



BELEID SCREENING ASIELZOEKERS EN IMMIGRANTEN

Herzien en vastgesteld op 15 maart 2019

Revisie maart 2024



INHOUD

<u>1. Inleiding</u>	3
<u>2. Doel van de screening op actieve en latente tuberculose</u>	4
<u>3. Screening asielzoekers</u>	5
<u>4. Immigranten</u>	6
<u>Bijlage 1. Praktische uitwerking van de screening</u>	7
<u>Bijlage 2. Verantwoording en criteria Landenlijst Binnenkomst en Vervolgscreening immigranten en asielzoekers</u>	9
<u>Referenties</u>	10
<u>Samenstelling werkgroep MSR</u>	11
<u>Lijst met afkortingen en verklaringen</u>	12

1. Inleiding

In het [Vreemdelingenbesluit](#) is in Artikel 3.21 vastgelegd dat aan een vreemdeling met een beoogd verblijf van > 3 maanden die de nationaliteit bezit van een van de bij ministeriële regeling vast te stellen landen een verblijfsvergunning wordt verleend, indien hij of zij bereid is een onderzoek naar tuberculose te ondergaan en daaraan mee te werken. Vreemdelingen uit landen in de Europese Economische Ruimte (EER) en Australië, Canada, Israël, Japan, Monaco, Nieuw Zeeland, Suriname, de Verenigde Staten van Amerika en Zwitserland zijn uitgezonderd van deze verplichting. De overige landen staan vermeld op de [Landenlijst tbc-screening en BCG-vaccinatie](#) die KNCV Tuberculosefonds jaarlijks publiceert.

Conform het advies van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) is screening gerechtvaardigd in risicogroepen voor tuberculose ([TBC-risicogroepenbeleid](#), 2013)[2]. De definitie van een risicogroep voor tuberculose is als volgt:

“een groep personen met een eenduidig gemeenschappelijk kenmerk of risicofactor, gecombineerd met een verhoogd risico op tuberculose indien geïnfecteerd of een prevalentie van meer dan 50 tbc-gevallen per 100.000 personen of een incidentie van meer dan 50 per 100.000 personen op jaarbasis”.

Dit impliceert dat in groepen met een waargenomen prevalentie lager dan 50 per 100.000 gescreende personen, screening niet zinvol wordt geacht. Aan de hand van dit criterium stelt de CPT de doelgroepen voor de screening op tuberculose vast. Voor wat betreft de screening van nieuwe migranten gebeurt dit op basis van de periodieke evaluatie aan de hand van de gegevens van de Monitoring Screening van Immigranten en Asielzoekers[3, 4]. De waargenomen prevalentie van tuberculose onder migranten afkomstig uit landen met een tbc-incidentie van ≤ 50 per 100.000 is laag. Sinds 2015 adviseert de CPT migranten (asielzoekers en immigranten) afkomstig uit deze landen uit te zonderen van de verplichte screening bij binnenkomst.

Gegevens van de monitoring screening van immigranten en asielzoekers afkomstig uit landen met een incidentie van meer dan 50 per 100.000 over de periode 2011-2015 hebben aangetoond dat de opbrengst van het tuberculose-onderzoek van asielzoekers gemiddeld hoger is dan de opbrengst van de screening van reguliere immigranten [5, 6]. Om deze reden adviseert de CPT niet alleen onderscheid te maken naar land van herkomst maar ook naar reden van migratie: *asielzoekers* (prevalentie/incidentie in het land van herkomst $> 50/100.000$) en *immigranten* (prevalentie/incidentie in het land van herkomst $> 100/100.000$). Omdat de screening van asielzoekers logistiek anders georganiseerd is dan de screening van immigranten is dit in de praktijk goed uitvoerbaar.

Onder personen uit hoogendemische landen (gedefinieerd als landen met een tbc-incidentie/prevalentie > 200 per 100.000 of een waargenomen prevalentie bij binnenkomst in Nederland van > 200 per 100.000 gescreende personen (zie [Landenlijst tbc-screening en BCG-vaccinatie](#)) is de incidentie in de jaren na binnenkomst sterk verhoogd[7].

Personen uit deze landen worden daarom als risicogroep beschouwd waarin screening en behandeling van LTBI gerechtvaardigd is.

Betrokken personen dienen vooraf geïnformeerd te worden over het doel van de screening en behandeling van LTBI.

Een andere belangrijke randvoorwaarde is dat de betrokkene de diagnostische procedure en de LTBI behandeling in Nederland kan voltooien: bij minimale verblijfsperiode van 6 maanden is dit aannemelijk.

2. Doel van de screening op actieve en latente tuberculose

Het doel van het onderzoek op tuberculose bij binnenkomst in Nederland is vroegtijdige opsporing van tuberculose en adequate behandeling (individueel belang).

Door vroege opsporing en behandeling van actieve tuberculose wordt transmissie van tuberculose in de opvangcentra voor asielzoekers en binnen de algemene populatie in Nederland voorkomen (publiek belang).

Door het opsporen en behandelen van latente tuberculose infectie (LTBI) wordt actieve tuberculose voorkomen bij personen die reeds zijn geïnfecteerd (individueel én publiek belang).

Voor de screening op tuberculose kunnen verschillende diagnostische methodes worden gebruikt. De in Nederland geaccepteerde methodes staan beschreven in de CPT richtlijn TBC-[risicogroepenbeleid](#).

3. Screening asielzoekers

Doelgroep

Asielzoekers (inclusief na-reizigers en statushouders) vormen één van de belangrijkste risicogroepen in Nederland[12]. In de periode 2011-2015 was de waargenomen prevalentie onder asielzoekers uit landen met een WHO-geschatte tbc-incidentie van >50 per 100.000 inwoners gemiddeld 177 per 100.000 personen; 72% van de prevalentie gevallen werd door screening bij binnenkomst gevonden[5].

Screening bij binnenkomst in Nederland is vereist voor asielzoekers uit landen met een WHO-geschatte tbc-incidentie van >50 per 100.000 inwoners ([Landenlijst tbc-screening en BCG-vaccinatie](#)).

Beleid

Alle asielzoekers uit deze landen worden, als verplicht onderdeel van de asielpcedure, direct bij binnenkomst in Nederland middels een thoraxfoto gescreend op tuberculose.

Bij personen met een afwijkende longfoto doet de GGD nader onderzoek om actieve tuberculose te bevestigen c.q. uit te sluiten. Personen met een afwijkende longfoto passend bij inactieve, eerder onbehandelde tuberculose krijgen een preventieve behandeling ([zie CPT Leidraad voor beleid bij fibrotische afwijkingen die bij radiologische screening worden vastgesteld](#))[1]

Asielzoekers onder de 18 jaar komen daarnaast in aanmerking voor LTBI-screening als onderdeel van de binnenkomstscreening op een nader te bepalen moment in de asielpcedure. Kinderen onder de 12 jaar zonder aanwijzingen voor LTBI krijgen aanbod voor BCG vaccinatie volgens [Richtlijn BCG vaccinatie](#).

Asielzoekers van 18 jaar of ouder afkomstig uit hoogendemische landen ([zie Landenlijst tbc-screening en BCG-vaccinatie](#)) wordt een LTBI-screening of een röntgenologische vervolgscreening aangeboden. Het beleid bij LTBI screening en behandeling is vastgelegd in de CPT-richtlijnen 'Diagnostiek (latente) tbc-infectie' en 'Behandeling latente tuberculose-infectie'.

Personen bij wie LTBI is uitgesloten hoeven niet meer voor vervolgonderzoek opgeroepen te worden.

Procedure

De screening wordt in opdracht van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) uitgevoerd door de GGD. De procedure van de screening is vastgelegd in het [Protocol tbc-screening, -behandeling en BCG-vaccinatie bij asielzoekers](#) van GGD GHOR Nederland.

Zie ook Bijlage 1: Praktische uitwerking van de screening.

4. Immigranten

Doelgroep

In de periode 2011-2015 was de waargenomen prevalentie van actieve tuberculose bij immigranten uit landen met een WHO-geschatte tbc-incidentie van >50 per 100.000 inwoners gemiddeld 95 per 100.000 personen; 87% werd gevonden door screening bij binnenkomst. De waargenomen prevalentie onder van immigranten uit landen met een incidentie 51-100 per 100.000 was slechts 32 per 100.000 gescreende personen[6]. Om deze reden acht de CPT de screening van immigranten uit deze landen niet langer meer zinvol.

Screening bij binnenkomst in Nederland is vereist voor immigranten uit landen met een WHO-geschatte tbc-incidentie van >100 per 100.000 inwoners ([zie Landenlijst tbc-screening en BCG-vaccinatie](#)).

Beleid

Alle immigranten van 18 jaar en ouder uit bovengenoemde landen worden middels een thoraxfoto gescreend op tuberculose. Bij personen met een afwijkende longfoto doet de GGD nader onderzoek om actieve tuberculose te bevestigen c.q. uit te sluiten. Personen met een afwijkende longfoto passend bij inactieve, eerder onbehandelde tuberculose krijgen een preventieve behandeling ([zie CPT Leidraad voor beleid bij fibrotische afwijkingen die bij radiologische screening worden vastgesteld](#))[1]

Immigranten jonger dan 18 jaar uit deze landen worden in eerste instantie getest op LTBI. Personen met een positieve LTBI test krijgen een LTBI behandeling aangeboden wanneer actieve tuberculose is uitgesloten. Kinderen onder de 12 jaar zonder aanwijzingen voor LTBI krijgen aanbod BCG vaccinatie volgens [Richtlijn BCG vaccinatie](#).

Immigranten van 18 jaar en ouder afkomstig uit hoogendemische landen ([zie Landenlijst tbc-screening en BCG-vaccinatie](#)) komen wanneer zij langer dan 6 maanden in Nederland denken te verblijven tevens in aanmerking voor LTBI screening óf röntgenologische vervolgscreening. De eerste screening bij binnenkomst is volgens de werkgroep het beste moment om de betrokkene te informeren en LTBI screening aan te bieden, om een optimale dekking van de screening en de effectiviteit van de LTBI behandeling te bereiken. Het beleid bij LTBI screening en behandeling is vastgelegd in de CPT-richtlijnen 'Diagnostiek (latente) tbc-infectie' en 'Behandeling latente tuberculose-infectie'. Immigranten bij wie actieve tuberculose en LTBI zijn uitgesloten op basis van het onderzoek hoeven niet meer voor vervolgonderzoek op geroepen te worden.

Procedure binnenkomstscreening

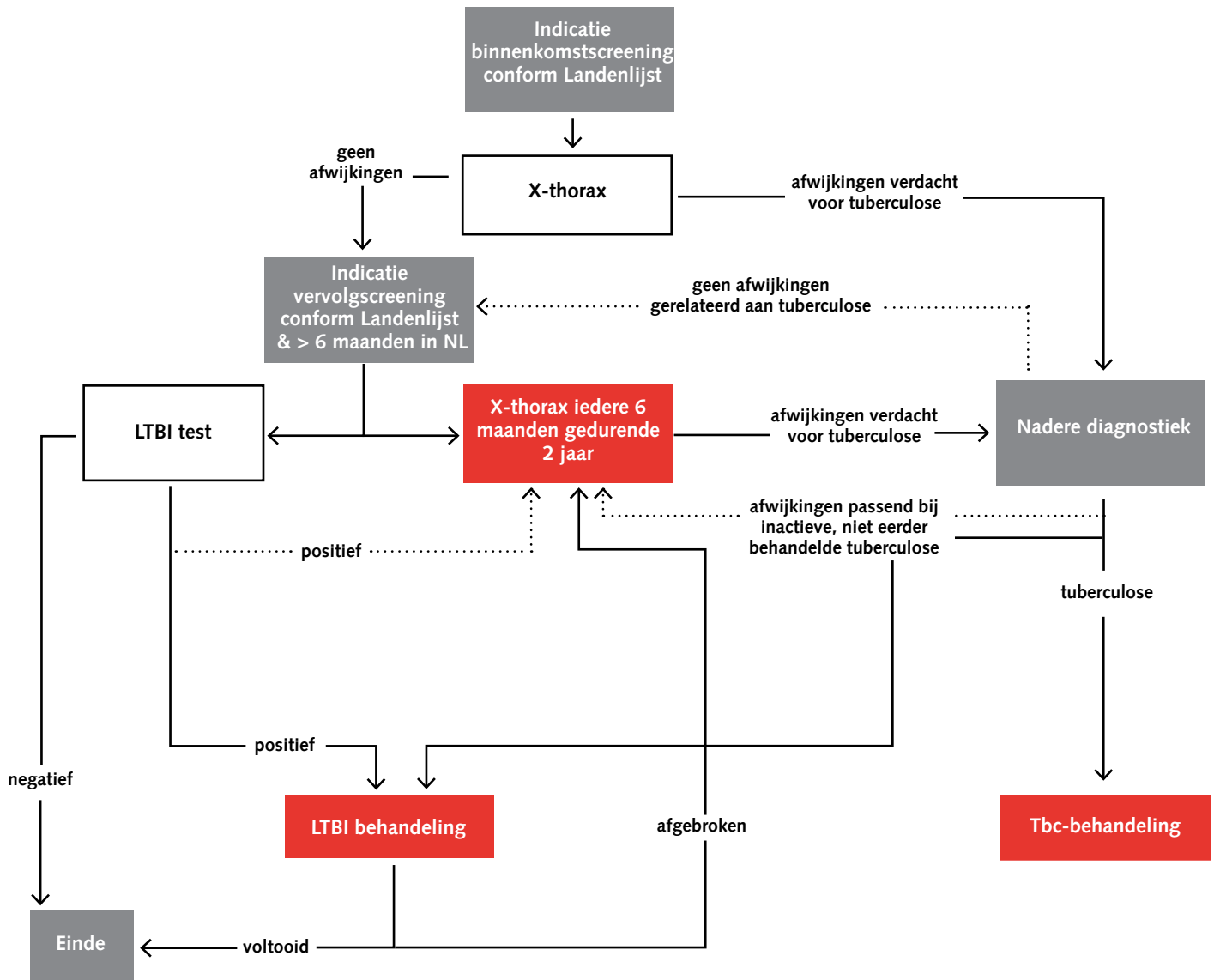
Een immigrant heeft bij de Nederlandse ambassade of consulaat in eigen land een toegangs- en verblijfsprocedure (TeV) gestart. Bij aankomst in Nederland dient de immigrant zich binnen drie werkdagen te melden bij de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) van de politie van de gemeente waar hij of zij verblijft. Indien van toepassing verstrekt de IND de immigrant de instructies en de formulieren voor het tuberculoseonderzoek bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD).

Het tbc-onderzoek moet binnen drie maanden na de datum waarop de aanvraag voor een verblijfsvergunning is toegewezen worden gedaan. Voor het onderzoek moet de immigrant zelf een afspraak maken bij de GGD. De GGD geeft een verklaring af voor de IND, dat men voor onderzoek is geweest; hierbij worden geen medische gegevens verstrekt.

Zie ook Bijlage 1: Praktische uitwerking van de screening.

Bijlage 1 Praktische uitwerking van de screening

Screening asielzoekers en immigranten ≥ 18 jaar



Screening asielzoekers en immigranten ≥ 18 jaar

- Thoraxfoto bij binnenkomst;
- Indien afkomstig uit een land met incidentie of prevalentie bij binnenkomst > 200/100.000 (zie [Landenlijst](#)) en verwacht verblijf > 6 maanden in Nederland
 - Screening op LTBI volgens de [CPT richtlijn Diagnostiek LTBI](#)
 - Of
 - Halfjaarlijks röntgenonderzoek gedurende 2 jaar na binnenkomst

Indien LTBI wordt vastgesteld:

- Behandeling van LTBI volgens [CPT Richtlijn Behandeling latente tuberculose-infectie](#)

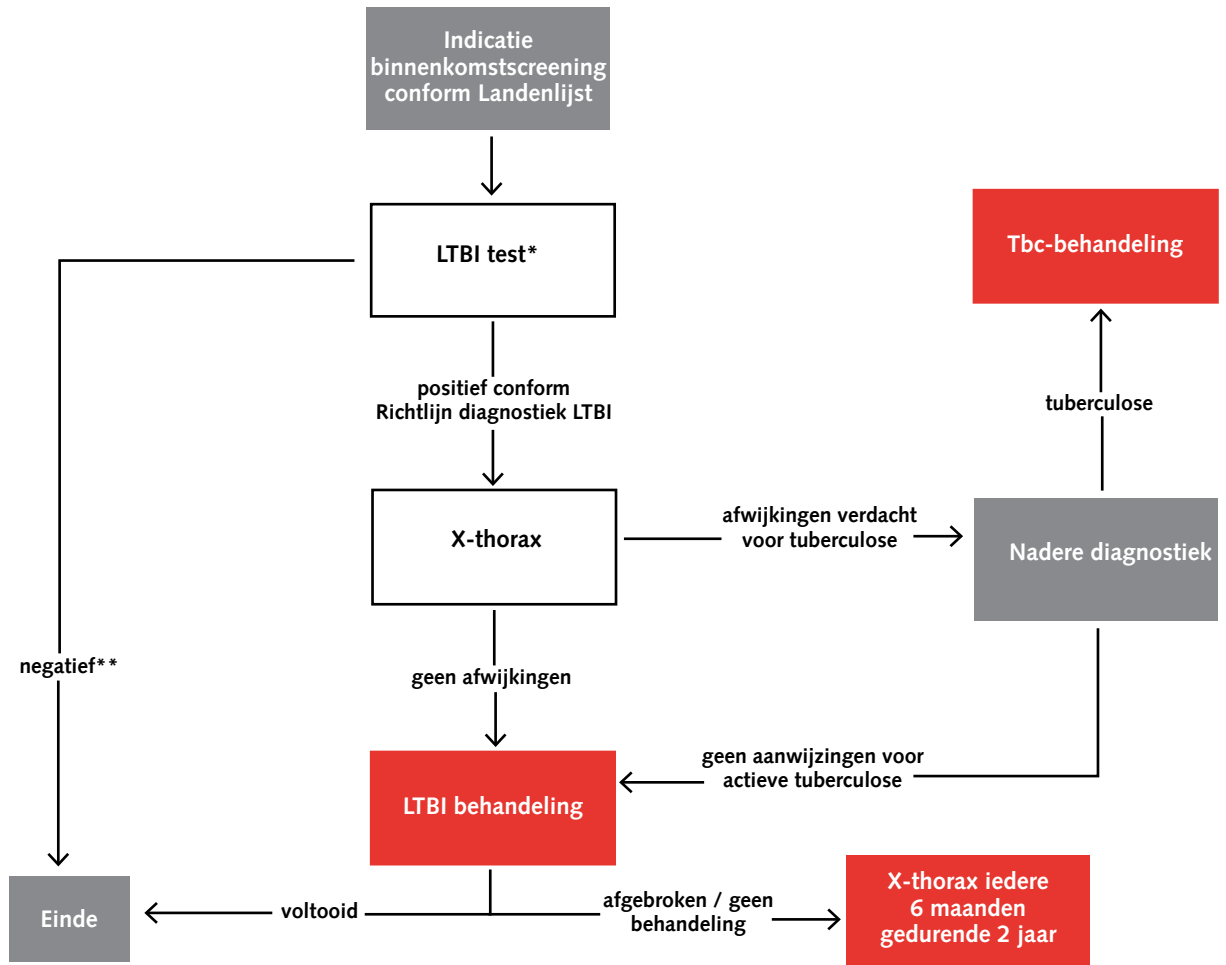
Indien geen LTBI behandeling wordt gestart:

- Halfjaarlijks röntgenonderzoek gedurende 2 jaar na binnenkomst

Indien geen LTBI wordt vastgesteld:

- Geen verder onderzoek

Screening asielzoekers en immigranten < 18 jaar



* Asielzoekers ook X-thorax bij binnenkomst in Aanmeldcentrum / **BCG vaccinatie indien <12 jaar en geen bewijs van eerdere BCG-vaccinatie

Screening asielzoekers en immigranten < 18 jaar

Indien asielzoeker:

1. X-thorax bij binnenkomst in aanmeldcentrum;

Op een nader te bepalen moment (uiterlijk ≤ 6 maanden na binnenkomst)

2. Screening op LTBI volgens de [CPT richtlijn Diagnostiek LTBI](#)

Indien immigrant:

1. Screening op LTBI volgens de [CPT richtlijn Diagnostiek LTBI](#) binnen 3 maanden na binnenkomst

Indien LTBI wordt vastgesteld en actieve tuberculose is uitgesloten:

- Behandeling van LTBI volgens [CPT Richtlijn Behandeling latente tuberculose-infectie](#)

Indien geen LTBI behandeling wordt gestart:

- Halfjaarlijks röntgenonderzoek gedurende 2 jaar na binnenkomst

Indien geen LTBI wordt vastgesteld: geen verder onderzoek

Bijlage 2. Verantwoording en criteria Landenlijst Binnenkomst en Vervolgscreening immigranten en asielzoekers

Binnenkomstscreening

Het advies over de indicatie voor binnenkomstscreening is als volgt opgebouwd (met uitzondering van landen die volgens de Ministeriele regeling: Voorschrift Vreemdelingen 2000 Artikel 3.18 (<http://wetten.overheid.nl/BWBR0012002/2016-04-01>) zijn uitgezonderd van verplichte tuberculose screening):

1. Geschatte WHO-incidentie >50/100.000, of
2. Geregistreerde WHO-incidentie >50/100.000 (indien bevolking >50.000 inwoners), of
3. Incidentie in Nederland in eerste 6 maanden c.q. prevalentie van de binnenkomstscreening in Nederland >50/100.000 gescreenden (bron: Monitoring Screening Immigranten en Asielzoekers).

Op basis van dit laatste criterium adviseert de CPT voor immigranten (anders dan asielzoekers en nareizigers) uit landen met een geschatte WHO-incidentie 2017 <100/100.000 vrij te stellen van verplichte screening bij binnenkomst.

Voor instellen of afschaffen van de indicatie binnenkomstscreening op grond van WHO-cijfers wordt de voorwaarde van >50, c.q. ≤50 voor asielzoekers en >100, c.q. ≤100 per 100.000 voor immigranten gedurende een aaneensluitende periode van twee jaar aangehouden.

Radiologische vervolg- of LTBI screening

Het advies over de indicatie voor radiologische vervolg- of LTBI screening van migranten zonder fibrotische afwijkingen op de thoraxfoto bij binnenkomst is als volgt opgebouwd:

1. Geregistreerde WHO-incidentie volgens de meest recente cijfers >200/100.000 (indien bevolking > 50.000 inwoners) of
2. Incidentie in Nederland in eerst 6 maanden c.q. prevalentie van de binnenkomstscreening in Nederland >200 per 100.000 gescreenden (bron: Monitoring Screening Immigranten en Asielzoekers)

Voor instellen of afschaffen van de indicatie op grond van WHO-cijfers wordt de voorwaarde van een incidentie van meer dan 200 c.q. 200 of minder per 100.000 gedurende een aaneensluitende periode van twee jaar aangehouden.

Referenties

1. Tuberculosebestrijding, C.v.P., Leidraad voor beleid bij fibrotische afwijkingen die bij radiologische screening worden vastgesteld. . 2014, KNCV Tuberculosefonds: Kennisbank
2. Tuberculosebestrijding, C.v.P., TBC-risicogroepenbeleid. 2013, KNCV Tuberculosefonds: Kennisbank.
3. Erkens, C., et al., Coverage and yield of entry and follow-up screening for tuberculosis among new immigrants. *Eur Respir J*, 2008. 32(1): p. 153-61.
4. van de Berg, S., et al., Evaluation of tuberculosis screening of immigrants in the Netherlands. *Eur Respir J*, 2017. 50(4).
5. van Rest, J., C. Erkens, and G. de Vries, Evaluatie tuberculose screening asielzoekers in Nederland, 2011-2015. 2018, KNCV Tuberculosefonds: Den Haag.
6. van Rest, J., C. Erkens, and G. de Vries, Evaluatie tuberculose screening immigranten in Nederland, 2011-2015. 2018, KNCV Tuberculosefonds: Den Haag.
7. Vos, A.M., et al., High incidence of pulmonary tuberculosis persists a decade after immigration, The Netherlands. *Emerg Infect Dis*, 2004. 10(4): p. 736-9.
8. Erkens, C.G., et al., The epidemiology of childhood tuberculosis in the Netherlands: still room for prevention. *BMC Infect Dis*, 2014. 14: p. 295.
9. Hardy, A.B., et al., Cost-effectiveness of the NICE guidelines for screening for latent tuberculosis infection: the QuantiFERON-TB Gold IGRA alone is more cost-effective for immigrants from high burden countries. *Thorax*, 2010. 65(2): p. 178-80.
10. Nienhaus, A., et al., Systematic review of cost and cost-effectiveness of different TB-screening strategies. *BMC Health Serv Res*, 2011. 11: p. 247.
11. Pareek, M., et al., Screening of immigrants in the UK for imported latent tuberculosis: a multicentre cohort study and cost-effectiveness analysis. *Lancet Infect Dis*, 2011. 11(6): p. 435-44.
12. van Burg, J.L., S. Verver, and M.W. Borgdorff, The epidemiology of tuberculosis among asylum seekers in The Netherlands: implications for screening. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2003. 7(2): p. 139-44.

Werkgroep MSR

Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding

Samenstelling werkgroep Monitoring Screening Risicogroepen (MSR) (in alfabetische volgorde):

Dr. C.G.M. (Connie) Erkens, arts maatschappij en gezondheid, KNCV Tuberculosefonds, Den Haag

Dr. S. (Susan) van den Hof, epidemioloog, KNCV Tuberculosefonds, Den Haag (tot juni 2017)

Drs. M.A.H. (Margreet) Kamphorst (voorzitter), arts maatschappij en gezondheid, GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam (tot juni 2017)

Drs. S.T. (Sytze) Keizer, arts maatschappij en gezondheid, GGD Amsterdam, Amsterdam (tot juni 2017)

Drs. J. (Job) van Rest (secretaris), datamanager, KNCV Tuberculosefonds, Den Haag (tot juli 2018)

Vanaf juni 2017:

Drs. E.M. (Erik) Huisman (voorzitter), arts maatschappij en gezondheid, GGD Haaglanden, Den Haag

Drs. B.A. (Bert) Wolters, arts maatschappij en gezondheid, GGD Groningen, Groningen

Mw. M. (Mirjam) Urban, sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding, , GGD Groningen, Groningen

Vanaf juli 2018:

Drs. E. (Erika) Slump, epidemioloog, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Drs. S. (Sarah) van den Berg (secretaris), onderzoeker, KNCV Tuberculosefonds, Den Haag

Herzien en vastgesteld op 15 maart 2019 door de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding.

Revisie maart 2024

KNCV Tuberculosefonds

Den Haag, mei 2019

© KNCV Tuberculosefonds

Overname en/of openbaarmaking van gedeelten van deze uitgave is toegestaan, mits dat gebeurt met bronvermelding.

© Foto voorblad: Carl Cordonnier & WHO/Europe

Lijst met afkortingen en verklaringen

AMV	Alleenstaande minderjarige vreemdeling
BCG	Bacille Calmette-Guérin
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
IND	Immigratie en Naturalisatiedienst
IGRA	Interferon Gamma Release Assay
LTBI	Latente tuberculose-infectie
MSR	Monitoring Screening Immigranten
NNS	Number needed to screen om 1 tbc-patiënt te vinden
THT	Tuberculinehuidtest (mantoux)
WHO	World Health Organization