

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.

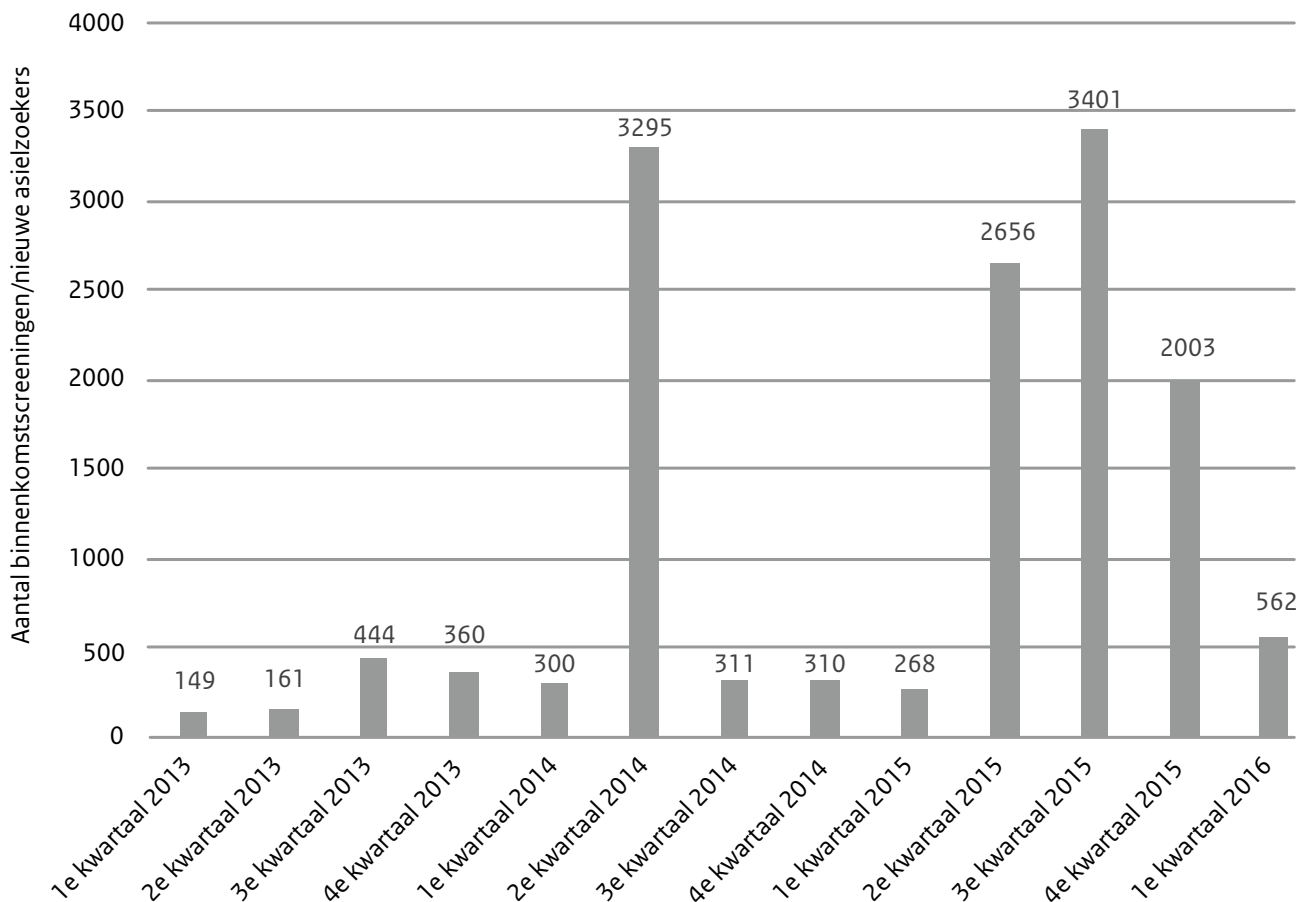
De huidige evaluatie betrof 45.439 asielzoekers uit landen met een tuberculose-incidentie kleiner dan 50 per 100.000 inwoners die in de periode januari 2011 - september 2015 gescreend werden (zie Tabel 1) (3). Slechts bij 12 personen werd naar aanleiding van een afwijkende thoraxfoto tuberculose vastgesteld. 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 aanvraag 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	

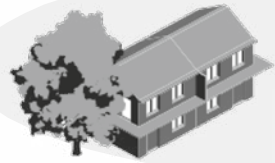
* Aantallen gescreende eritrese/ethiopische asielzoekers zijn bekend t/m 3e kwartaal 2015. Voor het 4e kwartaal 2015 en 1e kwartaal 2016 zijn de instroomgegevens van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) in de tabel opgenomen. (eritrese en ethiopische asielzoekers zijn samengevoegd omdat er soms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

Opvang van asielzoekers in Nederland

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



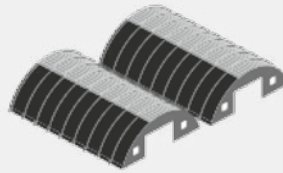
Asielzoekerscentrum (azc)



Reguliere opvanglocatie

Noodopvang

of



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

Crisisnoodopvang

of

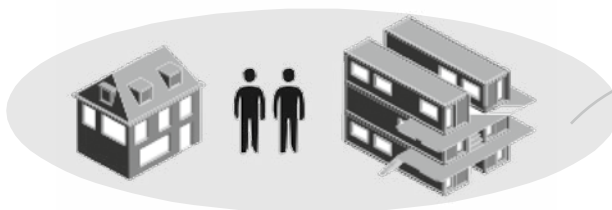


Zeer tijdelijke opvang
(in beginsel max. 72 uur).
Bijvoorbeeld in sporthallen.
Organisatie op regionaal
niveau door Veiligheidsregio's

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 tuberculosescreeing 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.