

De leidraad 'Nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen door kinderartsen'

Naar het beter herkennen en waarborgen van de zorgbehoefte van vluchtelingenkinderen

Kinderartsen in Nederland krijgen met enige regelmaat vluchtelingenkinderen op hun spreekuur of afdeling. Vluchtelingenkinderen hebben door hun herkomst en geschiedenis specifieke gezondheidsverschillen ten opzichte van kinderen zonder vluchtelingenachtergrond. Dit betreft onder andere anemie, hemoglobinoopathiën, infectieziekten zoals HIV, hepatitis B, tuberculose, en parasitaire infecties. Daarnaast hebben zij een hoger risico op vitaminedeficiënties, onder- en overgewicht en soms een incomplete vaccinatiestatus. Ook hebben zij verhoogde risico's op psychosociale problemen door blootstelling aan traumatische gebeurtenissen en onveiligheid voor, tijdens of na hun vlucht. Door de andere organisatie van zorg en vaak onverwachte en vele overplaatsingen tussen opvangcentra is de zorg voor hen logistiek uitdagend. Dit artikel bespreekt de belangrijkste inzichten over de gezondheidsrisico's van vluchtelingenkinderen met adviezen over beleid, zoals verwoord in de recent verschenen NVK-Leidraad 'Nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen door kinderartsen'.

Lisanne Denneman, Marina Kaspar, Sara Sahba, Mariëtte Hoogsteder, Albertine Baauw

Drs. L.M. Denneman, aios kindergeneeskunde, AIGT, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam

Drs. M. Kaspar, kinderarts, Isala, Zwolle

Drs. S. Sahba, aios kindergeneeskunde, Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn

Dr. M.H.H. Hoogsteder, psycholoog en senior onderzoeker, Amsterdam UMC, Amsterdam

Drs. A. Baauw, kinderarts, arts AIGT, hoofd Opleidingsinstituut Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde, directeur EKANN, Amsterdam

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- weet u welke gezondheidsverschillen er bestaan tussen vluchtelingenkinderen en in Nederland geboren kinderen;
- weet u dat de toegang tot zorg bedreigd kan zijn voor vluchtelingenkinderen;
- kent u de indicaties voor aanvullende diagnostiek bij vluchtelingenkinderen met verhoogde gezondheidsrisico's;
- weet u welke stappen u kunt zetten bij vluchtelingenkinderen met psychosociale problematiek;
- weet u op welke manier het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland (EKANN) kan helpen om de kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen.



Inleiding

Er bestaan gezondheidsverschillen tussen vluchtelingen-kinderen en in Nederland geboren kinderen, bijvoorbeeld ten aanzien van anemie, infectieziekten, voedingsdeficiënties en groei (Tabel 1). Hier wordt niet op getest met gestandaardiseerd aanvullend onderzoek. Daarbij verschilt de organisatie van zorg voor vluchtelingenkinderen van in Nederland geboren kinderen. Vluchtelingenkinderen krijgen na aankomst een sociaal-medische intake bij de JGZ die bestaat uit een anamnese, lichamelijk onderzoek, groeiparameters en het opstellen van een inhaalvaccinatieschema. Kinderen tot 6 maanden krijgen daarnaast een hielprik- en gehoorscreening. Kinderen in asielopvang krijgen huisartsenzorg via de Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA) en worden zo nodig verwezen voor specialistische zorg.

Naast gezondheidsverschillen vormen verminderde toegang tot zorg en discontinuïteit van zorgverlening een groot gezondheidsrisico. Dit komt door overplaatsingen tussen opvanglocaties, onbekende voorgeschiedenis en de soms ontbrekende overdracht tussen ketenpartners (GZA-huisarts, JGZ en ziekenhuizen). Ook een taalbarrière en onvoldoende kennis bij vluchtelingen van het Nederlandse zorgsysteem spelen een rol. Tot slot wordt de toegang tot zorg bedreigd doordat zorgverleners en

patiënten vaak niet weten dat medisch noodzakelijk zorg voor ongedocumenteerden gedeeltelijk bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) gedeclareerd kan worden. Ongedocumenteerde kinderen vallen onder de reguliere zorg, maar zijn onverzekerd en dit zorgt voor een grotere administratieve last. Voor de definitie van vluchteling, asielzoeker en ongedocumenteerde verwijzen we naar een eerder artikel uit Praktische Pediatrie¹.

Achtergrond en werkwijze van de leidraad

Recent is de NVK-leidraad 'Nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen door kinderartsen' gepubliceerd. De leidraad doet aanbevelingen voor het optimale, wetenschappelijk onderbouwde nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen (zowel somatisch als psychosociaal) en voor het waarborgen van de kwaliteit en continuïteit van zorg voor deze groep. De ontwikkeling van de richtlijn is ooit begonnen met een knelpuntenanalyse met input van kinderartsen, jeugdartsen, huisartsen en ouders van vluchtelingenkinderen waarna een multidisciplinaire werkgroep is opgericht. De intentie was om de huidige sociaal-medische screening die de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij alle vluchtelingenkinderen in Nederland doet uit te breiden met bloed-, urine- en fecesonderzoek.

VERTALING RICHTLIJN NAAR DE ALGEMENE PRAKTIJK

Tabel 1 Schatting van wereldwijde prevalenties van enkele aandoeningen bij vluchtelingkinderen bij aankomst in receptielanden (Baauw, 2019).

	Geschatte prevalenties	95% betrouwbaarheids-interval	Aantal studies	Aantal deelnemers
Anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen				
Anemie	13,7%	[8,7 tot 19,7]	14	14.632
Hemoglobinopathie	3,7%	[0,2 tot 10,5]	4	5.400
Infectieziektes				
Hepatitis B	2,6%	[1,6 tot 3,7]	16	19.196
Hepatitis C	0,2%	[0,0 tot 1,2]	5	1.415
HIV	0,03%	[0,0 tot 0,25]	4	2.165
Actieve TB	0,2%	[0,0 tot 0,5]	10	162.100
LTBI (IGRA)	11,3%	[9,4 tot 13,3]	4	3.291
LTBI (Mantoux)	19,3%	[11,0 tot 29,3]	8	33.317
Schistosomiasis	9,5%	[5,6 tot 14,4]	10	3.292
Strongyloides	10,4%	[4,8 tot 17,7]	8	3.793
Intestinale infecties	31,0%	[22,1 tot 40,6]	15	12.723
Malaria	2,6%	[0,7 tot 5,4]	6	2.408
Groei, voeding, micronutriëntdeficiënties en loodvergiftiging				
Vitamine B deficiëntie	0,6%	[0,1 tot 1,5]	3	752
Vitamine D deficiëntie	44,6%	[27,7 tot 62,2]	7	3.715
Wasting	8,8%	[6,5 tot 11,4]	15	9.167
Stunting	17,2%	[9,4 tot 26,5]	7	2.293
Overgewicht	10,8%	[7,6 tot 14,3]	6	7.838
Obesitas	5,7%	[1,9 tot 11,4]	4	8.538
Verhoogd loodgehalte in bloed	6,1%	[2,4 tot 11,0]	8	5.898
Vaccinatiegraad				
Immuniteit voor Rubella	72,4%	[45,3 tot 92,9]	2	256
Immuniteit voor mazelen	70,2%	[30,7 tot 97,2]	2	402
Immuniteit voor hepatitis B	63,0%	[51,1 tot 74,2]	3	1.802

Anemie werd gedefinieerd als een hemoglobinegehalte onder de leeftijds- en geslachtsspecifieke grenswaarden vastgesteld door de WHO of de Amerikaanse Centers for Disease Control and Prevention. Hemoglobinopathie omvatte sikkelcelziekte, sikkelceltrait, thalassemie en glucose-6-fosfaatdehydrogenasedeficiëntie. Hepatitis B werd gedefinieerd als HBsAg seropositief. Hepatitis C-virus (HCV)-infectie werd gedefinieerd door de aanwezigheid van antilichamen tegen hepatitis C. De HIV-test omvatte de pre-entry screening op HIV in de Verenigde Staten. Actieve tuberculose (TB) werd gedefinieerd als een positieve longfoto en/of positief sputum. Latente tuberculose-infectie (LTBI) werd gedefinieerd als een positieve interferon- γ -release-assay (IGRA) of een Mantoux-tuberculinehuidtest ≥ 10 mm. Schistosomiasis en strongyloides werden gedefinieerd door de aanwezigheid van antilichamen tegen respectievelijk Schistosomiasis en Strongyloides stercoralis. Intestinale infecties: ten minste één positief stoelgangmonster (eieren, parasieten of bacteriën). Vitamine D: insufficiëntie 26–50 mol/L 25-hydroxyvitamine D; deficiëntie 13–25 nmol/L en ernstige deficiëntie <13 nmol/L. Wasting: <5e percentiel van BMI voor leeftijd, WHO. Stunting: lengte voor leeftijd <5e percentiel. Loodvergiftiging werd gedefinieerd als >10 $\mu\text{g/dL}$.

Omdat dit niet haalbaar bleek, is de leidraad nu bedoeld voor kinderartsen die vluchtelingenkinderen met klachten zien. Over de fysieke en mentale gezondheid van vluchtelingenkinderen in Nederland is maar weinig bekend. Daarom zijn de adviezen en aanbevelingen gebaseerd op systematische reviews met studies uit andere aankomstlanden, enkele studies uit Nederland en “expert opinion”.

Casus 1 Een jongen met sikkelcelziekte

Een 7-jarige jongen uit Afghanistan wordt via de GZA-huisarts doorverwezen naar de kinderarts in verband met anemie en transfusies in de voorgeschiedenis. Er blijkt sprake te zijn van HbS β o sikkelcelziekte, een ernstige vorm. De jongen komt niet op een controle en blijkt overgeplaatst naar een andere regio; er is geen medische overdracht geweest. Hij komt met koorts en een vaso-occlusieve crisis op de spoedeisende hulp elders. Daar blijkt dat de patiënt zijn medicatie niet gebruikt; het was op en de vader wist niet hoe hij nieuwe recepten kon aanvragen op de nieuwe opvanglocatie.

Deze casus illustreert hoe plotse overplaatsingen van asielzoekers kunnen leiden tot grote problemen bij een zorgbehoevend kind. Daarnaast was er sprake van bedreigde toegang tot zorg, mede door onvoldoende kennis van het Nederlandse zorgsysteem bij ouders. Het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland (EKANN) heeft de kinderarts in deze casus verwezen naar de GZA-praktijklijn voor overleg met de huisarts en op de patiëntenvereniging OSCAR Nederland. Daarnaast kunnen sleutelpersonen via PHAROS nieuwkomers wegwijs maken in het gezondheidssysteem. In het AZC kan dit via gezondheidsvoorlichters van de GGD.

Infectieziekten

Vluchtelingenkinderen hebben een hoger risico op infectieziekten waarvan een aantal nog asymptomatisch kan zijn (bijvoorbeeld schistosomiasis, zie tabel 1). Enkele landen, waaronder Canada³, bevelen screening aan naar infectieziekten op basis van land van herkomst en/of klachten. Sommige Europese landen screenen vluchtelingenkinderen bij aankomst op infecties met hepatitis B gezien de grote gevolgen op latere leeftijd en de risico's voor de volksgezondheid⁴. In bijvoorbeeld Azië heeft 2,5-4,1% van de kinderen hepatitis B. Tot nu toe wordt in Nederland bij kinderen afkomstig uit hoog risicolanden alleen gescreend op tuberculoseziekte (voorheen ‘actieve tuberculose’) met een thoraxfoto,

waardoor mogelijke extrapulmonale vormen van tuberculose-ziekte en tuberculose-infectie (voorheen ‘latente tuberculose’) gemist worden. In 2023 is het screeningsbeleid gewijzigd voor kinderen onder de 12 jaar uit een tuberculose-endemisch land; dit bevindt zich nog in de implementatiefase. Deze kinderen worden een maand na binnenkomst gescreend op tuberculose-infectie met een Mantoux en/of Interferon-Gamma Release Assay (IGRA). Aan alle kinderen met een bewezen tuberculose-infectie, waarbij tuberculoseziekte is uitgesloten, wordt preventieve therapie aangeboden via de GGD. Tuberculoseziekte komt nauwelijks voor onder vluchtelingenkinderen, in tegenstelling tot tuberculose-infectie. De prevalentie (11,3%) neemt toe met de leeftijd en wisselt per regio van herkomst (zie <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6782036/>), variërend van 4,7% bij kinderen uit het Midden-Oosten tot 12,7% in Azië en 15,5% in Sub-Sahara Afrika².

Daarnaast gaat de huidige screening uit van het oorspronkelijke herkomstland en houdt geen rekening met de afgelegde vluchtroute. Dit betekent dat een Syrisch kind dat 9 maanden in een vluchtelingenkamp in Sudan heeft gezeten niet gescreend zal worden op tuberculose. Vanwege deze beperkingen blijft het belangrijk om de diagnose tuberculose-ziekte te overwegen en laagdrempelig onderzoek hiernaar in te zetten.

Diagnostiek naar andere infectieziekten dient laagdrempelig ingezet te worden bij vluchtelingenkinderen die naar de kinderarts zijn verwezen. Gevluchte kinderen zijn meestal (nog) beperkt gevaccineerd. Daarom kunnen zij zich presenteren met infectieziekten die in Nederland zeldzaam zijn, zoals mazelen. Alleenstaande minderjarige vluchtelingen zijn een risicogroep voor infectieziekten en voor seksueel overdraagbare aandoeningen, mede omdat zij vaker seksueel misbruik meemaken. In de leidraad wordt specifiek aanvullend onderzoek aanbevolen op basis van klachten en regio van herkomst. Zo is bijvoorbeeld bekend dat circa 30% van de vluchtelingenkinderen uit het Midden-Oosten, Afrika en Azië een intestinale infectie heeft en dat Schistosomiasis en Strongyloides onder Afrikaanse kinderen hoog-endemisch zijn. Het is belangrijk passend aanvullend onderzoek voor een vluchtelingkind te overwegen om vertraging in diagnostiek of behandeling te voorkomen. Zo moeten Strongyloides en tuberculose uitgesloten worden wanneer een kind immuungecompromitteerd is, omdat deze ziekten dan fulminant kunnen verlopen.

Hemoglobinopathieën

Wereldwijd heeft gemiddeld 40% van de kinderen jonger dan 5 jaar een anemie, vaak op basis van

ijzergebrek⁵. Thalassemie en G6PD-deficiëntie komen frequent voor in de landen rondom de Middellandse Zee, Afghanistan en Irak. Sikkelcelziekte komt met name voor in landen in Afrika, het Midden-Oosten en India. In 2007 bleek dat 6% van de asielzoekerskinderen in Nederland een anemie heeft op basis van een thalassemie⁶. Omdat de meeste vluchtelingenkinderen geen of een beperkte hieprikscreening hebben gehad, is onbekend of zij sikkelcelziekte of thalassemie hebben. Bij anemie moet dus analyse naar hemoglobinopathie worden verricht als er geen aanwijzingen voor ijzergebrek (meer) zijn (zie <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6782036/>).

Casus 2 Een alleenstaande minderjarige vreemdeling uit Eritrea met TBC-peritonitis

Een 16-jarige alleenstaande jongen uit Eritrea wordt door de GZA-huisarts ingestuurd in verband met buikpijn. Hij arriveert op de spoedeisende hulp met een COA-begeleider. Hij spreekt enkel Tigrinya; de anamnese wordt met behulp van een telefonische tolk gevoerd. De voorgeschiedenis is blanco. Bij binnenkomst in Nederland was de screening op tuberculose negatief. Sinds vier dagen heeft hij aanvalsgewijze buikpijn en koorts. Bij navraag heeft hij tijdens zijn vlucht in Libië geweld meegemaakt, maar hij zegt niet seksueel misbruikt te zijn.

Bij lichamenlijk onderzoek wordt een matig zieke, magere jongen gezien met een bolle buik en drukpijn rechts in de buik. Er zijn verhoogde infectiewaarden bij normale leverchemie en -functie en een niet afwijkend urinesediment. Na een CT-abdomen en een ascitespunctie wordt de diagnose TBC-peritonitis gesteld. Het EKANN is ingeschakeld om een medische blokkade in te stellen, zodat de patiënt niet overgeplaatst zou worden tijdens de poliklinische behandeling. Vanuit de GGD krijgt hij begeleiding bij de therapietrouw door wekelijks bezoeken op het AZC.

Ontwikkeling, groei en (micro-) nutriëntdeficiënties

Vluchtelingenkinderen hebben vaker onder- en/of overgewicht ten opzichte van Nederlandse kinderen. Het is belangrijk om bij deze groep gebruik te maken van de juiste groeicurven (TNO- of WHO-groeicurven). Metabole aandoeningen zijn meestal niet in een vroeg stadium herkend. Het verdient daarom de aanbeveling extra alert te zijn op eventuele metabole oorzaken van groei- en ontwikkelingsproblemen.

De ontwikkeling van vluchtelingenkinderen beoordelen kan uitdagend zijn, mede gezien taal- en culturele verschillen^{7, 8}. Gestandaardiseerd onderzoek én doorvragen op het perspectief van ouders en hun zorgen is belangrijk, aangezien cumulatieve stress kan interfereren met de ontwikkeling⁹. Langdurig disfunctionele gezinsprocessen na schokkende gebeurtenissen creëren een groter risico voor de ontwikkeling van kinderen dan de traumatische ervaringen zelf.

Vitamine D-deficiëntie blijkt een groot probleem te zijn onder vluchtelingenkinderen en komt voor bij tot wel 70% van de kinderen afkomstig uit het Midden-Oosten¹⁰. Adolescenten vormen de grootste risicogroep. Vitamine D wordt in sommige asielzoekerscentra uitgedeeld, maar de therapietrouw is laag. Het advies is om te starten met suppletie conform de huidige richtlijn ter preventie van rachitis, ook zonder dat er bewezen vitamine D-deficiëntie is.

Psychosociale problematiek en veiligheid

Veel kinderen zijn voor of tijdens de vlucht blootgesteld aan geweld of dreiging. Verlies van familie, cultuur en taal zijn een risicofactor voor psychische problemen, evenals vele verplaatsingen¹¹. Beschermende factoren voor mentale gezondheid zijn sociale steun en perspectief op een toekomst. Kinderen hebben grote veerkracht en de meeste vluchtelingenkinderen herstellen wanneer ze in een stabiele situatie terecht komen. Sommige van hen ontwikkelen een (complex) trauma of een persoonlijkheidsstoornis. Voor getraumatiseerde vluchtelingenkinderen zijn veelal gespecialiseerde GGZ-teams of maatschappelijke ondersteuning beschikbaar (zie sociale kaart van ARQ kenniscentrum migratie).

Vluchtelingenkinderen lopen meer risico op kindermishandeling en seksueel geweld, met name op de vluchtroute via Libië. Ook vrouwelijke genitale verminking (VGV) komt voor. Er zijn diverse materialen beschikbaar voor voorlichting en preventie van VGV (zie leidraad). Kinderartsen wordt aanbevolen aandacht te hebben voor psychosociale zorg en laagdrempelige samenwerking met de JGZ.

Rol van EKANN bij knelpunten in de zorg aan vluchtelingenkinderen

Het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland is in 2022 opgericht om de zorg aan vluchtelingenkinderen te optimaliseren. Artsen kunnen bij EKANN terecht voor advies omtrent de zorg voor vluchtelingenkinderen, bijvoorbeeld bij kinderen die uit zorg verdwijnen door overplaatsingen tussen asielzoekerscentra (zie www.ekann.nl). De NVK heeft een mondelinge overeenkomst met het COA om

extra kwetsbare vluchtelingenkinderen met een grote zorgbehoefte te melden in samenwerking met EKANN zodat een medische blokkade ingesteld kan worden. Deze kinderen worden in overleg met het COA niet overgeplaatst, zodat de continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd.

EKANN signaleert ook knelpunten in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Voorbeelden zijn zorgbehoevende kinderen die uit beeld verdwijnen door overplaatsingen, onvoldoende kennisoverdracht tussen ketenpartners (JGZ, GZA, ziekenhuizen) en het ontbreken van digitale dossiervoering in crisisnoodopvangcentra.

Tevens faciliteert EKANN regionale netwerken om de samenwerking van ketenpartners in de zorg voor vluchtelingenkinderen (kinderarts, GZA-huisarts en JGZ) te versterken.

Tot slot vervult EKANN een belangrijke functie als expertisecentrum door verspreiding van kennisdocumenten, de ontwikkeling van onderwijs en onderzoek.

Tips voor de kinderarts

1. Wees u bewust van gezondheidsverschillen, raadpleeg de NVK-leidraad.
2. Check of de correspondentie aankomt bij de GZA-huisarts* of de arts op de crisisnoodopvanglocatie.
3. Bel laagdrempelig de GZA-intercollegiale lijn op 088-1122113 voor kinderen woonachtig op een AZC, deze is 24/7 bereikbaar. Voor kinderen woonachtig op een (crisis)noodopvang, check lokaal wie daar eerstelijns zorg aanbiedt om te kunnen overleggen. Er zijn verschillende zorgaanbieders op de crisisnoodopvang, bijvoorbeeld Arts & Specialist (A&S). Bij A&S kunt u de coördinator raadplegen via 06-16000360.
4. Deel laagdrempelig informatie met de JGZ. Zij hebben landelijk zicht op bijna alle vluchtelingenkinderen. Indien de JGZ-organisatie niet bekend is bij u, kunt u via pga@ggdghor.nl hiernaar informeren.
5. Draag zorg voor continuïteit in een vroeg stadium door samenwerking met GZA, JGZ en zo nodig COA.
6. Zet bij een taalbarrière een professionele tolk in. Laat in geen geval een minderjarig familielid tolken. Zie www.zoschakeltueentolkin.nl.
7. Vraag advies of meld knelpunten bij EKANN via www.ekann.nl.

* <https://www.gzasielzoekers.nl/ikbenprofessional/praktischeinformatie/agb-codes>

Referenties

1. Baauw A (2017) Komt een vluchtelingenkind op uw spreekuur. *Praktische Pediatrie* 11(1):10–16
2. Baauw A, Kist-van Holthe J, Slattery B, et al. Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatrics Open*. 2019 Sep;3(1):e000516.
3. Warmington R, Miller K, Pottier K. (2012). Evidence-Based Preventive Care Checklist for New Immigrants and Refugees, Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH) and the University of Ottawa, Canada. www.ccirhken.ca. Beschikbaar via: https://www.ccirhken.ca/ccirh/checklist_website/en/recommendations/hep_b.html [Geraadpleegd op 19 september 2023]
4. Kärki T, Napoli C, Riccardo F, et al. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries—Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014 Oct 21;11(10):11004–14.
5. Webpagina: World Health Organization. Anaemia in women and children. www.who.int. 2021. Beschikbaar via: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children [Geraadpleegd op 19 september 2023]
6. Stellinga-Boelen A, Storm H, Wiegersma P, et al. Iron Deficiency Among Children of Asylum Seekers in The Netherlands. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 2007 Nov;45(5):591–5.
7. Kroening ALH, Moore JA, Welch TR, et al. Developmental Screening of Refugees: A Qualitative Study. *PEDIATRICS*. 2016 Aug 15;138(3):e20160234–4.

Met dank aan Aline Verhage, kinderinfectioloog in het UMC Groningen.

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.

www.praktischepediatrie.nl

- Volledige literatuurlijst.

bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit			Overweeg op basis van klachten bloedonderzoek voor
Afrika	Azië	Midden-Oosten	
✓	✓	✓	Hb, MCV en ferritine
✓	✓	✓	Hb-typering middels HPLC methode (sikkelcelziekte en bèta-thalassemie)
✓	✓	✓	hepatitis B virus Hbs-Ag, anti-Hbs en anti-HBc (vóór vaccinatie)
✓	✓		hepatitis C-virus antistoffen, anti-HCV
✓	✓		Treponema pallidum antistoffen (syfillis)
✓			hiv serologie
✓	✓	✓	Latente tuberculose: IGRA (interferon-gamma release assay)
✓	✓		Schistosomiasis en Strongyloides stercoralis antistoffen
✓	✓	✓	Vitamine D 25-OH

Andere onderzoeken (bloed, urine, feces) op indicatie	bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit		
	Afrika	Azië	Midden-Oosten
Indien ijzerebreksanemie → behandelen; na drie maanden opnieuw testen; indien laag MCV zonder ijzerebrek → test op alfa thalassemie met DNA-diagnostiek (PCR-methode)	✓	✓	✓
G6PD-enzym activiteit: op indicatie (anamnese (geelzucht/ bloedtransfusies) of positieve familieanamnese)	✓	✓	✓
actieve tuberculose door de tuberculosebestrijding. Let op: indien IGRA negatief, dan geen X-thorax nodig; alleen kinderen uit hoog risico landen worden gescreend; cave gezinshereniging; op indicatie op basis van klachtenpatroon	✓	✓	✓
bij koorts: screenen op malaria	✓	✓	✓
hepatitis C, anti HCV			✓
chlamydia en gonococci bij seksueel actieve jongeren	✓	✓	✓
hiv serologie bij seksueel actieve jongeren of bij verdenking seksueel misbruik		✓	✓
treponema pallidum (syfillis) antistoffen op indicatie verdenking verticale transmissie, altijd bij seksueel actieve kinderen of bij verdenking seksueel misbruik			✓
bij diarree en buikpijn: PCR feces (Shigella, Salmonella, Yersinia, Campylobacter, EHEC/STEC); parasieten PCR (Giardia lamblia, Entamoeba histolytica); Helicobacter pylori antigen en éénmaal feces wormen	✓	✓	✓
zwangerschapstest op indicatie en altijd secundaire amenorrhoea	✓	✓	✓
MRSA: asielzoekers hebben een verhoogd risico op MRSA/ BRMO dragerschap. Bij opname of behandeling in een zorginstelling → screen op MRSA volgens protocol van de zorginstelling	✓	✓	✓