk, Till Omansen, Manoj Fonville en de welwillende eigenaren van de onderzochte kleding.

Auteur

M. Braks, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven

Correspondentie

Marieta.Braks@rivm.nl

Literatuur

1. Richtlijn Scabiës, Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVM
2. K R Wilting, Y Stienstra, B Sinha, M Braks, D Cornish, H Grundmann, Louse-borne relapsing fever (*Borrelia recurrentis*) in asylum seekers from Eritrea, the Netherlands. *Euro Surveill.* 2015 Jul 30;20(30). pii: 21196.

Bijzondere infectieziekten

Neurobrucellose bij een jonge asielzoeker

C.A.J. van Bokhoven-Rombouts, H.H.J. Bavelaar

Begin januari werd er in een ziekenhuis in de regio Gelderland Zuid een 14-jarige Syrische asielzoeker opgenomen met al langer bestaande hoofdpijn. Er was sprake van chronische meningitis veroorzaakt door een infectie met *Brucella melitensis*. *Brucella* komt zelden voor in Nederland. Het is echter goed om alert te zijn op dit soort infecties bij mensen uit het buitenland.

Brucellose

Brucellose is een meldingsplichtige ziekte (groep C) die in Nederland zelden voorkomt. De afgelopen jaren werden gemiddeld 4 infecties per jaar gemeld. Mondiaal komt brucellose het meest voor van alle zoönosen, met meer dan 500.000 ziektegevallen per jaar. (1) Infecties met *Brucella* spp. worden vastgesteld met behulp van serologisch onderzoek, PCR (Polymerasekettingreactie) of een kweek. In dit geval werd de diagnose met een PCR bevestigd. *Brucella* is niet van mens op mens overdraagbaar, maar wordt overgedragen door contact met besmette dieren en het drinken van rauwe melk(producten). Bij dieren kan *Brucella* een abortus van de vrucht veroorzaken. De ziekte kenmerkt zich door een typisch wisselend temperatuurverloop (febris undulans), dat gepaard gaat met klachten van algehele malaise, hoofdpijn, zweten en artralgieën. Wanneer men de ziekte niet herkent, kan het leiden tot diverse gecompliceerde infecties zoals endocarditis, osteomyelitis, meningitis en orchitis.

De reis

Syrië is een van de hoogst endemische landen voor brucellose. (2) In Syrië bestaat een nationaal brucellosecontroleprogramma, maar al in 2013 werd melding gemaakt bij de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) van een tekort aan vaccinaties en medicatie voor dieren, waardoor de situatie lastig onder controle te krijgen was. (3) Door de huidige situatie in Syrië lijkt het aannemelijk dat dit probleem inmiddels nog groter is geworden. In Syrië stelde een arts ongeveer 4-5 maanden voordat hij in Nederland ziek werd

waarschijnlijk de diagnose brucellose. De patiënt kreeg hiervoor een antibioticumkuur. Onderweg naar Europa ging een deel van zijn medicatie verloren, waardoor hij de kuur niet kon afmaken. In Duitsland werd de jongen enkele dagen opgenomen in een ziekenhuis. Uiteindelijk belandde de patiënt in ter Apel en van daaruit ging hij naar zijn tijdelijke opvanglocatie in Nijmegen. Zijn historie kwam echter pas met vertraging aan het licht, aangezien de patiënt dit niet direct aan de arts van het GCA had gemeld. Aangezien veel brucelloseklachten van algemene aard zijn, is het soms lastig om de diagnose te stellen. Als daarbij de ziektegeschiedenis ontbreekt en er sprake is van een taalbarrière, maakt dit het stellen van de juiste diagnose extra lastig. Verdieping in het land van herkomst van de patiënt en de daar (endemisch) voorkomende infectieziekten en risicofactoren in kaart brengen tijdens een reis naar Europa zijn daarom van belang. Alertheid van zowel de huisarts als de microbioloog hebben in deze casus tot de juiste diagnose geleid.

Bron- en contactopsporing

De LCI (Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding)-richtlijn raadt bij brucellose aan bron- en contactonderzoek te doen en daarbij de volgende vragen te stellen:

- Bezocht de patiënt endemische gebieden?
- Consumeerde de patiënt ongepasteuriseerde zuivelproducten?
- Had het patiëntcontact met landbouwhuisdieren?
- Welk beroep oefent de geïnfecteerde uit?

Aangezien in deze casus de besmetting duidelijk al in Syrië had plaatsgevonden is verder brononderzoek niet uitge-

voerd. Wel is geïnformeerd bij de behandelend arts of de familieleden van deze jongen, die zich inmiddels elders in Nederland bevonden, vergelijkbare klachten hadden. Omdat dit op dit moment niet aan de orde was, bleef het advies beperkt tot het alert zijn op eventueel nog te ontwikkelen symptomen. Aangezien de besmetting bij deze jongen echter al minstens 5 maanden geleden had plaatsgevonden, is het niet waarschijnlijk dat de familieleden nog klachten zullen ontwikkelen.

Discussie en conclusie

Deze casus illustreert de situatie waarin vluchtelingen verkeren en de consequenties die dit kan hebben voor hun gezondheid. Als gevolg van de slechte hygiënische omstandigheden en een niet goed functionerend preventieprogramma kunnen in de landen van herkomst infectieziekten voorkomen die we in Nederland zelden zien. Behalve dat hulpverleners bedacht moeten zijn op deze importziekten, moeten ze beseffen welke consequenties een reis naar Europa kan hebben voor de gezondheid en het volgen van de juiste therapie.

De jongen uit deze casus is uiteindelijk drie keer bij een dokter geweest voordat hij de volledige behandeling kon afronden. We staan er zelden bij stil dat je onderweg medicatie kwijt kunt raken. Het is voor hulpverleners belangrijk om niet alleen naar de voorgeschiedenis na te vragen, maar het is ook belangrijk om het ziektebeeld en de behandeling in begrijpelijke taal uit te leggen. Het gebruik van een professionele tolk is hierbij vaak onmisbaar. Ook kan voorlichting over de Nederlandse gezondheidssituatie van belang zijn. De kans om brucellose op te lopen door het

drinken van melk in Nederland niet te vergelijken is met dat risico in Syrië.

Gezien de hoge prevalentie van brucellose in Syrië, valt het op dat er het afgelopen jaar zo weinig brucella-infecties zijn gemeld. Uiteraard speelt de lange reis hierin een rol, waardoor een deel van de geïnfecteerde mensen al voor aankomst in Nederland klachten krijgt. Het is echter gezien deze casus ook maar de vraag of zij onderweg de juiste zorg hebben gekregen.

Auteurs

C.A.J. van Bokhoven-Rombouts, H.H.J. Bavelaar, GGD Gelderland-Zuid

Correspondentie

CBokhoven@ggd gelderlandzuid.nl

Literatuur

- Gwida M, Al Dahouk S, Melzer F, Rösler U, Neubauer H, Tomaso H. Brucellosis - regionally emerging zoonotic disease? *Croat Med J.* 2010 Aug;51(4):289-95.
- Pappas G, Papadimitriou P, Akritidis N, Christou L, Tsianos EV. The new global map of human brucellosis. *Lancet Infect Dis.* 2006 Feb;6(2):91-9.
- Weekly Epidemiological Monitor. Vol 6, issue 36 2013 Sept.
- LCI-richtlijn Brucellose

Screening & Preventie

Het Rijksvaccinatieprogramma voor asielzoekers

G. Vermeulen, K. Slinger, I. Zonnenberg, I. Drijfhout, R. Appels

Onder de grote instroom van asielzoekers bevinden zich veel kinderen. Op dit moment verblijven er ongeveer 10.000 asielzoekerskinderen en alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv's) in de Nederlandse opvanglocaties. Deze kinderen hebben, ongeacht hun verblijfstatus, tot hun 19e verjaardag recht op vaccinaties volgens het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). De betrokken jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen moeten vorm geven aan het RVP. Dit gaat soms relatief gemakkelijk, maar vaak is het complex.

Wie voert het RVP uit?

De opvang, basiszorg en begeleiding van asielzoekers wordt georganiseerd door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA). Hieronder valt de curatieve zorg (GC A/Gezondheidscentrum Asielzoekers) en de publieke gezondheidszorg (preventieve zorg), inclusief de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het RVP. De Menzis COA-administratie (MCA) voert de Regeling ziektekosten asielzoekers (RZA) uit.

GGD GHOR Nederland coördineert de taak van de Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers PGA) voor kinderen en de lokale JGZ-organisaties voeren deze uit.

Vanuit het aanmeldcentrum komen asielzoekerskinderen eerst terecht in een Centrale Opvang Locatie (COL), waar na registratie de asielprocedure start. Hierna gaan ze naar een Proces Opvang Locatie (POL). Pas wanneer zij zijn geplaatst in een AZC (Asielzoekerscentrum) of Gezinsopvanglocatie (GLO) wordt PGA JGZ aangeboden en komt het RVP in beeld.

Door de grote instroom van het afgelopen jaar liep de verblijfstermijn in POL's op. Daarom geldt nu een tijdelijke afspraak dat alle kinderen (0-19 jaar) al in de POL's jeugdgezondheidszorg, inclusief vaccinaties van het RVP, krijgen aangeboden.

De PGA-jeugdartsen en -jeugdverpleegkundigen werken volgens het protocol 'vaccineren asielzoekerskinderen 0-19 jaar'. Volgens de afspraken moet het RVP binnen 12 weken starten. Het afgelopen jaar bleek dat streven niet altijd

Casus

Ali (5 jaar) uit Pakistan verblijft in een asielzoekerscentrum in Nederland. Volgens zijn ouders is hij tot zijn 4e jaar volledig gevaccineerd in Pakistan. Het vaccinatiebewijs raakten zij echter kwijt.

De PGA-jeugdverpleegkundige doet een intake met behulp van de tolkentelefoon. Samen met de ouders neemt zij het vaccinatieprogramma van Pakistan door (Tabel 1). Zij concludeert dat Ali hoogstwaarschijnlijk 3 vaccinaties DKT-Hib-HepB* en OPV* heeft gehad en 2 vaccinaties tegen mazelen (echter zonder bof en rode hond). De jeugdarts stelt, in overleg met ouders, een vaccinatieplan op. Zij geeft Ali een DKTP-HepB*- , een BMR*- en een MenC*-vaccinatie, waarmee basisimmunitet wordt bereikt. Hierna krijgt Ali rond de leeftijd van 9 jaar de reguliere DTP*-boostervaccinatie en BMR*-2 aangeboden.

Tabel 1 Het nationale vaccinatieprogramma van Pakistan volgens de WHO

Vaccine	Schedule
BCG	birth;
DTwPHibHepB	6, 10, 14 weeks;
Measles	9, 15 months;
OPV	birth; 6, 10, 14 weeks;
Pneumo_conj	6, 10, 14 weeks;
TT	1st contact pregnancy; +1, +6 months; +1, +1 year;

haalbaar. In het 4e kwartaal van 2015 werd bij 79,5% van de nieuw ingestroomde kinderen van 0-18 maanden binnen 3 maanden een eerste vaccinatie gegeven; een jaar eerder was dit nog bij ongeveer 90% het geval. Dit percentage stijgt op dit moment weer.

Het RVP in COA-locaties

Het belangrijkste element voor een kwalitatief goede uitvoering van het RVP is de intake. Die bestaat uit een verpleegkundige intake en een medisch onderzoek door de jeugdarts. Tijdens de intake wordt de vaccinatiestatus bepaald en een vaccinatieplan gemaakt om eventueel ontbrekende vaccinaties in te halen. Ook worden mogelijke contra-indicaties opgespoord. Vanzelfsprekend behoort het informeren van de ouders of de jongere en het verkrijgen van toestemming voor vaccinatie tot het gesprek (informed consent).

De beoordeling van de vaccinatiestatus kan lastig zijn. Sommige kinderen hebben nog geen enkele vaccinatie gekregen, terwijl anderen al een volledig programma doorliepen. Vaak ontbreken de vaccinatiepapieren. Wanneer deze wel aanwezig zijn, zijn ze vrijwel altijd in een andere taal opgesteld, soms onvolledig en vaak slecht leesbaar. Ook komen vaccinatiebewijzen met de islamitische jaartelling langs. In sommige gevallen blijken de papieren zelfs van een ander kind afkomstig of zijn ze onbetrouwbaar. Een vaccinatiestatus baseren op alleen de vaccinatiepapieren is daarom onjuist.

Een ander mogelijk hulpmiddel voor de beoordeling van de vaccinatiestatus, is het vaccinatieschema van het land van herkomst. Op de website van de WHO (World Health Organization) staan de vaccinatieprogramma's van vrijwel alle landen.

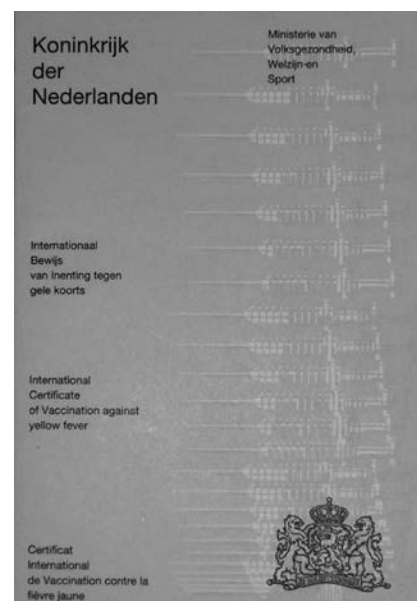
Maar ook op deze gegevens kun je niet blind vertrouwen. De website bevat het programma zoals dat op dit moment bij de WHO bekend is. Programma's uit het verleden of recente wijzigingen zijn niet te zien. Bovendien is het vooral in conflictgebieden zeer twijfelachtig of dit programma ook voor alle kinderen beschikbaar is (geweest). En zelfs in landen met een goede toegankelijkheid en een hoge vaccinatiegraad, is niet ieder kind volledig gevaccineerd. Ten slotte hanteren sommige landen een vaccinatieschema dat we vanuit het RVP als suboptimaal beschouwen. Zo wordt soms een polysaccharidevaccin tegen Meningokokken ACWY gebruikt, terwijl wij in Nederland een geconjugeerd MenC-vaccin gebruiken. Uiteindelijk is de intake met de ouders of de jongere het belangrijkste instrument om de vaccinatiestatus vast te stellen. Hierbij wordt een tolk gebruikt. Aan de hand van de

(eventueel) aanwezige papieren en met kennis van het nationale vaccinatieschema wordt zo goed mogelijk nagegaan welke vaccinatie(s) het kind al gehad heeft. Soms kan er geen betrouwbare inschatting van de al gegeven vaccinaties gemaakt worden. Het kind wordt dan als ongevaccineerd beschouwd en krijgt een volledig, bij de leeftijd passend, RVP-schema aangeboden.

Na het inventariseren van de vaccinatiestatus, stelt de jeugdarts een vaccinatieplan op om ontbrekende vaccinaties in te halen, op basis van de RVP-uitvoeringsregels. Voor verschillende leeftijdsgroepen zijn er inhaalschema's beschikbaar. Voor sommige vaccins geldt een maximale leeftijd (de pneumokken- en Hib-vaccinaties worden aangeboden tot de 2e verjaardag) of een minimale geboortedag (vaccinatie tegen meningokokken C krijgen kinderen aangeboden geboren op of na 01-06-2001).

Asielzoekerskinderen hebben, ongeacht hun leeftijd, altijd recht op Hepatitis B-vaccinatie, wanneer deze nog niet is voltooid. Bovendien wordt aan zuigelingen in COA-locaties een extra BMR-vaccinatie aangeboden rond de leeftijd van 9 maanden, in verband met een mogelijk verhoogd risico op mazeleninfectie. Er zijn op dit moment geen redenen om voor asielzoekerskinderen op andere punten af te wijken van de inhaalschema's.

Tot slot vult de jeugdarts de beoordeelde vaccinatiestatus en het gemaakte vaccinatieplan in op het formulier 'Vaccinatiestatus en -opdracht'. Dit formulier geeft de jeugdverpleegkundige toestemming het vaccinatieplan uit te voeren. Het formulier wordt verzonden naar het regiokantoor van de Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's (DVP) van het RIVM (Rijksinstituut voor



Figuur 1 Het internationale bewijs van inenting (gele boekje).

Asmara (17 jaar) vluchtte alleen uit Eritrea. Hij zegt dat hij als kind vaccinaties kreeg, maar welke kan hij niet vertellen en hij heeft geen papieren.

De PGA-jeugdarts probeert in gesprek met Asmara te achterhalen welke vaccinaties hij in Eritrea kreeg. Hij kan zich dat niet herinneren en er bestaat geen mogelijkheid om de gegevens te achterhalen. De jeugdarts en Asmara besluiten om hem als ongevaccineerd te beschouwen en plannen een inhaalschema in met 3x DKTP-HepB en 2x BMR-vaccinatie.

Volksgezondheid en Milieu), waar de vaccinaties ingevoerd worden in het landelijke registratiesysteem Praeventis. Alle in Nederland toegediende RVP-vaccinaties worden ook doorgegeven aan het DVP-regiokantoor. Bovendien worden ze genoteerd in het internationaal bewijs van inenting (het gele boekje, figuur 1), dat ouders in eigen beheer houden. Vanzelfsprekend worden de gegevens ook geregistreerd in het eigen digitale JGZ-dossier.

RVP voor vergunninghouders

Wanneer een kind een verblijfsstatus heeft en niet meer in de COA-opvang maar in een gemeente woont, valt het kind onder de reguliere jeugdgezondheidszorg (JGZ). Ook daar liggen uitdagingen.

Vaak is er al een vaccinatie-intake gedaan en is er een vaccinatieplan gemaakt in de opvang. De reguliere Jeugdgezondheidszorg moet dit plan dan verder uitvoeren. Het plan en de gegevens worden echter niet altijd tijdig gemaakt en overgedragen. Hiernaast komt het voor dat de gegevens niet op tijd zijn doorgegeven aan of verwerkt door het DVP-regiokantoor. De jeugdarts moet dan de gegevens boven tafel zien te krijgen (bijvoorbeeld uit het gele boekje) of soms zelfs de vaccinatie-intake (opnieuw) uitvoeren.

Ook is bij sommige kinderen nog geen vaccinatie-intake uitgevoerd. Dat kan bijvoorbeeld wanneer kinderen de asielprocedure snel hebben doorlopen of doordat zij, in het kader van gezinshereniging, direct bij familie zijn geplaatst. Jeugdartsen van de reguliere Jeugdgezondheidszorg hebben meestal beperkte tijd en maken vaak geen gebruik van een tolk of vertaalbureau. Ook hebben veel jeugdartsen in de praktijk weinig ervaring met de beoordeling van de vaccinatiestatus uit het buitenland en het maken van een vaccinatieplan. Zij beseffen niet altijd dat de beoordeling van de vaccinatiestatus en het opstellen van een vaccinatieplan bij deze groep kinderen primair hun taak is en niet de verantwoordelijkheid van het RIVM-DVP. De afgelopen

periode kregen de medisch adviseurs van het RIVM-DVP veel signalen dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zich overvraagd en niet altijd competent voelden in het bieden van deze zorg. Daarbij speelt mee dat het RVP uitvoeren slechts één van de onderdelen van de zorg is. De medische voorgeschiedenis in kaart brengen, het ontwikkelingsonderzoek, de psychosociale anamnese en de bekende screeningsonderzoeken strijden om voorrang in de context van een vaak beperkte communicatie.

De rol van het RIVM

Het DVP-regiokantoor ontvangt het formulier ‘Vaccinatiestatus en -opdracht’ van de jeugdarts, verwerkt de vaccinatiestatus in Praeventis en stuurt een vaccinatie-

Casus

Fatima (3 jaar) uit Syrië is in het kader van gezinshereniging in Nederland komen wonen en komt met haar vader bij het consultatiebureau. Er is een Arabisch vaccinatiebewijs, dat de jeugdarts niet kan lezen.

De jeugdarts van het CB (Consultatiebureau) voert een vaccinatie-intake uit. De vader blijkt redelijk Engels te spreken en met behulp van een vertaalapp lukt het hen om het vaccinatiebewijs te interpreteren. Fatima blijkt als zuigeling 3x een DKTP-Hib te hebben gehad, HepB bij 0, 2 en 6 maanden en een BMR bij 12 maanden.

De volgens het Syrische schema (Tabel 2) gebruikelijke revaccinaties bij 18 maanden staan niet op het vaccinatiebewijs en vader vertelt dat het gezin rond die tijd vluchtte. Hij weet niet meer of Fatima die vaccinaties heeft gehad.

Samen besluiten ze om Fatima nu nog een DKTP-HepB- en een MenC-vaccinatie te geven. De standaard DKTP-boostervaccinatie van rond 4 jaar vervalt hiermee.

Tabel 2 Het nationale vaccinatieprogramma van Syrië zoals dat tot voor kort bekend was bij de WHO Inmiddels is het Syrische programma aangepast op de WHO-website.

Vaccine	Schedule
BCG	birth;
DTaPHibIPV	2, 4, 6, 18 months;
DTwPHib	2, 4, 6, 18 months;
DTwPHibHepB	2, 4, 6, 18 months;
HepB	birth; 2, 6 months;
IPV	2, 4 months;
MMR	12, 18 months;
Measles	9 months;
MenACWY	6 years;
OPV	6, 12, 18 months; 6 years;
TT	1st contact; +1, +6 months; +1, +1 year;
Td	6, 12 years;
VitaminA	12, 18 months;

bewijs en de oproepkaarten van de nog ontbrekende vaccinaties naar de ouders (of alleenstaande minderjarige vreemdeling). Wanneer er 20 weken na binnenkomst in Nederland nog geen formulier is ontvangen, verstuurt het DVP een volledige set oproepkaarten (alsof het kind ongevaccineerd is).

Jeugdartsen of jeugdverpleegkundigen kunnen altijd om advies vragen bij het regiokantoor of de medisch adviseur. Om de jeugdartsen te ondersteunen bij hun taak is er een document ‘asielzoekerskinderen en het RVP’ opgesteld, en een overzicht van de meest gestelde vragen en antwoorden over de uitvoering van het RVP bij asielzoekerskinderen. Ook zijn er voorlichtingsfolders beschikbaar in meerdere talen. De medisch adviseurs ontwikkelden ook een scholing met oefencasuïstiek. Deze werd de afgelopen maanden op verschillende plekken in Nederland aangeboden.

Conclusie

De uitvoering van het RVP bij asielzoekers- en vluchtelingenkinderen is een complexe taak. De vaccinatie-intake (bij voorkeur met tolk) is het belangrijkste instrument om te beoordelen welke vaccinaties nog geïndiceerd zijn. De jeugdarts en jeugdverpleegkundige spelen hierin de belangrijkste rol, maar lopen geregeld tegen logistieke beperkingen en soms tegen gebrek aan ervaring of kennis aan. Toch lukt het meestal om de vaccinatiestatus betrouwbaar in te schatten om een vaccinatieplan op te stellen. In sommige gevallen lukt het niet krijgt een kind een volledig inhaalschema aangeboden dat past bij de leeftijd.

Tabel 3 Gebruikte afkortingen van de vaccins.

D	Difterie
K	Kinkhoest; internationale afkorting: wP (whole cell) of aP (acellulair)
T	Tetanus
P	Polio; internationale afkorting: IPV of OPV (intramusculair of oraal poliovaccin)
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b
HepB	Hepatitis B
MenC	Meningokokken C
MenACWY	Combinatievaccin tegen Meningokokken A, C, W en Y
B	Bof; internationale afkorting: M
M	Mazelen
R	Rodehond
BCG	Tetanus

Auteurs

G. Vermeulen¹, K. Slinger², I. Zonnenberg³ I. Drijfhout¹, R. Appels¹

1. Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven
2. GGD GHOR Nederland
3. Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's, RIVM, Bilthoven

Literatuur

- <https://www.coa.nl/nl/over-coa/cijfers-en-jaarverslagen>
- Document ‘wie komen er voor het RVP in aanmerking’
- protocol ‘vaccineren asielzoekerskinderen 0-19 jaar’
- Overzicht nationale vaccinatieprogramma’s van de WHO
- de Uitvoeringsregels van het Rijksvaccinatieprogramma
- het document ‘asielzoekerskinderen en het RVP’
- overzicht van de meest gestelde vragen en antwoorden over de uitvoer van het Rijksvaccinatieprogramma bij asielzoekerskinderen
- folder ‘bescherm uw kind tegen 12 infectieziekten in diverse talen

Screening & Preventie

TBC-screening in tijden van massale migratie

G. de Vries, H. Schimmel, W. Meijer

De grote instroom van asielzoekers heeft geleid tot evaluatie en aanpassingen van tbc-screeningen. De röntgenologische screening van Syrische asielzoekers werd gestopt, terwijl voor asielzoekers uit landen zoals Eritrea extra interventies nodig zijn, zoals screening op een latente tuberculose-infectie.

In 2015 beheerste de instroom van asielzoekers in Europa de headlines van de media. Overvolle treinen werden bij de grenzen van de Europese landen tegengehouden, asielzoekers wandelden over snelwegen om in een land van bestemming te komen, Duitsland bood bijna 1 miljoen asielzoekers onderdak. De instroom vanuit het zuidoosten van Europa is vrijwel tot stilstand gekomen nadat hekken bij de buitengrenzen van de Europese Unie (EU) verschenen en er in 2016 afspraken gemaakt werden met Turkije om asielzoekers uit Griekenland terug te nemen en asielzoekers rechtstreeks vanuit Turkije in Europa op te nemen. De instroom van asielzoekers vanuit Libië naar Italië gaat echter onverminderd voort. De overvolle bootjes waar de overtocht mee gemaakt wordt, lijken steeds minder toegerust om die oversteek te maken; het aantal verdrinkingen was nog nooit zo hoog als in het eerste halfjaar van 2016.

Noodopvang

Nederland ontving het grootste aantal asielzoekers in de maanden september en oktober 2015, met maximaal 2.000 personen per week, 300 per dag. De reguliere asielopvanglocaties konden deze hoge instroom niet aan en het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) opende tijdelijke noodopvanglocaties, waar asielzoekers voor de duur van 6-12 maanden ondergebracht konden worden. Ook de capaciteit van deze voorzieningen was ontoereikend, waardoor in september en oktober van dat jaar 'crisisnoodopvang' werd gevonden in accommodaties, zoals sporthallen. De coördinatie van deze opvang lag primair bij de provincie of een grote stad. Na enkele maanden was crisisnoodopvang niet meer nodig en werden deze locaties geleidelijk aan weer gesloten.

Binnenkomstscreening op tuberculose

Sinds 1993 worden alle asielzoekers bij binnenkomst onderzocht op tuberculose met een röntgenfoto. In de

jaren negentig van de vorige eeuw en ook in het eerste decennium van deze eeuw werd de screening uitgevoerd met behulp van mobiele röntgenunits (MRU's) die de circa 30 asielzoekerscentra in het land bezochten waar nieuw aankomende asielzoekers werden gehuisvest. Inmiddels is het proces zo ingericht dat de ontvangst en binnenkomstscreening in centrale ontvangstlocaties (COL's) plaatsvindt.

Aanpassing screening

De huisvesting van asielzoekers in allerlei (crisis)noodopvanglocaties zonder IND-registratie had tot gevolg dat de binnenkomstscreening in september 2015 (ten dele) niet meer uitgevoerd kon worden. Een spoedbijeenkomst van betrokken partijen (GGD GHOR Nederland (Gemeentelijke Gezondheidsdienst Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio), COA, GGD'en, RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en KNCV Tuberculosefonds) volgde. Daarop formuleerde nog dezelfde avond een ad hoc werkgroep van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) een advies op basis van gepubliceerde data over de screeningsopbrengst 2014 en

actuele screeningsgegevens 2015 van de GGD Groningen, die de binnenkomstscreening in Ter Apel en Veenhuizen uitvoert. Het advies om screening van Syrische asielzoekers op te schorten en prioriteit te geven aan de screening van asielzoekers uit hoog-endemische landen, werd de volgende dag door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) overgenomen. Het duurde daarna nog enkele maanden voordat de asielzoekers (uit andere landen dan Syrië) die ongescreend in (crisis)noodopvanglocaties waren ondergebracht, alsnog gescreend konden worden. Het COA paste in de loop van die periode het opvangproces zo aan dat asielzoekers uit hoog-endemische landen in eerste instantie in een COL op tuberculose gescreend worden.

Landen met een lage tbc-incidentie

Het ministerie verzocht KNCV Tuberculosefonds de effectiviteit van screening van asielzoekers uit Syrië en andere landen met een tuberculose-incidentie kleiner dan 50 per 100.000 inwoners te evalueren en vroeg de CPT een definitief advies te geven over screening van Syrische asielzoekers. In 2012 werd al een evaluatie verricht van de tbc-screening van reguliere immigranten. Dit zijn immigranten die zich voor werk, studie en gezinsvorming in Nederland vestigen. De evaluatie liet een lage screeningsopbrengst zien van personen afkomstig uit landen met een tuberculose-incidentie kleiner dan 50 per 100.000 inwo-

ners. (1, 2) Op basis van deze evaluatie en het advies van de CPT paste het ministerie van Justitie en Veiligheid de Vreemdelingenwet aan en worden sinds 1 januari 2015 immigranten uit deze landen, waaronder Turkije en voormalig Joegoslavië, niet meer op tuberculose onderzocht. Omdat de screeningsgegevens van asielzoekers niet in deze evaluatie waren betrokken, gold het advies niet voor asielzoekers.

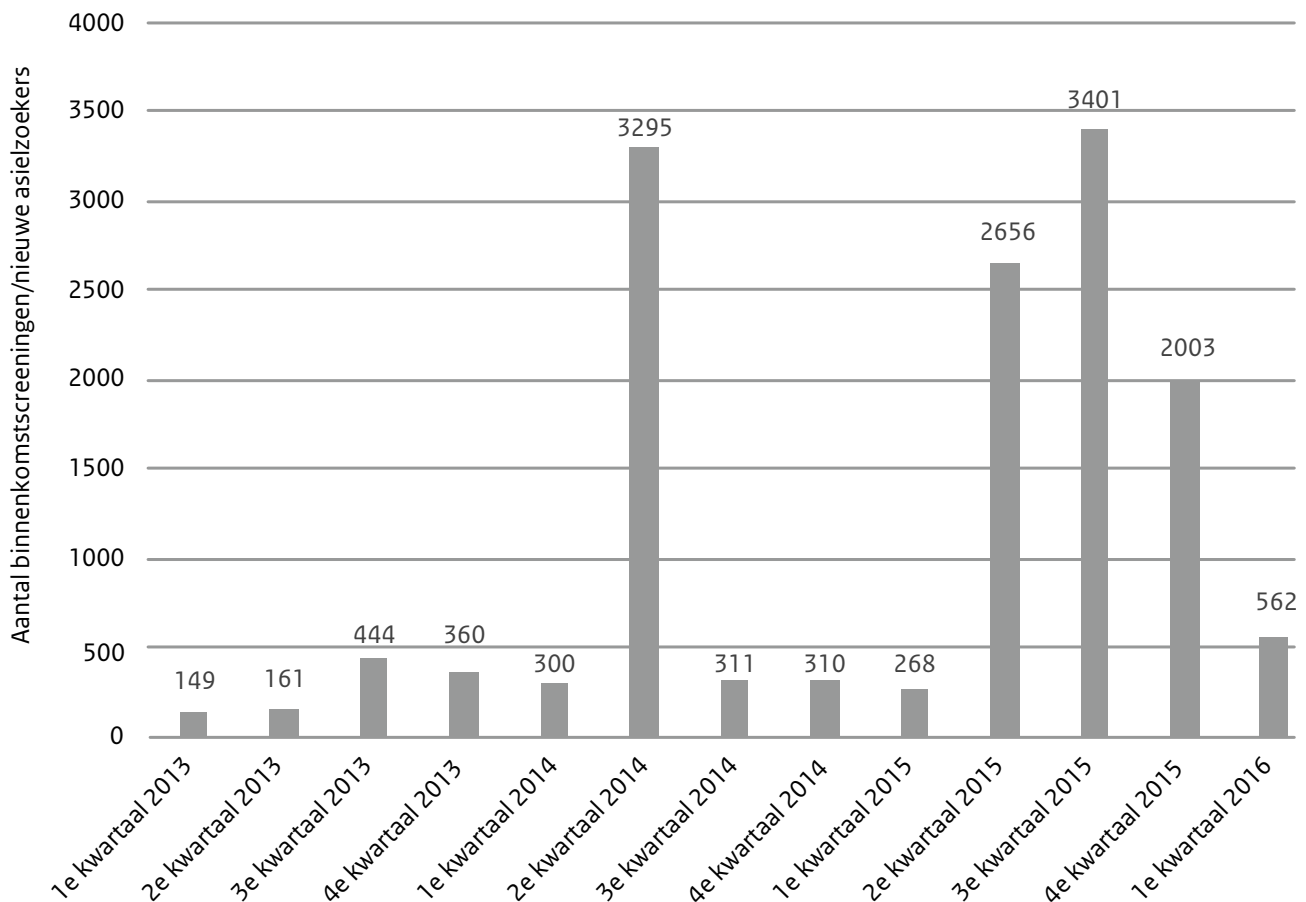
De huidige evaluatie betrof 45.439 asielzoekers uit landen met een tuberculose-incidentie kleiner dan 50 per 100.000 inwoners die in de periode januari 2011 - september 2015 gescreend werden (zie Tabel 1) (3). Slechts bij 12 personen werd naar aanleiding van een afwijkende thoraxfoto tuberculose vastgesteld. Dit vertaalt zich in een screeningsopbrengst van 26,4 per 100.000, lager dan de norm die gehanteerd wordt om screening te handhaven. De meeste asielzoekerskwamen uit Syrië (prevalentie: 22,2 per 100.000 gescreende personen). Op basis van deze evaluatie nam de minister van VWS in maart 2016 het advies over van de CPT om screening van asielzoekers uit de landen met een tuberculose-incidentie kleiner dan 50 per 100.000, waaronder Syrië, te stoppen.

Tuberculose bij Syriërs na opschorten screening

Het voorkomen van tuberculose onder Syrische asielzoekers wordt nauwkeurig gemonitord door het de afdeling

Tabel 1 Resultaten screening asielzoekers uit landen met een tuberculose-incidentie kleiner dan 50 per 100.000 inwoners, januari 2011 - september 2015.

Tuberculose-incidentie in land van herkomst per 100.000	Aantal gescreend	Tuberculose vastgesteld bij screening	Tuberculose-prevalentie bij screening per 100.000	95% betrouwbaarheidsinterval
0-9,9	423			
10,0-19,9	34.825	8	23,0	10,7 - 43,6
20,0-29,9	3.496			
30,0-39,9	166			
40,0-49,9	6.529	4	61,3	19,5 - 147
Totaal	45.439	12	26,4	14,3 - 44,9
<i>Top 4 landen</i>				
Syrië	31.470	7	22,2	9,7 - 44,0
Irak	5.327	3	56,3	14,3 - 153
Iran	3.086			
Voormalig Joegoslavië	2.051	2	97,5	16,4 - 322



Figuur 1 Aantal Eritrese/Ethiopische asielzoekers in Nederland per kwartaal, 2013-1e kwartaal 2016.

Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten (EPI) van het RIVM-Centrum Infectieziekte bestrijding. Sinds de opschorting van de screening op 21 september 2015 is tot en met 30 juni 2016 10 keer tuberculose bij een Syrische asielzoeker gemeld aan het Nederlands Tuberculose Register (NTR). Twee asielzoekers bij wie in het vierde kwartaal 2015 tuberculose werd vastgesteld naar aanleiding van een afwijkende foto bij de binnenkomstscreening, zijn hierin nog niet meegeteld. Zij werden meegenomen in de evaluatie januari 2011-september 2015.) Het betrof in alle gevallen patiënten die via klachten werden gevonden en longtuberculose hadden, waarvan 2 met Ziehl-Neelsen (ZN) positief sputum. Drie van deze asielzoekers waren korter dan 6 maanden in Nederland (1 met Zn-positief sputum) en hadden mogelijk via binnenkomstscreening gevonden kunnen worden. In deze periode kwamen circa 16.500 Syrische asielzoekers in Nederland aan. Zouden deze 3 tuberculosepatiënten via screening zijn gevonden, dan was de prevalentie 18 per 100.000, vergelijkbaar met de bevindingen uit de evaluatie.

Veel tuberculose onder Eritrese asielzoekers

De een na grootste groep asielzoekers kwam de afgelopen 2 jaar uit Eritrea/ Ethiopië en bij hen is het voorkomen van tuberculose geheel anders. (4) We combineren hieronder beide landen in de analyse, omdat er soms onduidelijkheid is over het land van herkomst. Eritrea scheidde zich in 1993 af van Ethiopië en we vermoeden dat mensen die vóór 1993 zijn geboren vaak Ethiopië als geboorteland opgaven of hebben gedocumenteerd.

Figuur 1 laat de grote variatie in instroom van Eritrese asielzoekers per kwartaal zien. Opvallend is dat in het tweede kwartaal van 2014 een groot aantal Eritreeërs asiel aanvraag. Omdat ook de datum van binnenkomst in Nederland wordt genoteerd, en Eritrese asielzoekers vrijwel allemaal in Nederland mogen blijven, kan de ontwikkeling van tuberculose in de loop van de tijd per cohort goed gemonitord worden (zie Tabel 2).

Van de 14.220 Eritreeërs die sinds 1 januari 2013 in Nederland asiel aanvraagden werd bij 41 tuberculose vastgesteld naar aanleiding van de binnenkomstscreening

(prevalentie: 288 per 100.000 gescreende personen). In het eerste en tweede jaar ontwikkelden respectievelijk 116 en 38 personen tuberculose. De incidentie onder Eritrese asielzoekers in het eerste jaar kan berekend worden voor de cohorten 2013 en 2014, omdat zij 1 jaar in Nederland verbleven, en was 1.445 per 100.000 personen. De incidentie onder Eritrese asielzoekers in het tweede jaar na verblijf in Nederland was 449 per 100.000 personen (cohort 2013). Van de 3.295 Eritrese asielzoekers die zich in het tweede kwartaal van 2014 meldden, hadden 11 (0,3%) tuberculose tijdens de binnenkomstscreening, ontwikkelden 57 (1,7%) de ziekte in het eerste jaar en 21 (0,6%) in het tweede jaar na aankomst in Nederland. In totaal ontwikkelden 89 (2,7%) van de Eritrese asielzoekers van dit cohort tot nu toe tuberculose, meer dan 1 op de 40. Onder de Eritrese asielzoekers met tuberculose werd de ziekte in de helft van de gevallen via actieve opsporing (binnenkomstscreening, vervolgscreening en ook via contactonderzoek) gevonden en in de andere helft naar aanleiding van klachten. (4)

Röntgenologische vervolgscreening

Naast de binnenkomstscreening worden immigranten en asielzoekers uit landen met een tbc-incidentie groter dan 200 per 100.000 inwoners per jaar, zoals Somalië en Ethiopië, of uit landen waarvan op grond van de prevalentie bij de binnenkomstscreening wordt vastgesteld dat deze hoog is, zoals Eritrea, gedurende 2 jaar halfjaarlijks uitgenodigd voor röntgenologische vervolgscreening. Op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is de dekkinggraad van de vervolgscreening van asielzoekers onderzocht. De dekkinggraad van de eerste vervolgscreening van asielzoekers in de COA-opvang was over de jaren 2011-2013 tussen de 45 en 50% en fors hoger in 2014 (69%). Voor de tweede, derde en vierde vervolgscreeningen in de COA-opvang was de dekkinggraad respectievelijk 30-40%, 20-30% en circa 20%. De dekkinggraad van vervolgscreening van asielzoekers die al in gemeenten wonen (statushouders), is voor alle vervolgscreeningen veel lager.

Tabel 2 Aantal Eritrese/Ethiopische asielzoekers, en tbc-patiënten onder Eritrese/Ethiopische asielzoekers, per kwartaal, 2013-1e kwartaal 2016.

kwartaal	asielzoekers* aantal	screeningsopbrengst		tuberculose-incidentie 1e jaar		tuberculose-incidentie 2e jaar	
		patiënten	per 100.000	patiënten	per 100.000	patiënten	per 100.000
1e kwartaal 2013	149	1	671	1	671	0	0
2e kwartaal 2013	161	0	0	1	621	0	0
3e kwartaal 2013	444	5	1126	4	901	2	450
4e kwartaal 2013	360	0	0	2	556	3	977
2013	1.114	6	539	8	718	5	449
1e kwartaal 2014	300	1	333	4	1.333	4	1.333
2e kwartaal 2014	3.295	11	334	57	1.730	21	
3e kwartaal 2014	311	1	322	6	1.929	2	
4e kwartaal 2014	310	0	0	2	645	4	
2014	4.216	13	308	69	1.637	31	
1e kwartaal 2015	268	0	0	4	1.493	1	
2e kwartaal 2015	2.656	7	264	17		1	
3e kwartaal 2015	3.401	12	353	14			
4e kwartaal 2015	2.003	3	150	3			
2015	8.328	22	264	38	2		
1e kwartaal 2016	562	0	0	1			
2e kwartaal 2016							
	14.220	41	288	116		38	

* Aantallen gescreende eritrese/ethiopische asielzoekers zijn bekend t/m 3e kwartaal 2015. Voor het 4e kwartaal 2015 en 1e kwartaal 2016 zijn de instroomgegevens van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) in de tabel opgenomen. (eritrese en ethiopische asielzoekers zijn samengevoegd omdat er soms onduidelijkheid is over land van herkomst.)

Opvang van asielzoekers in Nederland

De asielprocedure start
Afhankelijk van waar opvangcapaciteit is, wordt de asielzoeker geplaatst in:



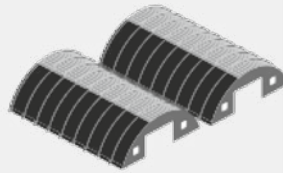
Asielzoekerscentrum (azc)



Reguliere opvanglocatie

Noodopvang

of



Tijdelijke opvang bij tekort in azc. Bijvoorbeeld in paviljoens, (evenementen)hallen, vakantieparken

of

Crisisnoodopvang

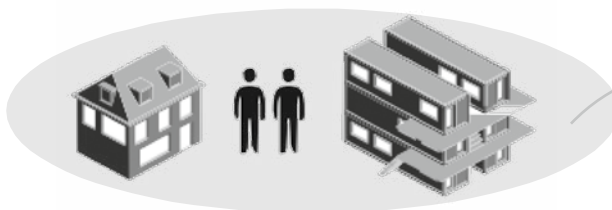


Zeer tijdelijke opvang (in beginsel max. 72 uur). Bijvoorbeeld in sporthallen. Organisatie op regionaal niveau door Veiligheidsregio's

Verzoek ingewilligd
Asielzoeker ontvangt (tijdelijke) verblijfsvergunning

Verzoek afgewezen

Huisvesting in gemeente



Permanente of tijdelijke huisvesting is mogelijk
Bijvoorbeeld via:

- regulier huisvesting in de **(sociale) huurmarkt**
- extra huisvesting in verbouwde leegstaande **(kantoor)panden**, in **mobiele woonunits** of andere voorzieningen zoals vakantiewoningen

De gemeente kan hiervoor gebruik maken van speciale regelingen (subsidierегeling huisvesting vergunninghouders en het gemeentelijk versnellingsarrangement (GVA)).

Tijdelijke vergunning is ingetrokken
(bijvoorbeeld omdat bescherming niet langer nodig is)

Vertrek
Zelfstandig of gedwongen



Figuur 2 De opvang van asielzoekers in Nederland. (Bron: ministerie van Veiligheid en justitie)

Een betere methode om ziekte te voorkomen, is screening op infectie met *Mycobacterium tuberculosis* en preventieve behandeling. Recent is onderzoek begonnen naar een optimale programmatische uitvoering hiervan.

Conclusie

De afgelopen twee jaar kwamen de meeste asielzoekers uit Syrië en bij hen komt tuberculose relatief weinig voor. Screening bij binnenkomst is bij deze groep asielzoekers

daarom gestopt. Onder Eritrese asielzoekers zijn de prevalentie en incidentie van tuberculose in het eerste jaar na aankomst in Nederland echter hoog; veel hoger dan de door de WHO geschatte incidentie van 78 per 100.000 inwoners in Eritrea. (5) Naast röntgenologische screening bij binnenkomst zijn andere interventies, zoals screening op een latente tbc-infectie, nodig om tuberculose bij asielzoekers uit hoog-endemische gebieden zoals Eritrea te voorkomen. Deze andere aanpak is de kern van het onlangs verschenen Nationaal Plan Tuberculosebestrijding 2016-2020 om tuberculose in Nederland verder terug te dringen. (6)

Dit artikel verscheen eerder in *Tegen de Tuberculose*, 2016(2):3-6.

Auteurs

G de Vries^{1,2}, H Schimmel², W Meijer³

1. KNCV Tuberculosefonds
2. Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven
3. GGD Amsterdam

Literatuur

1. Evaluatie tuberculosescreening immigranten. Resultaten binnenkomst- en vervolgscreening op tuberculose van immigranten in de jaren 2005 t/m 2010. Den Haag: KNCV Tuberculosefonds; 2012.
2. Van Rest JF, Erkens CGM, de Vries G. evaluatie immigrantenscreening leidt tot beleidsaanpassing. *Tegen de Tuberculose*. 2012;108(3):3-6.
3. De Vries G, van Rest J, Meijer W, Wolters B, van Hest R. Low yield of screening asylum seekers from countries with a tuberculosis incidence of <50 per 100000 population. *Eur Respir J*. 2016;47(6):1870-2.
4. De Vries G, Gerritsen RF, van Burg JL, et al. Tuberculose bij de twee meest voorkomende groepen asielzoekers in Nederland. *Ned Tijdschr geneeskd*. 2016;160:d51.
5. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
6. De Vries G, Riesmeijer R, van Dissel J. Nationaal plan tuberculosebestrijding 2016-2020. *Tegen de Tuberculose*. 2016;112(1):3-5.

Screening & Preventie

BRMO- en MRSA- screenings- en isolatiebeleid voor hoogrisico-patiëntenpopulaties vanuit het buitenland

J. Hopman, M. Bos, M. Nabuurs, H.F.L. Wertheim, A. Voss

Sinds 2013 is het aantal vluchtelingen in Europa sterk toegenomen. In München meldden zich op het hoogtepunt zo'n 20.000 mensen per weekend. (1) De WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) stelt dat er geen systematische associatie bestaat tussen migratie en de import van infectieziekten. (2) Echter zijn er wel een aantal infectieziektenproblemen in deze populatie. Zo is in Nederland is de tuberculoseprevalentie, met 283 gevallen per 100.000 bij aankomst gescreende vluchtelingen uit Eritrea en Ethiopië, hoog. (3) Daarnaast is een recente toename van patiënten beschreven die zich met koortsende ziektes bij het ziekenhuis presenteren zoals Louse-borne relapsing fever en malaria (*Plasmodium vivax*). (4,5) Verder zijn er aanwijzingen voor een verhoogd BRMO- (Bijzonder Resistente Micro-Organismen) en MRSA- (*Methicillineresistente Staphylococcus aureus*) dragerschap in deze populatie. (6,7) Hieronder zetten wij kort uiteen wat bekend is met betrekking tot de BRMO- en MRSA-status in vluchtelingen en wat dit betekent voor ons infectiepreventiebeleid.

Resistentiedata

De huidige stroom vluchtelingen naar Europa reist door landen met veel resistentieproblematiek zoals Turkije, Libië en Griekenland of is afkomstig uit landen waar sprake is van een verhoogde resistentie, zoals Afghanistan, Pakistan, Iran, Syrië, Somalië, Soedan en Eritrea. (8, 9) De BRMO- en MRSA-screeningsdata van vluchtelingen in de EU (Europese Unie) zijn vooralsnog beperkt. Reinheimer et al heeft laten zien dat bij 23,8% van de *E.coli*-isolaten het een ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) betrof in vergelijking tot 4,9% bij isolaten geïsoleerd bij niet-vluchtelingen. (7) Voor *Klebsiella pneumoniae* was dit respectievelijk 4,2% versus 0,8%. MRSA werd gedetecteerd in 5,6% van de vluchtelingen versus 1,2% in niet-vluchtelingen. Heudorf et al rapporteerde 35% ESBL-producerende Enterobacteriaceae bij vluchtelingen in Frankfurt am Main. (6) In Italië zijn ESBL's en meropenemresistentie gedetecteerd bij Syrische migranten. (10)

Op 15 september 2015 ontving de Gemeente Nijmegen het verzoek om een tijdelijke opvangfaciliteit te creëren voor 3.000 vluchtelingen in Heumensoord. In de regio Nijmegen werden in de periode 1 oktober 2015 tot 1 mei 2016 in de iPrevent-ziekenhuizen (Radboudumc, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Sint Maartenskliniek en Maasziekenhuis Boxmeer) 289 asielzoekers gescreend op BRMO- en MRSA-dragerschap. Van deze patiënten was 40% opgenomen (n=115), 30% poliklinisch (n=88) en 25% (n=74) werd gezien op de spoedeisende hulp. In totaal werden 31 patiënten (11%) heropgenomen en een 2e keer gescreend op MRSA-/BRMO-dragerschap. De zorg bleef niet beperkt tot spoedzorg, aangezien de asielzoekers voor langere tijd in Heumensoord verbleven. De meest voorkomende geconsulteerde specialismen waren interne geneeskunde (26%), chirurgie (12%) en verloskunde (10%). (11) Het MRSA-dragerschap van deze patiënten was 12% (95% CI 8.8-16.4). Daarnaast had een aanzienlijk deel van de patiënten een MDR-gram-negatieve bacterie, voornamelijk *E. coli* ESBL/BRMO (21%, 95% CI 17.6-27.5).

Screeningsstrategie

De ervaringen uit Duitsland en Nederland laten zien dat de meest haalbare optie voor het screenen van vluchtelingen op BRMO en MRSA binnen de poorten van het ziekenhuis ligt en niet bijvoorbeeld in de opvangkampen. (12) Dit heeft een aantal voordelen ten opzichte van screeningsstrategieën buiten de muren van het ziekenhuis. De belangrijkste redenen zijn dat het gemakkelijk te implementeren is, de follow-up van patiënten haalbaar is, isolatiemaatregelen mogelijk zijn en er een grote kans is op een significant effect van de maatregelen. Verdergaande transmissie van BRMO en MRSA tussen individuen in Europese vluchtelingenkampen is zeer waarschijnlijk gezien de dichtbevolkte en suboptimale hygiënische condities binnen deze kampen. (13) Bij een screeningstrategie buiten het ziekenhuis is het goed mogelijk dat iemand die initieel negatief wordt gekweekt, vanwege transmissie in het opvangcentrum, later alsnog positief kan worden.

Consequenties

De WIP (Werkgroep Infectie Preventie) adviseert om personen die minder dan 2 maanden geleden woonachtig waren in een instelling voor asielzoekers bij opname in zorginstellingen te screenen op MRSA in combinatie met passende infectiepreventiemaatregelen. (14) Daarnaast beveelt de WIP aan om alert te zijn op een mogelijk verhoogde prevalentie van overige BRMO's in afwachting van data hierover.

Reizigers

Wanneer niet-vluchtelingen naar het buitenland reizen, lopen zij ook het risico voor om multiresistente bacteriën te krijgen. Het gaat hier vooral om gram-negatieve bacteriën. Bovendien is het risico bij een reis naar Zuidoost-Azië vele malen groter dan naar andere werelddelen. In een groep reizigers werden 98 van de 418 personen (23,4%) gekoloniseerd met een ESBL. (15) Eerdere publicaties demonstreerde 24% en 34% ESBL acquisitie na reizen en een 5,2 maal grotere kans op ESBL kolonisatie. (16-18) De COMBAT-studie toonde aan dat carbapenemase-producerende Enterobacteriaceae na terugkomst bij gezonde reizigers kon worden geïsoleerd. De koloniatieduur varieerde van minder dan 1 maand tot meer dan 6 maanden bij 1 reiziger, waarbij tevens transmissie naar een familielid lijkt te hebben plaatsgevonden. (19) Nog maar weinig is bekend over het percentage MRSA-dragers bij reizigers. In een

Europese multicenterstudie bleek 12% van de huid en weke-delen infecties bij internationale reizigers veroorzaakt te worden door MRSA. De verspreiding MRSA (USA300) vanuit Zuid-Amerika baart hierbij vooral zorgen. (20)

Conclusie

Het huidige beleid richt zich alleen op vluchtelingen, maar laat tegelijkertijd het hoge risico op dragerschap van gram-negatieve bacteriën bij patiënten met een recente positieve reisanamense naar vooral Zuidoost-Azië buiten beschouwing. (21) Aanpassing van het huidige screenings- en isolatiebeleid voor vluchtelingen naar een meer generiek beleid voor hoogrisicopatiëntenpopulaties lijkt dan ook rationeel en is zeker gewenst vanuit het oogpunt van stigmatisatie. Echter, vanwege de consequenties voor de screening aan de poorten van de Nederlandse ziekenhuizen lijkt het gerechtvaardigd om te wachten op een pilot die de meerwaarde van een dergelijk nieuw beleid zou kunnen aan tonen.

Auteurs

J. Hopman, M. Bos, M.Nabuurs, H.F.L. Wertheim, A. Voss, Radboudumc, Nijmegen

Correspondentie

Joost.Hopman@radboudumc.nl

Literatuur

1. Nicolai T, Fuchs O, von Mutius E. Caring for the Wave of Refugees in Munich. *The New England journal of medicine*. 2015;373(17):1593-5.
2. Gulland A. Refugees pose little health risk, says WHO. *Bmj*. 2015;351:h4808.
3. de Vries G, Gerritsen RF, van Burg JL, Erkens CG, van Hest NA, Schimmel HJ, et al. [Tuberculosis among asylum-seekers in the Netherlands: a descriptive study among the two largest groups of asylum-seekers]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2015;160:D51.
4. Antinori S, Mediannikov O, Corbellino M, Raoult D. Louse-borne relapsing fever among East African refugees in Europe. *Travel medicine and infectious disease*. 2016;14(2):110-4.
5. Roggelin L, Tappe D, Noack B, Addo MM, Tannich E, Rothe C. Sharp increase of imported Plasmodium vivax malaria seen in migrants from Eritrea in Hamburg, Germany. *Malaria journal*. 2016;15:325.

6. Heudorf U, Krackhardt B, Karathana M, Kleinkauf N, Zinn C. Multidrug-resistant bacteria in unaccompanied refugee minors arriving in Frankfurt am Main, Germany, October to November 2015. *Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2016;21(2).
7. Reinheimer C, Kempf VA, Gottig S, Hogardt M, Wichelhaus TA, O'Rourke F, et al. Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June-December 2015. *Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2016;21(2).
8. Ahmed SS, Alp E, Ulu-Kilic A, Dinc G, Aktas Z, Ada B, et al. Spread of carbapenem-resistant international clones of *Acinetobacter baumannii* in Turkey and Azerbaijan: a collaborative study. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology*. 2016.
9. Ahmed MO, Daw MA. Mapping the travel route of African refugees who traverse Libya to determine public health implications for Libya and the North-African region. *Travel medicine and infectious disease*. 2016;14(2):162-4.
10. Angeletti S, Ceccarelli G, Vita S, Dicuonzo G, Lopalco M, Dedej E, et al. Unusual microorganisms and antimicrobial resistances in a group of Syrian migrants: Sentinel surveillance data from an asylum seekers centre in Italy. *Travel medicine and infectious disease*. 2016;14(2):115-22.
11. Bos M MvM, Elzen van den E, Kol van D, de Both E, Cremers-Pijpers S, Greidanus R, Haverkate D, Nillesen M, Terlaak-Harbers G, Wieland M, Nabuurs-Franssen M, Hopman J, Voss A. Multidrug resistant organisms among refugees and asylum seekers in the South East region of the Netherlands. poster, ECCMID 2016. 2016.
12. Seybold U, Wagener J, Jung J, Sammet S. Multidrug-resistant organisms among refugees in Germany: we need evidence-based care, not fear-based screening. *The Journal of hospital infection*. 2016;92(3):229-31.
13. Phillips RM, Vujcic J, Boscoe A, Handzel T, Aninyasi M, Cookson ST, et al. Soap is not enough: handwashing practices and knowledge in refugee camps, Maban County, South Sudan. *Conflict and health*. 2015;9:39.
14. WIP. Alertheid gevraagd voor mogelijk risico van MRSA/BRMO-dragerschap onder asielzoekers. http://rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2015/Alertheid_gevraagd_voor_mogelijk_risico_van_MRSA_BRMO_dragerschap_onder_asielzoekers
15. Reuland EA, Sonder GJ, Stolte I, Al Naiemi N, Koek A, Linde GB, et al. Travel to Asia and traveller's diarrhoea with antibiotic treatment are independent risk factors for acquiring ciprofloxacin-resistant and extended spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae—a prospective cohort study. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. 2016.
16. Peirano G, Laupland KB, Gregson DB, Pitout JD. Colonization of returning travelers with CTX-M-producing *Escherichia coli*. *Journal of travel medicine*. 2011;18(5):299-303.
17. Tangden T, Cars O, Melhus A, Lowdin E. Foreign travel is a major risk factor for colonization with *Escherichia coli* producing CTX-M-type extended-spectrum beta-lactamases: a prospective study with Swedish volunteers. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 2010;54(9):3564-8.
18. von Wintersdorff CJ, Penders J, Stobberingh EE, Oude Lashof AM, Hoebe CJ, Savelkoul PH, et al. High rates of antimicrobial drug resistance gene acquisition after international travel, The Netherlands. *Emerging infectious diseases*. 2014;20(4):649-57.
19. van Hattem JM, Arcilla MS, Bootsma MC, van Genderen PJ, Goorhuis A, Grobusch MP, et al. Prolonged carriage and potential onward transmission of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Dutch travelers. *Future microbiology*. 2016;11:857-64.
20. Nurjadi D, Friedrich-Janicke B, Schafer J, Van Genderen PJ, Goorhuis A, Perignon A, et al. Skin and soft tissue infections in intercontinental travellers and the import of multi-resistant *Staphylococcus aureus* to Europe. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. 2015;21(6):567 e1-10.
21. Walter J, Haller S, Hermes J, Arvand M, Abu Sin M, Eckmanns T. Letter to the editor: Is there a need for special treatment of refugees at hospital admission? *Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2016;21(7):pii=30137.

Screening & Preventie

Grootschalige influenzavaccinatie bij een noodopvang voor asielzoekers

S. Feenstra, N. Nutma, Y. Fisscher, J. Hopman, M. Nabuurs

In december 2015 nam het aantal consulten van patiënten met influenza-achtige klachten snel toe bij de 2 huisartsenposten van Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) op de noodopvanglocatie Heumensoord van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA). In de twee ziekenhuizen in Nijmegen werden meerdere bewoners van deze locatie gezien met bevestigde influenza A. Twee patiënten werden opgenomen. Dit was aanleiding om het eerder genomen besluit om alleen risicogroepen te vaccineren tegen influenza te heroverwegen en over te gaan tot grootschalige vaccinatie van alle bewoners van Heumensoord.

In het najaar van 2015 werden bijna 3000 asielzoekers gehuisvest in de COA-noodopvanglocatie Heumensoord bij Nijmegen. Deze locatie bestond uit 30 paviljoens. Ieder paviljoen bestond uit 12 slaapvertrekken met elk 4 stapelbedden. Omdat de scheidingswanden tussen de slaapvertrekken niet tot aan het plafond reikten, was een paviljoen eigenlijk 1 grote ruimte waarin tot 96 personen sliepen. De bewoners deelden de eet-, recreatie- en sanitaire ruimte met de andere bewoners van hun 'dorp': per dorp waren er 800 tot 1200 bewoners. Daarnaast was er veel contact tussen de mensen uit de verschillende dorpen, bijvoorbeeld in de recreatieruimtes, waar vaak activiteiten plaatsvonden. Een situatie dus waar snelle verspreiding van aerogene infectieziekten mogelijk zou kunnen zijn.

Overleg

Op de locatie waren dagelijks vele medewerkers van het aanwezig. Door een groot netwerk van vrijwilligers werden veel activiteiten voor de bewoners van Heumensoord georganiseerd, zowel op als buiten het terrein. De kans op introductie van virale pathogenen zoals het influenzavirus vanuit de omgeving was daarom reëel. Dit risico werd besproken op het zogenoemde ketenpartneroverleg. Aan dit overleg dat werd georganiseerd door GGD en GHOR

GGD Gelderland-Zuid, namen alle ketenpartners deel die betrokken waren bij de gezondheidszorg voor bewoners van Heumensoord. Was het zinvol om een influenzavaccinatie aan te bieden aan alle bewoners van de locatie? Dit is echter niet in lijn met de jaarlijkse influenzavaccinatiecampagne waarbij alleen aan mensen ouder dan 60 of met onderliggend lijden een influenzavaccinatie wordt aangeboden. Op Heumensoord waren vooral jongvolwassen mannen en gezinnen gehuisvest. Bij deze groep is de kans op ernstige complicaties of overlijden door influenza klein. Daarnaast was het de opzet dat de bewoners slechts enkele weken in Heumensoord zouden blijven. Een (eenmalige) grootschalige vaccinatie leidt dan niet tot de gewenste groepsimmunitet. Na overleg met het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM, adviseerde het CIb om niet af te wijken van de richtlijnen voor de jaarlijkse influenzavaccinatie. De huisartsen van GCA werden dus geadviseerd om volgens de richtlijn alle 60-plussers en mensen met onderliggend lijden op te roepen voor een vaccinatie. Uit de gegevens van het huisartsinformatiesysteem bleek dat er ongeveer 120 personen in aanmerking kwamen voor de vaccinatie. In de praktijk bleek het lastig te zijn om deze mensen te bereiken. Hierdoor waren er aan het begin van het griepseizoen nog maar enkele mensen gevaccineerd.

Influenza A

Begin december 2015 werd in het Canisius-Wilhemina Ziekenhuis (Nijmegen) bij 2 bewoners van Heumensoord een influenza A-infectie vastgesteld. Eén van de patiënten, een kind, was opgenomen. In het Radboudumc was op hetzelfde moment een ernstig zieke patiënt uit Heumensoord opgenomen op verdenking van malaria. Deze patiënt bleek ook een influenza A-infectie te hebben. Opnieuw werd de vraag gesteld of vaccinatie van alle bewoners zinvol zou zijn. Hierbij speelde mee dat bij bewoners van Heumensoord bij een influenza-achtig beeld andere ziekten (zoals malaria) zou moeten worden uitgesloten. En dat bij opname in een ziekenhuis aerogene en MRSA-isolatie nodig zou zijn. Dit laatste vanwege de hogere prevalentie van BRMO- en MRSA-dragerschap bij asielzoekers. De ziekenhuizen vreesden dat zij onvoldoende isolatie capaciteit zouden hebben in geval van een grote uitbraak van influenza in Heumensoord. Daarnaast sprak GC A haar zorgen uit over de leefbaarheid in de paviljoens wanneer grote aantallen bewoners influenza zouden krijgen. Ook voorzagen ze een grote druk op de huisartsenposten in een tijd waarin ze al werden overspoeld met zorgvragen.

In december 2015 was er nauwelijks doorstroom van bewoners naar meer permanente COA-locaties. Hierdoor was er sprake van een vrijwel stabiele groep bewoners. De GGD besprak de afwegingen om een groeps vaccinatie aan te bieden opnieuw met het Clb. Vanwege het bijzondere karakter van de opvanglocatie besloot het Clb een responsteam bijeen te roepen voor overleg. Hierbij waren vertegenwoordigers van het Clb, GGD/GHOR Nederland, COA, GC A, GGD Gelderland-Zuid en artsen-microbiologen van de Nijmeegse ziekenhuizen aanwezig. Na dit responsteamoverleg werd aan het COA geadviseerd om alle

bewoners van Heumensoord een griepvaccinatie aan te bieden. Hierbij speelden 3 overwegingen een belangrijke rol, namelijk de uitzonderlijke grootte van de opvanglocatie, de mogelijke overbelasting van het zorgsysteem (eerste-, tweede- en derdelijnszorg) in geval van een uitbraak en het ontbreken van een ziekenboeg/cohortingsfaciliteit op de locatie.

Er werd besloten het personeel op de locatie geen vaccinatie aan te bieden, omdat zij in geval van griep thuis in goede omstandigheden zouden kunnen uitzielen. Ook was het de verwachting dat vaccinatie van personeel geen invloed zou hebben op de introductie van influenza, omdat bewoners van Heumensoord ook buiten de locatie een infectie op konden lopen. Uiteraard konden personeelsleden die tot risicogroepen behoren de vaccinatie bij hun eigen huisarts krijgen.

Vaccinatiedag

Op zaterdag 19 december 2015 organiseerde het GC A in samenwerking met GGD Gelderland-Zuid een vaccinatiedag voor alle bewoners van Heumensoord. De bewoners waren een dag eerder geïnformeerd door de COA-woonbegeleiders. Ook werden er brieven verspreid en posters opgehangen om de bewoners op de mogelijkheid van vaccinatie te attenderen. Het vaccinatieaanbod werd door de asielzoekers goed ontvangen. Bijna 60 % van de bewoners van Heumensoord liet zich op deze dag of in de dagen erna bij een van de huisartsenposten van GC A vaccineren. Het opkomstpercentage van de 5 grootste groepen bewoners was vergelijkbaar (Tabel 1).

Na de griepvaccinaties meldden zich bij de GC A nog een aantal bewoners met griepklachten. Er werden echter geen patiënten meer in het ziekenhuis opgenomen. Ook niet ten

Tabel 1 Overzicht gegeven influenzavaccinaties aan bewoners van de Heumensoordnoodopvang per leeftijdsgroep en naar land van herkomst (voor zover bekend) op 19 december 2015.

leeftijd	Influenzavaccinatie	Totaal aantal bewoners	Percentage gevaccineerd
<18 jaar	444	763	58%
18-60 jaar	1210	2101	58%
>60 jaar	26	56	46%
Alle leeftijden	1680	2920	58%
Land van herkomst (top5)			
Ethiopie/Eritrea	141	217	65%
Afghanistan	153	227	67%
Irak	205	374	55%
Iran	143	236	61%
Syrië	958	1692	57%

tijde van het hoogtepunt van de griep epidemie in Nederland, die vooral voor jong-volwassenen ernstig kon verlopen.

In verband met het risico op grote uitbraken van andere virale infecties onder de bewoners, bijvoorbeeld van norovirus, werden door het COA, GCA, GGD en GHOR afspraken gemaakt over opvang van patiënten op locatie (cohortverpleging) en de taakverdeling hierbij.

Conclusie

In deze bijzondere situatie waarin veel mensen dicht op elkaar verbleven lijkt een grootschalige influenzavaccinatie een goede keuze te zijn geweest. Hoewel harde bewijzen ontbreken, lijkt de vaccinatie van bijna 60% van de bewoners voldoende te zijn geweest om een uitbraak van influenza tijdens de rest van het influenzaseizoen te voorkomen.

Auteurs

S. Feenstra¹, N. Nutma¹, Y. Fisscher², J. Hopman³, M. Nabuurs⁴

1. GGD Gelderland-Zuid
2. Gezondheidscentrum Asielzoekers, Heumensoord
3. Radboudumc, Nijmegen
4. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

Correspondentie

NNutma@ggd gelderlandzuid.nl

Technische hygiënezorg

Nieuwe opvanglocaties voor asielzoekers, nieuwe technische hygiënezorg

D. Mensink, T. Veenstra

Sinds 2009 is technische hygiënezorg (THZ) een onderdeel van de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers (PGA). In dat kader worden locaties van het Centraal Orgaan Asielzoekers (COA) jaarlijks bezocht door een THZ-medewerker van de GGD (Gemeentelijke gezondheidsdienst) in de regio. De sterke toename van het aantal asielzoekers leidde in relatief korte tijd tot nieuwe opvanglocaties en nieuwe opvangvormen, wat een uitdaging vormde voor de afdelingen THZ van de GGD'en.

Het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV) beheert verschillende hygiënerichtlijnen, waaronder de hygiënerichtlijn voor collectieve voorzieningen voor asielzoekers (hierna genoemd hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra). Het is een praktische leidraad voor het opstellen van het hygiënebeleid in een asielzoekerscentrum. Door de grote toestroom van vluchtelingen in Nederland, met als gevolg het groeiende aantal opvanglocaties, stond het hygiënebeleid in asielzoekerscentra onder druk. GGD'en werden om advies gevraagd om de hygiëne van (nieuwe) opvanglocaties te waarborgen en het infectierisico zo klein mogelijk te houden.

Achtergrond

Grootschalige opvang van mensen brengt door de overdracht van micro-organismen risico's met zich mee. Asielzoekers zijn hierbij een kwetsbare groep. Juist voor hen is het extra belangrijk om op de opvanglocaties maatregelen te nemen die de verspreiding van bijvoorbeeld tuberculose, scabiës, klerluis, hoofdluis, hepatitis A (1), mazelen en water- en voedselgerelateerde ziekten (2,3) kunnen beperken. Mede hierom adviseerde het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) al in november 2015 om maatregelen te nemen om hygiënische omstandigheden in de opvang te borgen en crowding (het te dicht op elkaar bijeen laten zijn van mensen) te voorkomen. (3,4)

Ook de tijd van het jaar was een belangrijke factor: de verwachting was dat door het naderende winterseizoen de incidentie van luchtweginfecties en gastro-intestinale aandoeningen zou stijgen. (4)

Hulpvraag van de GGD

Het COA opende in september en oktober 2015 grote tijdelijke noodopvanglocaties zoals Heumensoord bij Nijmegen, om asielzoekers op te vangen. Vanwege de ontoereikende COA-opvangcapaciteit voor het aantal vluchtelingen, werden noodgedwongen alternatieve opvanglocaties in gebruik genomen die niet direct ingericht waren voor het tijdelijk opvangen van vluchtelingen. Denk hierbij aan sporthallen, kantoorpanden en zelfs voormalige gevangenissen. Bij het inrichten van deze zogenoemde gemeentelijke crisisnoodopvanglocaties werd in eerste instantie de hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra gehanteerd. Bij het snel openen van nieuwe opvanglocaties voor asielzoekers, dient de hygiëne op de locaties gewaarborgd te worden, maar moeten ook keuzes gemaakt worden. Wat zijn de grootste risico's en welke adviezen kunnen in deze situatie worden gegeven? Hoe minimaliseer je de infectierisico's binnen een noodopvanglocatie? De LCHV constateerde toen dat de richtlijn niet meer up-to-date was en te uitgebreid voor gebruik bij de gemeentelijke crisisnoodopvang.

Checklist voor gemeentelijke crisisnoodopvang

In samenwerking met de GGD'en uit het hele land werd een checklist ontwikkeld met de belangrijkste aandachtspunten bij het inzetten van gemeentelijke crisisnoodopvanglocaties. De checklist was eind september beschikbaar. Het is een dynamisch document geworden dat voortdurend aan de hand van praktijkervaringen werd geëvalueerd en aangepast. De checklist richt zich op schoonmaak, sanitaire voorzieningen, legionellapreventie, de behandeling van wasgoed en voedselveiligheid. Juist deze onderwerpen zijn meegenomen omdat er maatregelen voor te treffen zijn die het risico op de meest voorkomende ziektebeelden verkleinen. Denk bijvoorbeeld bij schoonmaak en wasgoed aan scabiës, kleeftuis en hoofdluis. De checklist is ontwikkeld als tool voor de THZ-inspecteur om de gemeentelijke crisisnoodopvang te adviseren.

Hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra

De hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra bleek ook net niet voldoende up-to-date te zijn. Dit vroeg om snelle actie omdat er veel nieuw te openen locaties werden verwacht. Het was niet wenselijk om in deze situatie de richtlijn volgens de gebruikelijke methode geheel te herzien. Deze is daarom via een alternatieve procedure herzien. Dit gebeurde in samenwerking met het COA, GGD GHOR Nederland, het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM en een aantal GGD'en met ruime ervaring met THZ in asielzoekerscentra.

De belangrijkste wijzigingen zijn:

- Het nieuwe programma van eisen van COA is verwerkt in de richtlijn;
- Normen voor de opslag en uitgifte van medicijnen zijn toegevoegd;
- Normen voor voedselveiligheid, stoomsterilisator en wondverzorging zijn toegevoegd aan de richtlijn;
- Hygiënenormen voor de kinderactiviteitenruimte zijn opgenomen;
- Specifieke normen ten aanzien van persoonlijke beschermingsmiddelen zijn beschreven;
- Desinfectiemiddelen moeten zijn toegelaten door het College voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen en biociden (CTGB) of het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), afhankelijk van de toepassing.

Verder kreeg de richtlijn een nieuwe lay-out, waarbij de normen in gekleurde kaders zijn opgenomen, wat bijdraagt aan het leesgemak.

Checklist hygiënenulmeting

Jaarlijks wordt er een hygiëneaudit uitgevoerd op COA-opvanglocaties aan de hand van de hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra van het LCHV. Vanwege het grote aantal nieuw te openen opvanglocaties was er de behoefte vanuit de THZ en het COA om audits als quick scan te doen voordat de locaties open gaan. Daarna kan een THZ-inspecteur de locatie desgewenst adviseren over de manier waarop bepaalde maatregelen toegepast moeten worden en welke nog ontbrekende maatregelen voor ingebruikname van de locatie noodzakelijk zijn. Omdat de hygiënerichtlijn van het LCHV te uitgebreid was voor deze quick scans, is een checklist Hygiënenulmeting ontwikkeld. De checklist is een houvast voor de THZ'er en daarnaast zeer nuttig voor een locatie-manager. De checklist voor de nulmeting is ontwikkeld op basis van de checklist Gemeentelijke crisisnoodopvang en de herziene hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra.

Tot slot

Sinds 1 mei 2016 worden de jaarlijkse audits bij opvanglocaties gedaan aan de hand van de nieuwe hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra.

Sinds 1 juni 2016 worden nieuwe COA-opvanglocaties, voordat zij open gaan, beoordeeld aan de hand van de checklist Hygiënenulmeting. Indien het niet mogelijk is om dit te doen voor de opening, mag de hygiënenulmeting nog tot maximaal 1 maand na opening uitgevoerd worden. De jaarlijkse audit van de nieuwe opvanglocaties worden 6-9 maanden gepland na de nulmeting. Als er geen nulmeting is uitgevoerd, is de jaarlijkse audit 3 maanden na de opening van de betreffende locatie.

De checklist voor gemeentelijke crisisnoodopvang is momenteel niet meer in gebruik omdat alle opvanglocaties onder beheer zijn van het COA en daarmee gebonden zijn aan de hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra. Worden er weer nieuwe gemeentelijke crisisnoodopvanglocaties in gebruik genomen, dan kan de checklist opnieuw worden gebruikt. De hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra en de checklist Hygiënenulmeting voor nieuwe COA-opvanglocaties kunt u vinden op de website van het LCHV.

Wilt u op de hoogte blijven van de ontwikkelingen van de richtlijnen van het LCHV, meld u dan aan via onze blijf-op-de-hoogteservice.

Auteurs

D. Mensink, T. Veenstra, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid, RIVM, Bilthoven

Correspondentie

dmensink@lchv.nl

Literatuur

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), http://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Asielzoekers_en_infectieziekerisico/Informatie_voor_vrijwilligers_bij_opvang_asielzoekers
2. World Health Organization (WHO), <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Expert-opinion-irregular-migrants-public-health-needs-Sept-2015.pdf>
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/refugee-migrant-health-in-european-winter-rapid-risk-assessment.pdf>

Voorlichting

4refugees

N. Nutma, M. Nabuurs, Y. Fisscher, L. van Driel, Y. Sterken, H. Aangenend, B. Pol, A. Voss

Hoe maak je informatie over hygiëne en infectiepreventie beschikbaar voor vluchtelingen in de noodopvang Heumensoord? vroeg projectgroep 4refugees zich in september 2015 af. Enkele maanden later was er informatiemateriaal (posters, digitale informatie en een filmpje) beschikbaar in verschillende talen over verschillende onderwerpen. Hand- en hoesthygiëne, scabiës, hoofdluis komen aan bod, maar ook voorlichting over de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. Samen met onder andere het COA (Centraal Orgaan opvang asielzoekers) en het GC A (Gezondheidscentrum Asielzoekers) op Heumensoord werden relevante thema's geïdentificeerd. Materialen werden getest en verbeterd, zodat de vorm en inhoud aansluit bij de doelgroep. Het informatiemateriaal is vrij toegankelijk, ook voor andere professionals die met asielzoekers werken, via de website www.4refugees.nl.

Samenwerking

GoViralGo, een onderdeel van het project Health-i-care, wil betrouwbare, begrijpelijke informatie bieden aan mensen over infectieziekten en infectieziektepreventie. Via verschillende kanalen zoals internet, social media en spraakcomputers. Professionals zoals artsen-microbiologen van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen en medewerkers van GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst) Gelderland-Zuid werken in dit project samen met communicatiebureau Bananaa en softwareontwikkelaar Virtask en met de gedragswetenschappers van Tabula Rasa. Toen in september 2015 bekend werd dat in Nijmegen een groot-schalige noodopvang voor 3.000 asielzoekers zou openen, startte een projectgroep met de ontwikkeling van materialen voor bewoners van deze locatie. Hiermee was het project 4refugees geboren, waarin nauw is samengewerkt met het COA en het GC A Heumensoord.

Onderwerpen

Hoest- en handhygiëne kan in grootschalige opvanglocaties voor asielzoekers cruciaal zijn om uitbraken van luchtwegen- en gastro-intestinale infecties te beperken of te voorkomen. Medewerkers van het COA en de GC A op Heumensoord onderschreven het belang hiervan. Zij bevestigden daarnaast dat er behoefte was aan informatie

rondom verschillende gezondheidsthema's, zoals scabiës. Toen de noodopvang open was (van oktober 2015 tot mei 2016) werkte het team intensief samen met de GGD, COA en GC A, en andere zorgverleners in de regio (zoals de huisartsenpost, verloskundigen, ziekenhuizen, het Rode Kruis, Dokters van de Wereld) en kon het ook andere knelpunten omzetten in informatiematerialen voor bewoners.

Materialen

Op basis van bestaande informatie zoals werden nieuwe materialen gemaakt. Daarbij was het uitgangspunt: begrijpelijke teksten op B1-niveau, in verschillende talen (arabisch, engels, farsi, tigrinya), weinig tekst en veel illustraties. De materialen zijn vervolgens gepresenteerd aan een groep bewoners van Heumensoord. Uit een participatief onderzoek (zie kader) van Tabula Rasa bleek dat de materialen niet voldeden. Zo bleken illustraties (cartoons) niet duidelijk te zijn voor asielzoekers. De asielzoekers voelden zich niet serieus genomen en daarnaast kregen ze adviezen die in de praktijk niet uitvoerbaar waren. Het advies om je handen te wassen voor het eten was bijvoorbeeld lastig uitvoerbaar, door het gebrek aan een handenwasgelegenheid in de eetzaal. Het gebruik van papieren zakdoeken bij hoesten en niezen was niet mogelijk, omdat deze niet werden verstrekt in het basispakket verzorgingsartikelen.

Participatief onderzoek

Participatief onderzoek is een onderzoeksvorm waarin de onderzochten medeonderzoeker zijn. In de gekozen uitvoering onderzochten zij in kleine groepen, van steeds wisselende samenstelling, wat de knelpunten waren in de eerste concepten van voorlichtingsmaterialen en hoe die opgelost zouden kunnen worden. Zij leverden ook commentaar op de begrijpelijkheid van de tekst en aansluiting bij hun belevingswereld.

Tabula Rasa adviseerde op basis van de resultaten van het participatief onderzoek om alle illustraties te vervangen door fotomateriaal wat gemaakt werd op locatie. De bevindingen werden besproken met het COA Heumensoord, dat het advies overnam om papieren zakdoekjes op te nemen in het verzorgingsartikelenpakket. In alle drie de eetzaalen van Heumensoord plaatste men ook een handendesinfectiepaal. Deze werden door de fabrikant en de GGD beschikbaar gesteld. Het bestellen en dagelijks bijvullen van de dispensers met handendesinfectans regelde het COA.

Verspreiding informatie

Posters over hand- en hoesthygiëne werden in de eet- en recreatiezalen, was- en sanitaire ruimtes, in de GC A-huisartspraktijken (op locatie waren er 2), bij de apotheek en COA-kantoren opgehangen. Daarnaast toonden tv's in de recreatieruimtes informatie. Digitaal was alle informatie via de website te bekijken. Het COA-personeel kreeg instructies over goede hoesthygiëne, zodat zij in lijn met de adviezen handelden.



Foto 1 promotiemateriaal in het engels: handen wassen.



Foto 2 promotiemateriaal in het arabisch: Hoesthygiëne.



Foto 3 promotiemateriaal in het engels: Behandeling van hoofdluis.

Nieuwe onderwerpen

Na het openen van de Heumensoordschool kwamen er meldingen van kinderen met hoofdluis. In samenspraak met de medewerkers van de afdeling jeugdgezondheidszorg, de school en het GC A werd in kaart gebracht wie wat deed in de hoofdluisbestrijding bij deze groep. Vervolgens ontwikkelde de projectgroep informatiemateriaal in de verschillende talen: wat is hoofdluis, hoe herken je het, hoe behandel je het, waar haal je een luizenkam. Deze materialen werden door school meegegeven aan kinderen met hoofdluis. Ook waren deze materialen beschikbaar voor GC A-medewerkers ter ondersteuning van de behandel-instructies.

Voorlichting over de zorg

Al vrij snel na de opening van Heumensoord bleek dat het voor bewoners niet duidelijk was hoe de gezondheidszorg in Nederland voor hen georganiseerd was. De huisarts als eerstelijnszorgverlener, de verloskundige, spaarzaam antibioticagebruik, een verzekering die veel maar niet alles dekt. Voorbeelden van punten waarop de zorg in Nederland vaak erg verschilt met de zorg in landen van herkomst. Dit zorgde voor frustratie en onvrede onder de bewoners en een grote druk op de zorg.

Vanuit het perspectief van de infectiepreventie is het van groot belang dat patiënten zich tijdig melden bij de huisarts.

In overleg met het COA en GCA Heumensoord werd besloten een voorlichting over de zorg in Nederland te organiseren voor de bewoners van Heumensoord. (zie het hierop volgende artikel over de voorlichting).

Blik op de toekomst

Heumensoord sloot 2 mei 2016 als COA-noodopvanglocatie. Alle bewoners vertrokken naar COA-locaties elders in het land. 4refugees stelt graag de in Heumensoord opgedane ervaringen en de ontwikkelde materialen beschikbaar voor gebruik op andere COA-locaties. De materialen zijn voor iedereen vrij toegankelijk op www.4refugees.nl.

Auteurs

N.Nutma¹, M. Nabuurs², Y. Fisscher³, L. van Driel⁴, Y. Sterken¹, H. Aangenend¹, B. Pol⁵, A. Voss²

1. GGD Gelderland-Zuid
2. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
3. Gezondheidscentrum Asielzoekers, Heumensoord
4. Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, Heumensoord
5. Tabula Rasa

Correspondentie

NNutma@ggd gelderland zuid.nl

Informatiematerialen zijn te vinden op:
www.goviralgo.nl/downloads

Voorlichting

Voorlichting over de gezondheidszorg in Nederland

R. van Deuren, K. Hoondert, N. Nutma, M. Nabuurs

Onvoldoende kennis over het Nederlandse zorgsysteem en onvoldoende gezondheidsvaardigheden zijn risicofactoren voor de gezondheid van vluchtelingen. Dit is beschreven in de Kennissythese 2016 van Pharos, expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, die in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Milieu (VWS) een onderzoek deed naar de gezondheidsverschillen tussen niet-westerse migranten en autochtone Nederlanders. (1) De signalen die de bewoners van Heumensoord gaven over de onduidelijkheid van de organisatie van de medische zorg en de frustratie hierover bevestigden deze bevinding. Bovendien rapporteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op 24 maart 2016 de aanbeveling dat voorlichting aan asielzoekers over de Nederlandse gezondheidszorg nodig is, vanwege het geconstateerde onbegrip, andere verwachtingen en daardoor vaak onvrede over de zorg.

Voorlichting Gezondheidszorgsysteem in Nederland

De GGD Gelderland Zuid en GoViralGo (2) zetten in samenwerking met het COA (Centraal Orgaan opvang asielzoekers), het GC A (Gezondheidscentrum Asielzoekers), Dokters van de Wereld en medische studenten van de Radboud Universiteit Nijmegen, een voorlichting op over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Zij gingen uit van bestaand materiaal over het gezondheidszorgsysteem in Nederland van zowel het COA als de GGD'en. Ze versterkten de voorlichting door deze aan de doelgroep aan te passen door gebruik te maken van de ervaringen opgedaan bij de ontwikkeling van GoViralGo-informatiematerialen. Zo werd fotomateriaal in plaats van tekeningen gebruikt, werd de hoeveelheid tekst geminimaliseerd en concreetiseerde men de adviezen. Daarnaast probeerde men inzicht te geven in de bestaande cultuurverschillen in de gezondheidszorg: 'Hoe doen wij dit in Nederland'. De reden van spaarzaam antibioticagebruik, het belang van zelfzorg en de rol van de huisarts als poortwachter werden uitgelegd. Met als doel om meer helderheid te verschaffen over de organisatie van de zorg in Nederland en zo de verwachtingen van de bewoners ten aanzien van de zorg bij te stellen.

Voorlichtingsbijeenkomsten

Begin maart 2016 startte de voorlichting. In 4 weken tijd gaf men op Heumensoord 30 voorlichtingen van 1,5 uur in 5 verschillende taalculturen (arabisch, tigrinya, farsi, dari en koerdisch) met een tolk. Per voorlichting zijn 30 à 40 bewoners uitgenodigd, in totaal woonden 404 bewoners de voorlichting bij. Door elke bijeenkomst te evalueren, kon de voorlichting aangepast en aangevuld worden.

Evaluatie

Noodopvang Heumensoord

De deelnemers gaven regelmatig aan dat de voorlichting erg laat kwam, maar dat ze deze toch als nuttig ervoeren. Vooral de verschillen in het voorschrijfbeleid van antibiotica, de vergoeding voor de tandzorg en de inzet van assistentes en verpleegkundigen waren onderwerpen waarover veel onduidelijkheid en daardoor waarschijnlijk veel onvrede heerste bij de bewoners. Een deel van de informatie uit de voorlichting werd ook weergegeven op de tv's in de recreatieruimten, waardoor de bewoners die de

Reacties van bewoners

Afghaanse man, 30 jaar: “De informatie was erg aanneemelijk en nuttig. Ik leerde echt nieuwe dingen, zoals dat het lichaam zelf ziektes kan overwinnen. Dat was voor mij erg interessant. In Afghanistan wordt hier op geen enkele wijze aandacht aan besteed. Degene die de informatie overbrachten hebben dat op een goede wijze gedaan. En gezien de beperkte tijd zijn mogelijk een aantal zaken onderbelicht gebleven. Maar het kan ook zijn dat alleen over de belangrijkste zaken toelichting werd gegeven. Hartelijk bedankt voor uw medewerking.”

Eritrese man, 24 jaar: “Heel erg mooi, maar ik zit al ruime tijd in dit vluchtelingenkamp. Het liefst had ik deze voorlichting eerder gekregen. Nu heb ik al bijna een verblijfsvergunning. Het was wel goed voor mij. Bedankt iedereen daarvoor.”

voorlichting al hadden gehad een geheugensteuntje kregen, maar de informatie uit de voorlichting ook voor anderen toegankelijk werd. De bewoners ervoeren de voorlichting als informatief: er ontstond meer duidelijkheid en daardoor begrip over de organisatie van de zorg in Nederland.

AZC Nijmegen

In het AZC in Nijmegen gaf men bewoners die gemiddeld 8 maanden in Nederland waren ook de voorlichting. Ondanks het feit dat zij al langer in Nederland waren en sommigen al een verblijfsvergunning hadden, was de informatie voor hen bruikbaar en informatief. Ook zij gaven aan dat ze deze voorlichting graag eerder hadden gekregen.

Conclusie

Uit de evaluaties van de voorlichting bleek dat de bewoners de ontwikkelde voorlichting informatief, praktisch en nuttig vonden. Zij gaven aan dat ze het prettig gevonden hadden wanneer zij deze voorlichting snel na binnenkomst in Nederland al hadden gekregen. Naar aanleiding van deze positieve feedback en ervaringen in Nijmegen, raden wij aan om deze voorlichting aan iedereen kort na binnenkomst in Nederland te geven, onafhankelijk van de soort opvang waarin zij verblijven. Een landelijk identiek pakket heeft de voorkeur, zodat de gegeven informatie voor alle asielzoekers gelijk is. Het rapport en de voorlichtingsmaterialen zijn op te vragen via khoondert@ggd gelderlandzuid.nl

Auteurs

R. van Deuren, K. Hoondert, N. Nutma, M. Nabuurs, GGD Gelderland-Zuid

Correspondentie

rvandeuren@ggd gelderlandzuid.nl

Literatuur

1. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen. 2016.
2. GoViralGo, een samenwerkingsverband vanuit professionals van het CWZ Nijmegen, GGD Gelderland-Zuid, Bananaa, Virtask en Tabula Rasa.

Voorlichting

Toegang tot medische zorg voor asielzoekers

J. Timmer, T.A.M. Fraanje

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2015 onderzoek gedaan naar de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de medische zorg aan asielzoekers die in recent geopende opvanglocaties verbleven. Daarbij keek de IGZ ook naar de infectieziektepreventie en -bestrijding.

In 2015 intensiveerde de IGZ haar toezicht op de medische zorg aan asielzoekers. Als gevolg van de hoge instroom werd het aantal opvangplaatsen voor asielzoekers snel uitgebreid. Deze uitbreiding brengt risico's met zich mee voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de medische zorg.

In het toezicht was veel tussentijdse informatie-uitwisseling met de landelijke ketenpartners: Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A), Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), GGD GHOR (Gemeentelijke Gezondheidsdienst Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio) Nederland en Menzis COA Administratie (MCA). Ook ontving de IGZ periodiek landelijke monitorinformatie van de ketenpartners. Deze informatie gaf inzicht in risico's in de medische zorg aan asielzoekers. De resultaten van de inspectiebezoeken koppelde de IGZ op korte termijn terug aan de bezochte opvanglocaties.

Onderzoek

Uit het toezichtonderzoek blijkt dat de ketenpartners in 2015 niet aan alle normen voldeden voor de medische zorg. Dit had vooral te maken met de uitzonderlijk hoge instroom van asielzoekers in Nederland. Een belangrijke constatering is dat de betrokken ketenpartners de grootste risico's in de medische zorg aan asielzoekers voldoende in beeld hadden. In samenspraak met de inspectie namen zij maatregelen om de gesignaleerde risico's te beperken. Zoals de IGZ ook van hen verwacht. De IGZ waardeert overigens de grote inzet en flexibiliteit waarmee medewerkers op de

opvanglocaties hun werk doen, vaak in omstandigheden die verre van ideaal zijn.

Ondanks deze betrokkenheid en grote inzet van medewerkers op de nieuwe opvanglocaties, voldeden de ketenpartners niet aan alle normen. Zo kregen veel asielzoekers na binnenkomst in Nederland geen medische intake door het GC A en verslechterde de bereikbaarheid van de GC A-praktijklijn.

Ondanks extra inspanningen van GGD'en op het gebied van Jeugdgezondheidszorg (JGZ) startte de JGZ niet bij alle kinderen (tot 18 maanden) tijdig met het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Over het bereik van de JGZ in de uitvoering van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg was onvoldoende monitorinformatie beschikbaar.

Tbc-screening

Door achterstand in de registratie en identificatie van in Nederland binnengekomen asielzoekers vond de tuberculose (tbc)-screening niet tijdig plaats. Registratie en identificatie zijn noodzakelijk voor de screening, omdat de uitslag van de screening in het persoonlijk dossier van de asielzoeker opgenomen moet worden. Zo kunnen personen met tbc getraceerd en behandeld worden. Inmiddels is de registratie en identificatie weer op orde waardoor de eerste tbc-screening bij nieuwe asielzoekers weer tijdig plaatsvindt.

Gedurende 2 jaar na binnenkomst wordt bij asielzoekers uit hoogrisicolanden de tbc-screening ieder half jaar herhaald. Uit het toezichtonderzoek bleek dat de vervolgscreening op

tbc wel door GGD'en werd uitgevoerd, maar dat inzicht over het bereik (hoeveel mensen daadwerkelijk naar de screening komen) hiervan ontbreekt. In samenspraak met GGD GHOR Nederland maakte de IGZ afspraken over het verkrijgen van monitorinformatie op dit gebied.

Scabiës

Met betrekking tot scabiës(uitbraken) werden extra inspanningen geleverd door de GGD'en, GC A en het COA. In bijna alle bezochte opvanglocaties was in de tweede helft van 2015 sprake geweest van scabiës(uitbraken). De behandeling van scabiës vroeg extra capaciteit van de ketenpartners. Hoewel zij verbeterpunten noemden in de aanpak van scabiës waren de betrokken partijen over het algemeen tevreden over de wijze waarop de scabiës-uitbraken waren aangepakt.

De IGZ onderzocht of de GGD'en de collectieve voorzieningen van de nieuwe opvanglocaties volgens de hygiëne-richtlijnen van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LHCV) van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) inspecteerden en of zij hier rapporteerden en adviseerden aan het COA. Doordat een duidelijke norm voor de technische hygiënezorg inspectie (THZ) van nieuwe opvanglocaties ontbrak, gaf de IGZ geen oordeel over dit onderwerp. Wel constateerde de IGZ dat niet op alle nieuwe opvanglocaties een THZ-inspectie plaatsvond.

Tijdens het toezichtonderzoek signaleerde de IGZ dat op de nieuwe opvanglocaties normen ontbraken voor de samenwerking tussen de ketenpartners COA en GC A. Voor dit onderwerp en de THZ-inspectie op nieuwe opvanglocaties maakte de IGZ afspraken met de ketenpartners over het ontwikkelen van dergelijke normen.

Conclusie

Terugblikkend op het toezichtonderzoek in 2015 concludeert de IGZ dat de gekozen opzet en werkwijze effectief waren. De ketenpartners waardeerden de snelle, tussentijdse terugkoppeling van de resultaten van de inspectiebezoeken, eveneens als het periodieke overleg tussen de IGZ en de landelijke ketenpartners. Het tussentijds uitwisselen van informatie over de (nieuw) ontstane risico's en landelijke monitorinformatie van de ketenpartners, maakte het inzetten van verbeteracties mogelijk. Doordat de IGZ inzicht kreeg in de landelijke gegevens van de ketenpartners kon het aantal inspectiebezoeken beperkt blijven. De IGZ bleef door de interactie met de ketenpartners geïnformeerd over de actuele ontwikkelingen in het veld.

De intrinsieke motivatie van de ketenpartners om de risico's als gevolg van de hoge instroom en snelle uitbreiding van het aantal opvangplaatsen zoveel mogelijk te beperken, kon goed worden benut. Daarbij bleven zij zelf verantwoordelijk voor het realiseren van verbeteringen.

Auteurs

J. Timmer, T.A.M. Fraanje, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht

Correspondentie:

ta.fraanje@igz.nl

Onderzoek

Infectieziektensyndroom-surveillance bij asielzoekers

M. Mollers, M. Hooiveld, S. Evers, S. Goosen, R. Verheij, S. Hahné

In 2015 registreerden zich ruim 1,3 miljoen asielzoekers in de EU+ (Europese Unie, Noorwegen en Zwitserland). (1) Naar verwachting zal de instroom van asielzoekers de komende jaren aanzienlijk blijven. (2)

Slechte hygiënische omstandigheden in landen waar asielzoekers vandaan komen en doorheen reizen, onderbroken gezondheidsprogramma's (zoals vaccinatieprogramma's) en de fysieke omstandigheden tijdens het verblijf in collectieve opvanglocaties dragen bij aan een verhoogd risico op infectieziekten bij asielzoekers.

Asielzoekers vallen echter niet te definiëren als homogene groep als het gaat om infectieziekten. Het risico op tuberculose is bijvoorbeeld sterk afhankelijk van de omstandigheden in het land van herkomst en tijdens de vlucht. Inzicht in de epidemiologie van infectieziekten bij asielzoekers is van belang voor optimale gezondheidszorg, zowel curatief als preventief.

In Nederland is het Clb (Centrum infectieziektebestrijding) van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) verantwoordelijk voor de landelijke surveillance van infectieziekten. Behalve bij de meldingsplichtige ziekten die door de GGD'en (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) geregistreerd worden in OSIRIS, registreren de meeste andere surveillancesystemen echter niet of het een ziekte bij een asielzoeker betreft. Bovendien bestaat er op dit moment geen landelijke surveillance onder asielzoekers voor in deze groep vaak voorkomende ziekten, zoals scabiës. Om meer inzicht te krijgen in de prevalentie, trends en uitbraken van infectieziekten bij specifieke groepen asielzoekers startten het Clb, het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) en GC A (Gezondheidscentrum Asielzoekers) met de syndroomsurveillance voor infectieziekten bij asielzoekers die in een COA-opvanglocatie verblijven.

Syndroomsurveillance is niet gebaseerd op een door het laboratorium bevestigde diagnose van een ziekte. In de surveillance wint men snelheid door naar gezondheidsindicatoren te kijken op basis van de door huisartsen gestelde klinische diagnoses en symptomen ('syndroom'). (3) Deze vorm van surveillance is weliswaar minder specifiek, maar wel gevoelig en snel, en kan een aanvulling op laboratoriumgebaseerde surveillancesystemen vormen. (4)

Asielzoekers ontvangen eerstelijnszorg via het GC A. GC A-zorgverleners registreren diagnoses, symptomen en de verleende zorg in één landelijk huisartsinformatiesysteem (HIS). Zij maken hierbij gebruik, net als in reguliere huisartsenpraktijken, van ICPC-codes (International Classification of Primary Care). (2,3,5,6) Deze gegevens vormen de basis voor de surveillance. Het NIVEL zal de anonieme gegevens wekelijks verzamelen en beschikbaar maken voor het Clb. Het Clb zal vervolgens de incidentie van bepaalde infectieziektesyndromen schatten en probeert uitbraken vroegtijdig te signaleren.

Na een jaar zal het systeem geëvalueerd worden om na te gaan wat de toegevoegde waarde is ten opzichte van bestaande surveillancesystemen.

Auteurs

M. Mollers^{1,2}, M. Hooiveld^{1,3}, S. Evers⁴, S. Goosen⁵, R. Verheij³, S. Hahné¹

1. RIVM, Centrum Infectieziektenbestrijding
2. European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden
3. NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht
4. Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A)
5. GGD GHOR Nederland

Correspondentie

Susan.Hahne@rivm.nl

Literatuur

1. EASO, Latest asylum trends. Number of applications for international protection in the EU+1. Valetta: EASO September 2015; Available from: <https://easo.europa.eu/wp-content/uploads/Latest-Asylum-Trends-snapshot-Sept-2015.pdf>. 2015.
2. Catchpole, M. and D. Coulombier, Refugee crisis demands European Union-wide surveillance! Euro Surveill, 2015. 20(45).
3. TripleS-Project, Assessment of syndromic surveillance in Europe. Lancet, 2011. 378(9806): p. 1833-4.
4. Asten van, L., et al., Mogelijkheden van syndroomsurveillance. Staat van Infectieziekten 2011. RIVM Rapport 210211008/2012. Bilthoven, RIVM, 2012. 2012.
5. Lamberts, H. and M. Wood, International classification of primary care. 1987, Oxford.
6. (NHG), N.H.G., Richtlijn dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD), tweede versie. Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap. 2009.

Onderzoek

Bescherming tegen infectieziekten bij volwassen asielzoekers

M.Curvers, A. Tostmann, J.L.A Hautvast, W.L.M. Ruijs, H.E. de Melker, F. van der Klis, G. Freidl, I.K. Veldhuijzen

Serologisch onderzoek en mazelenuitbraken onder vluchtelingen elders in Europa wijzen op onvoldoende bescherming van asielzoekers tegen mazelen en andere ziektes waartegen gevaccineerd kan worden. Asielzoekerskinderen tot 19 jaar krijgen in Nederland de vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma aangeboden. Om na te gaan hoe goed volwassen asielzoekers beschermd zijn, startte in de zomer van 2016 een serologisch onderzoek in drie asielzoekerscentra. De resultaten kunnen worden gebruikt als input voor het vaccinatiebeleid in Nederland. We beschrijven de ervaringen met de opzet en uitvoering van dit onderzoek.

Aanleiding

Op 1 juli 2016 waren er rond de 37.000 personen in de asielopvang. Hiervan komt bijna de helft uit Syrië, gevolgd door Eritrea, Irak, Afghanistan en Iran. Veel asielzoekers werden tijdens hun reis naar Nederland blootgesteld aan slechte levensomstandigheden en hygiëne. Bovendien leven ze in de asielzoekerscentra dicht op elkaar. Die omstandigheden verhogen de kans om infectieziekten op te lopen. In Nederland worden asielzoekers gescreend op tuberculose, en indien nodig op scabiës, en worden uitbraken van bijvoorbeeld scabiës, waterpokken of hepatitis A bestreden na melding aan de GGD. De infectieziekten lijken beperkt en beheersbaar. (1) Recente uitbraken van mazelen in asielzoekersopvangcentra in Duitsland en Frankrijk laten echter zien dat de mate van bescherming tegen mazelen onder asielzoekers waarschijnlijk te laag is voor groepsimmunitet. (2,3) In Duitsland bleek uit serologisch onderzoek onder volwassen asielzoekers een relatief lage seroprotectie is tegen mazelen (79,9%), terwijl dit boven de 94% moet zijn voor groepsimmunitet. (2) Inzicht in de bescherming van asielzoekers in Nederland tegen de ziekten uit het Rijksvaccinatieprogramma ontbreekt.

Het ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) geeft de aanbeveling de vaccinatiestatus van alle asielzoekers vast te stellen en de vaccinaties volgens het landelijke programma aan te bieden. (4) Dat gebeurt in Nederland bij asielzoekers tot 19 jaar. (5) Volwassen



Foto Bloedafname door medewerkster van Saltro

asielzoekers krijgen geen vaccinaties aangeboden, omdat men veronderstelt dat zij meestal immuun zijn door natuurlijke infectie of vaccinaties in het verleden. In dit onderzoek willen we nagaan wat de bescherming is van volwassen asielzoekers tegen verschillende door vaccinatie te voorkomen ziekten. Hiermee kunnen we onderzoeken of vaccinaties voor volwassen asielzoekers toch van belang zijn. Om deze reden startte in 2016 een onderzoek vanuit het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) in samenwerking met de Academische Werkplaats AMPHI van het Radboudumc (Radboud universitair medisch centrum) in Nijmegen.

Onderzoeksopzet

Het doel van deze studie is om de seroprevalentie tegen mazelen, bof, rodehond, waterpokken, difterie, tetanus, polio en hepatitis A en B onder volwassen asielzoekers te bepalen. Aangezien kinderen tot 19 jaar onder het vaccinatieprogramma vallen en mensen boven de 45 jaar vaak al immuun zijn door natuurlijke blootstelling in het land van herkomst of door eerdere vaccinaties (2), bestaat de doelgroep uit asielzoekers tussen de 18 en 45 jaar. De herkomst is beperkt tot asielzoekers uit Ethiopië, Eritrea, Irak, Iran, Afghanistan en Syrië. Indeling vindt plaats in landengroepen, te weten [1] Syrië, [2] Iran, Irak en Afghanistan en [3] Eritrea en Ethiopië, waarbij gestreefd wordt naar 300 deelnemers per groep. Vervolgens gaat de voorkeur uit naar een verdere evenwichtige onderverdeling in de leeftijdsgroepen 18-25 jaar, 26-35 jaar en 36-45 jaar met 100 deelnemers per landgroep. Samen met het COA zijn de asielzoekerscentra Dronten, Luttelgeest en Almere vanwege hun grootte uitgekozen om het onderzoek uit te voeren. Studiematerialen zoals uitnodigingsbrieven, vragenlijsten en toestemmingsverklaringen werden opgesteld in de meest gesproken talen (Arabisch, Farsi, Tigrinya en Amhaars). Daarnaast ontvingen de asielzoekers

ook een flyer met pictogrammen, zodat ook de mensen die niet kunnen lezen of schrijven geïnformeerd konden worden. Ook zijn in de AZC's posters opgehangen met de dagen van het onderzoek en wat algemene informatie. Voor het onderzoek is gewerkt met tolken die in de week voor het onderzoek een training kregen. Antistofbepalingen worden uitgevoerd volgens de PIENTER-onderzoeksmethoden.

Dataverzameling

Asielzoekers moeten zich wekelijks verplicht melden bij de vreemdelingenpolitie en het COA op het AZC. In Dronten en Almere werden tijdens deze melddag de uitnodigingsbrieven uitgedeeld. De brief vermeldde het moment waarop de deelnemers verwacht werden wanneer zij wilden deelnemen aan het onderzoek. In Luttelgeest bezochten de woonbegeleiders asielzoekers persoonlijk om hen te informeren over het onderzoek en om brieven uit te delen. Op de onderzoeksdagen ontvingen de deelnemers in groepjes of individueel uitleg over de studie door een tolk. De tolken hielpen daarnaast met het invullen van de toestemmingsverklaring en de korte vragenlijst over vaccinatiehistorie. Voor de bloedafname zijn vrouwelijke bloedprikkers en kamerschermen voor privacy ingezet om eventuele culture barrières voor vrouwen om mee te doen aan het onderzoek weg te nemen. Als vergoeding voor hun medewerking ontvingen deelnemers €10.

In juli en augustus namen in totaal 633 asielzoekers mee aan het onderzoek. Uit de analyse van de vragenlijsten bleek dat een aantal mensen was geboren in andere landen dan de geselecteerde landen voor het onderzoek. Ook ontbrak de leeftijd soms. Uiteindelijk is deze voorlopige analyse gebaseerd op 605 deelnemers. Van de deelnemers was 80% man (in deze periode was 72% van de bewoners van 18-39 jaar man) en de gemiddelde leeftijd was 29 jaar, zie ook tabel 1.

Tabel 1 Overzicht van het aantal deelnemers per land van herkomst en leeftijdsgroep.

	18-25 jaar	26-35 jaar	36-45 jaar	Totaal
Syrië (landgroep 1)	92	117	79	288
Iran	32	54	25	111
Irak	26	43	13	82
Afghanistan	35	26	10	71
Totaal landengroep 2	93	123	48	264
Eritrea* (landgroep 3)	13	25	15	53
Totaal	198 (33%)	265 (44%)	142 (23%)	605

* waarvan 1 geboren in Ethiopië

Hoewel volgens het COA veel asielzoekers uit Ethiopië komen, bleek tijdens de dataverzameling dat er nauwelijks Amhaars-sprekende mensen uit Ethiopië woonachtig waren in de AZC's. Asielzoekers uit Eritrea die geboren zijn voor 1993 lijken geregistreerd te staan als Ethiopiërs, omdat het land in dat jaar de onafhankelijkheid verkreeg. Het aantal Eritrese deelnemers viel waarschijnlijk lager uit door een andere sociaal-culturele perceptie van een dergelijk onderzoek. Sommige Eritreeërs wilden niet meewerken omdat ze, ondanks de uitleg, toch bang waren dat de resultaten van het bloedonderzoek van invloed konden zijn op hun asielpcedure. Omdat de opkomst van Eritreeërs in alle AZC's tegenviel is de verwachting dat het uitbreiden van het onderzoek naar een ander AZC weinig op zal leveren. De precisie van de seroprevalentieschatting voor Eritreeërs zal minder groot zijn dan die voor deelnemers uit landengroep 1 (Syrië) en 2 (Iran, Irak, Afghanistan), waar het beoogde aantal deelnemers vrijwel is bereikt.

Vervolg

In het najaar worden de bloedmonsters geanalyseerd. In 2017 volgt verdere analyse en rapportage. Bij de analyse zal de seroprevalentie onder asielzoekers ook worden vergeleken met die van de Nederlandse bevolking uit het PIENTER-onderzoek.

Dankbetuiging

Naast de deelnemers aan het onderzoek willen we Jan van Burg en Joan Kooren van het COA bedanken voor de hulp bij de voorbereiding van de studie en daarnaast de locatiemanagers en woonbegeleiders van AZC Dronten, Luttelgeest en Almere voor de goede samenwerking.

Auteurs

M. Curvers¹, A. Tostmann², J.L.A. Hautvast², W.L.M. Ruijs¹, H.E. de Melker¹, F. van der Klis¹, G. Freidl^{1,3}, I. Veldhuijzen¹

1. Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven
2. Academische Werkplaats AMPHI, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc, Nijmegen
3. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, Sweden.
4. Master Global Health, Universiteit Maastricht, Maastricht

Correspondentie:

irene.veldhuijzen@rivm.nl

Literatuur

1. Duijnhoven Y, Sonder G, Siedenburg E, Worp J, Meijer-Veldman W, van der Velpen P. Asielzoekers en infectieziekten, een kwestie van beheersing. TSG. 2016;94(1) Spectrum:8-9.
2. Toikkanen SE, Baillot A, Dreesman J, Mertens E. Seroprevalence of antibodies against measles, rubella and varicella among asylum seekers arriving in lower Saxony, Germany, November 2014-October 2015. Int J Environ Res Public Health 2016;30;13(7).pii: E650.
3. Jones G, Haeghebaert S, Merlin B, Atona D, Simon N, Elmouden M, et al. Measles outbreak in a refugee settlement in Calais, France: January to February 2016. Euro Surveill. 2016;21(11):30167
4. European Centre of Disease Prevention and Control. Systematic literature review of the evidence for effective national immunization schedule promotional communications. Stockholm: ECDC;2012.
5. GGD GHOR Nederland. Protocol vaccineren asielzoekerskinderen 0-19 jaar PGA. 2016. <https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheidszorg-asielzoekers-pga/publicaties/publicatie/1484-rvp-protocol-vaccineren-asielzoekerskinderen-0-19-jaar>

Onderzoek

Onrust over infectieziekten

B.A.G.L. van Cleef, E. Siedenburg, L. Bovee, J. Worp, W. Meijer, A. Reusken, Y.T.H.P. van Duijnhoven, G. Sonder

Asielzoekers en infectieziekten staan volop in de schijnwerpers. Regelmatig verschijnen er artikelen in de media over asielzoekers die de kans op verspreiding van ziekten in Nederland zouden vergroten. Tien maanden opvang van asielzoekers in Amsterdam laat zien dat meldingen van infectieziekten bij asielzoekers voor de afdeling 'business as usual' is. De onrust in de omgeving, daarentegen, is groter dan gebruikelijk.

De situatie in Amsterdam

Op 15 september 2015 stemde burgemeester Van der Laan, na een dringend verzoek van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, ermee in om binnen de gemeente Amsterdam crisisnoodopvanglocaties in te richten voor 1500 asielzoekers. De eerste week werden hiervoor 2 sporthallen ingericht, daarna werden verschillende kantoorpanden, een voormalige gevangenis en later ook een voormalig verzorgingshuis ingezet. De vluchtelingen verbleven uiteindelijk veel langer in Amsterdam dan aanvankelijk gedacht.

De gemeente was verantwoordelijk voor de opvanglocaties totdat deze in april 2016 werden overgedragen aan het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA). De coördinatie werd uitgevoerd vanuit het gemeentelijk actiecentrum. De verantwoordelijkheid voor de publieke - en eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen) werd belegd bij de Gemeentelijke Gezondheidszorg (GGD) Amsterdam. De GGD-afdeling Algemene gezondheidszorg organiseerde al snel dagelijkse huisartsensprekken op locatie. Hierbij waren ook sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen van de GGD-afdeling Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg beschikbaar. De GGD-afdeling Infectieziekten verzorgde de tuberculosescreening, de infectieziektebestrijding, voorlichting over infectieziekten en bezocht frequent de locaties in verband met het toezicht op de hygiëne en voedselveiligheid. Omdat de vluchtelingen langer in de opvanglocaties verbleven dan in eerste instantie was verwacht, startten op 16 november de intakegesprekken voor de uitvoering van het basisjeugdgezondheidszorgprogramma bij kinderen van 0-18 maanden. Dit werd na een landelijk besluit van het ministerie van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het COA direct uitgebreid tot 0-4 jarigen. Op 15 februari 2016 werd de uitvoering van de reguliere gezondheidszorg overgedragen aan het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A).

Algemene infectieziekten

De GGD-afdeling Infectieziekten kreeg in de periode september 2015 – juni 2016 weinig meldingen binnen van meldingsplichtige infectieziekten en artikel 26-meldingen uit de noodopvang. Dit was wellicht gedeeltelijk te wijten aan het feit dat meldingen niet via het reguliere systeem binnenkwamen, doordat 1) vaak geen diagnostiek werd verricht, en 2) individuele gevallen van scabiës en varicella niet meldingsplichtig zijn. Nadat hierover contact was opgenomen met de GGD-afdeling Algemene Gezondheidszorg, die de huisartsenzorg verzorgde, werd het zicht op het voorkomen van infectieziekten bij vluchtelingen beter. De omvang bleek mee te vallen. Wel was er onrust in de omgeving.

Onrust en voorlichting

De voornaamste bezigheden van de GGD in deze periode bestonden dan ook uit het beantwoorden van vragen van bezorgde vrijwilligers, gemeenteambtenaren, politie, ambulancemedewerkers, verloskundigen. Vrijwilligers vroegen zich af – na het lezen van de krant of zien van het nieuws op tv – hoe groot het risico was om een infectieziekte (voornamelijk scabiës) op te lopen en of ze gevaccineerd moesten worden. Ambulancemedewerkers en politieagenten vroegen of ze wel zonder persoonlijke

beschermingsmiddelen de locaties konden betreden. De GGD kon de onrust over scabiës wegnemen door medewerkers te vertellen dat de besmettelijkheid beperkt is. COA-medewerkers worden soms, afhankelijk van hun werkzaamheden, tegen hepatitis A en/of B gevaccineerd. (1) De GGD koos ervoor om binnen de noodopvanglocaties de vrijwilligers en andere medewerkers geen vaccinaties te adviseren. Zij waren (bijna) allemaal gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en, samen met de gebruikelijke hygiënemaatregelen, voldoende beschermd.

De GGD maakte vroeg in het proces van de vluchtelingenopvang een lijst met Q&As (Questions and Answers) (2) over de situatie in Amsterdam. Later publiceerde het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) ook een Q&A-lijst over de landelijke situatie. (3) De Amsterdamse Q&A's werden, behalve onder de vrijwilligers en medewerkers van de opvang, ook verspreid onder de politie, de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) en ambulancemedewerkers. De GGD gaf voorlichting aan medewerkers van de IND die vluchtelingen spreken in de procedure voor het aanvragen van asiel. Verder werden, vanwege de onrust veroorzakende berichten in de media, de communicatieadviseurs van burgemeester en wethouders van Amsterdam geïnformeerd over het beperkte infectierisico door vluchtelingen en de middelen die we in Nederland hebben om verspreiding van infecties te voorkomen.

Infectieziekten en meldingen

Er waren weinig echte problemen als gevolg van infectieziekten bij vluchtelingen in Amsterdam. Tabel 1 toont het aantal meldingen per kwartaal die de afdeling

Tabel 1 Meldingsplichtige ziekten per kwartaal, totaal aantal (aan vluchtelingen gerelateerd).

Kwartaal	2015	2016
1	140	118 (1)
2	165	111 (0)
3	187	-
4	152 (3)	-
Totaal	644 (3)	229 (1)

Artikel 26-meldingen ¹	286 (1)	129 (3)
-----------------------------------	---------	---------

¹Artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (Wpg) beschrijft dat instellingen die een ongewoon aantal zieken opmerken, ook verplicht zijn dit te melden. Zie voor meer informatie. (4)

Infectieziekten heeft ontvangen. Hieruit blijkt het aandeel meldingen (zowel meldingsplichtige ziekten als artikel 26-meldingen) dat aan vluchtelingen gerelateerd was, verwaarloosbaar is. De meldingen van infectieziekten bij vluchtelingen gingen over scabiës (n=5), varicella (n=3), hepatitis A (n=1), malaria (n=2) en buiktyfus (n=1).

Hepatitis A

De melding met de meeste impact betrof een Syrische jongen van 4 jaar met hepatitis A. Toen de uitslag bekend was, werd het gezin van de jongen overgeplaatst van noodopvanglocatie A naar locatie B, met een eigen toilet. Bovendien zowel het gezin van de jongen als de locatiemanager van locatie A hygiëne-instructies, om feco-orale overdracht van hepatitis A-virus (HAV) te voorkomen. Uit de reisgegevens van de jongen bleek dat hij besmet was geraakt in Nederland en gedurende de hele besmettelijke periode op locatie A had verbleven. Locatie A herbergde vooral gezinnen van Syrische en Eritrese afkomst. Volwassenen afkomstig uit deze landen maken vaak als kind hepatitis A door en zijn derhalve immuun. Omdat de bron van besmetting niet bekend was, was het mogelijk dat er op locatie A meer kinderen met hepatitis A rondliepen zonder ziektesymptomen. Om die reden en omdat de bewoners gebruik maakten van alle toiletten, werden alle kinderen tot en met 18 jaar van locatie A gevaccineerd. Het personeel van het schoonmaakbedrijf en de voorschoolse opvang kregen, conform de richtlijn van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM, een uitnodiging voor vaccinatie. Uiteindelijk werden 70 van de circa 86 kinderen en 3 van de 6 betrokken medewerkers gevaccineerd. Het gezin van de jongen bleek immuun voor HAV. Na dit incident zijn geen andere patiënten met hepatitis A gemeld.

De melding van hepatitis A veroorzaakte onrust bij de gemeente. Tussen de GGD en de manager van locatie A was afgesproken dat de voorlichtingsbrief met hygiëne-instructies die de GGD had opgesteld, tijdens het avondeten uitgedeeld zou worden onder de bewoners van locatie A, in het bijzijn van een tolk. De gemeente was echter bang dat sommige vluchtelingen deze situatie zouden aangrijpen om hun ongenoegen over de asielprocedure te uiten, of overplaatsing naar een andere locatie te eisen. Bovendien wilde de gemeente, uit oogpunt van transparantie, ook de vluchtelingen van locatie B voorlichten. Met uitleg van de GGD aan de gemeente, en voorlichting door 2 GGD-verpleegkundigen en een tolk aan de bewoners van locatie A werd onnodige onrust voorkomen.

Scabiës en varicella

De andere meldingen betroffen vooral patiënten met scabiës of varicella. Eritrese vluchtelingen bleken vaker scabiës te hebben dan Syriërs. (5) Alle personen verdacht van scabiës, vaak niet gediagnosticeerd, werden individueel behandeld. Er werd voor gekozen om, net als bij de Proces Opvang Locaties (POL) van het COA beperkt contactonderzoek te verrichten: alleen 'contacten' met klachten werden behandeld. Er zijn geen scabiësuitbraken gemeld. Er kwamen enkele gevallen van varicella bij kinderen binnen. Omdat varicella in (sub)tropische klimaten minder voorkomt dan in Nederland (de seroprevalentie onder 12-jarigen is 50% respectievelijk 95%) (7), was er een risico dat er zich seronegatieve volwassenen en zwangere vrouwen onder de vluchtelingenpopulatie bevonden, die een verhoogd risico hebben op ernstige complicaties van varicella zoals varicellapneumonie. Echter, omdat het gaat om grote groepen mensen in steeds wisselende samenstelling, varicella al besmettelijk is voordat er blaasjes verschijnen en de kans op een congenitaal varicellasyndroom dan wel een varicella-pneumonie bij de zwangere laag werd ingeschat, is besloten om in deze specifieke noodopvangsituatie bepaling van de serostatus of het toedienen van varicella-zoster immuunglobulinenachterwege te laten.

Hepatitis B

Op een feest van Secret Garden, een stichting in Amsterdam van en voor mensen met een etnisch-culturele achtergrond die lesbisch, homo, biseksueel of transgender zijn, was de GGD aanwezig om vaccinaties tegen hepatitis B aan te bieden. Deze vaccinaties werden aangeboden in het kader van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen. Er werden 49 mannen gevaccineerd waarvan de meesten uit Syrië en Eritrea kwamen en in Nederlandse opvanglocaties verbleven. Allen testten negatief voor anti-HBc.

Buiktyfus, malaria, MRSA, hoofdluis

De GGD ontving een melding van buiktyfus. Het bleek echter dat de betreffende patiënt naar een andere opvanglocatie verplaatst was en op dat moment niet meer vindbaar was voor bron-, contact- en vervolgonderzoek. Ook werden 2 patiënten met malaria gemeld. Ten slotte kreeg de GGD vragen over de mogelijke introductie van MRSA door vluchtelingen in de Amsterdamse ziekenhuizen en over luizen. Hoofdluis werd frequent gevonden bij

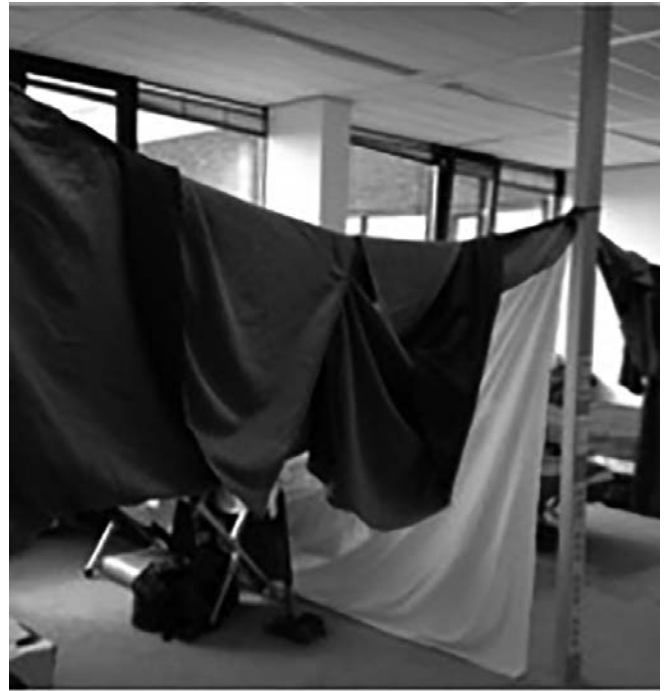


Foto 1,2 Kantoren ingericht als opvanglocaties

vluchtelingen; kleepluis is tot op heden niet aangetoond in de Amsterdamse noodopvang.

Hygiëne en Inspectie

Van alle locaties die in gebruik genomen waren als noodopvanglocatie voor vluchtelingen is in de afgelopen maanden duidelijk geworden dat de oude gevangenis de vluchtelingen de meeste privacy bood. Er waren daar ook voldoende toiletten en douches. In de opvang in kantoorgebouwen,

bestond de privacy van mensen echter uit niet meer dan een paar opgehangen doeken tussen de verschillende slaapplekken en moesten zij 'buiten' douchen.

In de beginperiode werden door Amsterdammers enorme hoeveelheden tweedehands kledingstukken gebracht naar de opvanglocaties. De kleding werd niet gecontroleerd, lag overal door de panden verspreid en was soms zelfs aan het schimmelen. Door gebrek aan voldoende wasmachines kon niet alles gewassen worden. Extra schrijnend was dat bewoners vaak meer behoefte hadden aan schone onderbroeken, sokken en maandverband. Die werden niet gebracht.

Aanvankelijk waren de hygiënische omstandigheden in de opvanglocaties verre van in orde: vieze douches, dozen met eten die onder het bed bewaard werden en wasgoed dat overal in het gebouw hing te drogen. Door (twee)wekelijkse rapportages op te stellen met de betreffende locatiemanagers werden concrete suggesties en oplossingen aangedragen. Langzaamaan kwam er dan ook structuur in de opvang. Door mensen niet te dicht op elkaar te huisvesten, beddengoed en kleding goed te wassen, regelmatig te douchen en secuur om te gaan met de voedselvoorziening blijft de hygiëne boven het minimum en is de kans dat mensen ziek worden een stuk kleiner. Mensen zelf weer verantwoordelijkheid geven hielp ook: zelf gekookt eten wordt meestal direct opgegeten, wat een kleinere kans op een voedselinfectie geeft. Het aannemen van broodjes die over zijn van het lunchbuffet van het naburige kantoorgebouw vond de deskundige infectiepreventie geen goed idee. Het is immers onduidelijk hoe lang de broodjes al ongekoeld liggen en hoe lang ze nog bewaard gaan worden.

Zorgverleners en vrijwilligers werden ook ingelicht over het feit dat het in acht nemen van de normale hygiëne, besmetting voldoende voorkomt. Hiervoor werden korte werk-instructies opgesteld over het regelmatig handen wassen, handschoenen dragen bij schoonmaakwerkzaamheden en het sorteren van vuil wasgoed en tweedehands kleding.

Tuberculose

Al tientallen jaren worden immigranten en asielzoekers uit niet-westerse landen waar een incidentie van tuberculose is van >50/100.000, bij aankomst in Nederland verplicht gescreend. Dit is vastgesteld in de Vreemdelingenwet. Door longtuberculose in een vroeg stadium vast te stellen wordt transmissie onder de bevolking voorkomen. In Nederland is tuberculose een van de infectieziekten die meldingsplichtig is. Asielzoekers worden direct na het indienen van hun asielaanvraag gescreend op tuberculose. Dit vindt plaats in



Foto 3 Tuberculosescreening

de centrale ontvangstlocaties (COL) van Ter Apel, Budel, Veenhuizen of op Schiphol. De procedure in de COL van registratie, verificatie van identiteit en verplichte tuberculosescreening vindt binnen 3 dagen plaats, daarna wordt de asielzoeker doorgestuurd naar een andere opvanglocatie. Als tuberculose wordt vastgesteld, wordt de asielzoeker behandeld door de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD of door een klinisch werkzaam longarts, internist of infectioloog. Door de verhoogde instroom in augustus-september 2015 was er stagnatie in de doorstroom en ontstond een situatie waarbij grote aantallen asielzoekers werden opgevangen in tijdelijke noodvoorzieningen zonder dat zij gescreend waren op tuberculose.

Meer dan 50% van de asielzoekers was van Syrische afkomst. Uit de Nederlandse tuberculoseregistratie bleek dat de prevalentie van tuberculose onder Syriërs in Nederland in de periode 2013-2015 ruim beneden de 50/100.000 was. (8) Dit kwam overeen met de door de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) geschatte incidentie van tuberculose in Syrië. Minister Schipper besloot dan ook om op advies van de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding (onafhankelijke beroepsbeoefenaars, gefaciliteerd door het KNCV tuberculosefonds) de screening van de Syrische asielzoekers op te schorten. Hierdoor ontstond ruimte om de asielzoekers uit landen met een hoog risico sneller door het aanmeld- en screeningsproces te leiden. Begin 2016 werd helemaal gestopt met de tuberculosescreening van mensen uit Syrië en andere landen met een incidentie <50/100.000.

Amsterdamse tuberculosebestrijding

In Amsterdam was de tuberculosebestrijding in de noodopvanglocaties goed georganiseerd door goede samenwer-



Foto 4 Röntgenfoto van een borstkas

king met verschillende partners. De IND in Amsterdam was wel in de gelegenheid alle personen die asiel aanvroegen op het centraal station van Amsterdam de procedure van aanmelden (registratie en verificatie) te laten doorlopen. Het team tuberculosebestrijding van de GGD Amsterdam kon hierbij aansluiten en deze vluchtelingen ook screenen op tuberculose. Direct screenen bleek inefficiënt. Al snel is daarom overgegaan op geplande spreekuren op basis van daags tevoren aangeleverde lijsten met namen. Bij verdenking op actieve ziekte werd een asielzoeker direct voor nader onderzoek doorverwezen naar de COL Ter Apel omdat in Amsterdam er geen isolatiemogelijkheden waren in de opvanglocaties en er geen blokkade kon worden opgelegd om te voorkomen dat de asielzoeker plotseling overgeplaatst zou worden naar een andere opvanglocatie. Er zijn van 22 september tot 2 november 2015 433 asielzoekers gescreend in Amsterdam, waarbij 11 nader onderzocht werden in Ter Apel.

De GGD-artsen die de huisartsenzorg verleenden waren goed geïnstrueerd over klachten die horen bij actieve tuberculose. In één van de noodopvanglocaties meldde zich een Syrische man met hoestklachten. Deze man werd direct doorverwezen naar de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD. Zijn thoraxfoto was zeer verdacht voor tuberculose, sputum bleek ZN-positief (Ziehl-Neelsen). Het bleek dat hij al in Griekenland was behandeld voor een multiresistente (MDR) tuberculose. Ook had hij slechts 4 van de geadviseerde 18 maanden medicatie ingenomen. De man werd direct doorverwezen naar het Universitair Medisch Centrum Groningen locatie Beatrixoord, waar met de gegevens vanuit Griekenland direct met adequate behan-

deling kon worden gestart. Bij contactonderzoek op de noodopvanglocatie waar de patiënt had verbleven werden geen andere tuberculosepatiënten gevonden.

Conclusie

Berichten in de media en de onwetendheid van mensen veroorzaken soms onrust rondom infectieziekten bij vluchtelingen, zo ook in Amsterdam. Het is echter gebleken dat in Amsterdam weinig infectieziekten voorkwamen bij asielzoekers: het aantal patiënten met een meldingsplichtige ziekte was verwaarloosbaar, hygiëne-inspecties zorgden voor hygiënestandaard boven het minimum en de zorg rondom tuberculose was goed geregeld.

Met de aankondiging van de komst van 3 nieuwe asielzoekerscentra in 2016-2018 met totaal 2.000 plaatsen in Amsterdam, is het duidelijk dat de GGD nog jaren actief zal blijven in de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers. Het is en blijft de ambitie van de gemeente Amsterdam om asielzoekers en statushouders in goede gezondheid zo snel mogelijk te laten integreren.

Auteurs

B.A.G.L. van Cleef, E. Siedenburg, L. Bovee, J. Worp, W. Meijer, A. Reusken, Y.T.H.P. van Duijnhoven, G. Sonder, afdeling Infectieziekten, GGD Amsterdam

Correspondentie

bvcleef@ggd.amsterdam.nl

Literatuur

1. KIZA. Arbo inf@ct. dec 2015
2. QenA vluchtelingen GGD Amsterdam. https://www.amsterdam.nl/publish/pages/733528/qa_gezondheidsvragen_voor_vrijwilligers_en_medewerkers_opvanglocaties_april2016_update_10.pdf
3. QenA vluchtelingen RIVM. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Asielzoekers_en_infectieziekten/Informatie_voor_vrijwilligers_bij_opvang_asielzoekers
4. Artikel 26 Wet Publieke Gezondheid. http://rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Draaiboeken/Infectieziekten/LCI_draaiboeken/LCI_draaiboek_Wet_publieke_gezondheid_Artikel_26_meldingen_instellingen

5. RIVM informatie voor huisartsen bij opvang asielzoekers. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Asielzoekers_en_infectieziektenrisico/Informatie_voor_huisartsen_bij_opvang_asielzoekers
6. Ketenaafspraken Scabiës in de COA opvang. RIVM juni 2015.
7. LCI richtlijn Waterpokken en Gordelroos. http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Waterpokken_en_gordelroos
8. <https://www.ntvg.nl/artikelen/tuberculose-bij-asielzoekers-nederland-o/volledig>

Aankondiging

Draaiboek Infectieziekten in opvangcentra voor asielzoekers

Het draaiboek Infectieziekten in opvangcentra voor asielzoekers staat in concept op de website van het RIVM, in afwachting van de vaststelling door het Landelijke Overleg Infectieziektebestrijding.

Het draaiboek is geschreven voor medewerkers van de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD die te maken kunnen krijgen met asielopvang in hun regio. Tevens kan het draaiboek worden gebruikt door ketenpartners en andere professionals betrokken bij de asielopvang.

U vindt het draaiboek op http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Draaiboeken/Infectieziekten/LCI_draaiboeken/Draaiboek_infectieziekten_in_opvangcentra_voor_asielzoekers

Registratie infectieziekten

Meldingen Wet publieke gezondheid

Infectieziekte	Totaal week 29–32	Totaal week 33–36	Totaal week 37–40	Totaal t/m week 40; 2016	Totaal t/m week 40; 2015
Groep A					
Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) ⁺	0	0	0	0	0
Pokken	0	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0	0
Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)	0	0	0	0	0
Virale hemorrhagische koorts	0	0	0	0	0
Groep B1					
Difterie	0	0	0	1	4
Humane infectie met dierlijke influenza	0	0	0	0	0
Pest	0	0	0	0	0
Rabiës	0	0	0	0	0
Tuberculose	72	65	59	695	701
Groep B2					
Buiktyfus	1	3	2	12	14
Cholera	0	0	0	1	1
Hepatitis A	3	11	8	47	50
Hepatitis B Acuut	7	5	6	78	79
Hepatitis B Chronisch	61	72	37	706	761
Hepatitis C Acuut	3	0	3	28	58
Invasieve groep A-streptokokkeninfectie	9	10	7	151	147
Kinkhoest	429	414	256	4147	5522
Mazelen	0	2	0	2	7
Paratyfus A	0	3	2	10	6
Paratyfus B	7	5	0	23	15
Paratyfus C	0	0	0	0	4
Rubella	0	0	0	0	0
STEC/enterohemorragische <i>E.coli</i> -infectie *	53	47	52	474	596
Shigellose	44	72	28	329	336
Voedselinfectie	4	1	1	16	22
Groep C					
Antrax	0	0	0	0	0
Bof	0	5	3	56	81
Botulisme	0	0	0	1	0
Brucellose	1	0	0	3	5
Chikungunya [^]	0	0	0	8	24
Dengue [^]	1	0	0	4	25
Gele koorts	0	0	0	0	0
Hantavirusinfectie	1	6	0	25	7
Invasieve <i>Haemophilus influenzae</i> type b-infectie	1	3	3	18	11
Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen)	2	0	2	26	28
Legionellose	58	47	31	355	367
Leptospirose	12	27	7	63	66

Infectieziekte	Totaal week 29–32	Totaal week 33–36	Totaal week 37–40	Totaal t/m week 40; 2016	Totaal t/m week 40; 2015
Listeriose	5	14	9	79	47
MRSA-infectie (clusters buiten ziekenhuis)	0	2	0	4	9
Malaria	14	25	15	185	238
Meningokokkenziekte	6	9	7	99	57
Psittacose	5	6	2	42	41
Q-koorts	0	0	0	4	15
Tetanus	0	0	0	0	1
Trichinose	0	0	0	0	0
Westnijlvirusinfectie	1	0	0	1	0
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob-Klassiek	2	1	2	11	18
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob-Variant	0	0	0	0	0

In de bovenstaande tabel zijn de meldingsplichtige infectieziekten ingedeeld zoals beschreven in de Wet publieke gezondheid. Deze meldingen zijn door de GGD¹ en ingevoerd in Osiris-AIZ en geaccordeerd door het RIVM. De 4-weekse periode waarin een melding valt wordt bepaald op basis van de datum van de 1e ziektedag. Is deze datum niet beschikbaar, dan is respectievelijk datum van de laboratoriumuitslag of de datum van melding bij de GGD leidend. Het aantal meldingen in deze tabel is onderhevig aan verandering, onder andere omdat meldingen soms met vertraging worden ingevoerd in Osiris-AIZ en soms worden teruggetrokken na nader onderzoek.

+ Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) werd met ingang van 3 juli 2013 meldingsplichtig voor medisch specialisten in ziekenhuizen.

* Sinds 2008 is er sprake van een stijgend aantal meldingen van STEC/enterohemorragische *E.coli*-infectie. Dit is grotendeels toe te schrijven aan het feit dat steeds meer laboratoria STEC diagnosticeren met een PCR. Deze PCR-methode detecteert echter alle STEC en niet alleen STEC-O157 zoals bij de kweekmethode. (Bron: Osiris-AIZ)

^ Chikungunya en Dengue zijn alleen meldingsplichtig in Caribisch Nederland (Bonaire, St. Eustatius en Saba).

Contactpersoon: D. Nijsten, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, tel: 030-274 3166.

Registratie infectieziekten

Meldingen uit de virologische laboratoria

Virus	Totaal week 29–32	Totaal week 33–36	Totaal week 37–40	Totaal t/m week 40; 2016	Totaal t/m week 40; 2015
Enterovirus	181	104	123	895	559
Adenovirus	84	100	100	1229	1011
Parechovirus	22	33	40	215	145
Rotavirus	12	15	10	604	1282
Norovirus	48	86	150	2199	2353
Influenza A-virus	3	7	6	2599	3031
Nieuwe Influenza A-virus	0	0	0	0	0
Influenza B-virus	2	1	2	1338	679
Influenza C-virus	0	0	0	0	2
Para-influenzavirus	76	59	51	448	526
RS-virus	7	2	4	1024	1501
Rhinovirus	113	88	175	1640	1710
<i>Mycoplasma Pneumoniae</i>	48	55	49	427	391
hMPV	3	1	4	410	554
Coronavirus	9	8	11	491	479
<i>Chlamydophila psittaci</i>	3	3	3	30	17
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>	1	3	0	53	24
<i>Chlamydia trachomatis</i>	2040	2108	2392	20280	18590
<i>Chlamydia</i>	1	2	2	30	16
HIV 1	47	64	59	513	562
HIV 2	0	0	1	1	2
HTLV	0	2	0	2	1
Hepatitis A-virus	3	6	9	40	28
Hepatitis B-virus	42	60	64	533	542
Hepatitis C-virus	36	26	31	254	300
Hepatitis D-virus	1	0	0	6	11
Hepatitis E-virus	31	25	32	246	226
Bofvirus	1	1	3	33	39
Mazelenvirus	0	2	0	2	7
Rubellavirus	0	3	3	12	12
Parvovirus	5	9	10	74	102
<i>Coxiella burnetii</i>	13	4	7	63	100
<i>Rickettsiae</i>	1	0	2	6	14
Denguevirus	26	30	14	155	105
Hantavirus	1	0	1	8	3
Westnijlvirus	0	1	0	1	0
Astrovirus	3	0	0	105	73
Sapovirus	9	3	4	103	123
Bocavirus	4	8	3	133	96

De weergegeven getallen zijn gebaseerd op de aantallen positieve resultaten zoals gemeld door de leden van de Nederlandse Werkgroep Klinische Virologie.

Zonder toestemming van deze werkgroep mogen deze gegevens niet voor onderzoekdoeleinden worden gebruikt. Contactpersoon virologische vragen:

H. Vennema, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, tel. 030–274 3252. Contactpersoon overige vragen:

J.W. Duijster, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, tel. 030–274 3084.

Het Infectieziekten Bulletin is een uitgave van het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), in samenwerking met de GGD'en, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Vereniging voor Infectieziekten en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Het Infectieziekten Bulletin is een medium voor communicatie en informatie ten behoeve van alle organisaties en personen die geïnformeerd willen zijn op gebied van infectieziekten en infectieziektebestrijding in Nederland. De verantwoordelijkheid voor de artikelen berust bij de auteurs. Overname van artikelen is alleen mogelijk na overleg met de redactie, met bronvermelding en na toestemming van de auteur.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

www.rivm.nl

november 2016