

Randvoorwaarden voor de huisvesting van asielzoekers met (open) tuberculose

Update november 2017, vastgesteld in CPT van 29-09-2017

Opstellers: Joost van der Steen, GGD Brabant-Zuidoost; Mirjam Urban, GGD Groningen; Yvonne Aartsma, GGD Groningen; Niesje Jansen, KNCV Tuberculosefonds

Inleiding

Asielzoekers hebben bij binnenkomst en vervolgens gedurende de eerste jaren van hun verblijf in Nederland een verhoogd risico op tuberculose. Zij zijn vaak afkomstig uit landen met een tuberculose-incidentie van > 50/100.000, en worden daarom gezien als een risicogroep voor tuberculose. Dit noodzaakt het COA om infectiepreventiemaatregelen te nemen voor asielzoekers met mogelijk open tuberculose.

De maatregelen hebben betrekking op:

- de vroegtijdige opsporing van tuberculose,
- de bouwkundige voorzieningen van de huisvesting
- de beperking van het infectierisico van het personeel en de overige bewoners.

Er doen zich in praktische zin drie situaties voor:

1. Asielzoekers arriveren in Nederland met actieve tuberculose.

Bij binnenkomst in Nederland worden asielzoekers afkomstig uit landen met een incidentie > 50 : 100.000 gescreend op tuberculose. Dit gebeurt met name in de Centrale Ontvangst Locaties (COL) in Ter Apel, Budel/Cranendonck en Veenhuizen, in Detentiecentrum Schiphol (DCS) en bij de lokale GGD bij een eerste opvang in een POL-AMV (Proces opvang locatie voor Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen). Aanvullende diagnostiek om de besmettelijkheid te bepalen duurt meestal enkele dagen. Voor deze periode zijn er op de COL locaties mogelijkheden voor kortdurende isolatie/afzondering, als de tbc-arts aangeeft dat dit noodzakelijk is.

Indien er bij screening in het DCS afwijkingen worden geconstateerd waarvoor nader onderzoek nodig is, wordt de betreffende asielzoeker overgeplaatst naar COL Ter Apel.

2. Uitgenodigde vluchtelingen arriveren in Nederland met actieve tuberculose.

Uitgenodigde vluchtelingen worden bij binnenkomst gescreend door de GGD Amsterdam. Bij verdenking op tuberculose worden zij overgeplaatst naar Ter Apel.

3. Asielzoekers ontwikkelen tijdens verblijf in Nederland actieve tuberculose.

De diagnose kan zowel actief (bij vervolgscreening voor asielzoekers afkomstig uit landen met een incidentie > 200 per 100.000) of passief naar aanleiding van klachten worden gesteld.

Eventuele besmettelijkheid wordt o.a. bepaald door het klachtenpatroon en de uitslagen van laboratoriumonderzoek. De tbc-arts/longarts zal aangeven of isolatie noodzakelijk is. Afhankelijk van de mogelijkheden van de locatie zal er dan isolatie worden ingesteld, dan wel opname worden geregeld.

In dit stuk wordt ingegaan op de randvoorwaarden voor huisvesting van asielzoekers bij wie open tuberculose is vastgesteld in alle hierboven genoemde situaties.

Randvoorwaarden

Met betrekking tot de randvoorwaarden voor de opvang van asielzoekers met open tuberculose wordt gekeken naar:

- de patiënt
- de huisvesting
- de begeleiding en zorg
- de voorlichting
- de overplaatsing

De patiënt

Als een asielzoeker wordt verdacht van open longtuberculose of als open longtuberculose is vastgesteld moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Uitplaatsing vanuit een COA-locatie naar een andere COA-locatie die geschikt is voor de opvang van een asielzoeker met open tuberculose, vindt alleen plaats in overleg met de betreffende GGD tbc-arts en/of sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding.
- Als de patiënt gedurende de besmettelijke periode vervoerd moet worden, moet hij een FFP-2 masker (zonder uitademingsventiel) dragen. Zo mogelijk wordt er tijdens het vervoer tevens geventileerd. De vervoerder dient geïnstrueerd te worden. Indien het voor de patiënt niet mogelijk is om een mondneusmasker te dragen, dient hiervoor een individuele alternatieve oplossing te worden gevonden. Bijvoorbeeld het dragen van een mondneusmasker door de chauffeur (Let op ventilatie richtlijnen na afloop van het risicovervoer)
- De patiënt moet voor de duur van de besmettelijke periode geïsoleerd worden. Daartoe moeten de patiënt en zijn/haar familieleden de beschikking hebben over een woonruimte die gescheiden is van de ruimten die door de andere bewoners gebruikt worden (zie Huisvesting). De duur van de besmettelijke periode wordt door de GGD in overleg met de behandelend arts bepaald.
- De patiënt moet gedurende de besmettelijke periode een aantal leefregels in acht nemen: een goede hoesthygiëne, niet betreden van gemeenschappelijke ruimten, geen "nieuwe" contacten maken, zoveel mogelijk op de kamer blijven. De patiënt krijgt deze informatie van iemand van de tbc-afdeling van de GGD en/of van een COA medewerker. (Zie bijlage 1 voor instructies aan de patiënt én adviezen voor COA medewerker)
- Indien hulpverleners of ander bezoek de kamer van de patiënt binnengaan, dienen zij een FFP-2 masker te dragen. Ieder draagt een eigen masker. Het masker kan 1 werkdag gebruikt worden, mits er hygiënisch mee wordt omgegaan (zie bijlage 2 voor instructie gebruik en bewaren mondneusmasker). Contact met jonge kinderen, behalve met eigen kinderen, moet in de besmettelijke periode vermeden worden.
- Indien er geen goede infectiepreventie mogelijk, de medische situatie van de patiënt erom vraagt óf als er gereede twijfel bestaat over de mogelijkheden/wil van de patiënt om de adviezen op te volgen, dient opname te worden overwogen in een ziekenhuis met isolatiemogelijkheid of in Beatrixoord of Dekkerswald.

De huisvesting

Centrale Opvang Locaties:

In Ter Apel en Veenhuizen zijn 3 isolatie units beschikbaar om zo nodig een (mogelijke) patiënt kortdurend te isoleren. In Budel zijn hiervoor eveneens 3 units beschikbaar.

Overige locaties:

Vanwege de diversiteit (en wisseling) in opvang van asielzoekers in Nederland is hier geen overzicht van beschikbaar. In zijn algemeenheid zullen in caravans en bungalowparken deze maatregelen eenvoudig en doeltreffend getroffen worden. Voor opvang in andere vormen is het vaak minder eenvoudig en zal per individu moeten worden beoordeeld door de GGD, in overleg met de locatie of isolatie mogelijk is.

Algemeen:

De huisvesting moet voldoen aan de volgende eisen:

- Het moet een zelfstandige woonruimte zijn zonder noodzaak gemeenschappelijke voorzieningen te gebruiken (keuken, gangen, lift).
- Er moeten van andere bewoners gescheiden sanitaire voorzieningen zijn.
- Er moet geen ventilatie vanuit de door de patiënt bewoonde ruimte naar andere ruimten plaatsvinden.
- Continue ventilatie van de leefruimtes van de patiënt naar buiten toe is noodzakelijk.
- Er moet voor ruime lichtinval gezorgd worden, dit draagt bij aan het snel onschadelijk worden van opgehoeste bacteriën.
- Bij het in gebruik nemen van nieuwe locaties of nieuwbouw is het advies om een Programma van Eisen op te laten stellen van een deskundige, waarin o.a. rekening wordt gehouden met ventilatie (ACH), etc.

- De GGD maakt werkafspraken met de betrokken ketenpartners rondom de isolatiefaciliteit (incl. gebruik van FFP-2 maskers). Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd.
- FFP-2 maskers en voorlichtingsmateriaal worden door de GGD beschikbaar gesteld aan de locatie.

Reiniging:

In het kader van tuberculose is met name de ventilatie van belang. Hiervoor is het van belang om te weten hoeveel luchtwisselingen er per uur zijn in een bepaalde ruimte (ACH), bij normale ventilatie. Zie ook richtlijn "Naar een tuberculose infectie preventie plan".

In "[Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health Care Settings, 2005](#)" van het CDC is hiervoor een tabel opgenomen (tabel 1, blz. 20), waarbij wordt aangegeven dat bij 2 ACH je ervan uit kunt gaan dat na 207 minuten 99,9% van de aanwezige mycobacteriën zijn verwijderd. Dus bij een ventilatie van 2 ACH kan de ruimte 3,5 uur nadat de patiënt de ruimte heeft verlaten weer worden gebruikt.

Voor de overige reiniging gelden geen andere eisen dan de gebruikelijke rekening houdend met algemene hygiëne.

De begeleiding en zorg

- De sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding van de GGD moet in staat zijn goede begeleiding aan de patiënt te geven. (bijv. Directly Observed Treatment (DOT), zie [Rapport Werkgroep DOT van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding van maart 2000](#) en [Handleiding voor de interventie DOT van de Werkgroep DOT 2](#)).
- Er moet voldoende mantelzorg aanwezig zijn om te kunnen voorzien in de directe levensbehoeften van de patiënt: boodschappen doen, eten koken, schoonmaken etc.
- Er moet een goede, laagdrempelige toegankelijkheid tot de sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding van de GGD, de medewerkers van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) en de betrokken COA medewerkers zijn.

De voorlichting

Voorwaarde voor goede zorg is dat patiënt en zijn omgeving, inclusief COA-medewerkers, goed worden geïnformeerd door de sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding. Daarvoor zijn voorlichtingsmaterialen aanwezig in verschillende talen, zoals "Wat is tuberculose?" en "Hoesthygiëne en leefregels bij open tuberculose". (www.tuberculose.nl)

De overplaatsing

Frequente overplaatsingen kunnen tot discontinuïteit van de behandeling en begeleiding leiden, waardoor de kans op recidief en het ontstaan van (multi-)resistente tuberculose toeneemt. Het is dan ook zaak uitplaatsingen/overplaatsingen zoveel mogelijk te voorkomen totdat de behandeling geheel is afgesloten.

Mocht uitplaatsing/overplaatsing toch nodig zijn, dan geldt dat dit alleen kan plaatsvinden in afstemming met de afdeling tbc-bestrijding van de GGD, zodat zij in de mogelijkheid worden gesteld om een overdracht te verzorgen naar de ontvangende GGD, om op deze manier continuïteit van de behandeling te verzorgen.

Conclusie

- De patiënt moet geïsoleerd kunnen worden conform de hierboven aangegeven voorwaarden, anders is ziekenhuisopname geïndiceerd.
- De huisvesting moet voldoen aan bepaalde voorwaarden, goede ventilatiemogelijkheden en aparte sanitaire voorzieningen.
- Mantelzorg moet aanwezig zijn.
- Deskundige verpleegkundige begeleiding door de GGD (indien nodig DOT) is van groot belang voor de therapietrouw en moet gegeven kunnen worden.
- Asielzoekers en medewerkers moeten adequaat over de ziekte tuberculose worden voorgelicht.
- Overplaatsing in de intensieve fase moet zoveel mogelijk voorkomen worden.

Indien overplaatsing toch nodig is, moet dit zorgvuldig gebeuren in overleg met de behandelend tbc-arts.

Relevante richtlijnen:

1. [Protocol tbc-screening, -behandeling en BCG-vaccinatie bij asielzoekers, GGD GHOR Nederland.](#)
2. [Tuberculosebeleid contactgroepen \(anders dan ziekenhuismedewerkers\), CPT.](#)
3. Protocol Infectieziekten, met informatie over onder andere (verplichte) meldingen, tbc en beschermende maatregelen, maart 2017 COA. (Beschikbaar via intranet Het Plein, voor COA medewerkers) (Bijlage 3)

Bijlage 1

Informatie voor de patiënt over isolatie bij verdenking tuberculose

U heeft een foto laten maken van uw longen. De GGD arts tuberculosebestrijding ziet daarop iets wat kan wijzen op tuberculose. Het is mogelijk dat u besmettelijk bent voor andere mensen, dit kan door hoesten en niezen. Daarom moet u uit voorzorg in isolatie.

Isolatie houdt in:

- U verblijft in een aparte ruimte
- Uw gezin mag bij u in die ruimte verblijven
- De deur van de ruimte dient zoveel mogelijk dicht te blijven, evenals de tussendeur op de gang, u mag het raam wel openen om te ventileren.
- U mag geen andere ruimtes binnen gaan (dus niet naar de eetzaal, of andere ruimtes van de opvang).
- Uw gezin mag wel naar die andere ruimtes.
- U mag wel af en toe kort naar buiten voor een kleine wandeling (geen contact met andere bewoners)
- Iemand van het COA brengt u uw eten, zij zullen een mondneusmasker dragen om zichzelf te beschermen.
- Indien u vervoerd moet worden, bijvoorbeeld naar de GGD of het ziekenhuis, moet u zelf een mondneusmasker dragen.*
- Houd een zakdoek of hand voor de mond bij niezen of hoesten of hoest in uw handen of elleboogplooï. Gebruik het liefst papieren zakdoeken en gooi deze na gebruik weg. (Bron: rivm toolkit, hygiëne bij hoesten en niezen).

Informatie voor de COA medewerker over isolatie bij verdenking tuberculose

- De locatiemanager informeert indien nodig medewerkers/ketenpartners.
- De COA medewerker begeleidt de cliënt naar de isolatieruimte (de COA medewerker draagt in de isolatieruimte (incl. hal) een FFP2 mondneusmasker) Zie bijlage 2 over gebruik + bewaren mondneusmasker)
- Activeer indien aanwezig de UV lampen en de luchtafzuiging.
- Organiseer dat de cliënt zijn maaltijden krijgt aangereikt
- Sluit kort met GGD afdeling tbc-bestrijding wanneer cliënt bezocht wordt voor uitleg.
- Eventuele gezinsleden mogen in de isolatieruimte verblijven
- Overdracht van de tbc-bacterie kan alleen via de lucht plaatsvinden (hoesten, luid spreken of niezen) aanraken kan dus gewoon. Behalve het dragen van een neus-mondmasker in de isolatieruimte hoeft u geen speciale hygiëne maatregelen te nemen.
- Wanneer de cliënt zich niet houdt aan de isolatierichtlijnen spreekt u hem daarop aan en waarschuwt u de tbc-afdeling van de GGD.

** Indien het voor de patiënt niet mogelijk is om een mondneusmasker te dragen, dient hiervoor een individuele alternatieve oplossing te worden gevonden. Bijvoorbeeld het dragen van een mondneusmasker door de chauffeur (Let op ventilatie richtlijnen na afloop van het risicovervoer)*

Bijlage 2

Opzetinstructies voor maskers (bijlage)



1. Leg het masker in uw hand met de neusbeugel op uw vingertoppen. De hoofdbandjes moeten vrij naar beneden hangen.



2. Plaats het masker onder uw kin met de neusbeugel naar boven.



3. Trek het bovenste bandje over het hoofd tot achter op uw kruin. Trek het onderste bandje over uw hoofd tot in de nek en onder uw oren.



4. Plaats de vingertoppen van beide handen op de bovenzijde van de neusbeugel. Duw de neusbeugel in de vorm van uw neus terwijl u uw vingertoppen aan beide kanten van het neusstuk naar beneden beweegt. Als u de beugel met één hand indrukt, kan dit resulteren in een minder effectieve afdichting.



5. De aansluiting van het masker op het gezicht dient gecontroleerd te worden voordat men het masker bij het werk gaat gebruiken. a) Bedek met beide handen de voorzijde van het masker en zorg ervoor dat het masker op z'n plaats blijft. b) Adem diep in. Binnenin het masker dient een onderdruk gevoeld te worden. Als er een lek wordt ontdekt, pas dan de positie van het masker en/of de spanning van de bandjes aan. Test de aansluiting opnieuw. Herhaal de procedure tot het masker goed op het gezicht aansluit.

Bewaaradviezen:

De fabrikant adviseert dat disposable maskers slechts eenmalig worden gebruikt. Echter onderzoek heeft aangetoond dat, mits goed opgeslagen, maskers meerdere malen kunnen worden gebruikt.

De belangrijkste factoren die verantwoordelijk zijn voor de achteruitgang van de maskers zijn vocht, vuil en beschadigingen. Je kunt het masker het beste in een envelop met je naam erop bewaren (niet op het masker schrijven). Let bij hergebruik goed op of het masker niet vuil of beschadigd is én of de elastiekjes hun elasticiteit hebben behouden. Om praktische redenen adviseren we om de maskers niet langer dan 1 werkdag te gebruiken. (Bron voor gebruiksduur: WIP richtlijn Aerogene isolate, november 2006.)