



**Hoge  
Gezondheidsraad**

**OPROEP TOT COÖRDINATIE VOOR  
EEN BETER TUBERCULOSEBELEID IN BELGIË:  
BESCHRIJVING VAN BEDREIGINGEN EN  
VOORSTEL TOT OPLOSSINGEN**

**MAART 2016  
HGR NR 9206**



**.be**



## **POSITION PAPER VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRaad nr. 9206**

### **Oproep tot coördinatie voor een beter tuberculosebeleid in België: beschrijving van bedreigingen en voorstel tot oplossingen**

2 maart 2016

#### **Belgische context**

Hoewel het risico op tuberculose in België relatief laag is (incidentie van 8,6/100.000 inwoners in 2014), is het in onze grootste steden 3 keer zo hoog en minstens 10 keer hoger in de belangrijkste risicogroepen (dak- en thuislozen, gevangenen, asielzoekers).

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zou de incidentie van tuberculose in België jaarlijks moeten dalen met gemiddeld 12%, om de doelstelling van eliminatie in 2050 te halen. Op dit moment is deze daling slechts 3,3% per jaar (tussen 2000 en 2012).

Om deze doelstelling waar te maken is er een betere coördinatie nodig op het gezondheidsbeleidsniveau, en tussen de verschillende betrokken sectoren (Sociale Zaken en Volksgezondheid, Justitie, Asiel en Migratie, Armoedebestrijding), voornamelijk voor de grote steden en de risicogroepen. Deze coördinatie moet een voorbereidende stap zijn richting een nationaal bestrijdingsplan. Waarom een plan als er geen tools zijn om het toe te passen? Welnu, op dit moment levert de gerfomaliseerde coördinatie in ons land binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid nog niet de verwachte resultaten op om de doelstellingen van de WHO te halen. Bovendien is België een van de weinige Europese landen zonder een nationaal plan voor tuberculosebestrijding.

#### **Een gebrek aan gecoördineerde initiatieven in de strijd tegen tuberculose**

Het *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) voerde recent een rondvraag uit in alle lidstaten met 3 vragen:

- Bestaat er in uw land een nationaal plan voor de strijd tegen tuberculose?
- Bestaat er een implementatieprogramma van dit plan?
- Bestaat er een strategie voor de gecoördineerde introductie van innovatieve, diagnostische technieken in de praktijk?

In de huidige situatie moet ons land op de eerste 2 vragen "Neen" antwoorden, en op de derde vraag "Ja maar, zonder coördinatie", uitsluitend op basis van individuele initiatieven van laboratoria en ziekenhuizen.

Deze vaststelling is alarmerend, zeker omdat ons land zich meermaals geëngageerd heeft door internationale consensusdocumenten te ondertekenen, zoals de Verklaring van Berlijn, het Actieplan van de WHO-Europa voor "de preventie en bestrijding van multiresistente en ultrasensitieve tuberculose", en slechts enkele maanden geleden nog, de Verklaringen van Barcelona en die van Riga, die het belang van een goede coördinatie benadrukken voor het succes van elk tuberculoseprogramma.

Nochtans hebben de 7 gezondheidsministers van alle Belgische overheden en niveaus, in juli 2013, een protocolakkoord ondertekend over tuberculose waarin als duidelijk aandachtspunt staat: "een efficiënte coördinatie en samenwerking, zowel op beleidsniveau als in het veld". Tot op heden is er weinig werk gemaakt van een betere intersectorale en intergouvernementele coördinatie wat tot onduidelijke stappen leidt die zonder een gemeenschappelijke visie genomen worden.

### **Moeilijkheden en beperkingen**

Het begeleiden van patiënten gedurende hun behandeling is zo'n voorbeeld van gebrek aan coördinatie in België. Afhankelijk van de regio waar de patiënt zich bevindt zal dit al dan niet beschouwd worden als "preventie" (het ontstaan van therapieontrouw met nieuwe besmettelijkheid en resistentie wordt voorkomen), behorende tot het regionale niveau verantwoordelijk voor preventie. Andere overheden erkennen in deze therapiebegeleiding enkel een curatief aspect wat dan tot het curatieve domein op het federale niveau zou behoren. Deze onduidelijkheid kan in de toekomst tot problemen leiden.

Een ander voorbeeld betreft asielzoekers. In Vlaanderen wordt hun periodieke screening gezien als preventie en wordt dus gefinancierd door deze regio. In 2013 echter, besloot de Federatie Wallonië-Brussel dat de periodieke screening van deze doelgroep niet meer tot haar verantwoordelijkheid behoorde maar door het federale niveau zou moeten gefinancierd worden. Vanaf dat moment worden asielzoekers die in Wallonië verblijven verwezen naar ziekenhuizen in de curatieve sector voor screening, waar de prijs van longfoto's en dus de kost voor de staat ongeveer het dubbele is van die in de preventieve sector.

Ook bij gevangenen, een andere belangrijke risicogroep verschilt de wijze van screening nu per regio. Sommige gevangenen moeten nu onder politiebegeleiding naar een ziekenhuis of een andere gevangenis voor longfoto's; een extreem dure optie die ook plots door Justitie zelf ten laste genomen moet worden. Elders financiert de regio andere vormen van screening. Deze versnippering van bevoegdheden tast de efficiëntie van de tuberculosecontrole in de gevangenis drastisch aan. Recent werden er 3 clusters van tuberculosegevallen vastgesteld in gevangenis.

Het gebrek aan een gecentraliseerd beheer leidt tot een asymmetrisch beleid, met niet-geharmoniseerde screeningsmethodes in de verschillende delen van het land, verschillende procedures en financiering. Om nog niet te spreken van de relatieve chaos als het over Brussel gaat, waar de Vlaamse, Waalse en Brusselse politiek een onbegrijpelijk doolhof vormen, wetende dat net daar de incidentie 3 tot 4 maal hoger is dan elders in het land en er dus ook meer nood is aan efficiënte, gecoördineerde actie.

### **Vooraf een sociale ziekte**

Tuberculose is hoofdzakelijk een sociale ziekte of wordt ook de ziekte van de armen genoemd. Niet-medische determinanten van gezondheid spelen een essentiële rol in de ontwikkeling ervan en beïnvloeden sterk de therapietrouw en wegen op de kans dat patiënten hun behandeling succesvol beëindigen. Strategieën moeten zich niet beperken tot het domein van gezondheid maar ook andere sectoren betrekken om levens-, woon- en werkomstandigheden te verbeteren, sociale ongelijkheid te verminderen en armoede te bestrijden. Een efficiënte samenwerking met deze actoren is onmisbaar in de strijd tegen tuberculose.

### **Gebrekkige evaluatie van de omvang van tuberculose en de maatregelen op het vlak van preventie en behandeling**

Het verzamelen van correcte, volledige en geactualiseerde gegevens over tuberculose en de screening bij verschillende populatiegroepen blijkt in de dagelijkse praktijk zeer moeilijk door de veelheid aan partners en de complexiteit van het systeem. Nochtans zijn deze gegevens

onmisbaar voor het definiëren, plannen, opvolgen en evalueren van toegepaste strategieën, en voor een optimale inzet van de middelen.

In de gevangenissen bijvoorbeeld, laat de databank “Epicure” niet toe om er de noodzakelijke screeningsresultaten makkelijk uit te halen voor evaluatie van het beleid. Het is dus onmogelijk om sleutelindicatoren zoals de dekkingsgraad en de infectiegraad te kennen. Ook bij de asielzoekers zijn de gegevens onvolledig en de evaluaties complex.

Het is verontrustend om vast te stellen dat de verzameling van data in België slechter georganiseerd en vaak van een lagere kwaliteit is dan deze in sommige ontwikkelingslanden, met minder financiële, technische en personele middelen.

### **Richting een oplossing: denkpijlers voor een beter tuberculosebeleid in België**

De ondersteuning van de bevoegde overheden op de verschillende niveaus is nodig om de strijd tegen tuberculose op een efficiënte manier te organiseren, om tegemoet te komen aan de bezorgdheden van de actoren in het veld en om de weg richting eliminatie van tuberculose in te slaan. Verschillende, weinig kostelijke en makkelijk te realiseren actiepijlers worden hier aanbevolen:

- Uitvoeren van een evaluatie van de tuberculosebestrijding in ons land door een beroep te doen op de beschikbare diensten van de WHO en het ECDC via externe experts.
- Opstarten van een platform waar de verschillende sectoren (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Justitie, Asiel en Migratie, Werk, Armoedebestrijding) en de verschillende beleidsniveaus vertegenwoordigd zijn voor een coördinatie van hun acties en een intersectorale aanpak van tuberculose. De Interministeriële Commissie Volksgezondheid zou dit multidisciplinair platform kunnen aansturen op basis van protocolakkoorden.
- Definiëren van een ambitieuze strategie voor een efficiëntere bestrijding van tuberculose (meer bepaald een Nationaal Plan) met het oog op de eliminatie van de ziekte tegen 2050, conform de doelstellingen van de WHO. De HGR blijft ter beschikking staan om de nodige wetenschappelijke aspecten te behandelen.

Prof. P. De Mol, namens de werkgroep.  
Vicevoorzitter van de Hoge Gezondheidsraad.  
Voorzitter van de werkgroep HGR 9206 "Recommendations regarding a framework towards tuberculosis elimination in Belgium".

### Samenstelling van de werkgroep die deze *position paper* heeft uitgewerkt

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experten is beschikbaar op de website van de HGR: [samenstelling en werking](#).

Al de experten hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR ([belangenconflicten](#)).

De volgende experten hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Patrick DE MOL** en het wetenschappelijk secretariaat door Jean-Jacques DUBOIS.

<b>ANDRE Emmanuel</b>	Medische microbiologie	Clin univ. Saint-Luc, UCL VRGT
<b>ARRAZOLA DE ONATE Wouter</b>	Tuberculose	
<b>CALLENS Steven</b>	Infectiologie, Interne geneeskunde	UZ Gent, BELTA
<b>DARA Masoud</b>	Tuberculose	WHO Brussel
<b>DEMEULENAERE Tine</b>	Epidemiologie, <i>Environmental Medicine</i>	DamiaanActie
<b>DE MOL Patrick</b>	Medische microbiologie, ziekenhuishygiëne	CHU-ULg
<b>GROENEN Guido</b>	Overdraagbare ziekten	BELTA, DamiaanActie
<b>LORENT Natalie</b>	Pneumologie	UZ Leuven
<b>MATHYS Vanessa</b>	Tuberculose	ISP
<b>MOERMAN Filip</b>	Infectiologie	CHR Citadelle Liège
<b>ROLAND Michel</b>	Huisarts- en sociale geneeskunde	ULB
<b>SCHOL Sandrina</b>	Tuberculose, Management, Educatie	VRGT
<b>WANLIN Maryse</b>	Tuberculose	FARES
<b>WEBER Lilas</b>	Tuberculose	FARES

De volgende administraties/ministeriële kabinetten werden gehoord:

<b>COSTERS Michiel</b>	DGSS <i>Legal managment</i> , FOD Volksgezondheid.
<b>DE GROOF Dirk</b>	Dienst Internationale betrekkingen, <i>Public health Emergencies</i> , FOD Volksgezondheid.
<b>PAUWELS André</b>	HGR, FOD Volksgezondheid.
<b>REYNDERS Daniel</b>	General Services International Relations and Public Health Emergencies, FOD Volksgezondheid.
<b>VANDEWOUDE Koen</b>	Kabinet van de Minister inzake Volksgezondheid.

## Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experts (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 40 leden van de pool van benoemde experts). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website ([www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be).

[www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)



Deze publicatie mag niet worden verkocht.



federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**