

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Vergadering van 24/10/2006

Vraag om uitleg van de heer Erik Tack tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het voorkomen van tuberculose

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, tuberculose is een zeer besmettelijke aandoening, die veroorzaakt wordt door de bacil van Koch, ook de tuberkelbacil genoemd. In ons land worden jaarlijks ongeveer 2500 nieuwe gevallen ontdekt. De besmetting kan vrij gemakkelijk gebeuren, via de ademhalingswegen. Besmet worden met de bacil betekent niet dat men automatisch ziek wordt. Gezonde personen die worden besmet, zullen niet meteen ziek worden, maar de tuberkelbacil kan vele tientallen jaren in het lichaam blijven sluimeren. Men wordt er ziek van wanneer men verzwakt is. Wie verzwakt is, kan vrij snel ziek worden door die bacterie. Een aparte groep daarbij zijn natuurlijk de hiv-patiënten, bij wie deze ziekte fulminant kan verlopen, daar bij hen de weerstand zeer sterk is afgenomen. De ziekte kan voorkomen in de longen, de botten of de nieren, maar ook elders in het lichaam. De drie voornoemde locaties zijn echter de meest belangrijke.

Vroeger, voor er efficiënte geneesmiddelen tegen tuberculose bestonden, was deze ziekte een echte doder. De mensen leefden toen ook meestal in minder ideale omstandigheden dan nu. De bevolking was zwakker dan nu, omdat de mensen zich minder goed voedden, in minder goede omstandigheden moesten wonen en minder hygiëne hadden. Het sterftecijfer was aanzienlijk. Men bracht de zieken onder in sanatoria, waar men, door hen te isoleren, ervoor zorgde dat de bacteriën zich minder konden verspreiden. Met voldoende rust en gezonde voeding probeerde men hun algemene conditie te verbeteren in de hoop dat ze zo hun ziekte konden overwinnen.

Met de komst van de tuberculostatica in de jaren zestig dacht men de ziekte onder controle te krijgen. Aanvankelijk was dat ook zo, maar voor een succesvolle behandeling is een intensieve begeleiding nodig omdat men een combinatie van verschillende geneesmiddelen moet innemen gedurende zes maanden. Dit vereist een grote motivatie van de zieken.

Resistentie tegen deze tuberculostatica kan optreden doordat met tbc geïnfecteerde mensen hun medicatie te vroeg stoppen of ze in onvoldoende dosering innemen. Sinds enkele jaren stelt men daardoor vast dat er resistente kiemen ontstaan, zelfs multiresistente, die voor geen enkel geneesmiddel nog gevoelig zijn.

Deze resistentie dreigt ons opnieuw in de situatie van vroeger te plaatsen. Deze multiresistente bacillen komen vooral voor in de Baltische staten, de vroegere Oostbloklanden en verder ook in West-Azië. In het licht van de steeds toenemende migratie van mensen en omdat micro-organismen met hun gastheer meereizen, betekent dit fenomeen natuurlijk voor het Westen een ernstige gezondheidsuitdaging, die niet zomaar genegeerd kan worden. We ademen immers allemaal dezelfde lucht in.

Mensen die hier onbehandeld met een besmettelijke tuberculose rondlopen, kunnen hun omgeving besmetten. Omdat de multiresistente kiemen nagenoeg onbehandelbaar zijn, betekent dit een zeker gevaar voor de volksgezondheid.

Meer dan de helft van de tbc-gevallen wordt vastgesteld bij mensen die afkomstig zijn uit landen met een hoge tbc-incidentie. Vanwege de besmettelijkheid van de bacil is het van het allergrootste belang tbc in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken. Om resistentievorming en de verspreiding van de microbe tegen te gaan, is het essentieel dat een opgestarte behandeling correct en lang genoeg volgehouden wordt.

U bent allicht op de hoogte van het bestaan van deze multiresistente tbc-kiemen. Wordt er voorzien in een geïntegreerd preventiebeleid en plan tegen tuberculose? Hoe ziet dat preventiebeleid eruit?

Zijn er samenwerkingsakkoorden of convenanten met bepaalde organisaties gesloten om dit preventiebeleid gestalte te geven? Zo ja, welke zijn dat?

Zijn er maatregelen gepland in verband met tbc-opsporing bij mensen uit de landen waar tbc endemisch voorkomt en uit die landen waar multiresistente kiemen frequent voorkomen?

In welke mate wordt tuberculose in Vlaanderen nog actief opgespoord? Hoeveel mensen overlijden er elk jaar ten gevolge van tuberculose in Vlaanderen? Wat is het percentage multiresistente kiemen in Vlaanderen?

Worden alle nieuwkomers in ons land systematisch gescreend, met andere woorden worden naast de asielzoekers ook de gezinsherenigers gescreend? Worden ook de personen die zich illegaal op ons grondgebied bevinden, nagezien? Zijn er hierover afspraken met de federale minister van Volksgezondheid? Zijn er middelen vrijgemaakt om mensen die de nodige medicatie niet kunnen kopen, financieel bij te staan? Is het verkrijgen van een verblijfsvergunning gekoppeld aan controle op besmettelijke ziekten of tuberculose?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Ik wil verwijzen naar een schriftelijke vraag die ik enige tijd geleden heb gesteld, over tuberculoseopsporing en -bestrijding. Toen was er sprake van de Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding, afgekort VRTG, die samen met de Gezondheidsinspectie vrij goed werk deed.

Werkt men nog steeds met deze vereniging samen onder vorm van een convenant of eventueel onder een andere vorm?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Het is inderdaad zo dat er voor tuberculose een meldingsplicht is, in het kader van het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten. Deze meldingen moeten gebeuren bij de afdeling Toezicht Volksgezondheid zodat ook de Gezondheidsinspectie dit kan opvolgen. Multiresistente tuberculosepatiënten krijgen hierbij speciale aandacht. Hierdoor kunnen we het voorkomen van deze kiemen systematisch opvolgen.

In 2003 waren er in Vlaanderen 503 nieuwe tuberculosegevallen, 581 in 2004 en 548 in 2005. U vroeg of er naast deze meldingsplicht nog een preventiebeleid was. We hebben inderdaad een geïntegreerd preventiebeleid en -plan tegen tuberculose. De uitwerking daarvan behoort tot de dagelijkse werking van de afdeling Toezicht Volksgezondheid voor het opsporen van tuberculose. Daarnaast is er ook nog een georganiseerd screeningsprogramma voor tuberculose. Het nemen van preventieve profylactische maatregelen tegen tuberculose wordt inderdaad al jaren systematisch georganiseerd. Internationaal erkende procedures voor bron- en contactonderzoek worden toegepast bij de melding van een geval van tuberculose.

Voor de screening van de risicogroepen wordt inderdaad een beroep gedaan op de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding, de VRGT. De samenwerking met de VRGT wordt vastgelegd in een convenant dat jaarlijks wordt geactualiseerd. We bekijken het en passen het aan aan de veranderde omstandigheden. Dat is ook dit jaar gebeurd. Zo hebben we in het nieuwe convenant uitdrukkelijk de nieuwkomers uit endemische gebieden laten opnemen. Het gaat daar om alle landen van Afrika, Oost- en Centraal-Europa inclusief Turkije, ex-Joegoslavië en Albanië, de ex-Sovjet-Unie, Latijns-Amerika, Azië exclusief Japan en Oceanië exclusief Nieuw-Zeeland en Australië.

Het voorkomen van multiresistente kiemen verandert niets aan het huidige preventiebeleid, omdat we al meerdere jaren expliciet hebben opgenomen dat de multiresistente tuberculose moet worden opgevolgd.

In het convenant met de VRGT werd speciaal voorzien in het opsporen van mensen uit landen waar tuberculose nog frequent voorkomt of endemisch is. Die mensen vormen een specifieke doelgroep. Hierbij wordt natuurlijk de nodige aandacht besteed aan de multiresistente vormen van tuberculose. Tuberculose wordt actief opgespoord bij contactpersonen van mensen met tuberculose. Dit gebeurt volgens de internationaal aanvaarde methodologie. Een systematische screening wordt aangeboden aan de doelgroepen met een verhoogd risico op tuberculose, die eveneens werden vastgelegd op basis van internationale aanbevelingen. De doelgroepen bestaan uit nieuwe immigranten uit hoogrisicolanden inclusief de gezinsherenigers, asielzoekers, gedetineerde gevangenen en recidivisten, dak- en thuislozen en intraveneuze drugsgebruikers.

Het is niet gemakkelijk om sterftcijfers ten gevolge van tuberculose te hebben. Het is niet omdat iemand sterft met tuberculose dat hij of zij ook ten gevolge van tuberculose is gestorven. Uit de officiële sterftecertificaten blijkt dat het aantal sterftegevallen met tuberculose als primaire oorzaak in Vlaanderen in 2002 en 2003 40 bedroeg, en in 2004 gedaald is tot 28. Het percentage van multiresistente kiemen in Vlaanderen bedroeg de laatste jaren tussen 1 en 2 percent. Het hoogste cijfer was 2,6 percent in 2002. Na dat jaar bleven de percentages lager, namelijk 1,1 percent in 2003 en 1,4 percent in 2004. Natuurlijk worden ook deze gegevens nauwgezet opgevolgd door de VRGT.

Sedert meerdere jaren worden asielzoekers in België systematisch gescreend op tuberculose. Wat Vlaanderen betreft, werd in het nieuwe convenant met de VRGT voor 2006-2010 voorzien in het aanbieden van een screening aan nieuwkomers uit landen waar tuberculose nog veel voorkomt. Illegalen kunnen, indien ze gevonden worden, worden onderzocht als ze deel uitmaken van de contactpersonen van iemand met tuberculose. Ze kunnen voor het onderzoek terecht in de consultatieplaatsen van de VRGT.

Het screeningprogramma voor asielzoekers loopt in samenspraak met de federale overheid. De gegevens over de screening worden doorgegeven als een asielzoeker aan Vlaanderen wordt toegewezen. Aan wie niet werd gescreend bij aankomst in België, wordt een screening aangeboden door de VRGT.

Het verkrijgen van een verblijfsvergunning is inderdaad een federale bevoegdheid. Ik verwijs u dus door naar mijn federale collega.

Het spreekt voor zich dat voor iemand met een actieve, besmettelijke tuberculose zo snel mogelijk een correcte behandeling moet worden bepaald, zodat de persoon zo snel mogelijk niet langer besmettelijk is. Dat gebeurt ter bescherming van de bevolking.

De voorzitter: Het incident is gesloten.