

# Asielzoekers hebben vaker tuberculose

Screening op tuberculose van immigranten en asielzoekers voldoet aan vastgestelde criteria.

Uit de meest recente evaluatie komen daarnaast aandachtspunten voor verdere toespitsing.

**K**NCV Tuberculosefonds evalueert in samenwerking met de GGD'en periodiek de screening van tbc-risicogroepen (1). De evaluaties, een vereiste uit de Wet op het Bevolkingsonderzoek, gebeuren op basis van de gegevens in de GGD-cliëntregistratiesystemen en het Nederlands Tuberculose Register (NTR). Recent verschenen twee rapporten over de screening van immigranten en asielzoekers in de periode 2011-2015 (2, 3). Een mooie gelegenheid om de resultaten van deze twee screeningsprogramma's te vergelijken.

## Screening: waarom en hoe

Iedereen die langer dan drie maanden in Nederland wil wonen, van buiten de EU/EER komt en afkomstig is uit een land met een visumplicht voor Nederland, moet een verblijfsvergunning aanvragen. Wie afkomstig is uit een land waar tuberculose nog veel voorkomt, moet een tbc-screening ondergaan.

Met ingang van 1 januari 2015 is op advies van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) de Vreemdelingenwet aangepast. We screenen nu alleen nog mensen uit landen met een tbc-incidentie hoger dan 50 per 100.000. Tijdens de evaluatieperiode werden ook immigranten (tot 1 januari 2015) en asielzoekers uit landen met een lagere tbc-incidentie nog wel gescreend.

De wet maakt overigens geen onderscheid tussen asielzoekers en immigranten, maar voor de tbc-bestrijding zijn het twee verschillende doelgroepen. De screening van immigranten is anders georganiseerd dan de screening van asielzoekers omdat de procedures bij binnenkomst in Nederland verschillend zijn.

Het onderzoek bestaat meestal uit een röntgenfoto van de thorax. De CPT beveelt sinds december 2015 aan migranten jonger dan 18 jaar te screenen op een latente tbc-infectie (LTBI) en ze bij infectie een preventieve behandeling aan te bieden. Dit nieuwe beleid vereist een zorgvuldige aanpassing van de werkprocessen bij de GGD en wordt op dit moment stapsgewijs ingevoerd. In de beide evaluatierapporten wordt hier verder niet op ingegaan.

## Binnenkomstscreening

Een immigrant moet al in eigen land bij de Nederlandse ambassade of consulaat een toegangs- en verblijfsprocedure starten. In Nederland aangekomen dient hij zich binnen drie werkdagen te melden bij de politie van de gemeente waar hij verblijft.

Binnen drie maanden na de datum waarop een verblijfsvergunning is toegewezen moet het tbc-onderzoek worden gedaan. Daarvoor moet de vreemdeling een afspraak maken bij de GGD. Die geeft een verklaring af voor de IND dat men voor onderzoek is geweest.

Asielzoekers hebben meestal geen procedure in het land van herkomst kunnen starten. Daarom is hun procedure anders. Ze moeten zich eerst in Ter Apel (of een andere aanmeldlocatie) melden en daar de asielaanvraag indienen. Het onderzoek op tuberculose vindt binnen 24 uur na aanmelding op locatie plaats.

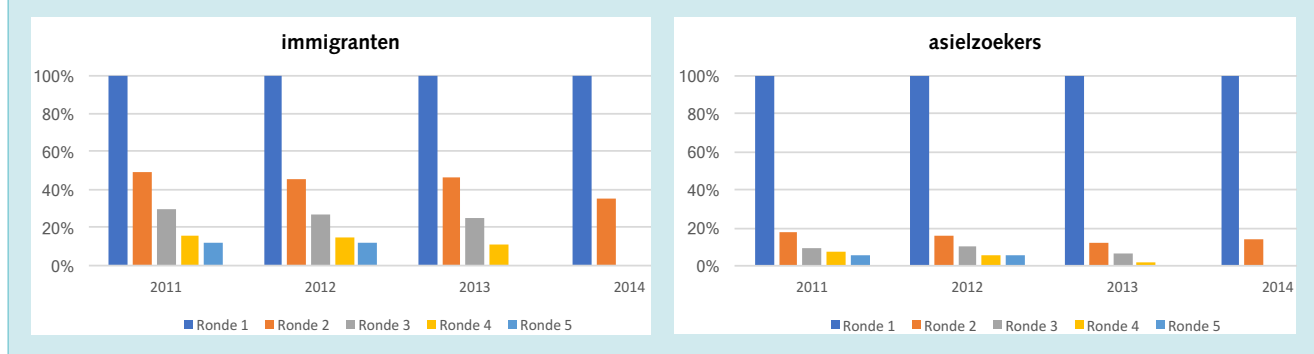
## Vervolgscreening

De röntgenscreening bij binnenkomst in Nederland is een momentopname. Maar ook na binnenkomst in Nederland is de tbc-incidentie verhoogd onder vreemdelingen afkomstig uit hoog endemische landen (WHO-incidentie >200/100.000). Daarom nodigen de GGD'en immigranten en asielzoekers van 12 jaar en ouder gedurende twee jaar na binnenkomst iedere zes maanden uit voor een herhalingsonderzoek. Ook deze vervolgscreening is meegenomen in de evaluatie.

## Doel van de evaluatie

Doel van de periodieke evaluatie is vast te stellen wat de opbrengst van de screening is en of de doelgroepen voor screening nog voldoen aan de Nederlandse criteria voor risicogroepen voor tuberculose: een bevolkingsgroep met een tbc-incidentie van hoger dan 50 per 100.000 ofwel tenminste één geval van tuberculose op 2000 gescreende personen. Dat wordt ook wel aangeduid als een 'number needed to screen' (NNS) van maximaal 1 op 2.000.

FIGUUR. Trends in dekkingsgraad vervolgscreening per ronde



Ook is bekeken welk deel van de tbc-patiënten door screening is gevonden en hoeveel daarvan uiteindelijk succesvol behandeld zijn.

### Methode en definities

De GGD-screeningsgegevens van de cohorten asielzoekers en immigranten uit de periode 2011-2015 zijn gekoppeld met NTR-patiëntgegevens. Een diagnose tuberculose die binnen vijf maanden werd gesteld, is beschouwd als 'prevalente' tuberculose (tuberculose aanwezig bij binnenkomst). Wanneer volgens het NTR de diagnose is gesteld naar aanleiding van de screening, is de patiënt gerekend tot de opbrengst van de screening.

### Resultaten

In totaal zijn de gegevens van 99.506 asielzoekers en 116.301 immigranten geanalyseerd. Bij 176 asielzoekers en 111 immigranten is tuberculose vastgesteld in de eerste vijf maanden na binnenkomst. Respectievelijk 126 (72%) en 97 (87%)

tbc-patiënten zijn door de screening gevonden. Twee immigranten en tien asielzoekers hadden multiresistente (MDR) tuberculose: respectievelijk twee en negen van de MDR-tbc-patiënten werden door screening gevonden. In totaal 69 procent van de asielzoekers en 77 procent van de immigranten met tuberculose die door screening werden gevonden, voltooiden de tbc-behandeling succesvol. Van de tbc-patiënten die op andere wijze gevonden werden, voltooiden respectievelijk 83 en 78 procent de behandeling.

17.251 asielzoekers en 17.495 immigranten kwamen in aanmerking voor vervolgscreening en 132 asielzoekers en 50 immigranten ontwikkelden tuberculose binnen 6 tot 24 maanden na binnenkomst. Respectievelijk 52 (39%) en 24 (48%) van deze patiënten werden door de vervolgscreening gevonden. Opvallend is dat respectievelijk 13 (25%) en 8 (33%) van deze personen op de eerste foto bij binnenkomst afwijkingen hadden die passen bij (oude) tuberculose.

De dekkingsgraad van de vervolgscreening neemt af per ronde (zie Figuur 1).

### Opbrengsten

De opbrengst van de binnenkomstscreening is gerelateerd aan de incidentie van tuberculose in het land van herkomst, maar verschilt sterk tussen asielzoekers en immigranten (zie Tabel 1). Bij immigranten uit landen met een tbc-incidentie van 51-100 per 100.000 inwoners vinden we in de geëvalueerde periode een NNS van 3.435. Dat ligt ruim boven de 1 op 2.000 die we hanteren voor evaluatie van de effectiviteit van screeningen. Bij asielzoekers uit deze landen daarentegen is de NNS 530. De totale opbrengst van de screening hangt zowel voor asielzoekers als immigranten sterk af van de samenstelling van de populatie die Nederland binnenstroomt en kan per jaar sterk verschillen.

De opbrengst van de vervolgscreening is het hoogst onder mensen waarbij op de thoraxfoto bij binnenkomst afwijkingen passend bij tuberculose te zien zijn. Dit geldt zowel

TABEL 1. Opbrengst binnenkomstscreening en prevalentie (0 t/m 5 maanden na eerste screening) onderverdeeld naar incidentie land van herkomst

incidentie land van herkomst	immigranten				asielzoekers			
	gescreend	number needed to screen	prevalentie per 100.000	% gevonden door screening	gescreend	number needed to screen	prevalentie per 100.000	% gevonden door screening
≤50*	26.101	3729	31	88%	49.142	3071	37	89%
51 t/m 100	37.787	3435	32	92%	5.833	530	223	85%
101 t/m 200	36.548	891	134	84%	10.385	305	356	92%
>200**	13.028	343	322	90%	23.966	369	451	60%
onbekend	2.837		0		10.18		0	
<b>totaal</b>	<b>116.301</b>	<b>1199</b>	<b>95</b>	<b>87%</b>	<b>99.506</b>	<b>790</b>	<b>177</b>	<b>72%</b>

\* De verplichte tbc-screening bij binnenkomst immigranten en asielzoekers afkomstig uit landen met een tbc-incidentie <50 per 100.000 werd in respectievelijk 2015 en 2016 afgeschaft.

\*\* Op basis van de bij de binnenkomstscreening vastgestelde hoge prevalentie van tuberculose is Eritrea ondanks de WHO-schatting van 98/100.000 ingedeeld in de categorie >200/100.000.

voor immigranten als asielzoekers. Bij personen met een normale thoraxfoto is de NNS bij immigranten ruim 8 keer hoger dan bij asielzoekers: respectievelijk 1.042 en 121.

## Discussie

De evaluaties tonen aan dat door screening van immigranten en asielzoekers in de periode 2011-2015 respectievelijk 87 en 72 procent van alle tbc-patiënten is opgespoord. Voor patiënten met longtuberculose (gegevens in dit stuk niet apart vermeld) is dat respectievelijk 96 en 80 procent. De gemiddelde opbrengst van de screening voldoet ruimschoots aan de criteria voor screening van de CPT. De screening bij binnenkomst is daarmee dus een adequate interventie om tuberculose in deze risicogroepen tijdig op te sporen.

De opbrengst van de binnenkomst- en vervolgscreening is hoger voor asielzoekers dan voor immigranten. Dat komt door verschillen in land van herkomst (zie ook Tabel 2), maar uit de vergelijking van de prevalenties naar incidentie in het land van herkomst blijkt dat immigranten en asielzoekers ook in andere opzichten van elkaar verschillen. Het risico op blootstelling aan tuberculose bij asielzoekers is ook door de vluchtroute en verblijf in andere landen tijdens de vlucht en beperkte toegang tot gezondheidszorg in het land van herkomst waarschijnlijk hoger dan voor immigranten.

## Vervolgscreening

De dekingsgraad van de vervolgscreening lijkt beter voor immigranten dan asielzoekers. Vergelijking van deze percentages is echter moeilijk te interpreteren, omdat bij de berekening van de dekingsgraad geen rekening gehouden wordt met mensen die het land inmiddels verlaten hebben, en de doelgroep van de vervolgscreening dus een overschatting is. Het percentage tbc-patiënten met longtuberculose dat door de vervolgscreening wordt gevonden (respectievelijk 60% en 48% voor immigranten en asielzoekers) geeft een betere indicatie van de effectiviteit van de vervolgscreening. De lagere effectiviteit van de vervolgscreening bij asielzoekers komt onder andere doordat asielzoekers vaak van opvanglocatie naar locatie verhuizen en administratief uit het zicht raken wanneer zij naar gemeentelijke huisvesting verhuizen. Met het nieuwe cliënt-registratiesysteem iTBC hopen GGD'en een oplossing te vinden voor dit probleem.

TABEL 2. Top 10 landen van herkomst asielzoekers en immigranten 2011-2015

asielzoekers			Immigranten		
land	aantal	% van totaal	land	aantal	% van totaal
<i>tbc-incidentie ≤50</i>					
Syrië	31.617	32%	Turkije	8.647	7%
Irak	6.920	7%	Brazilië	4.059	3%
Iran	4.137	4%			
<i>tbc-incidentie 51 t/m 100</i>					
Soedan	1.044	1%	China	20.965	18%
Rusland	3.210	3%	Rusland	5.364	5%
(voormalig) Joegoslavië	1.562	2%	Zuid-Korea	2.868	2%
<i>tbc-incidentie 101 t/m 200</i>					
Afghanistan	4.826	5%	India	16.620	14%
Ethiopië	3.774	4%	Marokko	4.712	4%
<i>tbc-incidentie &gt;200**</i>					
Eritrea	10.738	11%	Indonesië	5.860	5%
Somalië	5.625	6%	Filipijnen	3.728	3%
			Zuid-Afrika	2.625	2%
onbekend	10.178	10%			
anders	15.875	16%	anders	40.853	35%
totaal	30.321	100%	totaal	116.301	100%

De evaluatie bevestigt opnieuw dat migranten met een voor tuberculose verdachte thoraxfoto, bij wie op dat moment geen tuberculose wordt vastgesteld, een hoog risico hebben om later toch nog tuberculose te ontwikkelen. Dit is dus een belangrijke doelgroep voor preventie van tuberculose. Preventieve behandeling, zoals aanbevolen in de CPT-richtlijn 'Leidraad voor beleid bij fibrotische afwijkingen bij radiologische screening' (4), kan voorkomen dat deze mensen tuberculose ontwikkelen.

## Conclusie

De CPT zal zich op twee punten gaan beraden of de resultaten van deze evaluaties aanleiding zijn om het screeningsbeleid (opnieuw) aan te passen. Ten eerste of het zinvol en verantwoord is om immigranten uit landen met een tbc-incidentie van 51-100 per 100.000 bij binnenkomst te blijven screenen. De tweede vraag is of de vervolgscreening van migranten uit hoogrisicolanden op dezelfde basis moet worden uitgevoerd. Voorlopige resultaten van het ZonMW TB Endpoint onderzoek (5) tonen dat ongeveer een vijfde van deze doelgroep een LTBI heeft. Tachtig procent van de huidige doelgroep heeft dus geen verhoogd risico op het ontwikkelen van tuberculose. Vooruitlopend op de uitkomsten van het onderzoek zou al een slag gemaakt kunnen worden om de echte hoog-risicomigranten beter te identificeren door een test op LTBI bij binnenkomst. ■

## Literatuur

1. van de Berg S, Erkens CGM, van Rest JF et al. Evaluation of tuberculosis screening of immigrants in the Netherlands. *Eur Respir J* 2017; 50: 1700977.
2. van Rest JF, Erkens CGM, de Vries G. Evaluatie tuberculose screening asielzoekers in Nederland, 2011-2015. KNCV Tuberculosefonds, Den Haag, december 2017.
3. van Rest JF, Erkens CGM, de Vries G. Evaluatie tuberculose screening immigranten in Nederland, 2011-2015. KNCV Tuberculosefonds, Den Haag, december 2017.
4. CPT-richtlijn Leidraad voor beleid bij fibrotische afwijkingen die bij radiologische screening worden vastgesteld. [https://www.kncvtbc.org/kb/6-11\\_risicogroepenbeleid-pdf/](https://www.kncvtbc.org/kb/6-11_risicogroepenbeleid-pdf/)
5. Tuberculosis Elimination in the Netherlands through Disease Prevention Optimization (TB-Endpoint) ZonMW Projectnet. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project-detail/infectieziektebestrijding-2014-2017/tb-endpoint-tuberculosis-elimination-in-the-netherlands-through-disease-prevention-optimization/>



### De evaluaties zijn te vinden op:

[www.kncvtbc.org/uploaded/2018/02/Evaluatie-tuberculosescreening-immigranten-2011-2015.pdf](http://www.kncvtbc.org/uploaded/2018/02/Evaluatie-tuberculosescreening-immigranten-2011-2015.pdf)

[www.kncvtbc.org/uploaded/2018/02/Evaluatie-tuberculosescreening-asielzoekers-2011-2015.pdf](http://www.kncvtbc.org/uploaded/2018/02/Evaluatie-tuberculosescreening-asielzoekers-2011-2015.pdf)