

Toelichting bij het herziene LCI-draaiboek Infectieziekten in opvangcentra voor asielzoekers

Summary to the revised LCI-scenario on infectious diseases in reception centres for asylum seekers

Drs. M. Vonk¹, namens de werkgroep Asielzoekers en infectieziekten*

SAMENVATTING

Met de komst van grote aantallen asielzoekers naar West-Europa in korte tijd en hun bijzondere leefsituatie, ontstaan nieuwe risicosituaties op het gebied van infectieziektebestrijding. De gebruikelijke protocollen en richtlijnen voldoen in deze omstandigheden soms niet, waardoor betrokken artsen hier met goede reden van af kunnen wijken. In de afgelopen jaren zijn door diverse organisaties en op verschillende plekken ervaringen opgedaan die (in)direct zijn gerelateerd aan de infectieziektebestrijding enerzijds en de specifieke omstandigheden en problemen bij asielzoekers anderzijds. Het LCI-draaiboek Infectieziekten in opvangcentra voor asielzoekers bundelt deze ervaringen.

(TIJDSCHR INFECT 2019;14(2):63-4)

SUMMARY

With the influx of large numbers of asylum seekers in a short time in Western-Europe and the special housing of asylum seekers, new risk situations arise in the field of infectious diseases. The usual protocols and guidelines are sometimes not appropriate in these circumstances, which is why physicians do not have to follow these protocols and guidelines for good reasons. Over the past years, several organisations have experienced infectious diseases related matters on one hand and specific circumstantial problems with asylum seekers on the other hand. This LCI-scenario brings these experiences together.

INLEIDING

Het LCI-draaiboek Infectieziekten in opvangcentra voor asielzoekers is geschreven vanuit het idee om ervaringen van artsen bij elkaar te brengen ten behoeve van de infectieziektebestrijding.¹ Het gaat hier om ervaringen die (in)direct zijn gerelateerd aan infectieziektebestrijding enerzijds en de specifieke omstandigheden en problemen bij asielzoekers anderzijds. Het is voornamelijk geschreven voor de afdelingen Infectieziektebestrijding van de GGD'en die te maken krijgen met asielopvang in hun regio, zoals dit zich voordeed in de periode 2015-2016. Tevens kan het draaiboek worden gebruikt door ketenpartners en andere professionals die op het gebied van diagnostiek en behandeling van infectieziekten te maken hebben met asielzoekers. In het draaiboek wordt

veelvuldig gebruik gemaakt van links naar relevante websites van andere organisaties. Een herziening van het draaiboek was noodzakelijk vanwege veranderingen in regelgeving en de structuur in de verschillende organisaties.

ORGANISATIE

De organisatie van de opvang van asielzoekers is complex, daarom wordt hier relatief veel aandacht aan besteed. Voor de Publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA) heeft het Centraal orgaan opvang asielzoekers (COA) een overeenkomst afgesloten met GGD Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) Nederland. De PGA-taken zijn onder andere jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, gezondheidsbevordering, technische hygiënezorg, tuberculose-

¹arts maatschappij en gezondheid, GGD Groningen, regionaal arts-consulent LCI/RIVM, Bilthoven. *Leden werkgroep: J. van Burg (COA), S. Evers (GCA), A. Hinc (COA), T. Oomen (RIVM), H. Ruijs (RIVM), F. ter Schegget (RIVM), P. van de Schepop (GGD Gelderland Midden), M. Vonk (GGD Groningen), T. Waegemaekers (GGD Gelderland Midden), Q. Waldhober (GGD GHOR Nederland).

Correspondentie graag richten aan: dhr. drs. M. Vonk, arts maatschappij en gezondheid, GGD Groningen, Postbus 584, 9700 AN Groningen, tel.: 050 367 40 00, e-mailadres: machiel.vonk@ggd.groningen.nl; Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: asielzoekers, draaiboek, infectieziekten.

Keywords: asylum seekers, infectious diseases, scenario.

ONTVANGEN 7 FEBRUARI 2019, GEACCEPTEERD 11 MAART 2019.

bestrijding, soa-preventie en afstemming en participatie in de (lokale) zorgketen. In het draaiboek wordt de doelgroep asielzoekers gedefinieerd, alsook de verschillende soorten van opvang en opvanglocaties bij grootschalige opvang. Ook wordt de aparte procedure voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen beschreven. Verder legt het draaiboek uit hoe de organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers in elkaar zit, hoe de uitwisseling van medische gegevens is geregeld en hoe de tolkdiensten voor asielzoekers te bereiken zijn.

Samenwerking met de ketenpartners is belangrijk. Het gaat hier om het COA, (vanwege bijvoorbeeld de niet-medische gidsfunctie), Gezondheidszorg asielzoekers voor de huisartsenzorg en GGD GHOR Nederland die de PGA-dienstverlening coördineert. Binnen de GGD zijn verschillende afdelingen betrokken bij de PGA. Te denken valt aan infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, jeugdgezondheidszorg en technische hygiënezorg. Andere ketenpartners zijn bijvoorbeeld de apotheek, huisartsenzorg, tandarts, arts-microbioloog, ziekenhuizen, medisch specialisten, verloskundigen, het Rode Kruis, Stichting Nidos (jeugdbescherming), geestelijke gezondheidszorg, ambulancezorg, gemeente, vervoersbedrijven, schoonmaakbedrijven, beveiliging en vrijwilligers.

(INFECTIE)ZIEKTEN BIJ ASIELZOEKERS

Asielzoekers kampen vaker met gezondheidsproblemen dan de gemiddelde Nederlander. Dit is onder andere te wijten aan de situatie in het land van herkomst, de omstandigheden tijdens de vlucht, de asielpcedure en het veelal ontbreken van een sociaal netwerk. Daarnaast kan bij asielzoekers sprake zijn van (cultureel bepaalde) gewoonten die risicovol zijn voor de gezondheid, zoals genitale verminking bij vrouwen. Veel asielzoekers missen de informatie en de vaardigheden om gezond te blijven in de opvang en in Nederland. Afhankelijk van het land van herkomst betreft het hier onderwerpen zoals soa's, anticonceptie, psychische en psychosociale gezondheid, hygiëne, infectieziekten en zelfzorgmogelijkheden.

Asielzoekers hebben vaak vele weken tot maanden gereisd. De incubatietijd van veel infectieziekten is echter korter. Een infectieziekte is daarom vaak al opgemerkt op een eerder moment of de asielzoeker is niet meer besmettelijk tegen de tijd dat hij aankomt in Nederland. Ziekten met een lange incubatietijd of een chronisch beloop, bijvoorbeeld malaria, tuberculose en parasitaire infecties, kunnen bij asielzoekers nog aanwezig zijn. De meeste infecties bij asielzoekers zijn 'gewone' infecties die ook in Nederland voorkomen. In Nederland hebben asielzoekers een hoger risico om te worden blootgesteld aan infecties die in hun eigen land een lage(re) prevalentie kennen, zoals infecties met varicellazostervirus in het geval van mensen van Afrikaanse afkomst.

Het is van groot belang dat (uitbraken van) infectieziekten tijdig worden gesignaleerd. Het moet voor alle betrokken partijen duidelijk zijn wanneer een signaal relevant is en moet worden

gemeld bij de GGD. Bij de gezondheidsvoorlichting over infectieziekten voor asielzoekers spelen verschillende organisaties een rol, zoals RIVM, COA, GGD GHOR Nederland en Pharos. De website www.huisarts-migrant.nl heeft voorlichtingsmateriaal dat meer gericht is op de huisartspraktijk.

Onderwerpen die uitgebreid worden beschreven in het draaiboek zijn seksuele gezondheid, gezondheidsvoorlichting over asielzoekers voor vrijwilligers die werken bij opvangcentra voor asielzoekers, het Rijksvaccinatieprogramma, de vaccinatiestatus van volwassen asielzoekers, beroepsmatige contacten met asielzoekers en antibioticaresistentie bij vluchtelingen. Verder wordt aandacht besteed aan de meest voorkomende infectieziekten en syndromen die gerelateerd zijn aan asielzoekers. Dit zijn tuberculose, scabiës, febris recurrens ('louse borne relapsing fever': LBRF) en vlekjesziekten. Als aanvulling op de bestaande LCI-richtlijnen worden de specifieke risico's beschreven in de bijzondere omstandigheden van een primaire opvang van grote groepen. Ook is er aandacht voor specifieke groepen, zoals zwangere vrouwen en groepen die een groter risico lopen op complicaties bij een uitbraak van een aantal (verwekkers van) vlekjesziekten. Mogelijkheden voor diagnostiek bij het te volgen beleid in geval van een uitbraak worden eveneens belicht.

RISICO'S VOOR DE ASIELZOEKER

Het draaiboek bespreekt de risico's van de prevalentie van waterpokken, mazelen, hepatitis A-virus en andere koortsende ziekten, evenals malaria en virale hemorrhagische koorts. Andere infectieziekten die relevant zijn op een opvanglocatie zijn bijvoorbeeld norovirus, shigellose en influenza. Met inachtneming van de verschillende LCI-richtlijnen bespreekt het draaiboek in het kort welke specifieke maatregelen getroffen kunnen worden in opvanglocaties.

Daarnaast besteedt het draaiboek uitgebreid aandacht aan hiv en soa's, aangezien asielzoekers vaak komen uit soa-endemische landen. De hoge prevalentie van soa's en/of hiv in het land van herkomst, vluchttrajecten die gepaard kunnen gaan met ontberingen of seksueel geweld, de leefsituatie in (gemeentelijke) noodopvang en asielzoekerscentra en de binnenkomst in een voor hen onbekend land maken asielzoekers extra kwetsbaar. Asielzoekers zijn daarom van speciaal belang in het kader van de bestrijding van hiv en soa's in Nederland. Toegang tot laagdrempelige soa-zorg, waaronder preventie-op-maat en soa- en hiv-testen, is vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding daarom essentieel.

Tot slot heeft het draaiboek aandacht voor hygiëne: locaties die worden geopend, worden geïnspecteerd en vervolgens dient te worden gewerkt volgens de betreffende richtlijnen.

REFERENTIE

1. LCI-draaiboek Infectieziekten in opvangcentra voor asielzoekers. Te raadplegen via: <https://lci.rivm.nl/draaiboeken/asielzoekers>.

Bewaking effectief RVP moet modernier!

Editorial bij de bijdrage van N.A.T. van der Maas getiteld 'Preventie door vaccinaties: evaluatie van vaccinatieprogramma's en verbetering van surveillance' en de bijdrage van M. van Wijhe getiteld 'De impact van vaccinatieprogramma's op de publieke gezondheid in Nederland: een historische analyse van sterfte, ziekte, en kosten'.

Dr. H.C. Rümke

(TIJDSCHR INFECT 2019;14(2):65)

In 2018 waren er 2 belangwekkende promoties met publieke vaccinatieprogramma's (vooral het Rijksvaccinatieprogramma: RVP) als onderwerp. Nicoline van der Maas promoveerde in juni en Maarten van Wijhe in september. Beide proefschriften waren niet mogelijk zonder de epidemiologische gegevensverzameling die het RIV(M) al decennialang coördineert in nauwe samenwerking met het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd), het Centraal Bureau voor de Statistiek, GGD'en, huisartsen, ziekenhuisspecialisten en laboratoria voor medische microbiologie.

Van der Maas promoveerde op de epidemiologische bewaking van de vaccinatieprogramma's en optimalisering hiervan. Surveillance is 'information for action': een vinger aan de pols om indien nodig het beleid aan te passen. Dit betreft niet alleen de effectiviteit op het voorkomen van ziekte, maar ook de veiligheid van de in de vaccinatieprogramma's gebruikte vaccins. Surveillance kan nog steeds verbeteren, onder meer door onderregistratie te verminderen en te focussen op specifieke doelgroepen. Dat kan door diverse gegevensbronnen optimaal te gebruiken en te combineren. Vanwege privacygevoeligheid is een dergelijke stap echter alleen mogelijk met politieke steun.

Van Wijhe belichtte in zijn proefschrift de enorme gezondheidswinst dankzij vaccinaties. Hij schatte het effect van vaccinatie door een vergelijking te maken tussen de incidentie van RVP-ziekten op basis van een extrapolatie van de trend voordat er gevaccineerd werd en de incidentie gemeten na invoering van vaccinatie. In feite gaat het natuurlijk om de incidentie van gemelde patiënten. Het is aannemelijk dat de werkelijke incidentie en ziektelast veel hoger waren.

Sterk in dit proefschrift is het verloop van de incidentie van ziekten waartegen niet wordt gevaccineerd. 'Antivaxxers', of

mensen die zich kritisch noemen, schrijven de daling van de incidentie van RVP-ziekten toe aan andere factoren dan vaccinatie: verbetering van hygiëne, leefomstandigheden en mogelijkheden voor behandeling. Ook menen zij dat de daling al lang in gang was gezet voordat vaccinaties werden geïntroduceerd. Van Wijhe en anderen erkennen dit ook, maar kijken zuiver naar de meerwaarde van geïntroduceerde vaccins boven de al ingezette neergaande trend. Andere ziekten, zoals diarree, dysenterie en enteritis, en varicella, werden onderzocht als 'negative controls'. Dan blijkt de ziektelast van RVP-ziekten meer te dalen dan die van ziekten waartegen niet wordt gevaccineerd.

De afgelopen jaren zien we de vaccinatiebereidheid in Nederland dalen. Niet alleen de direct gemeten algehele vaccinatiegraad neemt af, ook nemen ouders meer tijd om een besluit te nemen of ze hun kind willen laten vaccineren. Ongeveer 20 jaar geleden bestond de harde kern van 'antivaxxers' hoofdzakelijk uit mensen die niet wilden laten vaccineren op grond van religieuze bezwaren. Slechts een fractie van de ouders liet hun kind niet 'automatisch' vaccineren, maar wilde daar eerst wat meer over weten. Deze harde kern is nu niet wezenlijk groter geworden, maar het percentage 'twijfelaar maar uiteindelijk wel vaccineren' is sterk toegenomen: tot zo'n 20%. Afgezien van veel andere 'post truth'-argumenten twijfelen sommigen aan de epidemiologische feiten en de onpartijdigheid daarvan. Daarom is het goed dat beide proefschriften niet alleen de feiten zelf, maar ook de betrouwbaarheid nog eens belichten van de methoden voor verzameling van de epidemiologische gegevens, waarop het RVP en influenzavaccinatieprogramma berusten. De epidemiologische bewaking was goed en kan altijd nog beter! Nederlandse vaccinatieprogramma's hebben een solide fundament en beide proefschriften versterken hun draagvlak.

Gepensioneerd kinderarts, medisch vaccinoloog, Bilthoven.

Correspondentie graag richten aan: dr. H.C. Rümke, gepensioneerd kinderarts, e-mailadres: hcrumke@gmail.com

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: antivaxxer, gezondheidswinst, surveillance, vaccinatie.

Keywords: anti-vaxxer, health gain, surveillance, vaccination.