

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 625
van **ELKE SLEURS**
datum: 4 juli 2018

aan **JO VANDEURZEN**
VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Infectieziekten - Preventiebeleid

Het Amerikaans instituut Centers for Disease Control and Prevention heeft onlangs een interactieve kaart gepubliceerd waarop te zien is hoe goed landen voorbereid zijn op eventuele uitbraken van epidemieën. Landen die meer dan 80 (op 100) scoren, worden beschouwd als goed voorbereid. Zoals België, dat een score haalt van 85/100.

Ons land krijgt een goed rapport omdat ons systeem zeer gericht is op het opsporen van gezondheidsgevaaren, detectie en preventie. Er is wel een kanttekening dat we blijvend moeite moeten doen om onze inwoners afdoende te beschermen en te informeren.

Op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid krijgen we een overzicht van alle infectieziekten die in Vlaanderen een meldingsplicht hebben. In de beleidsnota van de minister wordt gestipuleerd dat "de dreiging van ernstige infectieziekten ook voor onze regio reëel is. Samen met de federale overheid wordt dan ook intensief gewerkt aan plannen om voorbereid te zijn op en om te kunnen gaan met deze dreiging." Met andere woorden Vlaanderen wil zich voorbereiden op potentiële bedreigingen voor de volksgezondheid.

1. Kan de minister een overzicht geven van de epidemieën die in Vlaanderen het meest voorkwamen de afgelopen vijf jaar (2013-2018)?
2. Kan de minister ook bij die opsomming een onderscheid maken tussen mannen en vrouwen?
3. Hoe ver staat het met het generiek plan infectieziekten en milieugezondheid? Wanneer wordt/werd dit op de interministeriële conferentie besproken? Welke doelstellingen staan centraal? Hoe wordt hierover gecommuniceerd?
4. Plant de minister gerichte sensibiliseringscampagnes voor specifieke epidemieën? Waarom wel/niet?

ANTWOORD

op vraag nr. 625 van 4 juli 2018

van **ELKE SLEURS**

Vooreerst wil ik graag even vermelden dat, naast de CDC-scoring waar u melding van maakt, België behoudens enkele aandachtspunten, ook goede punten behaalde in de Joint External Evaluation die de WHO vorig jaar uitvoerde. Het doel daarvan was om te kijken of ons land voorbereid is op epidemieën, gezondheidsincidenten en op de correcte uitvoering van het Internationaal Gezondheidsreglement.

1. Van de jaarlijks ongeveer 4000 gemelde infectieziekten zijn er vele solitair en andere gegroepeerd, gaande van kleine clusters tot ruimere en soms erg grote uitbraken. Veel is afhankelijk van wat we een epidemie noemen.

Ik neem verder aan dat u in uw vraag doelt op acute gebeurtenissen op infectieziekte- of milieugezondheidsvlak en niet op meer "chronische" epidemieën zoals de problematiek rond overgewicht – cf de "obesitasepidemie" waar in bijvoorbeeld Amerikaanse literatuur naar verwezen wordt - of de, vergeleken met pakweg 10 jaar geleden, sterk gestegen incidentie van kinkhoest en gonorroe. Ook jaarlijks terugkerende fenomenen zoals seizoensgriep laat ik even buiten beschouwing. Uw vraag is met andere woorden niet eenduidig te beantwoorden.

In de context van een acuut optreden van een significant grotere incidentie van een ziekte in een bepaalde groep, zien we vrij vaak kleine of grotere clusters van voedseltoxi-infecties en ook van scabiës in leefgemeenschappen. Deze laatste is pas vanaf 2017 meldingsplichtig. Van 2013 tot en met mei 2018 waren er de volgende aantal clusters.

Jaar	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Scabiës, collectieve infectie	31	117				
Voedselinfecties	12	24	16	31	33	25

Voorbeelden van eenmalige, maar grotere, clusters, uitbraken of epidemieën die we de voorbije jaren gezien hebben zijn onder meer:

- Salmonella voedselinfectie in scholen in Oost- en West-Vlaanderen (2018)
- Mazelen in een gevangenis in Oost-Vlaanderen (2017)
- ODTS (Organic Dust Toxic Syndrome), West-Vlaanderen / Noord-Frankrijk (2017)
- Hepatitis A bij MSM (2016-2017)
- Legionellose rond een koeltoren in Oost-Vlaanderen (2016)
- Leptospirose bij een Titan run in Antwerpen (2015)
- Tuberculose in een Limburgse boksclub (2014)
- Trichinellose via everzwijnvlees in Antwerpen en Limburg (2014)
- Bof onder (vooral) universiteits- en hogeschoolstudenten (2013)

Via de meldingsplicht en andere surveillance- en peilsystemen volgt het Agentschap in het kader van de "preparedness" ook de epidemiologische evoluties van belangwekkende infectieziekten in het binnenland op om tijdig potentieel startende epidemieën te herkennen en actie te kunnen ondernemen. Voorbeelden zijn momenteel een stijgende proportie van meningokokken W en Y en binnen de

invasieve pneumokokkeninfecties bij babies een mogelijk toenemend voorkomen van type 19A.

Tenslotte houdt het Agentschap samen met de federale overheid uiteraard ook een vinger aan de pols voor epidemieën in het buitenland die potentieel naar ons land verspreid kunnen worden. Denken we daar bijvoorbeeld aan de genomen maatregelen bij de ebola-epidemie die in 2014 in West-Afrika plaatsvond of daarvoor de EHEC epidemie in Noord-Europa.

2. De sexratio wordt door het Team Infectieziektebestrijding en Vaccinatie van het Agentschap niet standaard gerapporteerd en het zou buitensporig veel opzoekwerk vergen dat nu retrograad in de dossiers te gaan opzoeken.

Indien dat voor bronopsporing nodig of nuttig is, is er natuurlijk wel specifiek onderzoek naar de man-vrouw verschillen in attack rate. De sexratio is sterk afhankelijk van de ziekte en context. Zo trof de hepatitis A uitbraak binnen de MSM gemeenschap per definitie bijna alleen mannen. Zo ook de mazelenuitbraak in een Oost-Vlaamse mannengevangenis en de ODTS-cluster met meer dan 100 zieken in een bedrijfscontext waar nagenoeg alleen mannen werken. Bij andere epidemieën zoals veel voedseltoxi-infecties en scabiëscusters is de ratio veel meer evenwichtig.

3. Het idee om interfederaal een “generiek plan” op te stellen is er gekomen na vaststellingen bij de ebolacrisis en tevoren bij de pandemische griep. Het opstellen van ziektespecifieke plannen schiet vaak tekort in de zin dat ze een enorme inzet van niet echt beschikbare capaciteit vergen enerzijds, en dat anderzijds de context en realiteit van een epidemie of uitbraak toch net weer ietwat anders in dan tijdens de planfase vermoed.

De doelstelling is om voorbereid te zijn op het herkennen, analyseren en aanpakken van gezondheidscrisissen van allerlei aard. Het generieke plan bestaat uit diverse modules voor diverse vrij algemeen voorkomende noodzakelijke onderdelen van de aanpak van een epidemie of gezondheidscrisis. Veelal gaat het dus om een infectieuze problematiek maar lang niet altijd; denken we onder meer aan het acrylonitril incident bij de treinramp in Wetteren (2013)

De interfederale Risk Management Group presenteerde eind 2017 aan de Interministeriële conferentie de eerste modules van het plan:

- Inleidende contextmodule: motivatie, wettelijke context, definities, scope, structuur & opbouw, gebruik van het plan;
- Module Generische structuren voor het opsporen, beheren en leren van een incident of crisis van de volksgezondheid;

De verdere opmaak loopt door een ontslagname binnen de FOD Volksgezondheid wat vertraging op, maar tegen het latere najaar 2018 zouden vier extra modules worden afgewerkt:

- Module Contactonderzoek & Epidemiologie
- Module Milieuscreening
- Module Communicatie
- Module Maatregelen aan de toegangspunten tot het grondgebied

4. Momenteel is er niet echt een campagne voorzien om het generieke plan aan de bevolking voor te stellen of een algemene sensibilisering te doen rond preparedness.

Wel is het uiteraard zo dat de module “communicatie” zal voorzien in informatieverschaffing bij epidemieën en crisissen; communicatie en risicocommunicatie in het bijzonder zijn essentiële onderdelen van de algemene aanpak van een dergelijke gebeurtenis.

Daarnaast verspreidt het Agentschap nu al ad hoc informatie aan doelgroepen om uitbraken te voorkomen. Momenteel gebeurt dat bijvoorbeeld rond "Maagdarmklachten op kamp" (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/infofiche-maagdarmklachten-op-kamp>). Een andere keer was dat bijvoorbeeld specifiek aan artsen rond MRSA opgelopen buiten een zorginstelling (community acquired MRSA - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Informatiebrief%20artsen%20CA%20MRSA%2004012018.pdf>)