



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

# Draaiboek infectieziekten in opvangcentra voor asielzoekers

---

*Definitieve versie, november 2016*

*Met wijzigingen: januari 2017  
juli 2018  
maart 2019*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding  
RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding  
Contact: 030 2747000 / [ICI@rivm.nl](mailto:ICI@rivm.nl)

### **Totstandkoming**

Het draaiboek is geschreven door Hendrik van der Veen (arts infectieziektebestrijding GGD Groningen).

Verschillende professionals uit het veld deelden hun ervaringen en/of leverden inhoud aan. Dank gaat uit naar al deze personen, organisaties en instellingen, waarvan specifiek genoemd worden: GGD Gelderland Zuid, GGD Amsterdam, GGD Groningen, GGD Kennemerland, GGD Drenthe en Soa Aids Nederland.

De auteur werd ondersteund door een werkgroep. De werkgroep bestond uit de volgende leden (alfabetisch):

- Jan van Burg (accountmanager gezondheidszorg COA);
- Sanne Evers (projectadviseur GC A);
- Agata Hinc (accountmanager gezondheidszorg COA);
- Ton Oomen (verpleegkundige RIVM);
- Helma Ruijs (arts infectieziektebestrijding RIVM);
- Felix ter Schegget (redacteur RIVM);
- Petra van de Schepop (sociaal verpleegkundige GGD Gelderland Midden);
- Machiel Vonk (arts infectieziektebestrijding GGD Groningen/RAC);
- Toos Waegemaekers (arts infectieziektebestrijding RIVM/GGD Gelderland Midden/RAC);
- Quita Waldhofer (senior beleidsmedewerker GGD GHOR Nederland).

Het concept kwam tot stand na meerdere commentaarrondes van de werkgroep. Aansluitend vond een praktijktoets plaats door een vaste groep meelezers: artsen infectieziektebestrijding van GGD'en en arboprofessionals. Het commentaar van de vaste groep meelezers is beoordeeld en verwerkt door de werkgroepleden Helma Ruijs, Felix ter Schegget, Machiel Vonk en Toos Waegemaekers.

### **Versiebeheer**

Het draaiboek is op 1 november 2016 vastgesteld in het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI).

Wijzigingen sinds vaststelling:

- 5 maart 2019: nieuw onderzoek over immuniteit tegen waterpokken toegevoegd in 8.4.5 Waterpokken.
- Juli 2018: Het draaiboek is geactualiseerd door GGD GHOR, GZA en LCI. Waar nodig zijn de termen voor organisaties aangepast. Hyperlinks naar websites en documenten zijn geactualiseerd. Verwijzingen naar nieuw ontwikkelde materialen zijn toegevoegd.
- Januari 2017: Paragraaf 6.3 is uitgebreid met Arbo-informatie.

## Inhoudsopgave

1 Inleiding.....	5
1.1 Achtergrond .....	5
1.2 Voor wie is dit draaiboek bedoeld? .....	5
1.3 Publieke gezondheidszorg asielzoekers .....	5
2 Asielzoekers.....	6
2.1 Asiel .....	6
2.2 Opvang asielzoekers.....	6
2.3 Identificatie: V-nummer en COA-zorgnummer .....	7
2.4 Herkomst asielzoekers .....	7
2.5 Organisatie gezondheidszorg voor asielzoekers .....	8
2.6 Uitwisseling van medische informatie.....	8
2.7 Tolkdiensten voor asielzoekers.....	8
2.8 Gezondheidstoestand.....	8
2.9 (Infectie)ziekten bij asielzoekers .....	9
3 Samenwerking .....	10
3.1 Ketenpartners.....	10
3.2 Overleg .....	11
4 Signalering .....	12
4.1 Meldingsplicht.....	12
4.2 Registratie.....	13
5 Voorlichting .....	14
5.1 Gezondheidsvoorlichting voor asielzoekers .....	14
5.2 Gezondheidsvoorlichting over asielzoekers .....	15
6 Vaccinatie.....	16
6.1 Rijksvaccinatieprogramma (RVP).....	16
6.2 Vaccinatiestatus van volwassen asielzoekers.....	16
6.3 Beroepsmatige contacten met asielzoekers.....	16
7 Antibioticaresistentie.....	16
8 Meest voorkomende infectieziekten en syndromen.....	20
8.1 Tuberculose.....	20
8.2 Scabiës .....	20
8.3 Febris recurrens/louse borne relapsing fever (LBRF) .....	21
8.4 Vlekjesziekten .....	22
8.5 Hepatitis A .....	24
8.6 Hepatitis B .....	25
8.7 Koortsende ziekten.....	25

8.8 Infectieuze gastro-enteritis.....	26
8.9 Influenza.....	27
8.10 Polio .....	27
9 Hiv en soa's .....	28
10 Hygiëne.....	29
Literatuur .....	30
Gebruikte afkortingen .....	33
Bijlage 1. Praktijkvoorbeeld ketenpartneroverleg.....	35
Bijlage 2. Melding van ziekte door COA en artsen.....	36
Bijlage 3. Informatie infectieziekten voor COA-medewerkers .....	37
Bijlage 4. Arbo-inf@ct december 2015 .....	41

## 1 Inleiding

### 1.1 Achtergrond

Met de komst van grote aantallen asielzoekers in korte tijd in West-Europa en de bijzondere leefsituatie van asielzoekers, ontstaan nieuwe risicosituaties op het gebied van de infectieziektebestrijding. De gebruikelijke protocollen en richtlijnen voldoen soms niet in deze omstandigheden, waardoor er gemotiveerd van af kan worden geweken. In de afgelopen jaren zijn door diverse organisaties en op verschillende plekken ervaringen opgedaan die direct of indirect gerelateerd zijn aan de infectieziektebestrijding enerzijds en de specifieke omstandigheden en problemen bij asielzoekers anderzijds. Dit draaiboek brengt deze ervaringen bij elkaar ten behoeve van de infectieziektebestrijding.

### 1.2 Voor wie is dit draaiboek bedoeld?

Dit 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.

### 1.3 Publieke gezondheidszorg asielzoekers

Voor de publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA) heeft het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) een overeenkomst afgesloten met GGD GHOR Nederland tot en met 31 december 2018. Voor de uitvoering van het PGA-contract heeft GGD GHOR Nederland met alle GGD'en en (waar van toepassing) met de plaatselijke instelling voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) een overeenkomst afgesloten. De GGD'en voeren voor asielzoekers de publieke gezondheidszorg uit in asielzoekerscentra, net als voor alle inwoners in Nederland. De PGA-taken zijn onder andere jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, gezondheidsbevordering, technische hygiënezorg, tbc-bestrijding, soa-preventie en afstemming en participatie in de (lokale) zorgketen. GGD GHOR Nederland voert de landelijke coördinatie en ondersteuning uit met betrekking tot de PGA. In het document [Takenpakket Publieke gezondheidszorg asielzoekers bij PGA-contract 2018](#) staat de regionale en landelijke PGA-dienstverlening samengevat.

## 2 Asielzoekers

### 2.1 Asiel

Nederland biedt onderdak aan mensen die in hun eigen land gevaar lopen. Bescherming bieden aan vluchtelingen is onder andere vastgelegd in het Vluchtelingenverdrag van Genève dat ook ondertekend is door Nederland. [Asiel](#) is een vorm van bescherming. Iedereen kan asiel aanvragen in Nederland. Maar een (tijdelijke) verblijfsvergunning krijgt iemand pas als hij ook vluchteling is: als hij terecht bang is voor vervolging in zijn land.

De woorden asielzoeker, vreemdeling, vergunninghouder, statushouder en vluchteling worden vaak door elkaar gebruikt, maar betekenen allemaal wat anders. Een **vreemdeling** is iemand die niet de Nederlandse nationaliteit heeft. Een **asielzoeker** is een vreemdeling die zijn land heeft verlaten en bij de Nederlandse overheid een asielaanvraag indient. Een **vergunninghouder** of **statushouder** is een persoon die een vergunning tot verblijf in Nederland heeft, ofwel op basis van zijn asielverzoek, vanwege gezinshereniging, of omdat hij een uitgenodigde vluchteling is. Een **vluchteling** is volgens het Vluchtelingenverdrag iemand die in zijn thuisland gegronde vrees heeft voor vervolging (IND 2016, GGD GHOR Nederland 2016a).

Als de asielzoeker in Nederland mag blijven, krijgt hij eerst een tijdelijke vergunning. Voor iedereen is dit dezelfde, tijdelijke asielvergunning. Asielzoekers die als vluchteling worden erkend, krijgen de vluchtelingenstatus en daarmee een (tijdelijke) verblijfsvergunning. Asielzoekers die niet voor deze vluchtelingenstatus in aanmerking komen, kunnen onder bepaalde omstandigheden toch in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning, bijvoorbeeld wegens humanitaire omstandigheden. Na vijf jaar komt een vergunninghouder/statushouder in aanmerking voor een definitieve asielvergunning. Als een vergunninghouder/statushouder een definitieve verblijfsvergunning heeft, 5 jaar onafgebroken met een geldige verblijfsvergunning in Nederland heeft gewoond en hij is goed geïntegreerd (spreekt Nederlands en kent de Nederlandse samenleving goed), dan kan hij de Nederlandse nationaliteit aanvragen.

### 2.2 Opvang asielzoekers

In Nederland worden asielzoekers opgevangen door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), in opdracht van het ministerie van Justitie en Veiligheid. De opvang bestaat uit onderdak, leefgeld en toegang tot basisvoorzieningen zoals gezondheidszorg. Dit is vastgelegd in de RVA [Regeling verstrekkingen asielzoekers](#). De opvangcentra van het COA liggen verspreid over het hele land. Er zijn verschillende [soorten opvang](#). Het grootste deel is regulier. In het geval van hoge instroom maakt het COA ook gebruik van noodopvang. Daarnaast zorgen de gemeenten, wanneer nodig, voor gemeentelijke crisisnoodopvang.

Er zijn verschillende typen [opvanglocaties](#). Waar een asielzoeker woont, hangt af van zijn fase in de [asielprocedure](#). Het recht op opvang geldt voor alle vreemdelingen die in de asielprocedure zitten.

De route die asielzoekers doorlopen, is schematisch weergegeven op een [infographic van de IND](#). In het kort: Vreemdelingen die een asielaanvraag willen indienen,

moeten zich in persoon melden bij de aanmeldunit van de vreemdelingenpolitie (IND) op de centrale ontvangstlocatie (COL). De asielzoeker doorloopt bij de IND de algemene asielprocedure. Bij de aanmeldunit vindt de identificatie en registratie van de betrokken vreemdeling plaats (inclusief afname van vingerafdrukken en een foto) en worden eventuele overgelegde documenten nader onderzocht. Nadat identificatie en registratie zijn afgerond, en er door de GGD (indien nodig) een tbc-screening en door GZA (Gezondheidszorg asielzoekers) een medische intake zijn aangeboden, wordt de asielzoeker overgebracht naar een procesopvanglocatie (POL). De algemene asielprocedure duurt maximaal 8 (werk)dagen. Hierin doet de asielzoeker zijn verhaal en wordt zijn aanvraag door de IND beoordeeld. Als er meer tijd nodig is voor onderzoek komt de asielzoeker in de verlengde asielprocedure en verhuist hij van de POL naar een asielzoekerscentrum (azc).

### Alleenstaande minderjarige vreemdelingen

Voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv's) bestaat [aparte opvang](#), die afhangt van de leeftijd en omstandigheden van de minderjarige. Onafhankelijk van de uitkomst van de asielprocedure hebben jongeren recht op opvang tot de dag dat zij 18 jaar worden. [Stichting Nidos](#) voert als onafhankelijke (gezins)voogdij-instelling, op grond van de wet, de voogdijtaak uit voor amv's. Sinds 2016 is het opvangmodel voor amv's aangepast. Amv's zonder verblijfsvergunning worden door COA opgevangen; een veel grotere groep amv's met verblijfsvergunning wordt door Nidos opgevangen en valt niet onder de PGA-dienstverlening, maar onder de reguliere publieke gezondheidszorg.

## 2.3 Identificatie: V-nummer en COA-zorgnummer

Asielzoekers bezitten een V-nummer en een COA-zorgnummer. Het V-nummer is ter identificatie; het COA-nummer is voor de zorg. De normale procedure verloopt als volgt: Na identificatie door de IND in de aanmeldunit volgt registratie en toekenning van een V-nummer (bestaat uit 10 cijfers) aan de asielzoeker. Tevens kent het COA een COA-zorgnummer toe, dat wordt gebruikt door alle zorgverleners en het COA. De asielzoekers ontvangen een zorgpas.

Er kan afgeweken worden van de normale procedure als daar urgente redenen voor zijn, bijvoorbeeld een grote toestroom van asielzoekers. Afwijkende procedures worden gecommuniceerd met ketenpartners in de asielopvang; de GGD'en worden door GGD GHOR Nederland geïnformeerd.

## 2.4 Herkomst asielzoekers

De herkomst van asielzoekers verschilt per jaar. In 2017 waren de meeste asielzoekers afkomstig uit Syrië en in mindere mate uit Eritrea en Irak. De meest [actuele cijfers](#) zijn beschikbaar op de website van het COA. De [factsheets van Pharos](#) geven uitgebreide informatie over Syrische en Eritrese vluchtelingen.

Voor de beeldvorming geven we enkele kenmerken van de Syrische en Eritrese asielzoekers in de periode 2015-2016 (Sprong 2016).

Syrië

- gezinnen
- taal: Arabisch
- 90% islamitisch
- vluchtroute via Turkije en Griekenland of Noord-Afrika en Italië

- veel voorkomende medische problemen: somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten, PTSS, voortplantingsvragen, hart- en vaatziekten, gedragsproblemen kinderen

#### Eritrea

- adolescenten, jongvolwassenen
- taal: Tigrinya
- 90% christelijk orthodox
- vluchtroute via Libië, Middellandse Zee, EU
- veel voorkomende medische problemen: scabiës, malaria, tbc, kennis over voorbehoedsmiddelen ontbreekt, besnijdenis

## 2.5 Organisatie gezondheidszorg voor asielzoekers

Het COA is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg aan asielzoekers. Voor de curatieve zorg heeft het COA een overeenkomst met GZA Healthcare; voor de preventieve zorg heeft COA een overeenkomst met GGD GHOR Nederland (zie ook *paragraaf 3.1.1*). Een overzicht hoe de gezondheidszorg voor asielzoekers is georganiseerd in Nederland is te lezen in de [Factsheet Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland](#) op het GGD GHOR Kennisnet. Meer informatie is te vinden op de themapagina [Publieke gezondheidszorg asielzoekers](#) van het GGD GHOR Kennisnet en op de themapagina [Vluchtelingen en gezondheid](#) van het RIVM Centrum Gezond Leven.

## 2.6 Uitwisseling van medische informatie

Het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft een handreiking gemaakt over de [uitwisseling van medische informatie in de vreemdelingenketen](#). Deze handreiking beschrijft wanneer, door wie en hoe medische informatie over vreemdelingen mag worden gedeeld.

## 2.7 Tolkdiensten voor asielzoekers

De tolkdiensten voor asielzoekers in COA-opvang worden verzorgd door [Livewords](#), te bereiken via telefoonnummer 020-820 28 20. Zie de [Handleiding raamovereenkomst tolkdiensten](#) of het [Stroomschema tolkaanvraag](#) voor meer informatie. Voor het werken met tolken in de zorg, zie de e-learning [Publieke gezondheid vluchtelingen en asielzoekers: Omgaan met taalbarrières en tolken](#) van NSPOH, GGD GHOR Nederland en Pharos.

## 2.8 Gezondheidstoestand

Asielzoekers kampen vaker met gezondheidsproblemen dan de gemiddelde Nederlander, onder andere door de situatie in het land van herkomst, de omstandigheden tijdens de vlucht en de asielprocedure, 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 vrouwelijke genitale verminking. Veel asielzoekers missen informatie en vaardigheden over hoe gezond te blijven in de opvang en in Nederland. Het betreft hier onderwerpen zoals seksueel overdraagbare aandoeningen, anticonceptie, psychische en psychosociale gezondheid, hygiëne, infectieziekten en zelfzorgmogelijkheden, afhankelijk van land van herkomst (GGD GHOR Nederland 2016b). Veel van deze thema's zijn uitgewerkt op de website [huisarts-migrant](#).



Relevante parameters voor de gezondheidstoestand bij binnenkomst:

- epidemiologie in land van herkomst;
- gezondheidszorg in land van herkomst (bijvoorbeeld vaccinatiegraad);
- omstandigheden tijdens de vlucht.

Tijdens de opvang speelt ook mee:

- omstandigheden opvang (crowding);
- hygiëne;
- epidemiologie gastland (Nederland).

## 2.9 (Infectie)ziekten bij asielzoekers

Asielzoekers komen vaak uit gebieden waar de infrastructuur ontoereikend is door oorlog of armoede. De tocht vanuit deze gebieden is vaak lang en vermoeiend. De kans op ziekte, waaronder infectieziekte, is hierdoor groter. Voor meer informatie, zie [WHO: Migration and health: key issues](#).

De reis die asielzoekers hebben gemaakt, duurde vaak vele weken tot maanden. De incubatietijd van veel infectieziekten is 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. De kans dat asielzoekers een tropische en zeldzame ziekte introduceren in Nederland, zoals ebola of MERS-CoV, is gering (WHO 2016). Ziekten met een lange incubatietijd of een chronisch beloop, bijvoorbeeld malaria, tbc en parasitaire infecties, kunnen bij de asielzoekers nog aanwezig zijn. De meeste infecties bij asielzoekers zijn 'gewone' infecties die in Nederland ook voorkomen (Sprong 2016). Het aantal meldingsplichtige infectieziekten was in 2014-2017 onder asielzoekers niet groot; vooral malaria, tbc en chronische hepatitis B zijn gemeld (Bijkerk 2016, De Gier 2017). Chronische hepatitis B wordt met name opgespoord bij zwangerschapsscreening (Van den Kerkhof 2015).

In Nederland hebben asielzoekers een hoger risico om blootgesteld te worden aan infecties die in hun eigen land een lage(re) prevalentie kennen, bijvoorbeeld varicellazostervirusinfecties bij mensen van Afrikaanse afkomst.

In hoofdstuk 8 worden de onder asielzoekers meest voorkomende infectieziekten en syndromen beschreven.

## 3 Samenwerking

Een effectieve samenwerking en afstemming tussen de ketenpartners betrokken bij de publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA) is belangrijk om goede zorg te kunnen bieden. Een investering om alle ketenpartners in kaart te brengen en verbinding te zoeken in het netwerk is nodig om dat te bereiken. Zie hiervoor bijvoorbeeld het [format van GGD GHOR Nederland](#). Het afbakenen van taken is voor iedereen belangrijk, zowel binnen de GGD als daarbuiten. Het organiseren van een periodiek ketenoverleg kan daarbij een zeer effectief middel zijn. Bij ketenpartners kun je denken aan iedereen die direct of indirect betrokken is bij de asielopvang in de regio.

### 3.1 Ketenpartners

#### 3.1.1 COA

Het COA is verantwoordelijk voor de opvang van asielzoekers en begeleidt hen naar hun toekomst in Nederland of daarbuiten. Het ministerie van Justitie en Veiligheid heeft het COA opdracht gegeven de gezondheidszorg in te kopen. COA heeft hiervoor een contract afgesloten met RMA Healthcare en GGD GHOR Nederland (preventieve zorg). Het COA heeft een niet-medische gidsfunctie. Dit betekent dat COA-medewerkers de asielzoeker wegwijs maken in de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland.

#### 3.1.2 RMA Healthcare

Asielzoekers maken aanspraak op vergoeding van zorg zoals is vastgelegd in de [Regeling Medische zorg Asielzoekers](#) (RMA). RMA Healthcare koopt deze zorg in. Zij verzorgen ook de administratieve en financiële afhandeling rondom de RMA en geven advies over het zorgpakket.

Het verstrekkingenpakket van de RMA komt grotendeels overeen met het verstrekkingenpakket van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (Wlz). De asielzoeker maakt ook aanspraak op een aantal onderdelen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast is de Jeugdwet gedeeltelijk uitgewerkt in de RMA. Omdat asielzoekers doorgaans nauwelijks financiële middelen hebben, geldt voor hen geen eigen bijdrage of eigen risico.

#### 3.1.3 Gezondheidszorg asielzoekers (GZA) – huisartsenzorg

GZA verzorgt de huisartsenzorg voor asielzoekers op of nabij elk asielzoekerscentrum. De wijze waarop deze zorg is georganiseerd is vergelijkbaar met de huisartsenzorg voor Nederlanders. Dit betekent dat de asielzoeker eerst naar de huisarts gaat voordat hij, indien nodig, wordt doorverwezen (poortwachtersfunctie). Elke asielzoeker krijgt kort na aankomst in Nederland een medische screening aangeboden. In de GZA huisartsenpraktijk zijn huisartsen, praktijkverpleegkundigen, doktersassistenten en POH-GGZ (praktijkondersteuners huisarts-GGZ) werkzaam. Om een afspraak te maken met de huisarts of met een andere zorgverlener uit het GZA-team bezoekt een asielzoeker het inloopsprekuur van GZA of belt hij met de [Praktijklijn](#) (088 112 2 112).

De Praktijklijn is onderdeel van de GZA. Dit is een centraal georganiseerd medisch contactcentrum, waar triagisten, medisch administratief medewerkers en een

huisarts werken. Hier kunnen asielzoekers 24 uur per dag, 7 dagen in de week terecht voor spoed en (medische) vragen.

### 3.1.4 GGD GHOR Nederland

[GGD GHOR Nederland](#) is de opdrachtnemer van het COA-contract voor de PGA. De landelijke taken bestaan uit contractbeheer, landelijke coördinatie en ondersteuning van de PGA-dienstverlening, en signalering en advisering aan het COA. De GGD'en en JGZ-instellingen voeren het contract regionaal uit. In het [Takenpakket Publieke gezondheidszorg asielzoekers in PGA-contract 2018](#) staat per taakgebied de regionale en landelijke PGA-dienstverlening samengevat.

### 3.1.5 Andere ketenpartners

Bij de asielzoekersopvang zijn zeer veel (zorg)partijen betrokken. Elke regio heeft een eigen samenstelling van partijen waar verbinding mee kan worden gezocht. Een netwerkanalyse kan zinvol zijn. Ketenpartners kunnen bijvoorbeeld zijn: apotheek, huisartsenzorg, tandarts, arts-microbioloog, ziekenhuizen, medische specialisten, verloskundigen, Rode Kruis, [Nidos](#) (jeugdbescherming), geestelijke gezondheidszorg, ambulancezorg, gemeente, vervoersbedrijven, schoonmaakbedrijven, beveiliging, vrijwilligers, etc.

## 3.2 Overleg

### 3.2.1 Overleg binnen de GGD

Elke GGD heeft een algemeen contactpersoon PGA. Hij coördineert de uitvoering van het PGA-contract i.s.m. de PGA-contactpersonen per taakgebied en onderhoudt het contact met GGD GHOR Nederland. Voor GGD-medewerkers is een [contactpersonenlijst](#) beschikbaar (de GGD-medewerker dient ingelogd te zijn in [ggdghorkennisnet](#)).

Binnen de GGD zijn verschillende afdelingen betrokken bij de PGA. Te denken valt aan infectieziektebestrijding, tbc-bestrijding, JGZ, technische hygiënezorg, communicatie, etc. Het is voor een goede zorg aan asielzoekers van belang dat de afdelingen op de hoogte zijn van elkaars initiatieven. Zo heeft de JGZ, door het frequente contact, vaak informatie over de samenstelling van de bewonersgroep die interessant kan zijn voor de afdeling infectieziektebestrijding. De THZ heeft weer informatie over de hygiënische staat van de asielzoekerscentra. Een periodiek PGA-overleg met de verschillende betrokken afdelingen kan een middel zijn om informatie uit te wisselen.

### 3.2.2 Ketenpartneroverleg

De GGD participeert in de lokale afstemming in de zorgketen van asielzoekers (zie [takenspecificatie](#)). Naast de externe partijen zoals het COA en de GZA is het van belang om in een ketenpartneroverleg ook vertegenwoordiging van de verschillende GGD-afdelingen te borgen.

Zie *bijlage 1* voor een voorbeeld uit de praktijk.

## 4 Signalering

Het is van groot belang dat (uitbraken van) infectieziekten tijdig gesignaleerd worden. Daarvoor is een goede samenwerking nodig tussen alle partijen die betrokken zijn bij de opvang van asielzoekers in de regio, de curatieve zorgverleners in eerste en tweede lijn en de publieke gezondheidszorg. Het moet voor alle partijen duidelijk zijn wanneer een signaal relevant is en gemeld moet worden bij hun hoofd of de GGD.

De COA-medewerkers, inclusief vrijwilligers, hebben een belangrijke taak bij vroege signalering. Niet iedere zieke asielzoeker zal zich melden bij de huisarts van het GZA. De COA-medewerkers staan vaak dicht bij de asielzoeker en kunnen bijvoorbeeld als eerste waarnemen dat een bewoner ziek in zijn bed blijft liggen of dat er een ongewoon aantal zieken is voor dat tijdstip in die locatie.

### 4.1 Meldingsplicht

In Nederland zijn bepaalde infectieziekten meldingsplichtig; verdeeld over de groepen A, B1, B2 en C. Deze indeling is gebaseerd op de mate waarin dwingende maatregelen opgelegd kunnen worden om de bevolking te beschermen. Artsen die werkzaam zijn in COA-opvanglocaties of anderzijds met asielzoekers werken, behoren op de hoogte te zijn van de [meldingsplichtige ziekten](#). Het is aan te bevelen te verifiëren of deze kennis bij iedereen actueel is. Een folder [melden van infectieziekten](#) is beschikbaar. Er kan altijd laagdrempelig met de GGD overlegd worden.

Doel van [artikel 26 van de Wet publieke gezondheid](#) is om snel een probleem te signaleren en tijdig actie te kunnen ondernemen om verspreiding van een infectieziekte binnen en buiten een opvanglocatie tegen te gaan. De wettelijke meldingsplicht moet zich vertalen in werkbare afspraken tussen de GGD en de locatiemanager van de opvanglocatie in de regio.

Alle COA-opvanglocaties waar mensen één of meer dagdelen per etmaal verblijven, vallen onder de meldingsplicht conform artikel 26 van de Wet publieke gezondheid. Uitgezonderd zijn in woningen gehuisveste asielzoekers. Reden voor deze meldingsplicht is dat in deze instellingen vaker dan gemiddeld voor infectieziekten kwetsbare groepen verblijven. Binnen deze kwetsbare groepen kunnen infectieziekten zich sneller verspreiden of een hogere ziektelast veroorzaken. Ook is de kans op introductie van infectieziekten door de aankomst van mensen uit hoogendemische landen hoger. Asielzoekers worden vaak overgeplaatst en kunnen daarmee infectieziekten verspreiden tussen opvanglocaties. Soms is er door de woonomstandigheden (crowding, hygiëne) ook een verhoogd risico op overdracht van ziekteverwekkers.

Het is aan de GGD om de locatiemanager (COA) te informeren over artikel 26. Volgens artikel 26 is de locatiemanager (als vertegenwoordiger van de instelling) verplicht de GGD op de hoogte te brengen als er in de instelling een ongewoon aantal zieken is met maag- en darmaandoeningen, geelzucht, huidandoeningen of andere aandoeningen van vermoedelijke infectieuze aard onder de desbetreffende populatie of onder het verzorgend/begeleidend personeel. De locatiemanager zal moeten bepalen wat voor zijn instelling 'een ongewoon aantal zieken' is. Hij kan zich hierbij laten ondersteunen door de GGD of de (huis)arts die de eerstelijnszorg levert

in de instelling. Bij een melding aan de GGD is onderlinge afstemming tussen locatiemanager en GZA wenselijk.

Zie *bijlage 2* en *bijlage 3* voor handvatten om medewerkers werkzaam in COA-opvanglocaties te informeren over het gewenste moment van melding.

## 4.2 Registratie

De gegevens over meldingsplichtige infectieziekten worden verzameld door alle GGD'en in Nederland. Alle informatie wordt verzameld in het registratiesysteem Osiris. Voor een goede registratie van de meldingsplichtige infectieziekten onder asielzoekers is het van belang om zoveel mogelijk gegevens in te vullen. Denk er in elk geval aan om 'woonachtig in een asielzoekersopvanglocatie' aan te vinken. Indien een patiënt zelf geen asielzoeker is, maar wel geassocieerd kan worden met asielzoekers (bijvoorbeeld omdat deze persoon werkzaam is in een asielzoekerscentrum of iemand in een asielzoekerscentrum heeft bezocht), dan dient men dit te vermelden in het opmerkingenveld.

## 5 Voorlichting over infectieziekten

### 5.1 Gezondheidsvoorlichting voor asielzoekers

Goede voorlichting in asielzoekerscentra kan verspreiding van infectieziekten voorkomen. Vanuit de GGD wordt in het kader van het PGA-contract gezondheidsvoorlichting gegeven over verschillende onderwerpen, waaronder seksuele gezondheid, infectieziekten (zoals scabiës) en hygiëne. Landelijk zijn er voorlichtingsmaterialen ontwikkeld door RIVM, COA en GGD GHOR Nederland. Deze zijn te vinden op het GGD GHOR Kennisnet op de themapagina [Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers](#) en op de [RIVM-Toolkitsite](#).

In het kader van het [kennisdelingsprogramma gezondheid statushouders](#) (2016-2018) van Pharos en GGD GHOR Nederland zijn [voorlichtingsmaterialen over infectieziekten](#) ontwikkeld voor statushouders (onder andere over [antibiotica](#), [hepatitis B-dragerschap](#) en [scabiësbehandeling](#)). Deze digitale folders kunnen gebruikt worden in de voorlichting aan asielzoekers. De folders zijn beschikbaar in eenvoudig Nederlands, Frans, Engels, Tigrinya, Farsi en Arabisch.

De website Huisarts-migrant heeft daarnaast [voorlichtingsmateriaal](#) dat meer gericht is op de huisartspraktijk.

In het project 4refugees hebben GGD Gelderland-Zuid en het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis samen met andere organisaties en de doelgroep zelf voorlichtingsmaterialen gemaakt die zijn afgestemd op de informatiebehoefte van asielzoekers over infectieziekten. Er is onder andere informatie beschikbaar over hand- en hoesthygiëne, scabiës en hoofdluis. De materialen zijn beschikbaar in verschillende talen en zijn [via de website](#) te downloaden.

GGD'en maken jaarlijks een werkplan per COA-opvanglocatie voor groepsvoorlichting aan asielzoekers in afstemming met de ketenpartners (zoals COA en GZA) en voeren het plan uit.

Aandachtspunt voor de GGD'en is de voorlichting aan de nareizigers (gezinshereniging) die nauwelijks in een opvanglocatie verblijven en daardoor buiten het bereik van de groepsvoorlichtingen vallen.

#### Seksuele gezondheid

GGD GHOR Nederland heeft in samenwerking met Soa Aids Nederland, Rutgers en GC A in 2016 eenvoudige voorlichtingsmaterialen ontwikkeld over hiv en andere soa's, en instructies over condoomgebruik en anticonceptie. Het materiaal is geschikt voor laaggeletterden en is in tien verschillende talen beschikbaar op de websites van [Soa Aids Nederland](#) en [Rutgers](#).

In februari 2018 heeft Rutgers de website Zanzu.nl gelanceerd. Deze site bevat uitgebreide informatie in beeld, tekst en gesproken woord over seksuele gezondheid in veertientalen, goed te gebruiken om asielzoekers tijdens consulten en daarbuiten te informeren over seksualiteit, hiv, soa's en andere thema's.

## 5.2 Informatie over infectieziekten en asielzoekers

Op de website van het RIVM is [Informatie voor vrijwilligers bij opvang asielzoekers](#) ingericht als een Q&A voor de meest gangbare vragen gesteld door vrijwilligers. Om deze set Q&A's up-to-date te houden, is het verzoek om eventuele ontbrekende vragen te melden aan het RIVM.

Het expertisecentrum Pharos heeft een reeks [factsheets](#) ontwikkeld over asielzoekers en vluchtelingen.

De GGD geeft (op verzoek) ook voorlichting aan medewerkers die werken met asielzoekers over infectieziekten en hygiëne.

## 6 Vaccinatie

### 6.1 Rijksvaccinatieprogramma (RVP)

Ongeveer 25% van alle asielzoekers is jonger dan 18 jaar. Ruim 7% betreft kinderen van 0-3 jaar. Actuele cijfers zijn te vinden op de website van het [COA](#). Kinderen en jongeren van 0-18 jaar komen in aanmerking voor vaccinaties volgens het in Nederland geldende [Rijksvaccinatieprogramma](#) (RVP). De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg vindt plaats op alle COA-opvanglocaties behalve de COL. Prioriteit wordt gegeven aan de meest kwetsbare kinderen: 0-4 jaar.

Het RIVM heeft de procedurele en inhoudelijke aandachtspunten bij het uitvoeren van het RVP bij asielzoekerskinderen samengevat in het document [Asielzoekerskinderen en het RVP](#). Hier zijn ook de antwoorden op [veelgestelde vragen](#) te vinden, waaronder internationale vaccinatieschema's. Informatie kunt u ook vinden in het [RVP protocol vaccineren asielzoekerskinderen 0-18 jaar](#). Men moet er echter rekening mee houden dat in gebieden waar oorlog heerst, zoals in Syrië, de vaccinatieprogramma's niet altijd goed uitgevoerd worden.

### 6.2 Vaccinatiestatus van volwassen asielzoekers

De vaccinatiestatus van volwassen asielzoekers is afhankelijk van het vaccinatieprogramma in het land van herkomst. Dat vaccinatie opgenomen is in een programma is echter geen garantie dat iemand die ook daadwerkelijk heeft gekregen. In de zomer van 2016 startte het RIVM een onderzoek naar de immuniteit tegen 9 vaccineerbare ziekten van 3 groepen volwassen asielzoekers die in Nederland in de opvang verbleven, afkomstig uit Syrië, Eritrea/Ethiopië en Iran/Irak/Afghanistan. De volwassen asielzoekers blijken redelijk tot goed beschermd tegen de ziekten uit het RVP (Freidl 2018; zie ook Toikkanen 2016).

### 6.3 Beroepsmatige contacten met asielzoekers

Naar aanleiding van de grote instroom van asielzoekers in Nederland is in december 2015 een Arbo-inf@ct uitgebracht over eventuele maatregelen voor werknemers (zie *bijlage 4*). In verband met vaccinatie is het volgende van belang.

De werkgever is verantwoordelijk voor veilige en gezonde arbeidsomstandigheden. Hierbij is het van belang dat de gezondheidsrisico's (de Risico-Inventarisatie en Evaluatie) en ook de verhoogd kwetsbare werknemers in kaart worden gebracht c.q. in beeld zijn. Daarbij maakt het geen verschil of er sprake is van werknemers of vrijwilligers. Ten aanzien van het gezondheidsbeleid kan een werkgever zich laten adviseren door een bedrijfsarts.

Het is van belang de medewerkers goed voor te lichten over mogelijke infectierisico's en vaccinatiebeleid. Het blijft zoals altijd belangrijk om als basis de algemene hygiënemaatregelen (hand-, hoest- en toilethygiëne) goed toe te passen.

Voor beroepsmatige contacten met asielzoekers geldt geen specifiek vaccinatiebeleid. Een uitgangspunt hierbij is dat alle werknemers en vrijwilligers gevaccineerd zijn conform het rijksvaccinatieprogramma en de adviezen die gelden voor risicogroepen. Daarbij is het belangrijk dat indien vaccinaties verlopen zijn er op tijd wordt gerevaccineerd (bijvoorbeeld DaKTP).



Ten slotte is het voor zwangere werkneemsters in de vruchtbare leeftijd aan te bevelen na te gaan of er waterpokken in het verleden is doorgemaakt. Eventueel kan screening plaatsvinden en (bij niet gebleken immuniteit) waterpokkenvaccinatie worden aangeboden.

In specifieke situaties kan er sprake zijn van aanvullende vaccinaties, bijvoorbeeld hepatitis B wanneer werknemers rond de opvang van asielzoekers te maken kunnen krijgen met agressie of geweld (bijvoorbeeld medewerkers binnen het COA of politiepersoneel), of risico op hepatitis A bij schoonmakers van sanitaire voorzieningen wanneer een geval van hepatitis A zich voordoet. Voor meer informatie over vaccinatie van werknemers wordt verwezen naar het gezondheidsraadsadvies [Werknemers en infectieziekten: criteria voor vaccinatie](#). Indien voortvloeiend uit de Risico-Inventarisatie en Evaluatie, is de werkgever verplicht deze vaccinaties gratis aan te bieden.

Daarnaast is het van belang dat werknemers weten wat te doen bij een bijt- of spuugincident. Ze horen op de hoogte te zijn van de eerste maatregelen (zoals spoelen van een wond of het oog met kraanwater) en melden dit vervolgens z.s.m. bij de leiding binnen het betreffende centrum.

Een protocol moet op locatie aanwezig zijn evenals toegang tot (24 uren) risico-inschatting, advies en nazorg.

## 7 Antibioticaresistentie

In Nederland is het aantal dragers van resistente micro-organismen laag ten opzichte van de ons omringende landen. Dit komt door een intensief "search en destroy" beleid in de Nederlandse ziekenhuizen en een restrictief gebruik van antibiotica in de zorg. In de algemene bevolking is ongeveer 1,4% drager van een MRSA-bacterie; de prevalentie van ESBL ligt tussen de 5 en 10% (De Greef, 2018).

Doordat mensen reizen en migreren vanuit landen met een hogere prevalentie van antibioticaresistentie kunnen resistente bacteriën zich makkelijk verspreiden. In een onderzoek onder gezonde Nederlandse reizigers bleek 30,5% direct na hun reis naar Azië, Afrika en Zuid-Amerika een resistente ESBL-bacterie bij zich te dragen (Paltansing, 2013). Na zes maanden waren de meeste reizigers (80%) deze bacterie echter weer kwijt. Vluchtelingen komen vaak ook uit landen waar de prevalentie van resistente micro-organismen hoger is dan in Nederland. Zij kunnen dus in de eerste maanden na aankomst in Nederland een rol spelen bij de verspreiding van resistente bacteriën.

Verspreiding van resistente bacteriën vormt een serieus probleem voor zorginstellingen waar mensen verblijven die verhoogd vatbaar zijn voor infecties. Hoe complexer en intensiever de medische zorg, hoe groter de risico's. Patiënten die een infectie hebben met een resistente bacterie zullen in de regel langer opgenomen blijven in een ziekenhuis en mogelijk een slechtere prognose hebben, omdat infecties met deze bacteriën lastig te behandelen zijn. De meerkosten voor verlengde en intensievere therapie kunnen aanzienlijk zijn, maar zijn moeilijk te voorspellen. Daarnaast zijn er mogelijk vergaande gevolgen voor de continuïteit van zorg (door bijvoorbeeld opnamestop).

### Casuïstiek

Onderzoek bij asielzoekers die zich gepresenteerd hebben in een ziekenhuis laat zien dat onder vluchtelingen meer dragerschap voorkomt dan onder de algemene bevolking van Nederland (RIVM 2014).

Het UMCG heeft in 2015 een retrospectieve screening gedaan bij 130 asielzoekers die in de periode april 2014 tot september 2015 in het ziekenhuis waren opgenomen in verband met een infectieziekte. Bij 31% (40/130) van hen werd een resistente bacterie gevonden, waarvan de meerderheid ESBL; MRSA werd slechts bij 8% (10/130) vastgesteld en er werden geen carbapenemaseproducerende enterobacteriaceae (CPE) gevonden (Ravensbergen, 2016).

In een onderzoek naar dragerschap van MRSA onder 95 patiënten die tussen juli 2014 en september 2015 opgenomen werden in een ziekenhuis in de regio Weert en afkomstig waren uit het nabijgelegen azc werd gevonden dat 15% (14/95) drager was van MRSA. Screening op overige BRMO heeft niet plaatsgevonden. Deze patiënten waren vooral afkomstig uit Eritrea (signaleringsoverleg, 8 oktober 2015).

Bij screening van vluchtelingen bij opname in ziekenhuizen in de Duitse Rhein-Main-regio werd in de periode december 2015 tot maart 2016 bij 9,8% (32/325) MRSA gevonden, bij 23.3% (67/290) een ESBL en bij 2,1% (6/290) CPE (Heudorf 2016).

## Werkafspraken

Gezien de hoge prevalentie van dragerschap met resistente bacteriën onder asielzoekers, is het van belang dat er regionaal afspraken gemaakt worden tussen zorginstellingen, laboratoria en COA-opvanglocaties over het beleid voor BRMO/MRSA-screening bij asielzoekers bij opname of behandeling in het ziekenhuis. De GGD kan faciliteren dat deze afspraken gemaakt worden tussen de ketenpartners.

Als er in de opvanglocatie geen (medische) zorghandelingen uitgevoerd worden, gelden voor de medewerkers geen andere maatregelen dan consequente toepassing van de algemene hygiënemaatregelen. Als er wel (medische) zorghandelingen worden verricht in de opvanglocatie dienen ze te worden uitgevoerd volgens de [WIP-richtlijnen](#) en/of die van de beroepsgroep. Ook hierbij vormen algemene hygiënemaatregelen de basis. Wanneer deze werkwijze wordt gevolgd, bestaat er geen verhoogde kans op overdracht. Zie ook [Informatie voor vrijwilligers bij opvang asielzoekers](#).

## 8 Meest voorkomende infectieziekten en syndromen

### 8.1 Tuberculose

#### Screening bij asielzoekers

Screening op tuberculose (tbc) bij vluchtelingen en asielzoekers is alleen nodig als zij afkomstig zijn uit een land met een tbc-incidentie van meer dan 50 per 100.000 personen.

Dit advies van de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) is bekrachtigd door [Minister Schippers op 22 maart 2016](#) en is in september 2016 geïmplementeerd.

Voor informatie over de tbc-incidentie in de wereld, zie de [landenlijst van de KNCV](#). De binnenkomstscreening vindt plaats op de COL's. Een overzicht van alle wetgeving, richtlijnen, protocollen, werkinstructies en adviezen staat op de website van de KNCV in de [Regelgeving Praktische Tuberculosebestrijding](#) (RPT). De RPT bevat onder andere het [Protocol tbc-screening, -behandeling en BCG-vaccinatie bij asielzoekers](#). In dit protocol zijn de procedures beschreven rondom de screening, vervolgscreening en behandeling van tbc voor de diverse doelgroepen binnen het COA, alsmede de procedure van de BCG-vaccinatie van kinderen in de COA-opvang.

#### Screening bij medewerkers/vrijwilligers

De CPT heeft een aantal arboadviezen gegeven voor medewerkers en vrijwilligers in de opvang (Van den Kerkhof 2015). Omdat het risico op blootstelling aan open tbc zeer gering is, is er vanuit medisch oogpunt geen screening nodig voor mensen die in de opvang werken (met uitzondering van COL-locaties en aanmeldstraten).

Advies ten aanzien van tbc-screening:

- *Periodiek onderzoek* dient te worden aangeboden aan medewerkers van de COL of aanmeldstraten conform de richtlijn [Tuberculosescreeningsbeleid contactgroepen](#).
- *In- en uitdiensttredekeuring* van COA-personeel is volgens het CPT niet medisch noodzakelijk, maar wordt door COA om arbeidsrechtelijke redenen aangeboden (dit geldt dus ook voor vrijwilligers).
- *Contactonderzoek* dient (zo nodig) te worden uitgevoerd onder vrijwilligers en medewerkers van locaties indien open tbc zich voordoet (conform regulier beleid).

Zie verder de adviezen van de [LCI-richtlijn Tuberculose](#).

### 8.2 Scabiës

Scabiës (schurft) is endemisch onder bepaalde groepen asielzoekers, met name asielzoekers uit de hoorn van Afrika (Eritrea, Ethiopië). Bij Syrische asielzoekers komt scabiës weinig voor. De incidentie is bepalend voor het beleid. Een hoge incidentie onder bepaalde groepen rechtvaardigt een groepsbehandeling.

NB: de besmettelijker vorm scabiës crustosa (norvegica) is onder asielzoekers de laatste jaren (2014-juni 2018) niet waargenomen. Deze vorm vraagt om een

aangepast beleid. De adviezen in dit hoofdstuk hebben betrekking op de normale (klassieke) vorm.

Als suggestie geven we de norm die door COL Ter Apel is gehanteerd: bij een scabiësincidentie >30% (gedurende een maand) of als het aantal (vermoedelijk) besmette asielzoekers de capaciteit van het GZA overstijgt, is een preventieve groepsbehandeling van de gehele risicogroep (met name asielzoekers afkomstig uit Eritrea en Ethiopië) gerechtvaardigd. In alle andere gevallen verdient individuele behandeling de voorkeur in combinatie met preventieve behandeling van nauwe contacten.

Bij asielzoekers in opvanglocaties gaat de voorkeur uit naar een behandeling met [ivermectinetabletten \(oraal\) \(Stromectol®\)](#).

Er zijn ketenafspraken gemaakt tussen COA, GZA, GGD en GGD GHOR Nederland over de aanpak van scabiës. Deze afspraken staan in het document [Ketenafspraken Scabiës aanpak in de COA opvang](#). De kenmerken en behandel mogelijkheden komen per locatie (bij reguliere instroom asielzoekers) aan bod. Verder staat beschreven welke organisaties hierin betrokken zijn en welke rollen en verantwoordelijkheden zij hebben.

Daarnaast gelden de adviezen van de [LCI-richtlijn Scabiës](#).

Voor medewerkers in de opvang of voor andere mensen die in contact komen met asielzoekers (bijvoorbeeld medewerkers van vervoersbedrijven tijdens bus- of taxirit) zijn geen aanvullende maatregelen nodig. Voor overdracht van scabiës is intensief lichamelijk contact nodig en de kans dat dit gebeurt in een werksituatie buiten de gezondheidszorg is verwaarloosbaar klein.

### 8.3 Febris recurrens/louse borne relapsing fever (LBRF)

In 2015 is bij twee asielzoekers (beide uit Eritrea) febris recurrens, ofwel louse borne relapsing fever (LBRF) vastgesteld. Na vaststelling zijn maatregelen zoals het wassen van kleding en beddengoed uitgevoerd op het azc.

In de periode tussen juli en oktober 2015 zijn er in vijf Europese landen totaal 27 bevestigde gevallen van LBRF gevonden: Duitsland (15), Finland (1), Italië (8), Nederland (2) en Zwitserland (1) (ECDC 2015). Behoudens de twee asielzoekers is er in Nederland in de afgelopen jaren geen introductie van LBRF geweest. Sindsdien zijn er ook geen nieuwe infecties waargenomen in Nederland (mei 2018).

LBRF komt epidemisch voor bij overbevolking, slechte hygiëne, hongersnood, oorlog of extreme koude. De ziekte komt momenteel nog endemisch voor in Ethiopië, Soedan en Somalië. In Ethiopië is LBRF nog een belangrijke oorzaak van sterfte. LBRF wordt veroorzaakt door *Borrelia recurrentis* en overgedragen door de kleepluis. De transmissie van kleepluizen van mens op mens is mogelijk via besmette kleding en beddengoed. De ziekte wordt niet overgebracht door de beet van de luis, maar door besmetting van niet intacte huid door uitwerpselen of lichaamsvloeistof die vrijkomt nadat de luis wordt doodgedrukt. LBRF kan zeer ernstig verlopen, maar ook een asymptomatisch beloop is beschreven.

Primaire preventie bestaat uit het nemen van maatregelen ter voorkomen van infestatie met kleepluizen. Omdat de kleren van asielzoekers niet direct na aankomst worden gewassen, is blijvende alertheid nodig.

Zie verder de adviezen van de [LCI-richtlijn Febris recurrens \(relapsing fever\)](#).

## 8.4 Vlekjesziekten

Voor een tijdige signalering en bestrijding van vlekjesziekten is het belangrijk dat er duidelijke afspraken zijn tussen COA, GZA en GGD. Indien twee of meer gevallen van plotseling optredende huiduitslag binnen twee weken binnen één groep worden gesignaleerd, dient de instelling, op basis van de meldplicht, een melding te doen bij de GGD. Daarnaast moeten ziekten als mazelen en rodehond na vaststelling door de arts gemeld worden bij de GGD (zie *hoofdstuk 4*).

Vlekjesziekten worden meestal veroorzaakt door een virus of een bacterie. Deze ziekten kennen we in Nederland als typische kinderziekten. De meeste van deze ziekten zijn voor kinderen ongevaarlijk, maar kunnen op volwassen leeftijd en in specifieke omstandigheden (immuungecompromiteerd, zwangerschap) wel een risico vormen. Door verschil in epidemiologie en vaccinatieprogramma's in de landen van herkomst kunnen bij asielzoekers, ook op volwassen leeftijd, ziekten optreden die we in Nederland vrijwel niet meer zien.

De volgende LCI-richtlijnen geven gedetailleerde informatie over specifieke infecties:

- [LCI-richtlijn Mazelen \(morbili\)](#)
- [LCI-richtlijn Rodehond](#)
- Roodvonk/krentenbaard: [LCI-richtlijn Groep A-streptokokkeninfectie \(GAS\)](#)
- Waterpokken: [LCI-richtlijn Waterpokken en gordelroos](#)
- [LCI-richtlijn Erythema infectiosum \(vijfde ziekte\)](#)
- [LCI-richtlijn Zesde ziekte](#)
- [LCI-richtlijn Hand-voet-mondziekte](#)

Naast bovengenoemde infecties zijn er nog tal van andere infectieuze en niet-infectieuze oorzaken die specifieke huidafwijkingen kunnen veroorzaken. Goede diagnostiek bij vlekjesziekten is belangrijk, omdat ook ernstige infectieziekten zoals meningokokken-meningitis en -sepsis zich met vlekjes kunnen manifesteren.

Voor de meeste vlekjesziekten volstaat de informatie in de bijhorende LCI-richtlijn. We lichten in dit draaiboek twee vlekjesziekten nader toe: waterpokken (zie 8.4.5) en mazelen (zie 8.4.6). Waterpokken omdat het in (sub)tropische gebieden minder voorkomt (waardoor de kans kleiner is dat een asielzoeker het al in de jeugd heeft doorgemaakt en daardoor beschermd is) en het op latere leeftijd meer problemen kan geven. Mazelen omdat deze zeer besmettelijke ziekte zich snel kan verspreiden en uitbraken in opvangcentra voor asielzoekers beschreven zijn.

### 8.4.1 Zwangeren

(De verwekkers van) vlekjesziekten kunnen negatieve gevolgen hebben voor een zwangere of de ongeboren vrucht. Voor een overzicht van infectieziekten die problemen kunnen geven bij zwangerschap, zie [Zwangerschap en infectieziekten](#).

GZA verwijst zwangere vrouwen conform de [Ketenrichtlijn geboortezorg asielzoekster](#) naar de eerstelijns verloskundige. Deze afspraken zullen worden aangevuld met het advies om (conform het beleid voor Nederlandse zwangere vrouwen die waarschijnlijk niet beschermd zijn) zwangere asielzoeksters aanvullend te screenen op antistoffen tegen rubella en waterpokken.

### 8.4.2 Immuungecompromitteerden

Met name waterpokken kan ernstig verlopen bij immuungecompromitteerden. Asielzoekers krijgen allemaal een medische intake aangeboden. Immuungecompromitteerden zijn veelal goed in beeld bij het GZA.

### 8.4.3 Diagnostiek

Op klinische gronden zijn mazelen, rodehond, roodvonk, vijfde ziekte en zesde ziekte soms lastig van elkaar te onderscheiden. Bij verdenking van RVP-ziektes, of als er consequenties zijn voor het beleid, is laboratoriumbevestiging noodzakelijk. Hand-voet-mondziekte en waterpokken zijn meestal gemakkelijk te onderscheiden (blaasjes) van de andere exanthemateuze ziekten.

### 8.4.4 Beleid bij uitbraak

Omdat veel vlekjesziekten al besmettelijk zijn voordat er ziekteverschijnselen zijn, is het moeilijk om besmetting te voorkomen. Toch zijn er maatregelen te nemen waardoor de verspreiding minder effectief zal zijn. Het doel van deze maatregelen is om contact met het virus of de bacterie zoveel mogelijk te voorkomen en bij uitbraak kwetsbare individuen snel te identificeren. Daarbij is een goede voorlichting aan bewoners en medewerkers belangrijk. De GGD kan samen met het COA bekijken welke maatregelen genomen kunnen worden.

Er kan gedacht worden aan:

- specifieke maatregelen voor ernstig immuungecompromitteerde en zwangere asielzoekers, bijvoorbeeld toediening van antistoffen indien men niet beschermd is of verzoek tot overplaatsing naar een andere COA-opvanglocatie;
- clusteren van patiënten en het nemen isolatiemaatregelen, bijvoorbeeld: (A) het minimaliseren van patiëntverplaatsingen binnen een locatie en tussen locaties; (B) het annuleren van groepsactiviteiten; (C) het clusteren van zieken in een aparte zaal en het plaatsen van schotten in een gezamenlijke ruimte;
- goede hoest- hand- en toilethygiëne;
- extra ventileren van binnenruimten.

### 8.4.5 Waterpokken

Niet-immune zwangeren en ernstig immuungecompromitteerde asielzoekers hebben een verhoogd risico op complicaties van waterpokken (varicella), met name een longontsteking. Ook kan varicella-infectie tijdens de zwangerschap leiden tot het congenitaal varicellasyndroom (CVS). In Nederland heeft meer dan 95% van de 12-jarigen waterpokken doorgemaakt en is daardoor levenslang beschermd. Ook in andere landen met een gematigd klimaat is meer dan 90% van de jongvolwassenen beschermd tegen waterpokken. Dit in tegenstelling tot landen met een (sub)tropisch klimaat (zoals Eritrea) waar slechts de helft van de 12-jarigen waterpokken heeft doorgemaakt.

Er zijn in 2016 twee onderzoeken beschikbaar gekomen die een overzicht geven van de immuniteit bij belangrijke groepen asielzoekers. Bij asielzoekers afkomstig uit Syrië en andere landen in het Midden-Oosten bleek deze vergelijkbaar met die uit Europese landen. Bij groepen afkomstig uit landen in Oost-Afrika zoals Sudan en Eritrea bleek de immuniteit het laagst te zijn (Freidl 2018, Toikkanen 2016).

GZA verwijst zwangere vrouwen conform de [ketenrichtlijn](#) naar de eerstelijns verloskundige. Conform de multidisciplinaire [NVMM-richtlijn Varicella 2010](#) moeten zwangere vrouwen die anamnestic geen waterpokken hebben doorgemaakt door de verloskundige of gynaecoloog op varicella-IgG gecontroleerd worden.

In het geval dat waterpokken zich voordoen, kan GZA op advies van de GGD overwegen om ernstig immuungecompromitteerde asielzoekers en niet-immune zwangeren met spoed VZIG toe te dienen.

#### 8.4.6 Mazelen

Ondanks het feit dat wereldwijd 80% van de kinderen tegen mazelen wordt gevaccineerd, is mazelen in ontwikkelingslanden (Azië, Afrika) en in onveilige regio's (Afghanistan) één van de belangrijkste doodsoorzaken voor kinderen jonger dan 5 jaar. De kans dat er in COA-opvanglocaties mazelen uitbreekt, hangt af van het aantal niet-immune asielzoekers in een opvanglocatie, vooral als er sprake is van clustering van niet-immune personen in bepaalde woon- of verblijfplaatsen, zoals opvanglocaties.

De besmettelijke periode is 4 dagen vóór tot 4 dagen na het van het begin van het exantheem. De kans dat een asielzoeker besmet wordt in het thuisland en daarna de ziekte introduceert in Nederland is, gezien de reistijden, zeer onwaarschijnlijk. De kans is groter dat een asielzoeker besmet raakt tijdens de reis of na blootstelling in Nederland. Begin 2016 brak mazelen uit in Frankrijk onder asielzoekers in een opvanglocatie (Jones 2016). Mogelijk werd mazelen hier geïntroduceerd vanuit de bevolking.

### 8.5 Hepatitis A

Hepatitis A komt endemisch voor op kinderleeftijd in landen met slechte sanitaire voorzieningen en matige hygiëne. Praktisch alle volwassenen in de HAV-endemische landen bezitten antistoffen. De kans dat kinderen op een opvanglocatie nog geen natuurlijke bescherming hebben opgebouwd, is aanwezig. Een uitbraak van hepatitis A onder deze groep kan nieuwe besmettingen onder bewoners en personeel veroorzaken.

#### Adviezen bij bewezen uitbraak in opvanglocatie

- gezinscontacten t/m 18 jaar (met wie men samen heeft gereisd en intensief contact heeft) conform het reguliere beleid hepatitis A-vaccin aanbieden;
- geen verplaatsingen van zieken tussen locaties;
- eigen toiletvoorzieningen voor het betreffende gezin/samenreizende groep;
- hepatitis A-vaccin aanbieden aan het ongevaccineerde schoonmaakpersoneel van sanitaire voorzieningen;
- bij GZA navragen wie immuungecompromitteerd zijn; bij COA navragen of de immuungecompromitteerde volwassenen van hetzelfde toiletblok gebruik maken als de index; zij komen wel in aanmerking voor postexpositiebehandeling met immunoglobuline.
- alle kinderen en jongeren (jongens en meisjes) t/m 18 jaar die van hetzelfde toiletblok gebruik maken als de patiënt hepatitis A-vaccin aanbieden.

In de kortdurende opvang (< 72 uur) zijn mogelijk niet alle bovenstaande adviezen haalbaar. In dat geval is maatwerk noodzakelijk.

Citobepaling van beschermende antistoffen voorafgaand aan vaccinatie voor een volwassene (en mogelijk kinderen) kan kosteneffectief zijn. Dit mag echter **niet** ten koste gaan van de snelheid van postexpositieprofylaxe. Screenen van de serostatus van kinderen is echter invasief en dat maakt de haalbaarheid van een dergelijke actie gering. Het advies is om screenen alleen in uitzonderingsgevallen te overwegen (zie ook de bijlage Onderbouwing bij de [LCI-richtlijn Hepatitis A](#)).

Zie verder de adviezen van de [LCI-richtlijn Hepatitis A](#).



### Preventie medewerkers

Als medewerkers/vrijwilligers vanuit hun werkzaamheden een kans lopen om in aanraking te komen met ontlasting, kan pre-expositieprofylaxe tegen hepatitis A overwogen worden door de bedrijfsarts. Dit wordt besproken met GZA- en COA-medewerkers (zie *paragraaf 6.3*).

## 8.6 Hepatitis B

Hepatitis-B-virus wordt overgedragen via seksueel contact, bloed en bloedproducten en ook verticaal van moeder op kind (voornamelijk tijdens de bevalling). Hepatitis B komt wereldwijd voor, met grote geografische verschillen. Onder de Nederlandse bevolking komt hepatitis B weinig voor (minder dan 1 per 100.000 sinds 2013); onder asielzoekers, die vaak afkomstig zijn uit hoogendemische gebieden, wel (0,5 meldingen per 100 asielzoekers in de opvang in 2015) (Bijkerk 2016).

Voor het beleid gelden de adviezen van de [LCI-richtlijn Hepatitis B](#).

Zie ook de informatie over [Hepatitis B en zwangerschap](#).

## 8.7 Koortsende ziekten

Koorts is een belangrijk symptoom en kan wijzen op een ernstige infectie. Wanneer een asielzoeker zich meldt met koorts, dient er altijd rekening gehouden te worden met de aanwezigheid van een importziekte als onderliggende oorzaak. Importziekten zijn ziekten die in Nederland niet meer of niet meer endemisch voorkomen. De route die de asielzoeker heeft afgelegd voor zijn aankomst in Nederland, de reisduur, zijn huidige verblijfsduur in Nederland, leeftijd, vaccinatiestatus en immuunstatus, zijn enkele parameters die al veel importziekten kunnen uitsluiten of juist waarschijnlijker kunnen maken.

De incubatietijden van infecties variëren van een paar dagen tot langer dan een jaar. Asielzoekers zullen, net als Nederlanders, vaak een banale infectie hebben, zoals influenza. Een goede anamnese en een lichamelijk onderzoek door een arts zal al vaak tot een goede differentiaaldiagnose leiden.

Uit onderzoek bleek **malaria** het vaakst gevonden te worden onder personen afkomstig uit malaria-endemische gebieden (Wilson 2007). Aan [malaria](#) moet altijd worden gedacht en als eerste worden uitgesloten als asielzoekers uit een malaria-endemisch gebied komen.

Bij een verdenking op **hemorragische koorts** dienen snelle isolatiemaatregelen getroffen te worden tot het moment dat de diagnose gesteld kan worden. Indien een patiënt zich onaangekondigd meldt bij de huisarts, wordt geadviseerd de patiënt apart te zetten en de patiënt te voorzien van een chirurgisch mondmasker. De huisarts wordt geadviseerd fysiek contact met de patiënt te vermijden en indien dit onvermijdelijk is, zich te beschermen met beschikbare persoonlijke beschermingsmaatregelen. Er dient te worden overlegd met de arts infectieziektebestrijding van de GGD. Indien na triage en collegiaal overleg wordt geconcludeerd dat er een reële verdenking is op hemorragische koorts, wordt de patiënt ingestuurd naar een academisch ziekenhuis voor diagnostiek en opname (NHG 2016).

Een hemorragische koorts bij een asielzoeker is echter zeer onwaarschijnlijk, omdat asielzoekers meestal niet uit endemische gebieden komen en langer dan 21 dagen onderweg zijn geweest. De kans dat iemand met koorts die uit de tropen komt

malaria of een andere behandelbare aandoening heeft, is vele malen groter. De [LCI-richtlijn Virale hemorrhagische koorts filovirussen \(ebola, marburg\)](#) geeft aanvullende informatie.

De differentiaaldiagnose van **koorts e.c.i.** is zeer uitgebreid, maar vaak zal het een atypische presentatie zijn van een gangbare aandoening (Kasper 2015).

## 8.8 Infectieuze gastro-enteritis

Acute diarree door infectieuze gastro-enteritis wordt veelal veroorzaakt door een virus en gaat meestal zonder behandeling vanzelf over. Het risico op uitdroging door braken en/of diarree is hoger bij ouderen en kleine kinderen.

Wanneer meerdere mensen diarree hebben of braken, is het verstandig om rekening te houden met een infectie met norovirus, omdat dan gelijk hygiënemaatregelen getroffen moeten worden. Ook als voedsel de bron lijkt te zijn van de uitbraak, zijn de zieke personen mogelijke bronnen voor volgende besmettingen.

### 8.8.1 Norovirus

Norovirussen zijn met name berucht als oorzaak van grote uitbraken van gastro-enteritis in zorginstellingen door de hoge mate van besmettelijkheid. Ze zijn goed in staat om buiten de gastheer te overleven. Een uitbraak in een opvanglocatie is niet ondenkbeeldig. De hygiëneadviezen zoals geadviseerd voor [groepsaccommodaties](#) en [zorginstellingen](#) zijn in een opvanglocatie moeilijk te realiseren. Het is aan de locatiemanager, in samenspraak met de GGD, om daar besluiten over te nemen en praktische oplossingen te vinden.

Er zal rekening moeten worden gehouden met een grote mate van verspreiding binnen de locatie. Vanwege de besmettelijkheid van het norovirus dient een opvanglocatie in zijn geheel te worden beschouwd als mogelijk besmet. Doel van de maatregelen is om een uitbraak beheersbaar te houden door grote personele uitval van medewerkers te voorkomen, alsmede onnodige ziekenhuisopnames.

Voor iedereen die tijdens een norovirusuitbraak op een opvanglocatie wordt ingezet, geldt dat goede hygiëne- en beschermingsmaatregelen besmetting kunnen voorkomen. Goed handen wassen is heel belangrijk. Daarnaast dient personeel dat directe zorg levert aan zieke bewoners (bijvoorbeeld de ambulancedienst) een wegwerpschort met lange mouwen en wegwerphandschoenen te dragen. Bij inzet in een ruimte waar mensen braken, dient een neus-mondmasker gedragen te worden, ook door mensen die niet voor patiënten zorgen.

Uitgebreide informatie kunt u vinden in de [LCI-richtlijn Norovirus](#).

### 8.8.2 Shigellose

Shigellose is endemisch in de landen van herkomst van vele asielzoekers. Het is mogelijk dat in Nederland zich ook gevallen zullen voordoen. De reiscondities en de grote aantallen asielzoekers die in opvangcentra verblijven, dragen hieraan bij.

Het risico voor de algemene bevolking is beperkt. Echter, schoonmakers van opvangcentra, vooral diegenen die in contact komen met feces, lopen mogelijk een verhoogd risico. Belangrijke preventieve maatregelen zijn het toepassen van adequate hygiënemaatregelen en het verhogen van de alertheid onder asielzoekers, gezondheidsmedewerkers en schoonmaakpersoneel. Indien shigellose zich voordoet,

dan is het verzoek erop toe te zien dat personeel adequaat is voorgelicht over de hygiëneprocedures (Van den Kerkhof 2015).

Uitgebreide informatie kunt u vinden in de [LCI-richtlijn Shigellose](#).

## 8.9 Influenza

Tijdens het influenzaseizoen zullen ook asielzoekers mogelijk influenza ontwikkelen. Voor opvanglocaties wordt geadviseerd om, conform de adviezen van de Gezondheidsraad voor de Nederlandse bevolking, alleen influenzavaccinatie aan te bieden aan medische risicogroepen en personen ouder dan 60 jaar.

### Influenzabeleid

In lijn met het advies van de ECDC adviseert het RIVM om het reguliere Nederlandse grieppreventiebeleid (grieprikrisicogroepen, hoest- en contacthygiëne en doelgerichte individuele oseltamivirbehandeling) voor risicogroepen in Nederland ook te volgen voor asielzoekers in opvangsituaties. Complicaties bij griep zijn te verwachten bij mensen uit de risicogroepen, vandaar dat het vaccinatieadvies voor griep ook bij de asielzoekers geldt voor de risicogroepen.

### Grieppreventieadviezen

Om de bestrijding van een mogelijke uitbraak te faciliteren en daarmee ook de druk op tweedelijnsvoorzieningen te verminderen, wordt geadviseerd om de volgende maatregelen te nemen:

- het ontwikkelen en verspreiden van doelgroepgericht voorlichtingsmateriaal over griep aan de bewoners (zie *hoofdstuk 5*);
- het optimaliseren van de eerstelijnszorg in de opvanglocatie om de druk op de tweedelijnszorg te verminderen.

## 8.10 Polio

Poliomyelitis, ook wel polio genoemd, staat op de WHO-lijst voor eradicatie uit de wereld. De WHO heeft in 2002 Europa poliovrij verklaard. De laatste polio-epidemie in Nederland vond plaats in 1992-93 onder ongevaccineerde personen. Er zijn echter situaties denkbaar waardoor polio weer in Nederland geïntroduceerd kan worden. Er is een goede wereldwijde surveillance van polio in de wereld. Uitbraken worden vaak snel gesignaleerd en wereldwijd gecommuniceerd. Als er een verhoogd risico is op introductie in Nederland wordt daarover gecommuniceerd met de beroepsgroep en worden zo nodig maatregelen genomen.

Op dit moment (juni 2018) is er geen verhoogd risico op introductie van polio in Nederland. Hoewel de kans erg klein is op introductie, moet er wel aan gedacht worden als er aan de casusdefinitie wordt voldaan. Conform de Wet publieke gezondheid is poliomyelitis een meldingsplichtige ziekte groep A. Dit houdt in dat reeds bij het vermoeden van de ziekte dit direct gemeld moet worden aan de GGD.

Aanvullende informatie polio:

- [LCI-richtlijn Poliomyelitis anterior acuta](#)
- [LCI-onderwerppagina Polio](#)
- [LCI-draaiboek introductie van polio](#)

## 9 Hiv en soa's

Asielzoekers komen vaak uit [soa-endemische landen](#). De hoge prevalentie van soa's en/of hiv in het land van herkomst, vluchttrajecten die gepaard kunnen gaan met ontbering of seksueel geweld, de leefsituatie in een azc, en de introductie in een voor hen onbekend land maken asielzoekers extra kwetsbaar voor soa's en hiv (Burnett 2001, Burnett 2002, Weston 2004, Desgrees- du-Lou 2016). Alleenstaande asielzoekers, asielzoekers die MSM (mannen die seks hebben met mannen) zijn en asielzoekers met wisselende seksuele partners (waaronder vrijwillig of gedwongen sekswerkers) hebben een grotere kans op (transmissie van) soa's en hiv. Uit recente onderzoeken in Nederland en andere Europese landen is gebleken dat een deel van de asielzoekers met hiv na de aankomst in het gastland geïnfecteerd is met hiv (Goosen 2015, Desgrees-du-Lou 2015). Bovendien ervaren asielzoekers (en migranten in het algemeen) verschillende drempels om zich te laten testen, zoals gebrek aan kennis, lage risicoperceptie, angst, kosten (als ze via huisarts en GZA willen laten testen), gebrek aan informatie over organisatie van gezondheidszorg in Nederland en (zelf)stigma (Hoyos 2013, Lapostolle 2011, Mitra 2006, Dolwick Grieb 2015, Harvey 2013, Deblonde 2010).

Asielzoekers zijn daarom van speciaal belang in het kader van de soa- en hivbestrijding in Nederland. Toegang tot laagdrempelige soazorg, waaronder preventie-op-maat en soa- en hivtesten, is vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding daarom essentieel.

De GGD is verantwoordelijk voor de preventie-interventies richting deze doelgroep. Dit houdt zowel individuele als groepsvoorlichting in. Asielzoekers kunnen in eerste instantie terecht bij de huisarts van het GZA voor soa-testen en anticonceptie. Omdat asielzoekers met name uit soa-endemische landen komen, en daarbij extra kwetsbaar zijn voor soa's en hiv, valt een groot deel van hen ook binnen de gedefinieerde doelgroepen van de aanvullende soa-bestrijding binnen de ASG-regeling. Individuele counseling ter bevordering van seksuele gezondheid en preventie van soa's en hiv kunnen dan ook plaatsvinden tijdens spreekuren in het kader van de aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG).

Het RIVM heeft samen met GGD GHOR Nederland [een informatiebrief](#) opgesteld voor artsen en verpleegkundigen van GZA als ook voor COA-medewerkers over het HBV-programma voor risicogroepen.

Hiv en andere soa's zijn conform de Wet publieke gezondheid niet meldingsplichtig. De GGD heeft conform de wet publieke gezondheid wel een taak om de potentiële risicogroepen en de incidentie van hiv en andere soa's bij deze groepen te monitoren en de noodzaak van de preventie interventies te signaleren. Ook heeft de GGD een taak om effectieve interventies te ontwikkelen met als doel actieve opsporing van hiv en andere soa's ter bescherming van de publieke gezondheid.

GGD GHOR Nederland heeft in samenwerking met Soa Aids Nederland, Rutgers en GZA eenvoudige voorlichtingsmateriaal ontwikkeld over hiv en andere soa's, condoomgebruik en anticonceptie (zie *hoofdstuk 5*).

Op de [Interventiedatabase Gezond en Actief Leven](#) zijn effectieve interventies te vinden ter preventie van soa en hiv onder asielzoekers en/of andere doelgroepen/risicogroepen.

## 10 Hygiëne

Het [Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid](#) (LCHV) heeft als doel het ontwikkelen, coördineren en afstemmen van een landelijk eenduidig en praktisch beleid op het gebied van de technische hygiënezorg. Dit doet zij door richtlijnen te ontwikkelen, als vraagbaak en communicatiekanaal te fungeren en door voorlichtingsmaterialen en aanverwante zaken te ontwikkelen. Diverse relevante documenten t.a.v. hygiëne en asielzoekerscentra zijn te vinden onder de [LCHV-richtlijnen Asielzoekerscentra](#).

De [Hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra](#) is een hulpmiddel om de hygiëne in opvangcentra voor asielzoekers vorm te geven. De hygiënerichtlijn is door het LCHV in samenwerking met COA, GGD GHOR Nederland, GZA, RIVM en de GGD'en Amsterdam, Groningen en Rotterdam in maart 2016 herzien. De richtlijn is primair geschreven voor de locatiemanagers van asielzoekerscentra: zij zijn direct verantwoordelijk voor een goede hygiëne binnen hun opvangcentrum. De richtlijn geeft een overzicht van de hygiëne-eisen waar opvangcentra voor asielzoekers aan moeten voldoen. U vindt in dit document zowel richtlijnen over de bouw, inrichting en schoonmaak als richtlijnen die direct te maken hebben met de hygiënische uitvoering van handelingen, zoals dierplaagbeheersing, legionellapreventie en de verwerking van huishoudelijk afval.

Er is een [checklist hygiëne voor 0-meting bij een nieuwe COA-opvanglocatie](#) ontwikkeld voor de GGD. De checklist dient ter ondersteuning van advies en evaluatie op het gebied van technische hygiënezorg bij de opvang van asielzoekers in COA-opvanglocaties. Deze checklist is alléén bestemd voor beoordeling van nieuwe opvanglocaties van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, dus niet voor gemeentelijke crisisnoodopvang. De checklist is bedoeld voor een korte check van een nieuwe COA-opvanglocatie en dient gebruikt te worden voor een inspectie voorafgaand aan tot één maand na opening van de opvanglocatie.

Op dit moment wordt de hygiënerichtlijn voor RGO2-opvanglocaties (amv-locaties van COA) geactualiseerd.

Voor alle COA-opvanglocaties geldt dat de hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra leidend is. In de hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra staan de minimale eisen voor een goed hygiënebeleid opgenomen.

## Literatuur

Bijkerk, P, et al. [State of infectious diseases in the Netherlands 2015](#). RIVM Report 2016-0069. RIVM 2016.

Burnett A, Peel M. What brings asylum seekers to the United Kingdom? BMJ: British Medical Journal 2001; 322(7284):485-8.

Burnett A, Guide to health workers providing care for asylum seekers and refugees. London: Medical Foundation Series; 2002.

Deblonde J, et al. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. European journal of public health 2010; 20(4):422-32.

Desgrees-du-Lou A, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin 2015; 20(46).

Desgrees-du-Lou A, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. AIDS (London, England) 2016; 30(4):645-56.

Dolwick Grieb SM, et al. Qualitative assessment of HIV prevention challenges and opportunities among Latino immigrant men in a new receiving city. Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health 2015; 17(1):118-24.

ECDC. [Louse-borne relapsing fever in the EU: Rapid Risk Assessment](#); 2015.

Freidl GS, et al. [Immunity against measles, mumps, rubella, varicella, diphtheria, tetanus, polio, hepatitis A and hepatitis B among adult asylum seekers in the Netherlands, 2016](#). Vaccine 2018; 36(12): 1664-1672.

GGD GHOR Nederland. [De gezondheid van vluchtelingen in gemeenten: preventie centraal: Notitie](#); 2016(a).

GGD GHOR Nederland. Q&A hoge instroom asielzoekers en vluchtelingen; 2016(b) Feb 2.

Gier B de, et al. [State of infectious diseases in the Netherlands, 2016](#). RIVM Report 2017-0029. RIVM 2017.

Goosen S, et al. High HIV Prevalence among Asylum Seekers Who Gave Birth in the Netherlands: A Nationwide Study Based on Antenatal HIV Tests. PloS one 2015; 10(8):e0134724.

Greef SC de, et al. [NethMap 2018: consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands](#). RIVM Rapport 2018-0046. RIVM; 2018.

Hampel A, et al. Current seroprevalence, vaccination and predictive value of liver enzymes for hepatitis B among refugees in Germany. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2016; 59(5):578–83.

Harvey SM, et al. Listening to immigrant latino men in rural Oregon: exploring connections between culture and sexual and reproductive health services. *American journal of men's health* 2013; 7(2):142-54.

Heimeriks K, et al. Werknemersgezondheid en toegenomen instroom asielzoekers; *Arbo-inf@ct*; 2015

Heudorf U, et al. [Multidrug-resistant organisms in refugees: prevalences and impact on infection control in hospitals](#). *GMS Hyg Infect Control*. 2016; 11.

Hoyos J, et al. Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers. *Journal of the International AIDS Society* 2013; 16:18560.

Huijbers PM, et al. [Prevalence of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in humans living in municipalities with high and low broiler density](#). *Clin Microbiol Infect* 2013; 19(6).

IND (Immigratie- en Naturalisatiedienst). [Wat is asiel?](#): Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) [cited 2016 Mar 29].

Jones G, et al. [Measles outbreak in a refugee settlement in Calais, France: January to February 2016](#). *Euro Surveill*. 2016; 21(11).

Kasper DL, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. Nineteenth edition. New York, N.Y.: McGraw Hill Medical; 2015. (McGraw-Hill's AccessMedicine).

Kerkhof H van den, et al. Infectieziekteproblematiek in relatie tot verhoogde asielzoekersinstroom. *Inf@ct bericht*; RIVM/LCI; 2015.

Koopmans MPG, et al. Acute gastro-enteritis: inzicht in incidentie, oorzaken en diagnostiek door populatieonderzoek. *Tijdschrift voor Infectieziekten* 2008; (3):8-16.

Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France. *AIDS care* 2011; 23(9):1117-27.

Mitra D, et al. Assessment of the decision support needs of women from HIV endemic countries regarding voluntary HIV testing in Canada. *Patient education and counseling* 2006; 63(3):292-300.

NHG 2016. [Achtergrondinformatie Triageprotocol ebola](#).

Paltansing S, et al. [Extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae among travelers from the Netherlands](#). *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2013 Aug.

Ravensbergen SJ, et al. [High prevalence of infectious diseases and drug-resistant microorganisms in asylum seekers admitted to hospital: no carbapenemase producing Enterobacteriaceae until September 2015](#). Cleary PR, ed. *PLoS ONE* 2016; 11(5).

RIVM. [LCI-richtlijn Hepatitis B](#); 2013.

RIVM. [LCI-richtlijn Staphylococcus aureus-infecties inclusief MRSA](#); 2014.

RIVM. [Asielzoekerskinderen en het RVP](#); 2015 [cited 2016 Mar 29].

Ruijs H, et al. Infectieziekteproblematiek in relatie tot verhoogde asielzoekersinstroom (3). Inf@ct bericht; RIVM/LCI; 2016.

Schrooders P, et al. 2016. Is koppeling van vrijwillige screening op hepatitis B en C aan de verplichte tuberculosescreening voor immigranten zinvol? Infectieziekten Bulletin 2016; 27(6):161-168.

Sprong T. Infectieziekten bij vluchtelingen. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen; 2016.

Toikkanen SE, et al. 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; 44(6): 781-787.

Weston H. Safe Haven? Immigration, Asylum and HIV in the UK: Naz Project London, United Kingdom Country Report.; 2004.

WHO. [Migration and health: key issues](#) [cited 2016 Mar 29].

Wilson ME, et al. Fever in Returned Travelers: [Results from the GeoSentinel Surveillance Network](#). Clinical Infectious Diseases 2007; 44(12):1560-8.



## Gebruikte afkortingen

amv	alleenstaande minderjarige vreemdeling
ASG	aanvullende seksuele gezondheidszorg
azc	asielzoekerscentrum
BCG	Bacille Calmette-Guérin
BRMO	bijzonder resistente micro-organismen
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
COL	centrale ontvangstlocatie
CPE	carbapenemaseproducerende enterobacteriaceae
CPT	Commissie Praktische Tuberculosebestrijding
CVS	congenitaal varicellasyndroom
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ESBL	extended spectrum beta-lactamase
GAS	Groep A-streptokokkeninfectie
GC A	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke (of Gewestelijke) Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GZA	Gezondheidszorg asielzoekers
HAV	hepatitis A-virus
HBV	hepatitis B-virus
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
JGZ	jeugdgezondheidszorg
KNCV	Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging ter bestrijding van tuberculose
LBRF	louse borne relapsing fever
LCHV	Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
LOI	Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding
MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome-coronavirus
MRSA	meticilline-resistente staphylococcus aureus
MSM	mannen die seks hebben met mannen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
PGA	publieke gezondheidszorg asielzoekers
POL	procesopvanglocatie
PTSS	posttraumatische stressstoornis
RAC	Regionaal Arts Consulent
RGO	Regio Opvang
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMA	Regeling Medische zorg Asielzoekers
RPT	Regelgeving Praktische Tuberculosebestrijding
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
soa	seksueel overdraagbare aandoening
tbc	tuberculose

UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
VZIG	varicella zoster immunoglobuline
WHO	World Health Organization
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning

## Bijlage 1. Praktijkvoorbeeld ketenpartneroverleg

GGD Gelderland-Zuid was verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg in de COA-opvanglocatie in Heumensoord. Dit was een tijdelijke opvanglocatie, van september 2015 t/m april 2016, met circa 3000 bewoners. Mede door de uitzonderlijke grote omvang werd er maandelijks een ketenpartneroverleg georganiseerd, waarbij **alle** ketenpartners werden uitgenodigd: (para)medische zorgverleners, schoonmaak, vervoer, beveiliging etc. (zie *paragraaf 3.1.5*). Tijdens de opstart van opvanglocatie Heumensoord werd er wekelijks een overleg belegd door de GGD. Deze overleggen duurden 1,5 tot 2 uur. Een voorbeeld van hun agenda, enkel als inspiratie bedoeld, is hieronder weergegeven. In de praktijk bleek dit ketenpartneroverleg behalve zeer zinvol, ook zeer goed bezocht te worden.

*Agenda Ketenpartneroverleg Heumensoord.*

<b>1.</b>	<b>Welkomstwoord</b>
<b>2.</b>	<b>Voorstelronde</b>
<b>3.</b>	<b>Verslag ketenpartneroverleg Vluchtelingen Opvang Heumensoord d.d. ...</b>
<b>4.</b>	<b>Stand van zaken en planning opvanglocatie Heumensoord</b>
<b>5a.</b>	<b>Mezis COA Administratie</b>
	• Mondzorg
	• Verloskunde en kraamzorg
	• Paramedische zorg
	• Algemeen maatschappelijk werk
	• Farmaceutische zorg
	• Medische en specialistische zorg
	• WMO en langdurige zorg
	• Jeugdhulp
	• Hulpmiddelen
	• Zittend ziekenvervoer
<b>5b.</b>	<b>Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) *</b>
	• Huisartsenzorg
	• GGZ
<b>5c.</b>	<b>GGD Gelderland-Zuid</b>
	• TBC-screening
	• Scabiës
	• Infectiebestrijding
	• Technische hygiënezorg
	• Jeugdgezondheidszorg
<b>5d.</b>	<b>RAV Gelderland-Zuid / ziekenhuizen / AZO / GHOR</b>
	• Actuele geneeskundige zorg
<b>6.</b>	<b>Delen van beschikbare documenten</b>
<b>7.</b>	<b>Rondvraag</b>
<b>8.</b>	<b>Vervolgoverleg</b>
<b>9.</b>	<b>Sluiting</b>

\* Per 1 januari 2018 is de zorg op alle asielzoekerscentra overgenomen door Gezondheidszorg asielzoekers (GZA)

## Bijlage 2. Melding van ziekte door COA en artsen

Onderstaande tabel geeft de GGD handvatten om locatiemanagers, artsen en GZA-medewerkers werkzaam op COA-opvanglocaties te informeren over het gewenste moment van melding.

Aandoening	Wanneer melden?
Maag- en darmproblemen, braken en/of diarree	Melden bij vermoeden op verspreiding binnen de instelling en/of een gedeelde voedselbron als oorzaak van de klachten
Geelzucht	Eén geval melden
Schurft	Melden bij vermoeden op verspreiding van schurft binnen de instelling
Huiduitslag	Melden indien twee of meer gevallen van plotseling optredende huiduitslag binnen twee weken binnen één groep optreden
Overige ernstige aandoeningen	Melden bij vermoeden

## Bijlage 3. Informatie infectieziekten voor COA-medewerkers

Onderstaande tabel is opgesteld door GGD Gelderland Zuid ten behoeve van de tijdelijke opvanglocatie Heumensoord (september 2015 t/m april 2016). De informatie is bedoeld voor woonbegeleiders, locatiemanagers en andere medewerkers werkzaam op COA-opvanglocaties.

Belangrijk bij infectieziekten: aan de buitenkant kun je meestal niet zien of iemand een infectieziekte heeft. **Draag** daarom **altijd handschoenen als je in aanraking komt met lichaamsvloeistoffen** (speeksel, bloed, urine, ontlasting) van anderen. Vermoeden van ziekte? Overleg dan met leidinggevende over de maatregelen.

Klachten	Mogelijke infectieziekte	Hoe kan iem. besmet raken	Voor wie gevaarlijk	Wat doen en waar op letten
Gele kleur, vooral oogwit; Moeheid; 'Colakleur' urine; Witte ontlasting	Hepatitis A	Via ontlasting van iemand met hepatitis A	Vooral voor mensen die al leverklachten hebben	Verwijs naar GZA; Extra hygiëne op toiletten
	Hepatitis B	Via bloed-bloedcontact met iemand met hepatitis B; Via seksueel contact met iemand met hepatitis B; Van moeder op kind	Voor iedereen (kan chronische aandoening worden)	Verwijs naar GZA; Altijd alert bij bloedcontact (handschoenen aan bij wondverzorging, bloed opruimen); Vaccinatie tegen hepatitis B mogelijk
	Hepatitis C	Via bloed-bloedcontact met iemand met hepatitis C; Van moeder op kind	Voor iedereen (kan chronische aandoening worden)	Verwijs naar GZA; Altijd alert bij bloedcontact (handschoenen aan bij wondverzorging, bloed opruimen)
Hoesten en/of bloed ophoesten	Tbc (met name bij bloed ophoesten, gewichtsverlies, nachtzweeten, malaise), zeker als asielzoeker uit een risicogebied komt	Via hoesten van iemand met open tbc	Voor iedereen	Verwijs naar GZA; Wijs op hoesthygiëne

Klachten	Mogelijke infectieziekte	Hoe kan iem. besmet raken	Voor wie gevaarlijk	Wat doen en waar op letten
Hoestbuien tot brakens toe	Kinkhoest	Via direct aanhoesten van iemand met kinkhoest, indien deze nog besmettelijk is	Zuigelingen tot 1 jaar	Verwijs naar GZA; Wijs op hoesthygiëne
Jeuk	Scabiës (schurft) (vaak echter ook jeuk door droge huid)	Via langdurig huid-huid-contact met iemand met scabiës/schurft (langdurig = langer dan 15 minuten)	Niet gevaarlijk, wel vervelend	Verwijs naar GZA; Als mensen behandeld worden: alert zijn op het opvolgen van was- en luchtvoorschriften
Vlekjes op de huid	Mazelen	Druppeltjes vocht via uitademen, niezen of hoesten door mensen met mazelen	Volwassenen die niet gevaccineerd zijn en niet eerder mazelen hebben gehad	Verwijs naar GZA; Goed ventileren; Goede hygiëne
	Rodehond	Druppeltjes vocht via uitademen, niezen of hoesten door mensen met rodehond	Volwassenen en zeker zwangeren die niet gevaccineerd zijn en niet eerder rodehond hebben gehad	Verwijs naar GZA; Goed ventileren; Goede hygiëne
	5 <sup>e</sup> ziekte	Druppeltjes vocht via uitademen, niezen of hoesten door mensen met 5 <sup>e</sup> ziekte	Zwangeren die niet eerder 5 <sup>e</sup> ziekte hebben gehad	Verwijs naar GZA; Goed ventileren; Goede hygiëne
	6 <sup>e</sup> ziekte	Druppeltjes vocht via uitademen, niezen of hoesten door mensen met 6 <sup>e</sup> ziekte	Niet gevaarlijk	Verwijs naar GZA; Goed ventileren; Goede hygiëne

Klachten	Mogelijke infectieziekte	Hoe kan iem. besmet raken	Voor wie gevaarlijk	Wat doen en waar op letten
Blaasjes op de huid	Waterpokken	Druppeltjes vocht via uitademen, niezen of hoesten door mensen met waterpokken; Via vocht uit de blaasjes van mensen met waterpokken	Volwassenen en zeker zwangeren die niet eerder waterpokken hebben gehad	Verwijs naar GZA; Goed ventileren; Goede hygiëne
	Krentenbaard	Druppeltjes vocht via uitademen, niezen of hoesten door mensen met krentenbaard; Via vocht uit de blaasjes van mensen met krentenbaard	Niet gevaarlijk, wel vervelend en erg besmettelijk	Verwijs naar GZA; Goed ventileren; Goede hygiëne
	Herpes	Druppeltjes vocht via uitademen, niezen of hoesten door mensen met herpes; Via vocht uit de blaasjes van mensen met herpes	Pasgeborenen	Verwijs naar GZA; Goed ventileren; Goede hygiëne
Dikke wang	Bof (in de meeste gevallen echter ontstoken kies of kaak of een ander virus)	Druppeltjes vocht via uitademen, niezen of hoesten door mensen met de bof	Mannen in vruchtbare leeftijd	Verwijs naar GZA; Goed ventileren; Goede hygiëne
Koorts	Malaria (in de meeste gevallen echter gewone verkoudheid of griep)	Niet besmettelijk van mens op mens; kan alleen via besmette malariamug (komt niet voor in NL)	Voor iedereen (vrijwel altijd in buitenland opgelopen maar kan in NL opnieuw klachten geven)	Verwijs naar GZA; Mensen adviseren goed te blijven drinken

Klachten	Mogelijke infectieziekte	Hoe kan iem. besmet raken	Voor wie gevaarlijk	Wat doen en waar op letten
Diarree en braken	Norovirus (vaak ook iets verkeerd gegeten)	Via ontlasting van iemand met noro; Via de lucht als er in de kamer gebrakt is door iemand met noro	Erg verzwakte ouderen of erg verzwakte baby's door uitdroging	Verwijs naar GZA; Extra hygiëne op toiletten; Goed ventileren; Goede hygiëne; Mensen adviseren goed te blijven drinken
	Rotavirus (vaak ook iets verkeerd gegeten)	Via ontlasting van iemand met rota	Erg verzwakte ouderen of erg verzwakte baby's door uitdroging	Verwijs naar GZA; Extra hygiëne op toiletten; Goed ventileren; Goede hygiëne; Mensen adviseren goed te blijven drinken



## Bijlage 4. Arbo-inf@ct december 2015

### Werknemersgezondheid en toegenomen instroom asielzoekers

Karin Heimeriks, Jaap Maas, Fleur Meerstadt

#### Algemeen:

Naar aanleiding van de sterk toegenomen instroom van asielzoekers in Nederland, heeft het CIb/RIVM door experts een inventarisatie laten maken van de mogelijke risico's die dit kan opleveren met betrekking tot de verspreiding van infectieziekten onder de Nederlandse populatie waaronder dus ook Nederlandse werknemers; de additionele risico's op infectieziekten zijn beoordeeld als zeer beperkt. Ongeveer 70% van de instroom van afgelopen weken is afkomstig uit Syrië en de basisgezondheid van personen uit Syrië is over het algemeen goed en vergelijkbaar met West-Europa. Het gezondheidsniveau van asielzoekers afkomstig uit Eritrea of Ethiopië is beduidend lager dan die van de bevolking van Nederland, binnen deze groep spelen voornamelijk scabiës en tbc als infectierisico's. Voor medewerkers en vrijwilligers die in contact komen met asielzoekers is de kans op besmetting klein. Dit bericht bevat achtergrond informatie en geeft een overzicht waar aanvullende informatie te verkrijgen is.

#### Situatie in Nederland

Sinds half augustus 2015 is er een sterke toename in de asielzoekersstroom op gang gekomen. Dit heeft tot gevolg dat er qua opvang capaciteitsproblemen zijn, waardoor het Centrale Orgaan opvang Asielzoekers (COA) een beroep moet doen op crisishulpverlening in de gemeenten. Vanaf 6 oktober worden nieuw aangekomen niet-Syrische asielzoekers echter niet meer in deze (crisis) noodopvang opgevangen en worden niet-Syrische asielzoekers die nu nog in de (crisis) noodopvang verblijven zo snel mogelijk overgeplaatst naar Centrale Opvang Lokaties (COL) van de COA om gescreend te worden op tuberculose, scabiës en klieft. Lokale GGD'en monitoren en acteren op basis van signalen over infectieziekten en zij voeren hygiëne inspecties uit op de opvanglokaties, zij zijn structureel betrokken bij de crisishulpverlening.

#### Hoofdpunten

##### *Tuberculose (TBC)*

Op 19 september jl. heeft een ad-hoc commissie van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) een advies uitgebracht ten aanzien van de binnenkomstscreening van asielzoekers.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/09/21/kamerbrief-over-de-gezondheid-van-asielzoekers>

Deze commissie heeft geadviseerd om de screening van asielzoekers uit hoogrisicolanden (bijvoorbeeld Ethiopië en Eritrea) prioriteit te geven. De screening op tuberculose onder Syrische asielzoekers kan worden opgeschort tot een nader te bepalen tijdstip, omdat de incidentie van tuberculose onder deze groep aanzienlijk lager is en valt onder een incidentie van 50 per 100.000 inwoners, een internationaal gehanteerde grens.

##### *MRSA*

Er zijn signalen dat er mogelijk een verhoogde incidentie is van MRSA onder Eritreeërs en Ethiopiërs. Deze bevindingen zijn aanleiding geweest voor de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) om te adviseren personen die minder dan 2 maanden geleden woonachtig zijn geweest in een instelling voor asielzoekers bij opname in zorginstellingen te screenen op MRSA met bijpassende

infectiepreventiemaatregelen. Zodra er meer duidelijkheid is omtrent de prevalentie van MRSA (en BRMO) onder asielzoekers zullen de richtlijnen MRSA en BRMO worden aangepast mocht daar aanleiding toe zijn. Voor ambulancepersoneel is recent beleid vastgesteld en gecommuniceerd naar de werknemers (zie verder).

#### *Scabiës*

Scabiës komt met name onder asielzoekers uit Eritrea en Ethiopië veel voor (begin oktober lag dit rond de 70-80%). Deze groepen worden na aankomst in de COL preventief behandeld tegen scabiës en hun kleding wordt gewassen. Dit is eveneens effectief tegen infestatie van kleepluis, de vector voor verwekker van o.a. febris recurrens.

#### *Vaccinatie van onvolledig gevaccineerde kinderen*

Alle binnenkomende kinderen t/m 18 jaar komen in aanmerking voor vaccinaties volgens het in Nederland geldende Rijksvaccinatieprogramma (RVP). GGD'en en JGZ-instellingen voeren deze zorg uit.

#### *Antropozoönosen*

Er is een aparte risico-inschatting gemaakt betreffende antropozoönosen (ziekten die van mens op dier overdraagbaar zijn) met experts uit de veterinaire sector. De additionele bijdrage van het risico op antropozoönosen moet als verwaarloosbaar klein worden beschouwd. Voor de Nederlandse situatie wordt alleen rundertuberculose (*Mycobacterium bovis*) als een klein, theoretisch risico gezien voor mogelijk transmissie vanuit mensen naar dieren. Dit risico wordt ondervangen door het feit dat asielzoekers uit hoogrisico landen na binnenkomst in Nederland op tuberculose gescreend worden. (zie TBC)

#### **Bedrijfsgeneeskundige aspecten**

De volgende groepen werknemers kunnen bij opvang, begeleiding of behandeling/verzorging van asielzoekers betrokken zijn: medewerkers opvang/noodopvang/crisisnoodopvang (inclusief vrijwilligers), huisartsen, ambulancemedewerkers, ziekenhuispersoneel, cateraars, schoonmakers, politie en beveiligings- of vervoersbedrijven.

De kans op het oplopen van een beroepsmatige infectieziekte in de context van asielzoekers is klein.

Bij elk van deze groepen is het van belang dat werkgevers (of vrijwilligersorganisaties) een risico-inschatting maken. Daarin dienen de volgende aspecten aan de orde te komen:

##### - Voorlichting

Herhaaldelijke voorlichting vormt de basis en is van groot belang. Bij voorkeur vindt dit plaats vanuit de eigen instelling/sector/branche waarbij afstemming met de regionale GGD belangrijk is. Een bericht of Q&A voor een specifieke beroepsgroep op bv intranet of een meldpunt voor vragen van werknemers (met verwijzing naar relevante links) kunnen hierbij ondersteunend werken. Op deze wijze worden bijvoorbeeld binnen de politie werknemers geïnformeerd en ook is voor huisartsen specifieke informatie beschikbaar gekomen (zie verder).

##### - Algemene hygiënemaatregelen

Toepassing van algemene hand-, hoest- en toilethygiëne is voor de meeste situaties afdoende en vormt de basis van preventie. Hierop dient bij alle groepen werknemers de nadruk te liggen.

- Persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals handschoenen, inclusief het reinigen van de kleding aan het eind van de werkdag

- Vaccinaties van werknemers?

Voor beroepsmatige contacten met asielzoekers geldt geen specifiek vaccinatiebeleid. Er is geen algemene indicatie tot extra vaccinatie(s) voor werknemers. Een uitgangspunt hierbij is dat alle werknemers en vrijwilligers gevaccineerd zijn conform het rijksvaccinatieprogramma. In specifieke situaties kan er sprake zijn van aanvullende vaccinaties, zoals bijvoorbeeld Hepatitis B wanneer werknemers rond de opvang van asielzoekers te maken kunnen krijgen met agressie of geweld (zoals bijvoorbeeld medewerkers binnen het COA of politiepersoneel), of risico op Hepatitis A bij schoonmakers van sanitaire voorzieningen wanneer een geval van hepatitis A zich voordoet.

- TBC screening

Binnen het COA is Arbobeleid op periodieke screening van de medewerkers, deze groep heeft immers langdurig en veelvuldig contact met verschillende groepen asielzoekers. Voor overige beroepen geldt dat de kans op besmetting klein is, daarnaast worden de asielzoekers gescreend op mogelijke infectie.

MRSA en Scabiës

Belangrijk is dat medewerkers en vrijwilligers goed geïnformeerd zijn over de klachten en goed geïnstrueerd zijn t.a.v. hygiënische maatregelen. De kans dat in het normale sociale verkeer met consequente toepassing van de basishygiëne beroepsmatige overdracht van Scabiës of MRSA optreedt is gering.

Specifieke informatie voor enkele beroepsgroepen

Huisartsen: een specifieke set [informatie is voor huisartsen](#) beschikbaar gekomen. Huisartsen werkzaam binnen het COA volgen de eigen procedures.

Ambulancemedewerkers: zij volgen de eigen procedures Infectiepreventie. Binnen de ambulancezorg geldt als uitgangspunt dat voor asielzoekers de persoonlijke hygiënemaatregelen volstaan en er in principe geen aanvullende vormen van isolatie noodzakelijk zijn.

Wat betreft MRSA is recent - na overleg tussen de WIP, Ambulancezorg Nederland en de LCI - beleid vastgesteld en gecommuniceerd naar de medewerkers.

Politie: verschillende groepen binnen de politie komen ook met asielzoekers in aanraking. Het risico dat een infectieziekte wordt opgelopen door contact met een asielzoeker is ook binnen deze beroepsgroep niet verhoogd. De basis blijft ook hier dat de algemene hygiënemaatregelen worden toegepast. Deze komen bovenop de gangbare maatregelen: politiepersoneel draagt altijd een paar handschoenen bij zich, een 'kiss of life' (voor reanimaties) en is standaard gevaccineerd tegen hepatitis B.

Binnen de politie is recent een telefonisch meldpunt voor vragen beschikbaar gekomen naast voorlichting en informatie op het eigen intranet (met links naar de Q&A van het RIVM).

Vrijwilligers: rond de asielzoekersinstroom is een groot aantal vrijwilligers betrokken. Ook voor deze groep geldt dat er geen verhoogd risico bestaat infectieziekten op te lopen. Goede voorlichting met de nadruk op het belang van algemene hand-, hoest- en toilethygiëne zijn ook voor deze groep belangrijk. Vrijwilligers vallen arbotechnisch onder de zorg van de organisatie of instellingen waarvoor zij zich inzetten. Zij kunnen zich tot de GGD wenden voor voorlichting en voor algemene infectiepreventie adviezen. Eventueel aanvullende vaccinaties komen voor rekening van de vrijwilligersorganisatie. Ook personeel werkzaam in de zorg zet zich naast het professionele werk vaak in als vrijwilliger. Geadviseerd wordt dat deze vrijwilligers

hun werkgever hierover informeren. Indien zij geen zorghandelingen uitvoeren gelden ook voor deze groep geen andere maatregelen dan consequente toepassing van de algemene hygiëne. Indien er wel zorghandelingen zijn verricht wordt geadviseerd dat er contact wordt opgenomen met de arbodienst van de desbetreffende zorginstelling.

**Relevante links:**

Informatievoorziening/communicatie

Het RIVM heeft een aparte pagina met alle beschikbare [informatie omtrent asielzoekers](#). In samenspraak met betrokken instanties en deskundigen is een set Q&A's ontwikkeld voor met name medewerkers en vrijwilligers van tijdelijke crisisnoodopvanglocaties, die vragen omtrent infectieziekten en hygiëne adresseren. Deze set Q&A's wordt actueel gehouden.

Meer informatie:

- Veelgestelde vragen over infectieziekten; voor professionals, vrijwilligers en huisartsen: [RIVM](#)
- Factsheet 'Asielzoekers en Gezondheidszorg' voor artsen en verpleegkundigen (Pharos) <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet-gezondheidszorg-asielzoekers.pdf>
- De factsheet 'Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland' geeft meer informatie over de organisatie van publieke en curatieve gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland.  
[http://www.rzasielzoekers.nl/dynamic/media/28/documents/overige\\_documenten/Factsheet\\_Gezondheidszorg\\_voor\\_asielzoekers\\_in\\_Nederland\\_1-2015.pdf](http://www.rzasielzoekers.nl/dynamic/media/28/documents/overige_documenten/Factsheet_Gezondheidszorg_voor_asielzoekers_in_Nederland_1-2015.pdf)
- Situatie in Nederland: website COA [www.coa.nl](http://www.coa.nl)