

Vlaams Infectieziektebulletin



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

Nr. 2026/2

Overzichtstabel 2018-2025	2-3
Inleiding	4
Infectieziekten te voorkomen door vaccinatie	5-13
Gastro-intestinale ziekten	14-21
Zoönose	22
Vector-overgedragen infectieziekten	23-24
Zorginfecties	24-25
Andere meldingsplichtige infectieziekten	26-32

Periodieke uitgave

Meldingen van infectieziekten in Vlaanderen 2025

Naïma Hammami, Alice Reynaerts

1. Overzichtstabel 2018-2025

De meldingsplicht voor bepaalde infectieziekten is in de allereerste plaats bedoeld om preventieve acties te ondernemen op het terrein, om verdere verspreiding te voorkomen. Bovendien is de registratie van de gemelde ziekten een belangrijke bron voor cijfers over het voorkomen van infectieziekten in Vlaanderen. Zeker voor weinig voorkomende infecties is melding vaak de enige mogelijke tool als surveillance. In die zin is de meldingsplicht dan ook een wezenlijk deel van de surveillance-inspanningen van de Vlaamse Overheid. Meldingen gebeuren voornamelijk door labo's, ziekenhuizen, (huis)artsen, CLB's en arbeidsgeneeskundige diensten.

Dit infectieziektebulletin geeft een overzicht van de belangrijkste infectieziekten die aan het Departement Zorg werden gemeld in 2025. Voor minder frequent voorkomende infecties werken we met aantallen, voor meer frequente met registratie- of meldingsincidenties. Deze incidenties verschillen van de werkelijke incidenties omwille van onderdiagnose en – rapportage, die ziekte per ziekte verschilt. Doorgaans is onderrapportage voor ernstigere ziekten kleiner. In die zin moet “incidentie” in de verdere tekst steeds als “registratie-incidentie” gelezen worden. Wanneer de mate van onderrapportage voor een ziekte gelijk blijft, geeft de registratie een goed beeld op de epidemiologische evolutie.

Tabel 1: Aantal gevallen van meldingsplichtige infectieziekten, Vlaanderen 2018-2025

MELDINGSPLICHTIGE ZIEKTE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Anthrax	0	0	0	0	0	0	0	0
Botulisme	0	1	0	0	3	0	1	0
Brucellose	3	2	1	3	2	3	4	2
Buiktyfus	18	26	7	4	15	23	26	19
Candidozyma auris infectie	nmp	nmp	nmp	nmp	nmp	nmp	2	3
Chikungunya*	0	0	0	0	0	0	2	33
Cholera	1	1	0	0	0	1	0	1
Collectieve voedseltoxi-infectie (cVTI)	26	35	13	24	22	23	33	29
Congenitale rubella	nmp	nmp	nmp	nmp	nmp	nmp	0	0
Dengue*	0	0	0	0	0	0	49	74
Difterie	0	0	0	0	8	2	3	2
Shigatoxineproducerende E. coli (STEC)	70	88	59	103	185	442	335	498
Gastro-enteritis, bij endemische verheffing in een collectiviteit	71	124	57	96	112	125	233	196
Gele koorts	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonorroë	1892	2159	1632	1815	2427	3585	nmp	nmp
Hepatitis A (acuut)	102	75	29	39	76	63	139	156
Hepatitis B (acuut)	34	28	8	12	15	17	20	19
Hib (= Haemophilus influenzae type b)	5	5	0	1	2	4	3	9
Dierlijke influenza	0	0	0	0	0	0	0	0
Legionellose	145	183	125	170	183	205	219	208

Leptospirose	12	11	0	6	11	18	26	22
Malaria**	0	0	2	1	1	0	1	0
Mazelen	38	84	9	3	1	35	123	229
Invasieve meningokokkeninfectie	69	52	33	12	25	42	42	41
Mpox	nmp	nmp	nmp	nmp	405	2	28	33
Pertussis	892	610	163	17	198	1172	2785	305
Pest	0	0	0	0	0	0	0	0
Pokken	0	0	0	0	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	0	0	0	0	0
Acute slappe parese (niet polio)	3	1	0	0	1	3	0	2
Psittacose	5	2	11	15	5	11	11	14
Q-koorts	3	3	5	6	3	8	8	8
Rabiës	0	0	0	0	0	0	0	0
SARS (=Severe Acute Respiratory Syndrome)	0	0	0	0	0	0	0	0
Scabiës (collectief)	68	78	35	85	118	140	108	68
Invasieve groep A streptokokken infectie (iGAS)***	31	20	13	3	46	122	60	106
Shigellose	283	293	80	123	192	398	383	395
Syfilis	950	1016	667	799	894	1354	nmp	nmp
Tick borne encephalitis (tbe)	nmp	nmp	nmp	nmp	nmp	nmp	3	3
Tuberculose	402	404	360	335	365	351	449	493
Tularemie	0	1	0	3	4	7	1	2
Virale hemorrhagische koorts	0	0	0	0	0	0	0	0
Vlektyfus	0	2	0	0	0	1	2	0
West-Nilevirusinfectie**	0	0	0	0	0	0	0	0
Zikavirusinfectie*	0	0	0	0	0	0	0	3
Zorginfecties***	11	6	2	2	5	9	10	16

* Gewijzigde gevalsdefinitie: sinds juli 2024 worden alle importgevallen van dengue, chikungunya en zika geregistreerd (voorheen enkel infecties verworven binnen de EU); sinds januari 2025 worden alle invasieve groep A-streptokokkeninfecties (iGAS) geregistreerd (voorheen enkel STSS, FF en puerperale sepsis); nmp= niet meldingsplichtig in het betreffende jaar. **Exclusief malaria- en Westnijlvirusinfecties verworven in de EU; *** Zorginfecties: uitbraken van multiresistente micro-organismen (MDRO) in zorginstellingen;

2. Inleiding

Dit themanummer biedt een gedetailleerd overzicht van de meldingsplichtige infectieziekten in Vlaanderen gedurende het jaar 2025.

Opvallende bevindingen van 2025 zijn de sterke stijging van het aantal meldingen van mazelen, hepatitis A, tuberculose en invasieve groep A-streptokokkeninfecties (iGAS). De verheffing van mazelen werd grotendeels veroorzaakt door twee grote clusters in ondergevaccineerde gemeenschappen in Antwerpen en Limburg. Bij hepatitis A werden meerdere clusters vastgesteld in kindercollectiviteiten, naast een belangrijke bijdrage van reisgerelateerde infecties. Het aantal meldingen van tuberculose bereikte het hoogste niveau van de voorbije jaren. De stijging van iGAS is gedeeltelijk toe te schrijven aan een uitbreiding van de meldingsplicht, waarbij sinds 2025 alle invasieve groep A-streptokokkeninfecties worden geregistreerd.

Daarnaast werden verschillende belangrijke voedselgerelateerde uitbraken onderzocht. Opvallend waren twee uitbraken in woonzorgcentra, veroorzaakt door respectievelijk shiga-toxineproducerende *Escherichia coli* (STEC) en *Listeria monocytogenes*, beide geassocieerd met ernstige ziekte en een verhoogde mortaliteit bij kwetsbare ouderen. Ook werden twee langdurige multiregionale uitbraken van *Salmonella Enteritidis* opgevolgd, waarbij brononderzoek uiteindelijk leidde tot identificatie van besmette pluimveebedrijven. Deze gebeurtenissen illustreren het belang van een nauwe samenwerking tussen het Departement Zorg, het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV), Sciensano en de Nationale Referentiecentra voor een snelle detectie, typering en bronopsporing van voedselgerelateerde infecties.

Tot slot bleek nog maar eens dat een One Health-aanpak met multisectorale samenwerking (humaan, veterinair, omgeving), essentieel is binnen de volksgezondheid. Naast verschillende uitbraken van hoogpathogene aviaire influenza bij pluimvee werden ook humane blootstellingen aan besmette wilde vogels en een met vogelgriep geïnfecteerde vos opgevolgd. Hoewel in 2025 geen humane infecties met dierlijke influenza werden vastgesteld, onderstrepen deze gebeurtenissen het belang van een nauwe samenwerking tussen humane en veterinaire gezondheidsdiensten voor de vroegtijdige detectie en beheersing van zoönosen.

Verder worden vectoroverdraagbare ziekten nauwlettend opgevolgd. De verdere verspreiding van invasieve muggen- en tekenpopulaties, mede onder invloed van klimaatverandering, verhoogt het risico op introductie en lokale transmissie van vectoroverdraagbare infectieziekten in Vlaanderen.

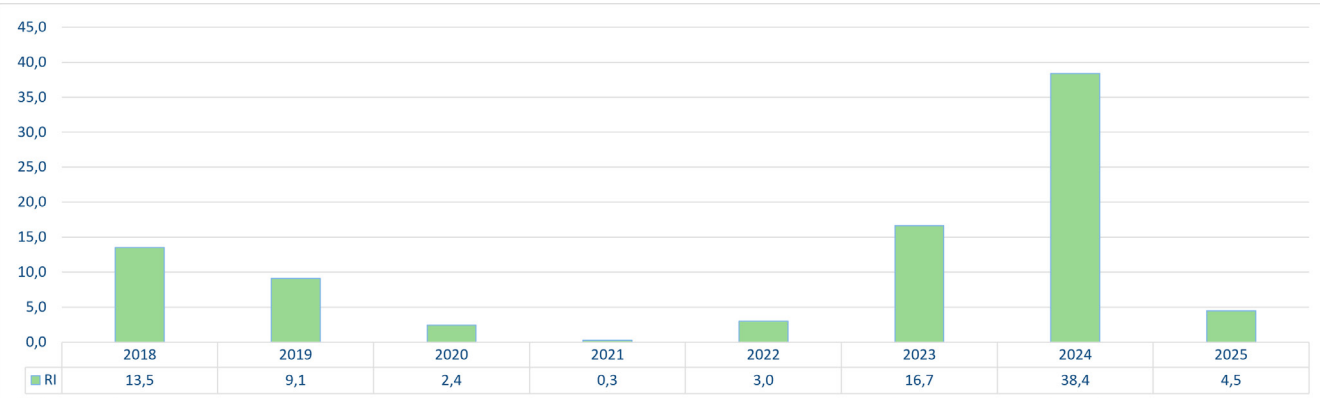
Wij moedigen iedereen aan deze cijfers te gebruiken voor verder onderzoek en analyse. Wij vragen dat u dan correct refereert, en dat kan op de volgende manier (vervang in de verwijzing hieronder de cursieve tekst door titel, datum en url van de gebruikte pagina): *Departement Zorg. Titel pagina [Online publicatie]. Brussel, [geraadpleegd op dag-maand-jaar]*. Beschikbaar op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/> Veel succes met uw publicatie! [modelllicentie open data.pdf \(88.06 KB\)](#)

3. Infectieziekten te voorkomen door vaccinatie

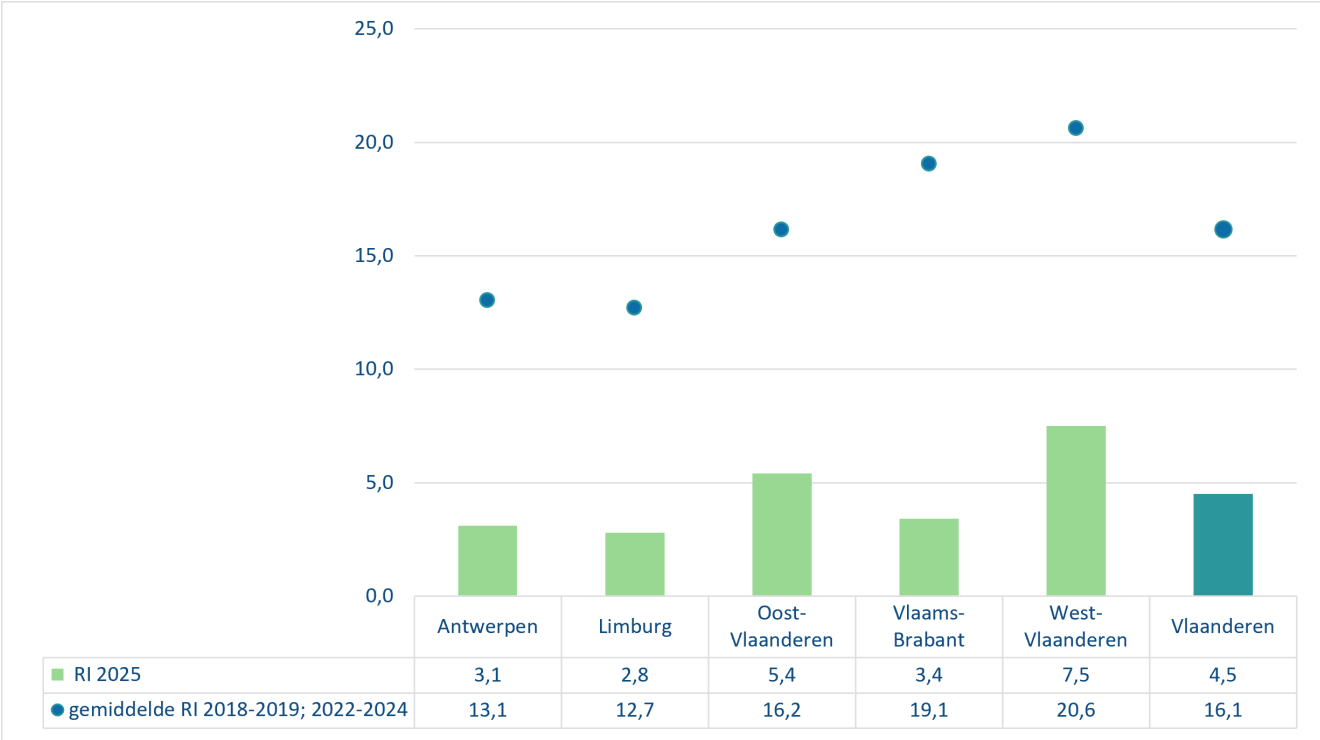
3.1 Kinkhoest

In 2025 werden in Vlaanderen 305 gevallen van pertussis gemeld wat overeenkomt met een registratie-incidentie van 4,5 per 100.000 inwoners. Dit is een duidelijke daling ten opzichte van de piekjaren 2024 (2.785 meldingen; RI 38,4/100.000) en 2023 (1.172 meldingen; RI 16,7/100.000) en mogelijk passend in het cyclische karakter (3-5 jaar) van het voorkomen van de ziekte (figuur 1). De daling werd vastgesteld in alle provincies (figuur 2) en leeftijdscategorieën (figuur 3).

Figuur 1: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van pertussis, Vlaanderen, 2018-2025



Figuur 2: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van pertussis, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019 en 2022-2024

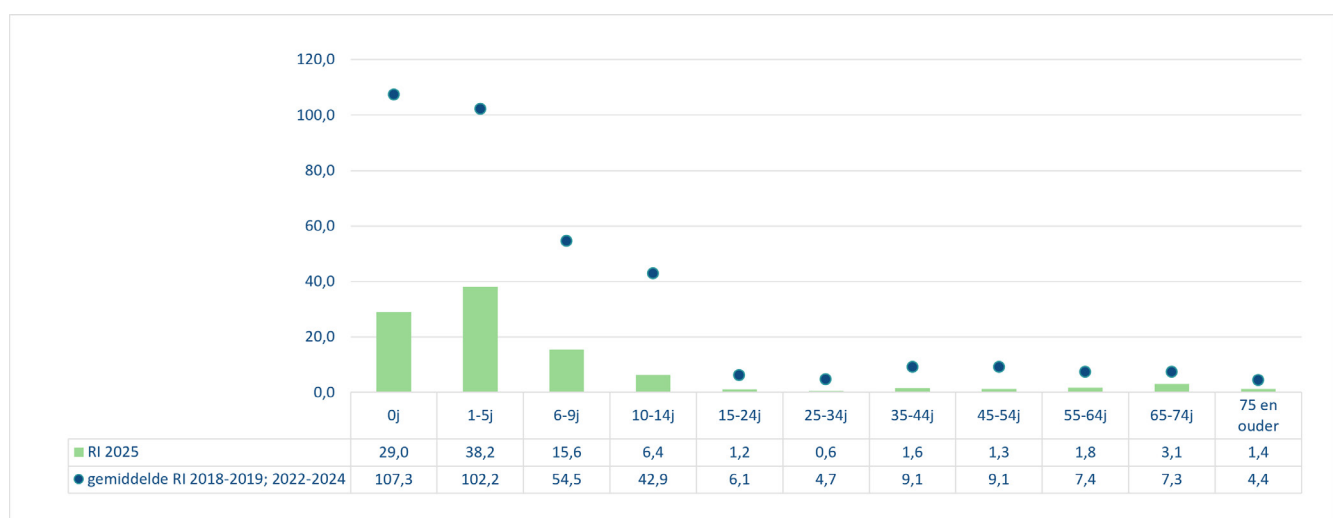


Voor 187 van de 305 meldingen (61%) waren gegevens over hospitalisatie beschikbaar. Van deze patiënten werden 30 (16%) gehospitaliseerd, voornamelijk jonge kinderen. Bij 118 meldingen (39%) ontbraken gegevens over hospitalisatie.

De hoogste incidentie bleef zichtbaar bij kinderen van 1 tot 5 jaar, net vóór de boostervaccinatie op 6-jarige leeftijd (figuur 3). Daarnaast werden 18 gevallen (6%) gemeld bij kinderen jonger dan één jaar, van wie zeven (39%) gehospitaliseerd werden. Dit bevestigt dat zuigelingen een belangrijke risicogroep vormen voor een ernstig verloop van kinkhoest.

Bij negen kinderen jonger dan zes maanden was informatie beschikbaar over maternale vaccinatie. Vijf moeders waren tijdens de zwangerschap gevaccineerd, één moeder was niet gevaccineerd en bij drie moeders was de vaccinatiestatus onbekend. Zeven van deze negen kinderen werden gehospitaliseerd, waaronder het kind van de niet-gevaccineerde moeder en alle drie de kinderen waarvan de maternale vaccinatiestatus onbekend was.

Figuur 3: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van pertussis in Vlaanderen per leeftijdscategorie, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019 en 2022-2024



Het [nationale surveillancerapport van Sciensano](#) concludeert dat zuigelingen de belangrijkste risicogroep blijven voor ernstige ziekte. Nationaal vertegenwoordigen kinderen jonger dan één jaar ongeveer 15% van de gevallen, maar bijna 50% van de hospitalisaties. Het rapport beschrijft bovendien hogere incidenties bij zuigelingen in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen, mogelijk samenhangend met verschillen in maternale vaccinatiegraad, hoewel ook andere factoren zoals test- en meldingspraktijken een rol kunnen spelen.

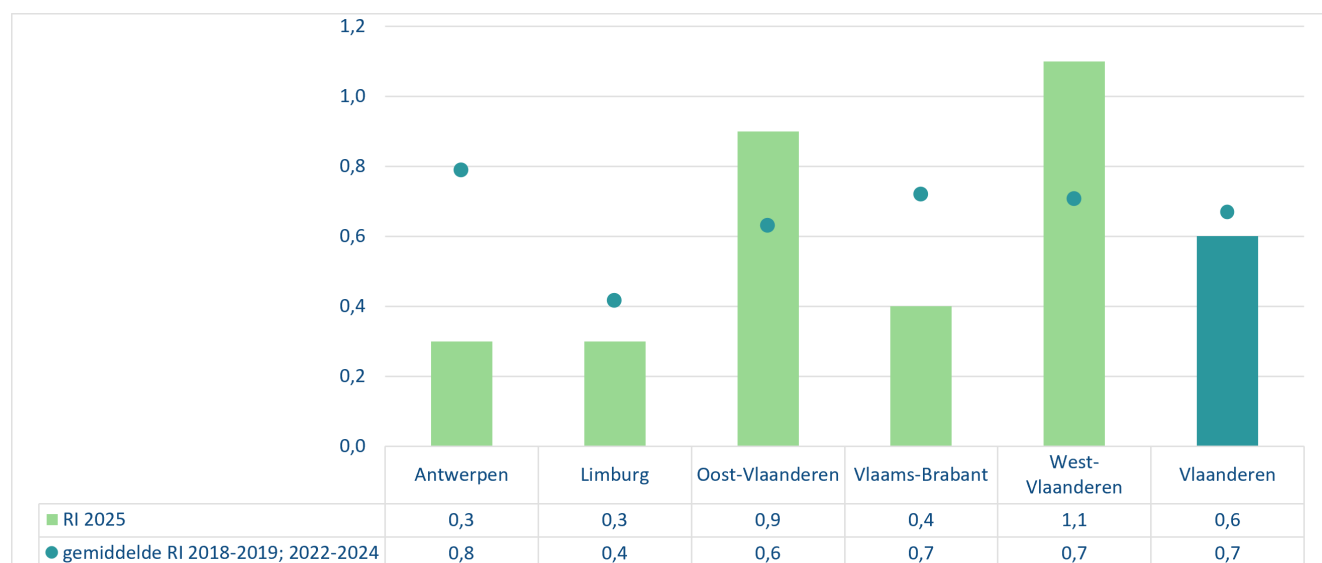
Vaccinatie tijdens elke zwangerschap blijft daarom essentieel om jonge zuigelingen te beschermen vóór de start van de basisvaccinatie op acht weken leeftijd. Sinds 2013 beveelt de [Hoge Gezondheidsraad](#) (HGR) vaccinatie aan bij zwangere vrouwen bij elke zwangerschap tussen 24 en 32 weken.

Een [survey uitgevoerd door Sciensano](#) bij huisartsen en gynaecologen eind 2025 identificeerde verschillende drempels voor het aanbevelen van maternale kinkhoestvaccinatie. In Vlaanderen werden vooral taalbarrières, tijdsgebrek tijdens consultaties en onduidelijkheid over welke zorgverlener de vaccinatie bespreekt (huisarts, gynaecoloog of vroedvrouw) genoemd. Daarnaast werd in de Franstalige gemeenschap een beperkte toegankelijkheid van het gratis vaccin gerapporteerd. Verbeteracties worden voorbereid in samenwerking met de bevoegde gefedereerde entiteiten en beroepsverenigingen.

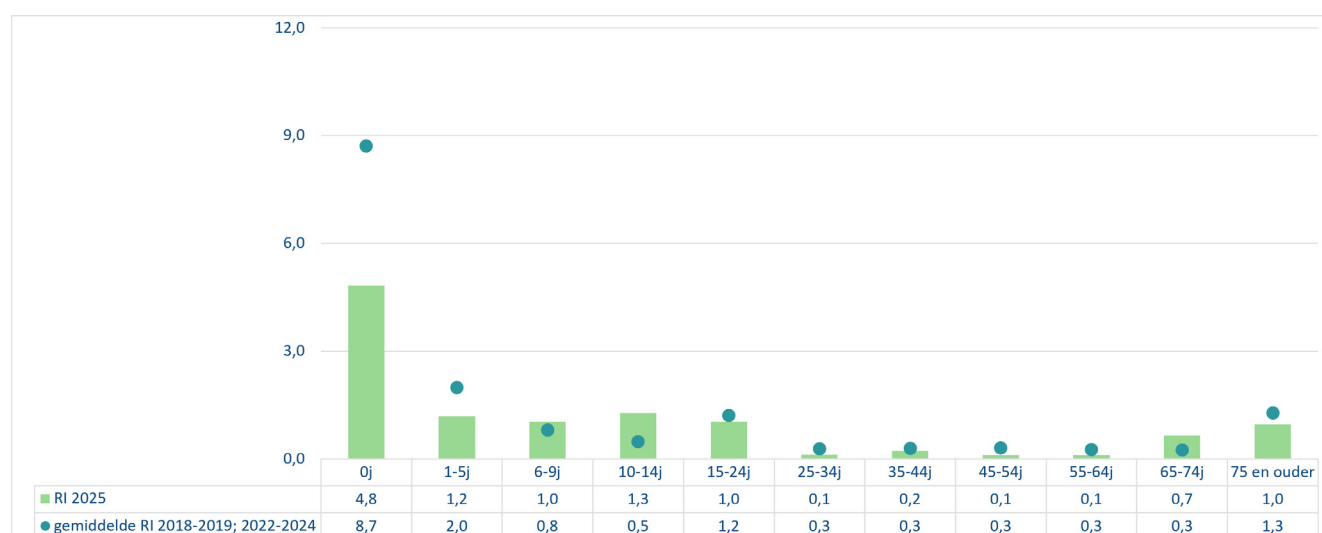
3.2 Invasieve meningokokken infectie

In 2025 werden in Vlaanderen 41 gevallen van invasieve meningokokkeninfectie gemeld, overeenkomend met een incidentie van 0,6 per 100.000 inwoners (figuur 4). De Vlaamse incidentie bleef hiermee lager dan in de periode vóór de COVID-19-pandemie, al werd in Oost- en West-Vlaanderen (respectievelijk 14 en 12 gevallen) opnieuw relatief een hoger aantal meldingen vastgesteld. De hoogste incidentie werd opnieuw vastgesteld bij kinderen jonger dan 1 jaar (figuur 5). In deze leeftijdsgroep was het verschil met het gemiddelde van de voorgaande jaren het grootst.

Figuur 4: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van meningokokken, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019 en 2022-2024



Figuur 5: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van meningokokken, per leeftijdscategorie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019 en 2022-2024



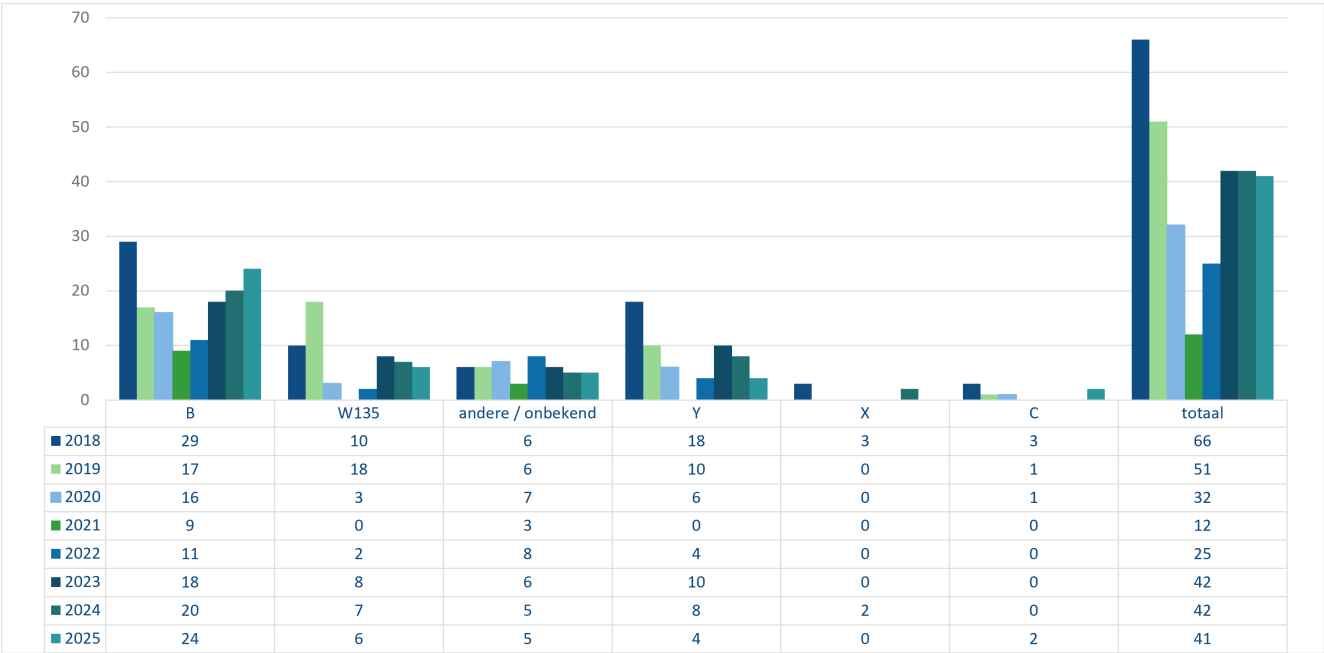
Bij de 36 gevallen waarvoor de serogroep gekend was, bleef serogroep B de meest voorkomende serogroep (67%). Het gezamenlijke aandeel van serogroepen Y en W135 bedroeg 28%, een daling ten opzichte van 2024 (36%) (figuur 6). Serogroep B bleef voornamelijk voorkomen bij kinderen en jongvolwassenen, terwijl serogroepen Y en W135 vooral werden vastgesteld bij volwassenen (tabel 2).

Volgens het Nationaal Referentiecentrum wordt op basis van whole genome sequencing voorspeld dat het 4CMenB-vaccin (Bexsero) in 2025 bescherming zou bieden tegen ongeveer 71% van de circulerende serogroep B-stammen en het MenB-FHbp-vaccin (Trumenba) tegen ongeveer 79%. Deze geschatte dekking ligt hoger dan in 2024, maar blijft lager dan het gemiddelde voor de periode 2016–2022, vermoedelijk door verschuivingen in de circulerende clonale complexen (*Sciensano. Epidemiologische surveillance van invasieve meningokokkeninfecties, Neisseria Meningitidis - Rapport 2025*) (nog niet gepubliceerd).

Sinds juli 2023 is het geconjugeerde ACWY-vaccin opgenomen in het basisvaccinatieschema in Vlaanderen ter vervanging van het vaccin tegen meningokokken C, conform het [advies van de HGR](#). Deze wijziging beoogt een bredere bescherming tegen circulerende serogroepen. In 2025 werden twee gevallen van serogroep C gemeld bij kinderen ouder dan 15 maanden. Eén kind met meningitis was nog niet gevaccineerd. Het andere kind met sepsis was correct gevaccineerd en er werd geen onderliggend immuniteitsprobleem vastgesteld. Dit laatste geval, gemeld in november 2025, bleek retrospectief het eerste geval van een nationale MEN-C cluster van acht gevallen in 2025-2026.

In vergelijking met 2024 werden in 2025 meer overlijdens gerapporteerd (vier versus twee), waaronder overlijdens bij adolescenten en volwassenen jonger dan 65 jaar (tabel 2).

Figuur 6: Meningokokkeninfecties: evolutie meldingen per serogroep, Vlaanderen 2018-2025



Tabel 2: Leeftijdsgelateerde verdeling serogroepen meningokokkeninfecties, Vlaanderen 2025

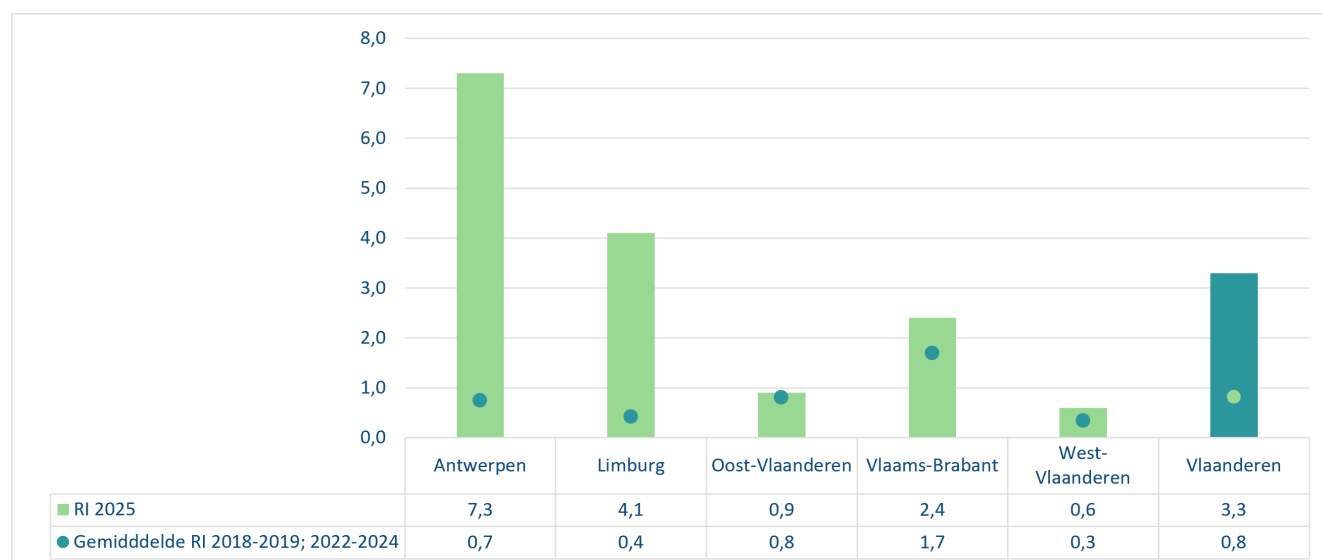
leeftijd	N	serogroep B	serogroep C	serogroep Y	serogroep W135	serogroep X	Andere	Onbekend	Overleden
0j	3	1	1		1				
1-4j	2	1			1				
5-9j	5	4	1						
10-14j	5	5							
15-19j	4	4							1 (B)
20-24j	4	2		1				1	
25-44j	3	1		1				1	1 (B)
45-64j	2	1					1		1 (Andere)
>64j	12	5		2	4			1	3 (W135)
Totaal	40								

Een snelle melding bij vermoeden van invasieve meningokokkeninfectie blijft essentieel zodat tijdig profylaxe-advies voor nauwe contacten kan worden gegeven ([zie informatiebrief artsen](#)) en een bredere contactgroep gevraagd kan worden alert te zijn voor suggestieve symptomen. Er werden geen secundaire gevallen vastgesteld in 2025. Daarnaast blijft het belangrijk om geïsoleerde meningokokkenstammen door te sturen naar het [Nationaal Referentiecentrum](#), zodat circulerende types opgevolgd en genomische clusters vroegtijdig geïdentificeerd kunnen worden.

3.3 Mazelen

In 2025 werden in Vlaanderen 229 waarschijnlijke of bevestigde mazelen gemeld, overeenkomend met een incidentie van 3,3 per 100.000 inwoners (figuur 7). Dit is het hoogste aantal meldingen in de beschikbare surveillancedata en viermaal hoger dan de referentie-incidentie. De hoogste registratie-incidenties werden vastgesteld in Antwerpen gevolgd door Limburg en werden veroorzaakt door lokale uitbraken.

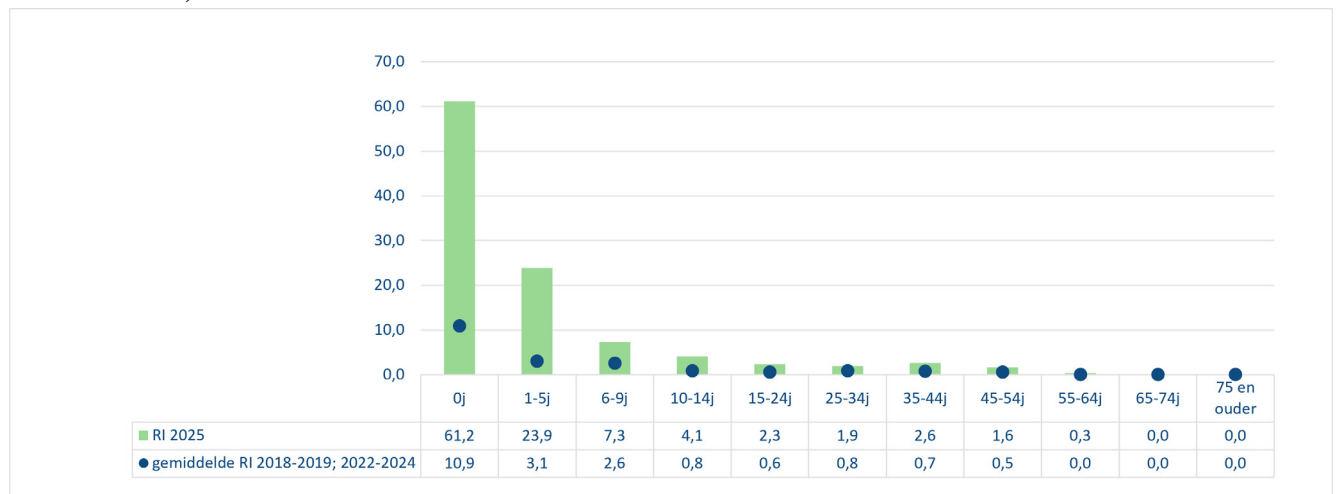
Figuur 7: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van mazelen, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019; 2022-2024



De meeste meldingen betroffen kinderen jonger dan 6 jaar, met de hoogste incidentie bij zuigelingen jonger dan 1 jaar (figuur 8). Baby's jonger dan 1 jaar, die nog te jong zijn om gevaccineerd te worden, vormen een belangrijke risicogroep voor ernstig verloop.

Van de 214 gevallen waarvoor hospitalisatiegegevens beschikbaar waren, werd 43% (92/214) gehospitaliseerd, waarvan tien patiënten op intensieve zorgen werden opgenomen. De hoogste hospitalisatiegraad werd vastgesteld bij zuigelingen jonger dan 1 jaar: 61% (23/38), waaronder één opname op intensieve zorgen. Daarnaast werden ook veel hospitalisaties geregistreerd bij kinderen van 1–5 jaar (41% of 33/80 gevallen, waarvan vijf op intensieve zorgen). Een tweede piek werd vastgesteld bij volwassenen van 25–44 jaar; bijna de helft van hen werd gehospitaliseerd (11/23, 48%), waaronder één patiënt op intensieve zorgen. Van de 229 patiënten was 79% ongevaccineerd (n=181), 11% gevaccineerd met één dosis (n=26), 3% volledig gevaccineerd (n=6) en bij 7% (n=16) was de vaccinatiestatus onbekend.

Figuur 8: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van mazelen, per leeftijdscategorie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019; 2022-2024



Internationaal circuleerde mazelen wijd, met belangrijke verheffingen in Roemenië en Marokko, Frankrijk, Italië, Duitsland en Spanje in 2025. De [ECDC rapporteerde](#) dat de mazelen incidentie van België de tweede hoogste is van de EU met 33.3 gevallen/miljoen inwoners.

In Vlaanderen werden 27 importgevallen (12 %) vastgesteld (tabel 3), vooral uit Roemenië en Marokko; voor sommige werd secundaire transmissie gedocumenteerd na terugkeer.

Tabel 3: Besmettingsland mazelen, Vlaanderen 2025

Besmettingsland	N	Gerelateerde clusters	Totaal aantal sec gevallen in België
België	181	33	177
Marokko	14	7	5
Roemenië	5	1	0
Oekraïne	3	0	0
Bulgarije	1	0	0
Gambia	1	1	3
Indonesië	1	1	6
Nederland	1	1	6
Zuid-Afrika	1	0	1
Onbekend	21	7	0

Er werden 44 clusters vastgesteld, met verspreiding voornamelijk in gezinnen maar ook in kinderdagverblijven en in ziekenhuizen en een school (tabel 4).

Er was een belangrijke verspreiding tussen april en juni 2025 die voornamelijk werd veroorzaakt door twee clusters. De grootste cluster deed zich voor in Antwerpen stad binnen een geografisch en sociaal sterk verbonden gemeenschap. Van de 73 gevallen die aan deze cluster konden worden gelinkt, was 80% geconcentreerd in één postcodegebied. De uitbraak trof voornamelijk kinderen (86% was jonger dan 10 jaar) en niet-gevaccineerde personen (79%). Meer dan de helft van de patiënten (51%) werd gehospitaliseerd, waarvan 7% op intensieve zorgen. In totaal werden in de stad Antwerpen 118 gevallen geregistreerd, wat erop wijst dat de transmissie zich ook buiten de oorspronkelijke cluster heeft verspreid. Moleculaire typering identificeerde twee verschillende genotypen (B3 en D8), wat wijst op meerdere introducties van het mazelenvirus.

In Limburg werden 31 gevallen geregistreerd, voornamelijk binnen vier familieclusters in een andere hechte gemeenschap. Ook in deze cluster werden bijna exclusief kinderen gemeld (90% was jonger dan 10 jaar) en niet-gevaccineerde personen (100%). Er was slechts één hospitalisatie in deze cluster gemeld.

Beide uitbraken vereisten uitgebreide bron- en contactopsporing, gerichte communicatie via sleutelfiguren en bijkomende vaccinatieacties in scholen en via een extra vaccinatiepunt in Antwerpen, en een intense samenwerking met de lokale en provinciale autoriteiten. Deze ervaringen onderstrepen het belang van een cultuursensitieve aanpak, waarbij vertrouwen, toegankelijke communicatie en samenwerking met de gemeenschap essentieel zijn om uitbraken snel onder controle te krijgen.

Tabel 4: Overzicht clusters mazelen, Vlaanderen 2025

Clustersetting	N	Range	Uitlopers, locatie
Familie	30	2-9	Alle provincies
Kinderdagverblijf	3	2-8	Vlaams-Brabant en Antwerpen
School	1	4	Antwerpen
Ziekenhuis	2	3-6	Antwerpen
Andere – specifieke gemeenschappen	2	31-118	Antwerpen en Limburg

Mazelen is een van de meest besmettelijke infectieziekten en uitbraken kunnen snel ontstaan wanneer de vaccinatiegraad voor twee dosissen <95% is. Om verdere verspreiding te voorkomen, is het cruciaal dat elk vermoedelijk mazelengeval onmiddellijk wordt gemeld en geïsoleerd, met bevestiging via PCR of serologie. Artsen hebben een cruciale rol in het vermijden van mazelen door onder meer het systematisch controleren en zo nodig vervolledigen van de vaccinatiestatus van zowel kinderen als volwassenen; voor volwassenen geboren na 1970 is een inhaalvaccinatie gratis beschikbaar. Bij reizen naar landen met een hoge incidentie kan een vervroegde vaccinatiedosis worden toegediend. Tijdens uitbraken is bovendien strikt uitbraakmanagement vereist, waaronder het weren van niet-gevaccineerde kinderen uit risicovolle settings en het toepassen van inhaal- en vervroegde vaccinatie in getroffen scholen en gezinnen.

België behaalde in 2020 de WHO-status 'eliminatie' (≥ 3 jaren zonder endemische transmissie), maar de incidentie van 2025 toont dat verspreiding in ondergevacceerde 'pockets' reëel blijft. Bij de laatste Vlaamse vaccinatiegraadstudie in 2020 was de vaccinatiegraad voor [twee dosissen MBR 89,2 %](#). Een homogeen hoge vaccinatiegraad in alle bevolkingsgroepen is essentieel om verdere verspreiding te beperken en de eliminiestatus te behouden. De twee grote uitbraken in 2025 illustreren dit: in Antwerpen trad ook transmissie op buiten de oorspronkelijk getroffen ondergevacceerde gemeenschap, terwijl de uitbraak in Limburg grotendeels beperkt bleef tot de betrokken gemeenschap.

3.4 Difterie

In 2025 werden in Vlaanderen twee niet-epidemiologisch gelinkte gevallen van cutane difterie gemeld, veroorzaakt door een toxineproducerende *Corynebacterium ulcerans*. Beide patiënten waren gevaccineerd; één patiënt had minder dan vijf jaar geleden nog een boostervaccinatie gekregen. Er was geen reisgeschiedenis en de bron van infecties bleef onbekend. Aangezien geen respiratoire symptomen aanwezig waren, was toediening van difterie-antitoxine (DAT) niet aangewezen.

Elk klinisch vermoeden van difterie moet onmiddellijk gemeld worden aan het Departement Zorg, zodat snel kan worden ingeschat of toediening van DAT en screening van de patiënt en nauwe contacten noodzakelijk zijn. De difterievaccinatie biedt bescherming tegen het toxine en voorkomt ernstige ziekte, maar beschermt niet volledig tegen kolonisatie of transmissie. Daarom blijven snelle melding, contactopvolging en microbiologische opvolging essentieel, ook bij gevaccineerde personen.

3.5 Poliomyelitis

België blijft volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een land met een laag risico op import van poliovirus dankzij de hoge vaccinatiegraad. De afwezigheid van poliovirus wordt opgevolgd via de surveillance van acute slappe parese (AFP) bij kinderen jonger dan 15 jaar en sinds 2024 ook via afvalwatersurveillance. Blijvende sensibilisering van artsen, in het bijzonder kinderartsen en neurologen, blijft cruciaal, aangezien poliomyelitis bij elk geval van AFP uitgesloten moet worden. Volgens de internationale surveillancecriteria moeten bij elk vermoeden van AFP twee fecesstalen worden afgenomen met een interval van 24 tot 48 uur en dit binnen 14 dagen na de eerste symptomen

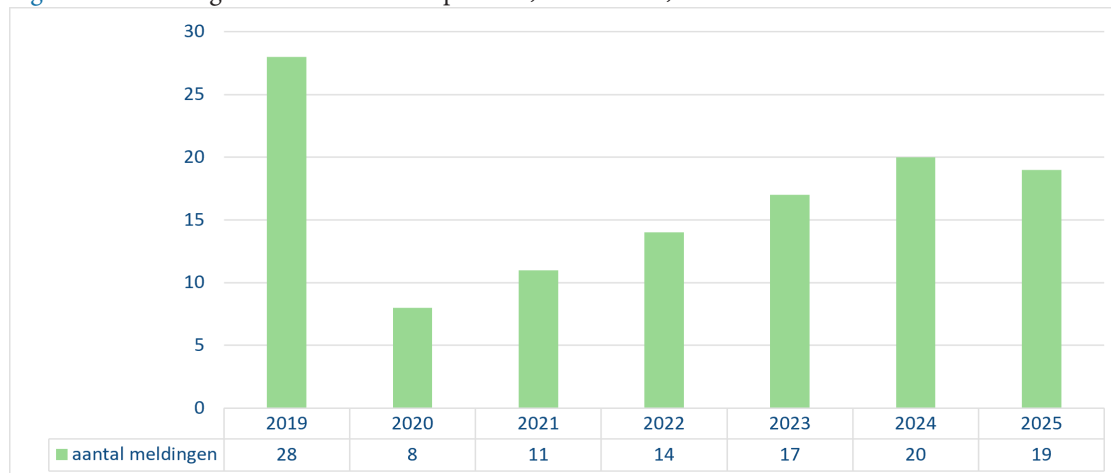
In 2025 werden in Vlaanderen slechts twee gevallen van acute slappe parese (AFP) gemeld bij twee kinderen die volledig gevaccineerd waren tegen poliomyelitis. In beide gevallen werd Guillain-Barrésyndroom als oorzaak beschouwd. Bij geen van beide meldingen werden de twee aanbevolen stoelgangstalen afgenomen voor uitsluiting van poliovirus; bij één patiënt werd één stoelgangstaal onderzocht op enterovirussen.

In totaal werden in België zes AFP-gevallen gemeld in 2025, wat ruim onder de sensitiviteitsdoelstelling van de WHO blijft van minstens één niet-polio AFP-geval per 100.000 kinderen jonger dan 15 jaar (ongeveer 19 gevallen per jaar voor België). Daarnaast bleek uit de evaluatie van het nationale polio-expertcomité dat ook andere surveillance-indicatoren, zoals tijdige melding, correcte staalafname en follow-up, onder de WHO-streefwaarden bleven.

3.6 Acute hepatitis B

In 2025 werden in Vlaanderen 19 gevallen van acute hepatitis B gemeld (figuur 9). Dit aantal ligt hoger dan tijdens de COVID-19-periode, maar blijft lager dan vóór de pandemie (28 meldingen in 2019). De registratie-incidentie bedroeg 0,3 per 100.000 inwoners en situeert zich daarmee in dezelfde grootteorde als het gemiddelde van de referentiejaar 2018-2019 en 2022-2024. De meeste meldingen in 2025 gebeurden bij volwassenen tussen 35 en 64 jaar.

Figuur 9: Aantal registraties van acute hepatitis B, Vlaanderen, 2019-2025



Bij 37% van de meldingen werd seksuele transmissie als vermoedelijke besmettingsroute gerapporteerd. Daarnaast werd één geval toegeschreven aan een zorggerelateerde infectie (tabel 5). Bij bijna de helft van de meldingen bleef de vermoedelijke transmissieroute onbekend.

Tabel 5: Verdeling van hepatitis B-meldingen naar vermoedelijke transmissieroute, Vlaanderen 2022–2025

	2022	2023	2024	2025
seks. overdracht	5	3	7	7
naaldcontact	0	0	1	0
zorginfectie	0	0	1	1
verticale transmissie	0	0	0	0
andere	1	0	2	2
onbekend	9	12	9	9

Tijdige detectie, bronopsporing en contactonderzoek blijven essentieel in het kader van de eliminatiedoelstelling voor hepatitis B. Een snelle melding laat toe om verdere transmissie te beperken en niet-gevaccineerde contacten tijdig vaccinatie of opvolging aan te bieden. Hoewel hepatitis B [sinds 1999](#) is opgenomen in het [Vlaamse basisvaccinatieschema](#), blijven volwassenen die vóór de invoering van de algemene vaccinatie werden geboren of nooit volledig werden gevaccineerd vatbaar voor infectie. Vaccinatie blijft daarom aanbevolen voor [niet-immune personen met een verhoogd risico](#) op blootstelling, zoals personen met een verhoogd seksueel risico, mensen die drugs injecteren, huisgenoten en seksuele contacten van hepatitis B-patiënten, en bepaalde beroepsgroepen zoals zorgverleners. In 2026 worden voorbereidingen getroffen om de meldingsplicht uit te breiden naar chronische hepatitis B-infecties.

3.7 *Haemophilus influenzae* type b (Hib)

In 2025 werden in Vlaanderen negen gevallen van invasieve *Haemophilus influenzae* type b (Hib)-infectie gemeld. Dit aantal ligt hoger dan in de voorgaande jaren, mogelijk deels verklaard door een betere rapportering van serotypes door het [Nationaal Referentiecentrum \(NRC\)](#).

Vier gevallen traden op bij kinderen; twee van hen waren gevaccineerd met drie of vier doses Hib-vaccin. De overige gevallen betroffen volwassenen geboren tussen 1955 en 1968, zonder geregistreerde Hib-vaccinatie of met een onbekende vaccinatiestatus. Er werd daarnaast een familiale cluster van invasieve Hib-infectie vastgesteld bij twee niet-gevaccineerde volwassenen tussen 55 en 65 jaar. Beide personen ontwikkelden binnen een interval van ongeveer tien dagen een ernstige infectie met pneumonie, epiglottitis en sepsis.

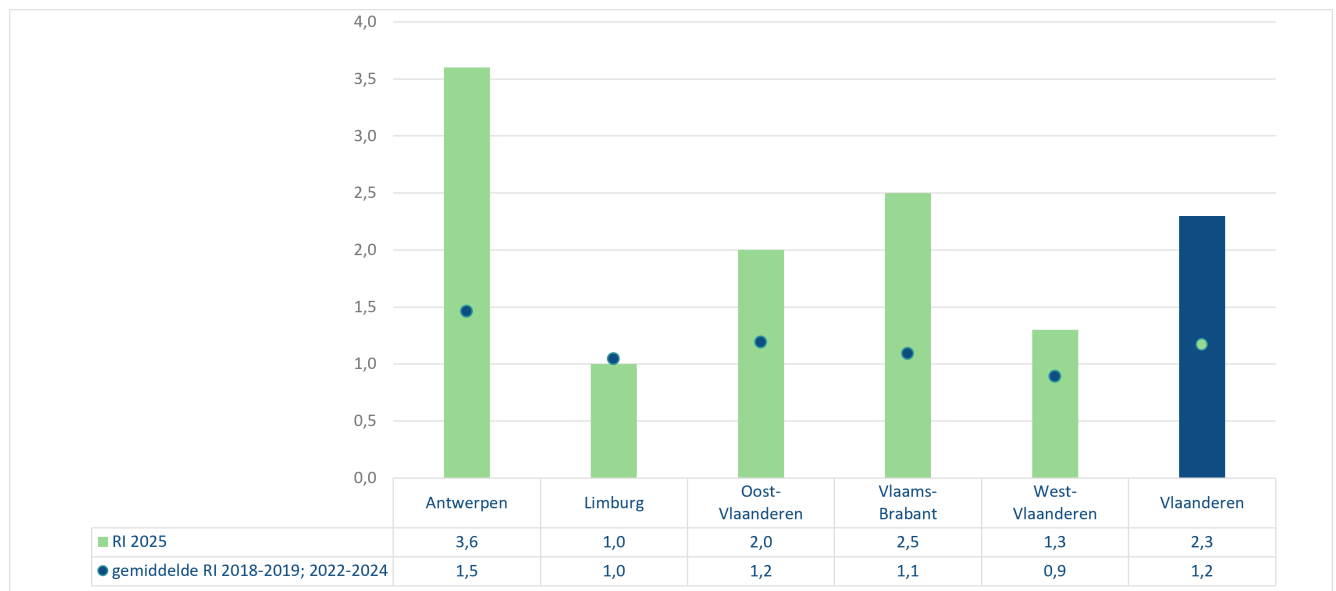
4. Gastro-intestinale ziekten

4.1 Hepatitis A

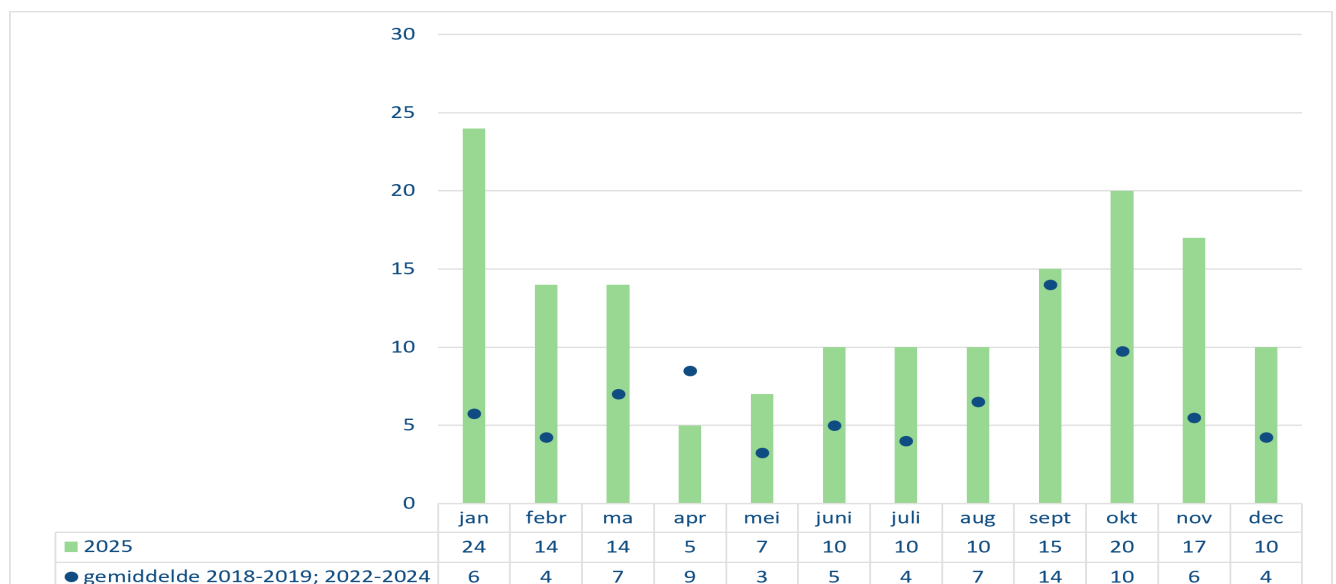
In 2025 werden in Vlaanderen 156 bevestigde gevallen van hepatitis A gemeld, overeenkomend met een registratie-incidentie van 2,3 per 100.000 inwoners. Dit is de hoogste incidentie sinds de COVID-19-pandemie en bijna dubbel zo hoog als de gemiddelde incidentie in de referentieperiode (1,2 per 100.000 inwoners). De sterkste stijging ten opzichte van de referentieperiode werd vastgesteld in Antwerpen (3,6 per 100.000 inwoners), Vlaams-Brabant (2,5 per 100.000 inwoners) en Oost-Vlaanderen (2,0 per 100.000 inwoners) (figuur 10). Gedurende het hele jaar werden meer gevallen geregistreerd dan gemiddeld. Opvallend was een ongewone piek in januari (n=24), die grotendeels werd veroorzaakt door twee clusters in kindercollectiviteiten. In het najaar volgde een tweede, kleinere piek met 20 meldingen in oktober (figuur 11).

De hoogste incidentie werd vastgesteld bij kinderen onder de 10 jaar en vooral bij kinderen van 1–5 jaar (9,5 per 100.000 inwoners) (figuur 12).

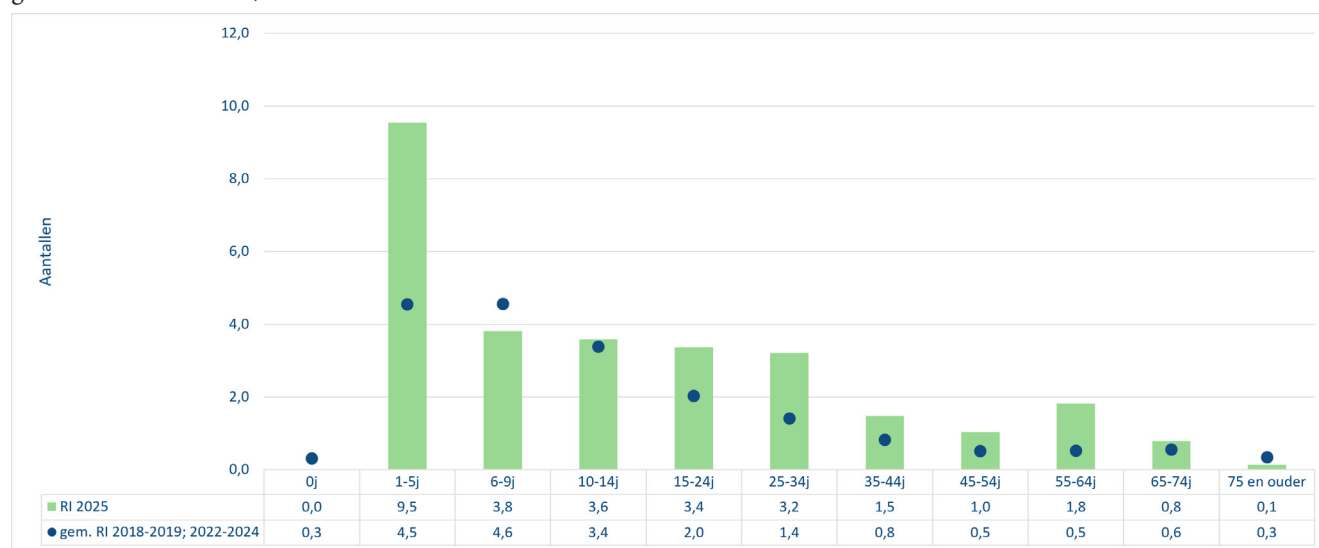
Figuur 10: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van hepatitis A, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



Figuur 11: Aantal registraties van hepatitis A, per maand, Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019; 2022 - 2024



Figuur 12: Aantal registraties en RI (/100.000 inwoners) van hepatitis A, per leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



Van de meldingen waarbij een vermoedelijke besmettingsbron kon worden achterhaald, werden reizen naar het buitenland (n=50; 32%) en contact met een gekend hepatitis A-geval (n=43; 28%) het vaakst gerapporteerd. Bij 43 gevallen (28%) kon geen vermoedelijke besmettingsbron worden geïdentificeerd. Er werden vier meldingen geregistreerd waarbij (seksuele) transmissie binnen de gemeenschap van mannen die seks hebben met mannen (MSM) werd vermoed. Dit staat in contrast met de grote verheffing bij MSM die in 2017 werd waargenomen. Er konden geen Vlaamse gevallen worden gelinkt aan de Nederlandse hepatitis A-uitbraak geassocieerd met besmette diepgevroren blauwe bessen ([RIVM](#)). Vijf Vlaamse patiënten rapporteerden wel consumptie van blauwe bessen, maar whole genome sequencing toonde geen genetische verwantschap met de uitbraakstam.

De meeste infecties werden in België opgelopen (n=100; 64%), wat wijst op aanhoudende lokale transmissie. Zoals weergegeven in tabel 6 waren de meeste importgevallen gerelateerd aan reizen naar Noord-Afrika en Azië. Importgevallen kunnen aanleiding geven tot verdere transmissie binnen gezinnen en kindercollectiviteiten, vooral omdat hepatitis A bij jonge kinderen vaak mild of asymptomatisch verloopt. Het betreft vaak kinderen zonder voorafgaande immuniteit die tijdens een bezoek aan het land van herkomst van hun familie besmet raken en het virus na terugkeer naar België verder kunnen verspreiden.

Tabel 6: Aantal registraties van hepatitis A, verdeling per besmettingsland, 2018 – 2025

Besmettingsland	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Europa	77	44	24	33	60	32	97	106
België	72	42	23	33	59	32	91	100
Ander Europees land	5	2	1	0	1	0	6	6
Buiten Europa	21	25	5	5	9	28	39	44
Noord-Afrika	13	20	2	1	3	9	21	28
Sub Sahara Afrika	0	1	1	0	1	6	5	2
Azië	7	2	2	4	4	12	12	10
Amerika	1	1	0	0	1	1	1	4
Oceanië	0	1	0	0	0	0	0	0
Onbekend	4	6	0	1	7	3	3	6

De verhoging van het aantal meldingen in januari werd voornamelijk veroorzaakt door twee clusters met transmissie in kindercollectiviteiten: een school in Temse met 22 gevallen en een kinderdagverblijf in Gent met acht gevallen. Voor beide clusters kon geen initiële bron worden geïdentificeerd. De stijging in oktober en november was grotendeels toe te schrijven aan een cluster van twaalf gevallen in een groepsopvang voor baby's in Overijse en een cluster van vier gevallen in een school in Hoeilaart. Ook voor deze clusters bleef de initiële besmettingsbron onbekend. Bij alle clusters in kindercollectiviteiten werden door het Departement Zorg postexpositie-vaccinaties georganiseerd. Daarnaast werd, waar relevant, gebruik gemaakt van speekseltesten om asymptomatische infecties bij jonge kinderen op te sporen.

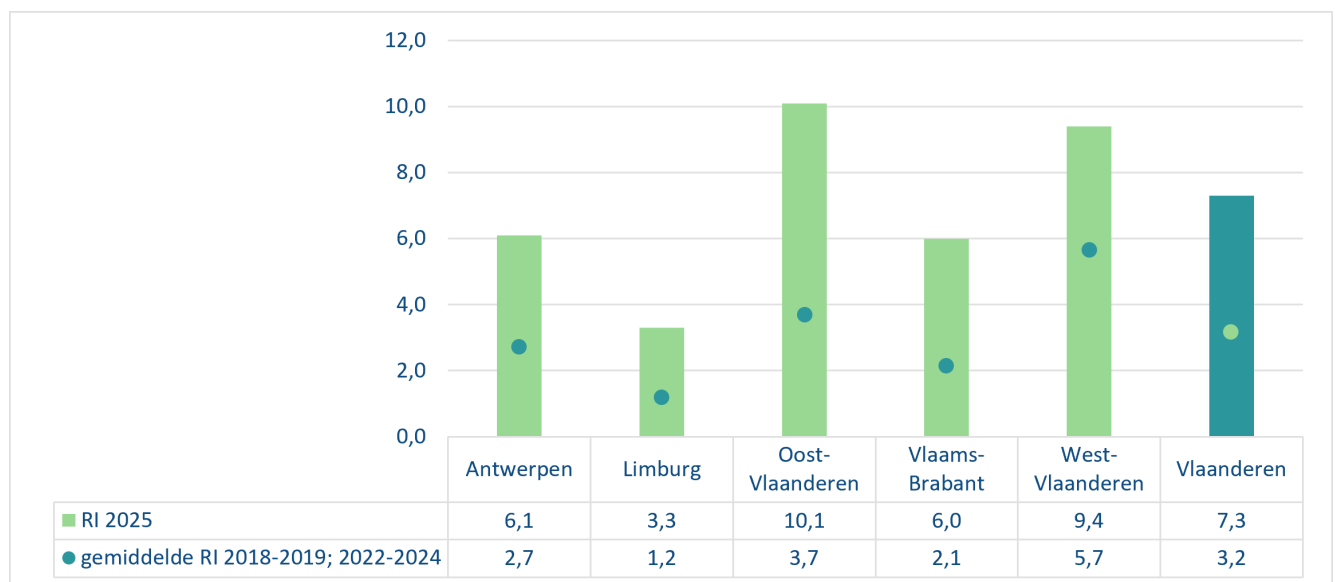
Naast deze uitbraken werden ook elf gezinsclusters met twee tot zes gevallen geregistreerd, waarvan vijf gelinkt waren aan een recente reis.

Deze bevindingen onderstrepen het belang van een tijdige vaccinatie tegen hepatitis A, in het bijzonder vóór reizen naar landen waar het virus endemisch voorkomt. Dit helpt niet alleen individuele infecties voorkomen, maar beperkt ook het risico op introductie en verdere verspreiding binnen gezinnen en kindercollectiviteiten.

4.2 Shiga Toxine producerende *E. Coli* (STEC)

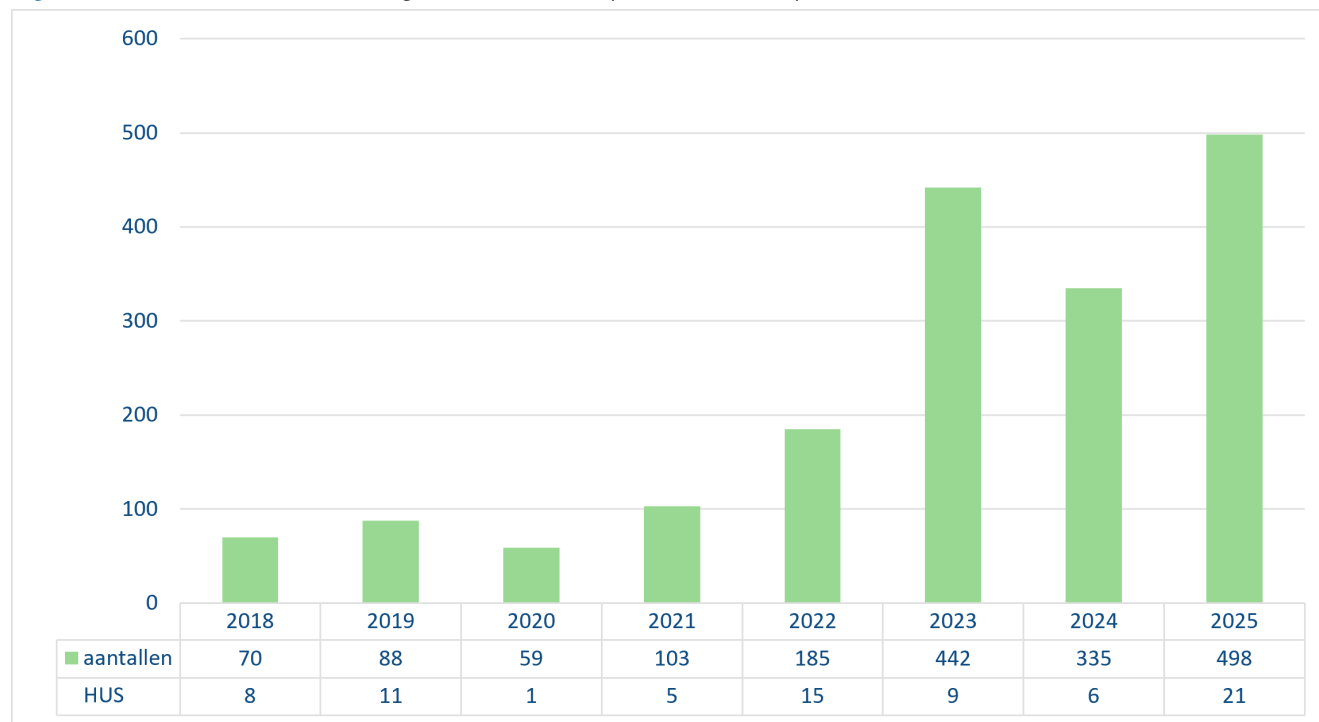
In 2025 werd in Vlaanderen een registratie-incidentie van 7,3 per 100.000 inwoners vastgesteld voor STEC-infecties, de hoogste incidentie sinds de start van de registraties en meer dan dubbel zo hoog als de referentie-incidentie. De hoogste incidenties werden vastgesteld in Oost-Vlaanderen (10,1 per 100.000 inwoners) en West-Vlaanderen (9,4 per 100.000 inwoners) (figuur 13). Het [Nationaal Referentiecentrum \(NRC\) voor STEC](#) bevestigt deze stijgende trend in het aantal ontvangen isolaten uit klinische laboratoria. De toename betreft voornamelijk non-O157 STEC en hangt samen met het toegenomen gebruik van culture-independente diagnostische testen (CIDT), waaronder multiplex PCR-panelen. Hierdoor worden ook mildere infecties frequenter opgespoord.

Figuur 13: Registratie-incidentie (R/100.000 inwoners) van EHEC, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



Ondanks de sterke stijging van het aantal STEC-meldingen bleef het aandeel patiënten dat een hemolytisch uremisch syndroom (HUS) ontwikkelde, de ernstigste complicatie van STEC-infectie, relatief stabiel (figuur 14). Sinds 2020 varieerde de proportie HUS tussen 2% en 8% van alle gemelde STEC-infecties; in 2025 bedroeg deze 4% (21/498). Dit ondersteunt de hypothese dat de stijging van het aantal STEC-meldingen deels wordt verklaard door een verbeterde detectie van minder ernstige infecties dankzij het toenemende gebruik van CIDT.

Figuur 14: Aantal STEC-infecties en gevallen met hemolytisch uremisch syndroom (HUS), Vlaanderen, 2018 -2025



In 2025 identificeerde het [NRC](#) voor STEC 33 clusters van genetisch verwante STEC-infecties in België, variërend van kleine clusters van twee gevallen tot grotere outbreaks in collectieve settings. Een belangrijke uitbraak vond plaats in 11 woonzorgcentra, waarvan negen in Vlaanderen, en werd veroorzaakt door STEC O157:H7 met stx1a- en stx2a-toxinegenen. Hierbij werden 66 vermoedelijke en bevestigde gevallen vastgesteld (attack rate 5,5%), waaronder twee HUS-gevallen en tien overlijdens (case fatality rate 15,1%). Epidemiologisch en traceerbaarheidsonderzoek wees rauw rundsgehakt (“filet américain”) aan als meest waarschijnlijke bron.

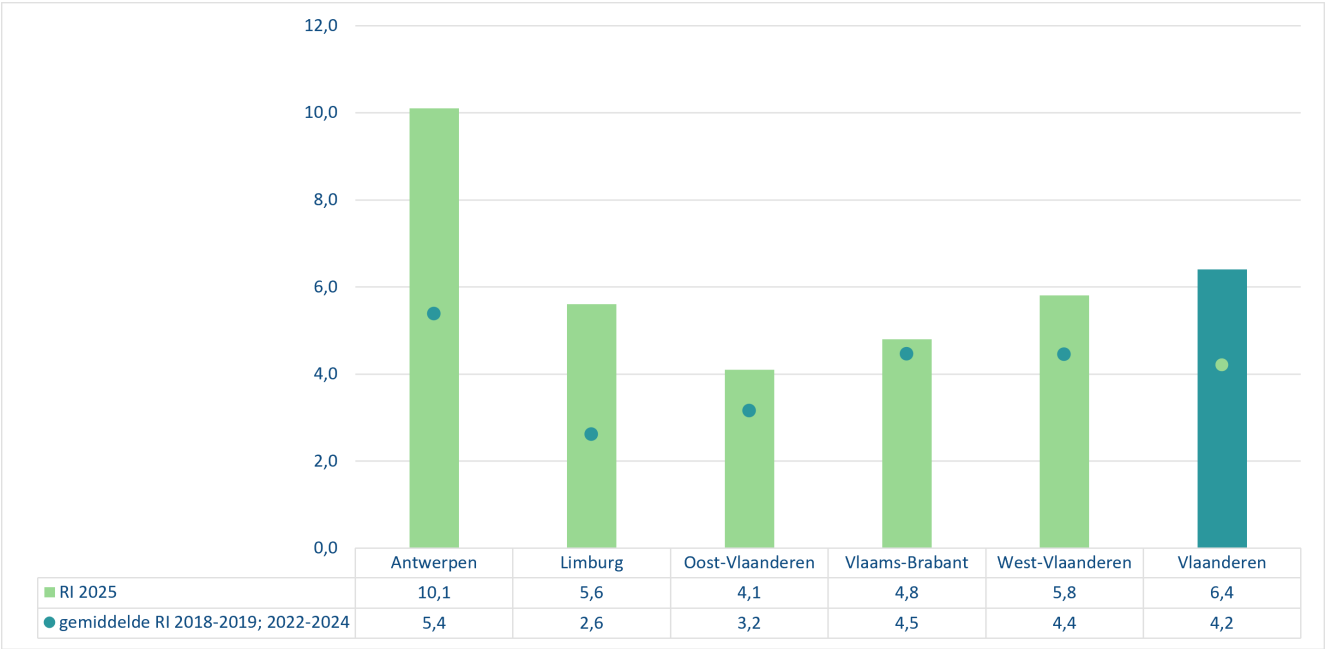
Daarnaast werden via whole genome sequencing (WGS) ook kleinere clusters van STEC O26:H11 geïdentificeerd in Vlaanderen. Tussen mei en juli 2025 werden zes genetisch sterk verwante gevallen vastgesteld, mogelijk gelinkt aan geitenkaas. In Frankrijk, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten werden genetisch gerelateerd gevallen geregistreerd. In december 2025 werd een tweede cluster van twaalf gevallen van STEC O26:H11 gedetecteerd, waarbij “filet américain” opnieuw als vermoedelijke bron werd geïdentificeerd.

Deze clusters illustreren het belang van moleculaire surveillance en WGS voor vroege clusterdetectie, brononderzoek en het bevestigen van epidemiologische linken tussen STEC-gevallen.

4.3 Shigellose

In 2025 werden in Vlaanderen 395 meldingen van shigellose geregistreerd, overeenkomend met een registratie-incidentie van 6,4 per 100.000 inwoners. De incidentie stijgt sinds meerdere jaren en lag in 2025 duidelijk hoger dan het gemiddelde van de referentie jaren (figuur 15). De hoogste incidentie werd vastgesteld in de provincie Antwerpen (10,1 per 100.000 inwoners).

Figuur 15: Registratie-incidentie (R/100.000 inwoners) van shigellose, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024

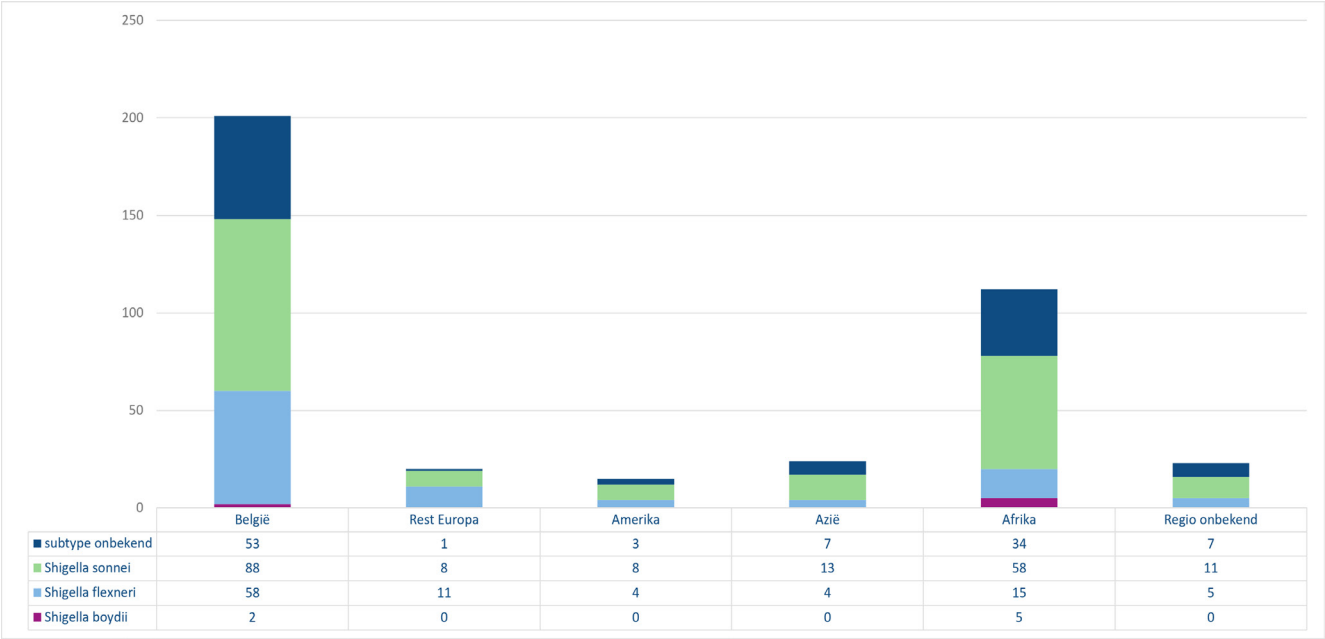


De meest gerapporteerde transmissieroutes voor shigellose in Vlaanderen in 2025 waren reizen naar het buitenland (42%), gevolgd door transmissie binnen netwerken van MSM (13%) en contact met een ziek persoon (9%).

In 2025 werden 12 clusters van shigellose gedetecteerd, meestal bestaande uit twee tot drie gevallen binnen eenzelfde gezin. Vijf clusters waren gelinkt aan een reis in het buitenland en één cluster werd vastgesteld binnen een netwerk van MSM. Daarnaast werd in Antwerpen een grotere uitbraak met negen gevallen vastgesteld, waarbij transmissie plaatsvond binnen een gezin en een kleuterschool.

Van de getypeerde isolaten behoorde de helft tot *Shigella sonnei* (50%) en een kwart tot *S. flexneri* (26%) (figuur 16). Beide species werden voornamelijk vastgesteld bij infecties die in België werden opgelopen.

Figuur 16: Aantal registraties van shigellose per subtype en per continent van besmetting, 2025



Deze bevinding is epidemiologisch relevant omdat volgens een recente [epidemiologische update van het ECDC](#) (data 2025) sinds 2023 een toenemende verspreiding wordt waargenomen van multiresistente (MDR) en extensief resistente (XDR) *Shigella sonnei* en *Shigella flexneri*. Meer dan 2.300 infecties werden gerapporteerd in Europa, waaronder in België. Naast de klassieke voedselgerelateerde transmissie wordt een toenemend aandeel van de infecties gelinkt aan seksuele transmissie binnen netwerken van MSM.

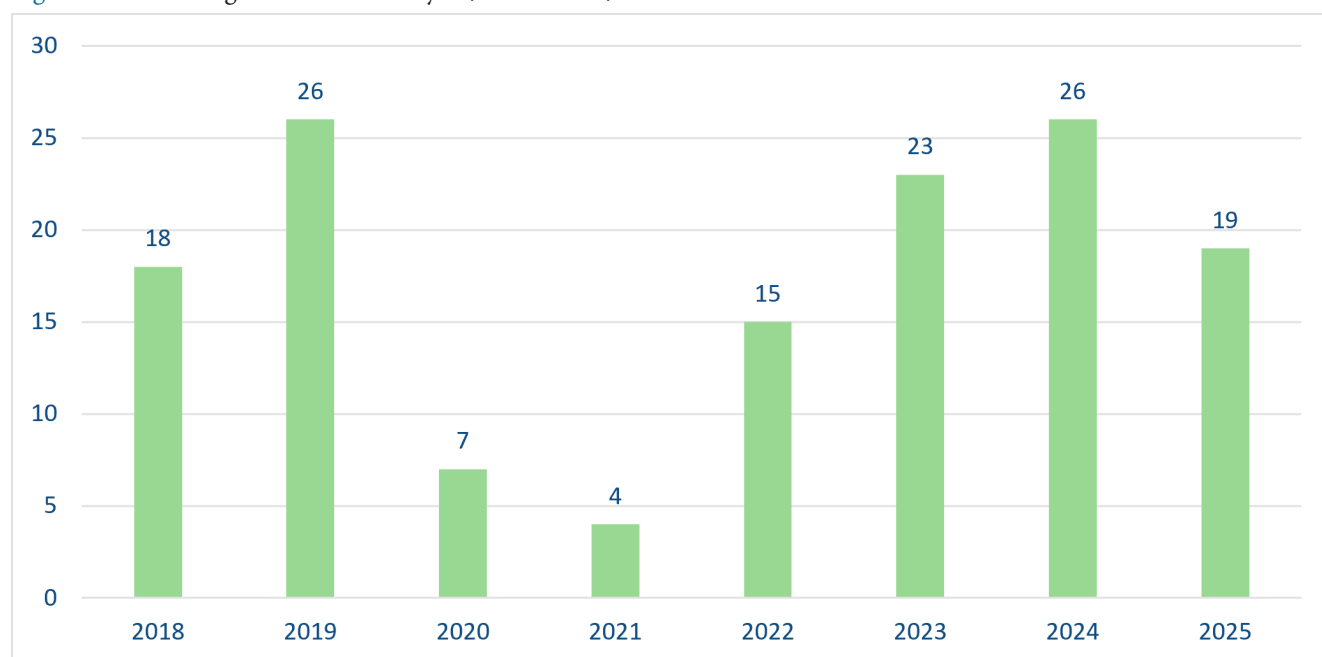
Aangezien ook in Vlaanderen gevallen met vergelijkbare resistentieprofielen werden vastgesteld, blijven gerichte preventie-initiatieven essentieel voor de belangrijkste risicogroepen, waaronder reizigers, personen die vrienden en familie bezoeken in endemische gebieden (VFR) en MSM. Daarnaast blijft het belangrijk om klinische *Shigella*-isolaten systematisch door te sturen naar het [Nationaal Referentiecentrum \(NRC, Sciensano\)](#) voor verdere typering en resistentiebepaling. Dit laat toe clusters vroegtijdig te detecteren, de verspreiding van resistente stammen op te volgen en waar nodig tijdig gerichte volksgezondheidsmaatregelen te nemen.

4.4 Buiktyfus

In 2025 werden in Vlaanderen 19 gevallen van buiktyfus gemeld (figuur 17).

Veertien patiënten (74%) werden gehospitaliseerd. De meeste infecties waren importgerelateerd: 13 patiënten raakten besmet in Azië, twee in Afrika, twee in het Midden-Oosten, één in Zuid-Amerika en één in het Verenigd Koninkrijk.

Figuur 17: Aantal registraties van buiktyfus, Vlaanderen, 2018-2025

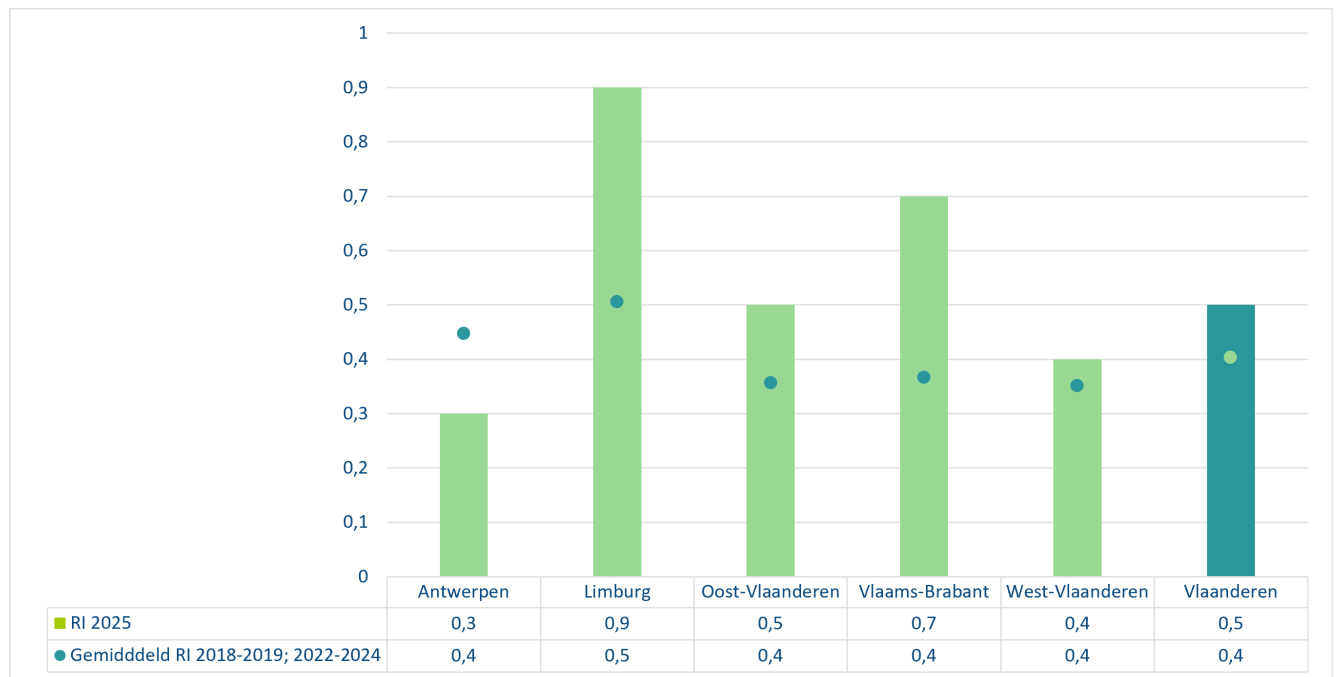


4.5 Collectieve voedseltoxi-infectie (VTI)

In 2025 werden in Vlaanderen 29 collectieve voedsel(toxi)-infecties (VTI) gemeld, met in totaal minstens 420 gerapporteerde zieken. Aangezien niet alle blootgestelde personen worden opgespoord of getest, betreft dit een onderschatting van het werkelijke aantal zieken. De registratie-incidentie bleef vergelijkbaar met die van de referentie jaren 2018–2019 en 2022–2024, maar lag duidelijk hoger in Limburg en Vlaams-Brabant (figuur 18).

De meeste gemelde VTI's werden veroorzaakt door *Salmonella* Enteritidis, *Listeria monocytogenes* en *Campylobacter* spp. (figuur 19).

Figuur 18: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van VTI, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



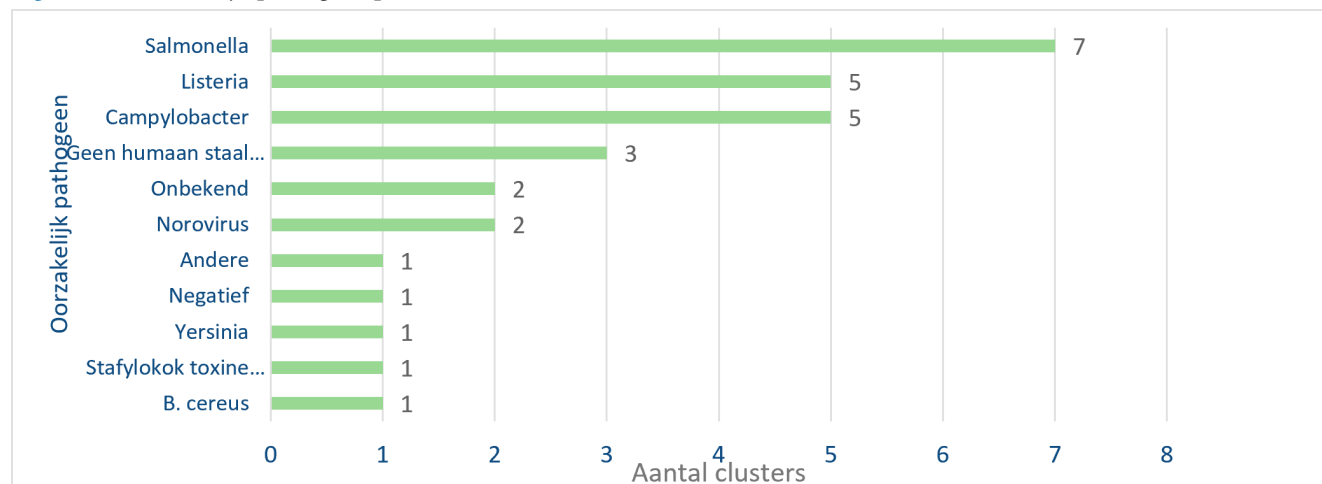
We lichten hieronder enkele belangrijke voedselgerelateerde uitbraken toe.

Begin 2025 werd een nationale uitbraak van *Salmonella* Enteritidis vastgesteld, die reeds eind 2024 was gestart. Tegen april 2025 werden 151 gevallen geïdentificeerd, voornamelijk in twee geografische clusters in Vlaanderen: West-Vlaanderen en Antwerpen. Epidemiologisch onderzoek en traceback-onderzoek wezen eieren afkomstig van één leghennenbedrijf in West-Vlaanderen aan als bron van de uitbraak. De uitbraakstam werd bevestigd in zowel eieren als omgevingsstalen, waarna een productterugroeping door het FAVV gebeurde.

Daarnaast werd in 2025 een tweede langdurige nationale uitbraak van *Salmonella* Enteritidis vastgesteld, met ongeveer 141 gevallen in Vlaanderen en bijkomende gevallen in Brussel en Wallonië. De uitbraak trof vooral Antwerpen ($n \approx 77$), gevolgd door Oost-Vlaanderen ($n \approx 27$), Limburg ($n \approx 15$) en Vlaams-Brabant ($n \approx 15$). Ook een cluster in een restaurant in Antwerpen bleek gelinkt aan deze uitbraak. De transmissie liep verder door in 2026. Na uitgebreide patiëntinterviews en microbiologisch onderzoek werd in mei 2026 een genetische match vastgesteld tussen humane isolaten en stofstalen afkomstig van een pluimveebedrijf in de Kempen. Deze identificatie van de vermoedelijke bron illustreert het belang van nauwe samenwerking tussen de regionale infectieziektebestrijding, Sciensano, het Nationaal Referentiecentrum en het FAVV voor een snelle bronopsporing en implementatie van controlemaatregelen.

In 2025 werd via genomische surveillance door het [NRC voor *Listeria monocytogenes*](#) een cluster van acht listeriosegevallen geïdentificeerd bij bewoners van zes woonzorgcentra in Vlaanderen. Alle patiënten waren ouder dan 80 jaar en twee patiënten overleden. Onderzoek wees op een gemeenschappelijke voedselbron, waarbij genetisch verwante *Listeria*-isolaten werden aangetoond in een voedingsmiddel ("paté crème"). Vijf van de zes woonzorgcentra hadden gemeenschappelijke leveranciers. De uitbraak leidde tot een multidisciplinair onderzoek door het Departement Zorg, Sciensano en het FAVV, met uitgebreide tracing, bemonstering en controlemaatregelen bij de betrokken producent. Deze uitbraak vormde, samen met de eerder beschreven STEC O157-uitbraak in woonzorgcentra (zie 4.2 STEC), een aanleiding om de voedselveiligheid voor kwetsbare bewoners in woonzorgcentra verder te versterken. Daarom werken het FAVV, de FOD, het Departement Zorg, Ouderenzorg Vlaanderen en Sciensano aan een gezamenlijk voedseladvies voor woonzorgcentra, dat in 2026 zal worden gepubliceerd.

Figuur 19: Oorzakelijk pathogeen per cluster en aantal zieken, VTI in Vlaanderen, 2025



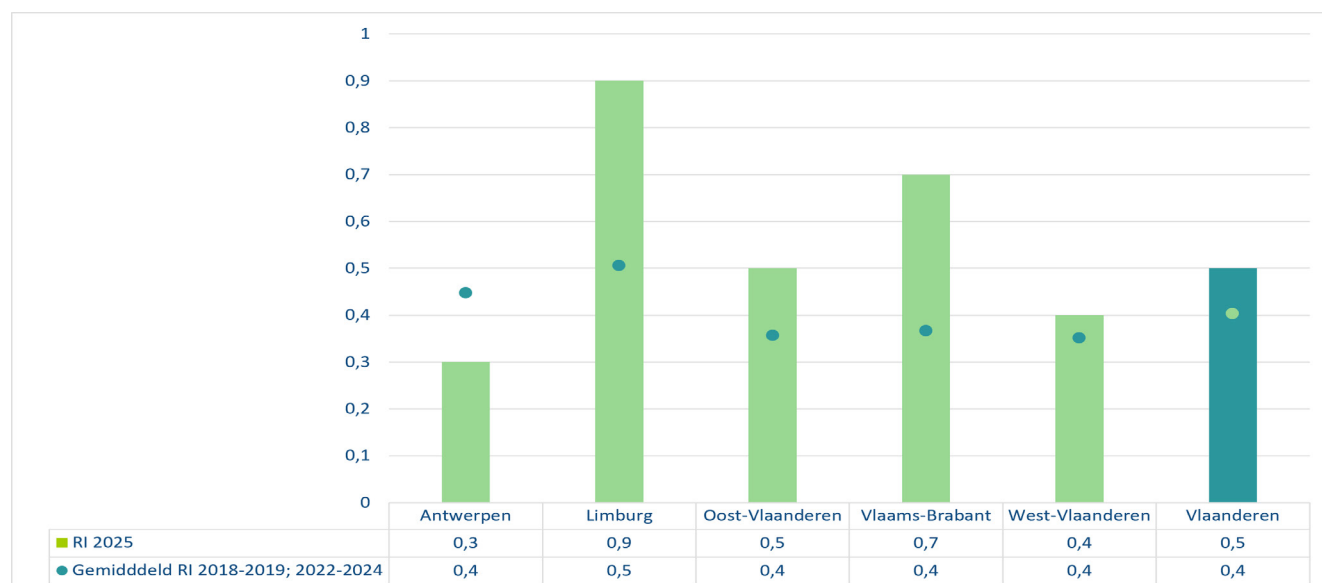
Het blijft essentieel om bij vermoedelijke voedselgerelateerde uitbraken systematisch humane en voedselstalen te verzamelen en tijdig te melden, zodat samen met het FAVV bronopsporing kan worden verricht en maatregelen voor verdere verspreiding kunnen worden genomen.

4.6 Gastro-enteritis (GE)

Meldingen van collectieve gastro-enteritis verschillen van collectieve voedseltoxi-infecties (paragraaf 4.5). Waar bij een voedseltoxi-infectie een gemeenschappelijke voedselbron wordt vermoed of aangetoond, omvatten meldingen van collectieve gastro-enteritis ook uitbraken waarbij transmissie van persoon tot persoon de voornaamste transmissieroute is, zoals bij norovirus.

In 2025 werden in Vlaanderen 196 meldingen van collectieve gastro-enteritis geregistreerd, tegenover 223 in 2024. Dit komt overeen met een registratie-incidentie van 2,9 per 100.000 inwoners, wat hoger ligt dan het gemiddelde van de referentiejaar. De stijging werd waargenomen in alle Vlaamse provincies (figuur 20). De meeste meldingen betroffen clusters in collectieve settings zoals woonzorgcentra, scholen en kinderopvangvoorzieningen.

Figuur 20: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van GE, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



Bij de meldingen waarbij een verwekker werd geïdentificeerd, waren norovirus en rotavirus de meest frequent aangetoonde oorzaken van collectieve gastro-enteritis.

5. Zoönose

5.1 Q-koorts

In 2025 werden in Vlaanderen acht gevallen van Q-koorts gemeld, waarvan vijf in West-Vlaanderen en drie in Vlaams-Brabant. Zes patiënten werden gehospitaliseerd, waaronder één patiënt die overleed. Bij zes van de acht gevallen werd contact met dieren of mest(producten) gerapporteerd, zowel in een professionele context als in het kader van hobbyactiviteiten. Er werden geen clusters van Q-koorts vastgesteld in Vlaanderen.

5.2 Leptospirose

In 2025 werden in Vlaanderen 22 gevallen van leptospirose gemeld, tegenover 26 in 2024. Twaalf meldingen (55%) waren gerelateerd aan een recent verblijf in het buitenland. Er werden geen clusters vastgesteld gelinkt aan specifieke evenementen, zoals mud runs.

Voor het merendeel van de patiënten kon een vermoedelijke transmissieroute worden geïdentificeerd. Blootstelling aan recreatiewater was de meest gerapporteerde risicofactor (59%), gevolgd door contact met dieren of met door dierlijke urine gecontamineerde omgevingen (23%). Negentien patiënten werden gehospitaliseerd.

5.3 Psittacose

In 2025 werden in Vlaanderen 14 gevallen van psittacose gemeld. Tachtig procent van de meldingen werd geassocieerd met direct contact met vogels, waaronder parkieten, papegaaien, duiven en kippen.

In West-Vlaanderen werd een gezinscluster van drie personen vastgesteld na blootstelling aan duiven en kanaries gehouden in en rond de woning. Eén geval werd via laboratoriumonderzoek bevestigd; de twee overige gezinsleden ontwikkelden een compatibel klinisch beeld en werden eveneens behandeld voor psittacose.

5.4 Dierlijke influenza

In 2025 werden in Vlaanderen negen uitbraken van hoogpathogene aviaire influenza (HPAI) vastgesteld bij pluimveebedrijven en een hobbyhouder. Twee uitbraken deden zich voor in het voorjaar en zeven in het najaar in alle provincies behalve Vlaams-Brabant. In totaal werden minstens 41 personen (range 2-9 personen) met een verhoogd blootstellingsrisico geïdentificeerd en opgevolgd.

Blootgestelde personen werden geïnformeerd over symptomen, preventieve maatregelen en de noodzaak om bij klachten onmiddellijk medische hulp te zoeken. Sinds 2025 wordt bovendien aanbevolen om binnen de 72 uur na blootstelling een profylactische behandeling met oseltamivir op te starten. Bij enkele personen die na blootstelling respiratoire klachten ontwikkelden, werd diagnostische testing uitgevoerd; alle testen waren negatief voor aviaire influenza.

Naast blootstellingen in het kader van besmette pluimveebedrijven werden ook personen opgevolgd die in contact waren gekomen met besmette wilde vogels. Naar schatting werden 43 vindsters van zieke wilde vogels geïnformeerd en opgevolgd. Bij drie personen werd, naar aanleiding van respiratoire klachten na blootstelling, een test afgenomen; ook hier werden geen infecties met aviaire influenza vastgesteld.

Eind december 2025 werd bovendien een met HPAI besmette vos gemeld in West-Vlaanderen. Zeven medewerkers van een vogelopvangcentrum hadden contact gehad met het dier, telkens met gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Eén medewerker ontwikkelde respiratoire klachten en werd getest op influenza; het testresultaat was negatief.

Er werden in Vlaanderen in 2025 geen humane infecties met dierlijke influenza vastgesteld. De gebeurtenissen illustreren het belang van een nauwe samenwerking tussen veterinaire en humane gezondheidsdiensten binnen een One Health-benadering, evenals het belang van persoonlijke beschermingsmaatregelen en een snelle risicobeoordeling na blootstelling aan mogelijk besmette dieren.

6. Vector-overgedragen infectieziekten

6.1 Malaria

De meldingsplicht voor malaria in Vlaanderen beperkt zich tot infecties die binnen Europa werden verworven, met het oog op de detectie van mogelijke lokale transmissie. In 2025 werden er geen autochtone gevallen van malaria gemeld in Vlaanderen.

6.2 Dengue

In 2025 werden in Vlaanderen in totaal 74 bevestigde of waarschijnlijke gevallen. Tussen mei en oktober, de periode waarin de tijgermuggen (*Aedes albopictus*) actief kunnen zijn, werden 37 bevestigde of waarschijnlijke gevallen gemeld, waarvan drie zich voordeden in gemeenten met een gekende tijgermuggenpopulatie. Dergelijke importgevallen vormen tijdens het vectorseizoen een potentieel risico op lokale transmissie wanneer een besmette persoon wordt gestoken door een tijgermug. Daarom worden deze meldingen geïntegreerd opgevolgd in een dashboard in combinatie met de entomologische surveillance van tijgermuggen, zodat bij een verhoogd risico tijdig bijkomende vectorcontrole- en sensibiliseringsmaatregelen kunnen worden genomen.

Een vergelijking met 2024 is moeilijk, aangezien de meldingsplicht sinds juli 2024 werd uitgebreid naar alle importgevallen. Alle infecties werden opgelopen tijdens een verblijf buiten de Europese Unie, met uitzondering van één infectie die werd verworven in Frankrijk. Ongeveer de helft van de infecties werd opgelopen in Azië, voornamelijk in Thailand (n=12), Indonesië (n=8), Cambodja (n=5) en India (n=4). Daarnaast werden meerdere infecties gerapporteerd na een verblijf in Curaçao (n=5).

6.3 Zika

In 2025 werden drie bevestigde of waarschijnlijke zika gevallen gemeld. Twee van deze gevallen werden gemeld in augustus (en dus tijdens het muggenseizoen). Geen van deze gevallen deed zich voor in een gemeente met een gekende tijgermuggenpopulatie. Alle infecties werden verworven tijdens een verblijf buiten de Europese Unie.

6.4 Chikungunya

In 2025 werden 34 bevestigde of waarschijnlijke gevallen van chikungunya gemeld. Twaalf bevestigde of waarschijnlijke gevallen werden gemeld tussen mei en oktober, waarvan één in een gemeente met een gekende tijgermuggenpopulatie.

De infecties werden vrijwel allemaal verworven buiten de Europese Unie. Ongeveer de helft van de gevallen (n=14) werd opgelopen tijdens een verblijf in Cuba. Daarnaast werden drie infecties verworven op La Réunion, een Frans overzees gebied waar in 2025 een grote chikungunya-uitbraak werd gerapporteerd.

De gemelde aantallen weerspiegelen enkel de gediagnosticeerde infecties en onderschatten vermoedelijk het werkelijke aantal geïmporteerde dengue-, chikungunya- en zikavirusinfecties. Asymptomatische of mild symptomatische infecties worden vaak niet getest en dus niet gemeld. Daardoor is de werkelijke infectiedruk voor lokale vectorpopulaties moeilijk in te schatten.

6.5 Tick borne encephalitis

In 2025 werden in Vlaanderen drie vermoedelijk autochtone gevallen van tekenencefalitis (TBE) gemeld. Alle patiënten – een kind uit Antwerpen en twee volwassenen uit Vlaams-Brabant – ontwikkelden meningo-encefalitis en waren niet gevaccineerd. De diagnose werd bij alle patiënten bevestigd via serologie (IgM en IgG).

De twee volwassenen behoorden tot hetzelfde gezin en werden gelijktijdig ziek. Bij één van hen werd een tekenbeet gerapporteerd na frequente wandelingen. Consumptie van ongepasteuriseerde melkproducten werd uitgesloten als mogelijke bron.

Alle patiënten rapporteerden buitenactiviteiten in de weken voorafgaand aan de symptomen, waaronder wandelen en fietsen. In 2024 werden twee vermoedelijk autochtone gevallen gemeld. Deze meldingen bevestigden dat autochtone transmissie van TBE in Vlaanderen mogelijk is.

6.6 Gele koorts

In 2025 werden geen gevallen van gele koorts gemeld.

6.7 Westnijlvirus

In 2025 werden geen (import)gevallen van Westnijlvirus gemeld. In augustus 2025 werd het virus voor het eerst in Vlaams-Brabant gedetecteerd bij drie wilde vogels (twee kauwen en een zwarte kraai) via het Europese OH4Surveillance-project. Deze observatie sluit aan bij de geleidelijke uitbreiding van WNV naar noordelijke regio's; in buurlanden zoals Nederland, Frankrijk en Duitsland zijn reeds eerdere circulaties vastgesteld. Er zijn tot op heden in België nog geen autochtone besmettingen bij mensen of paarden vastgesteld.

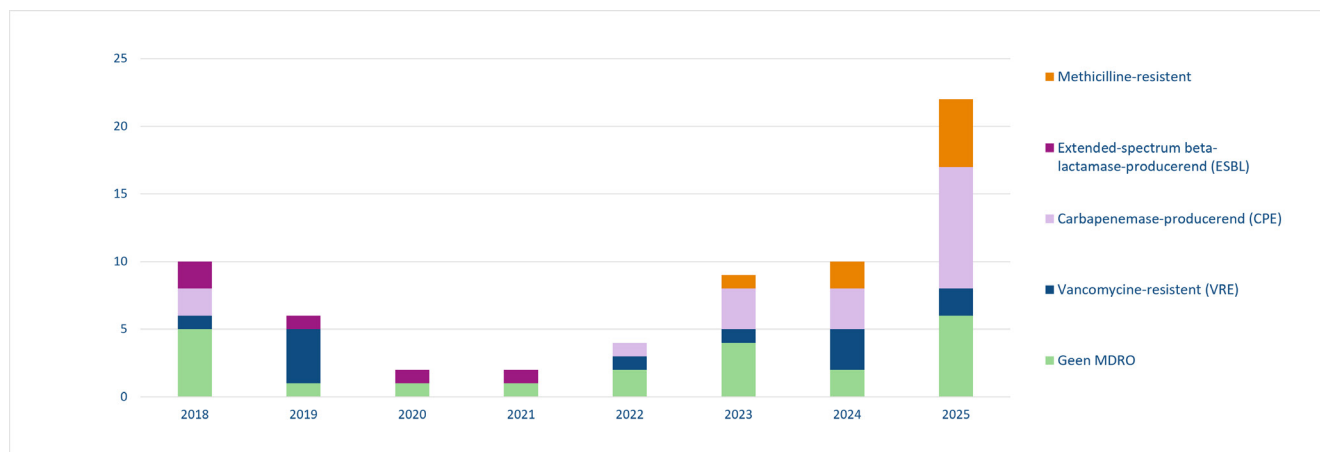
7. Zorginfecties

7.1 Uitbraken van zorginfecties

Dit hoofdstuk beschrijft de uitbraken van zorginfecties in zorginstellingen die in 2025 opgevolgd werden door het outbreak support team (OST) van het Departement Zorg.

Het In 2025 werd een duidelijke toename in het aantal meldingen vastgesteld (figuur 21). Van de 22 gemelde uitbraken waren er 16 veroorzaakt door MDRO's (figuur 22). Daarvan vonden er 11 plaats in ziekenhuizen, vier in woonzorgcentra en één in een woonvorm voor daklozen met ernstige verslavingsproblematiek. De overige zes meldingen betroffen uitbraken die niet door MDRO's werden veroorzaakt.

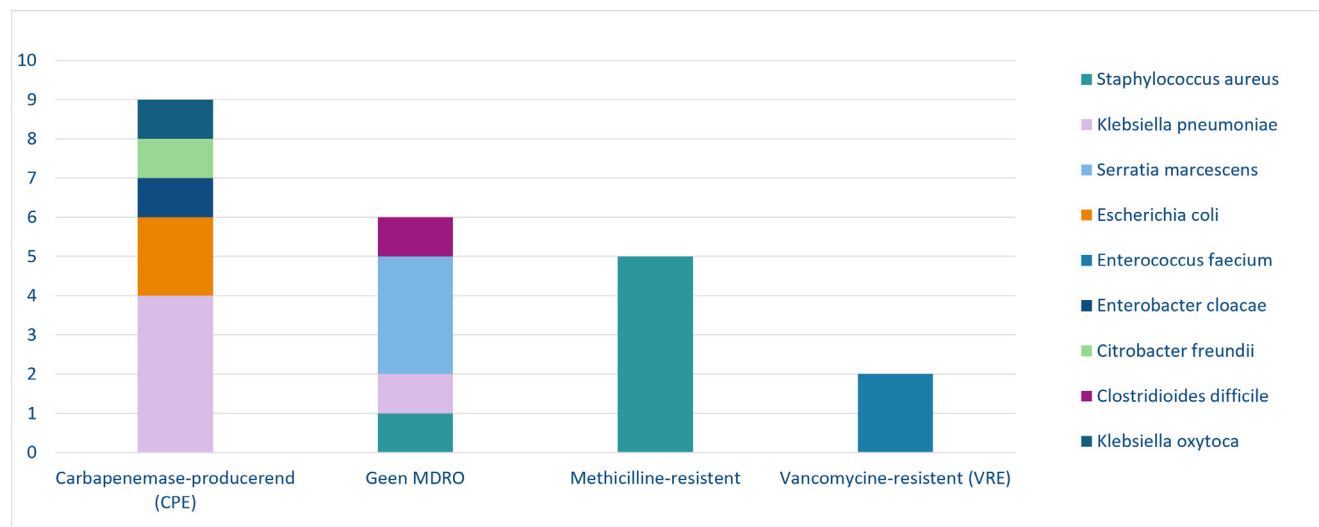
Figuur 21: Aantal meldingen van uitbraken van zorginfecties volgens resistentiemechanisme, 2018-2025



Voor de eerste maal werden twee uitbraken van Carbapenemase-producerende *Enterobacterales*

(CPE) gemeld in een woonzorgcentra. De opvolging van MDRO uitbraken in woonzorgcentra brengt aanzienlijke uitdagingen met zich mee. Surveillance is er bijzonder moeilijk, aangezien bewoners niet op dezelfde frequente wijze gescreend kunnen worden als in ziekenhuizen. Bovendien is de beschikbare literatuur over het management van MDRO-uitbraken in chronische zorginstellingen beperkt. Daarnaast verloopt de implementatie van infectiepreventie en controlemaatregelen soms moeilijker dan in ziekenhuizen. In 2025 werd een Hospital Outbreak Support Team (HOST) eenmaal betrokken bij een van deze uitbraken, waarbij het team opleidingen voorzag rond handhygiëne en schoonmaak.

Figuur 22: Resistentiemechanisme per pathogeen voor uitbraakmeldingen, 2025



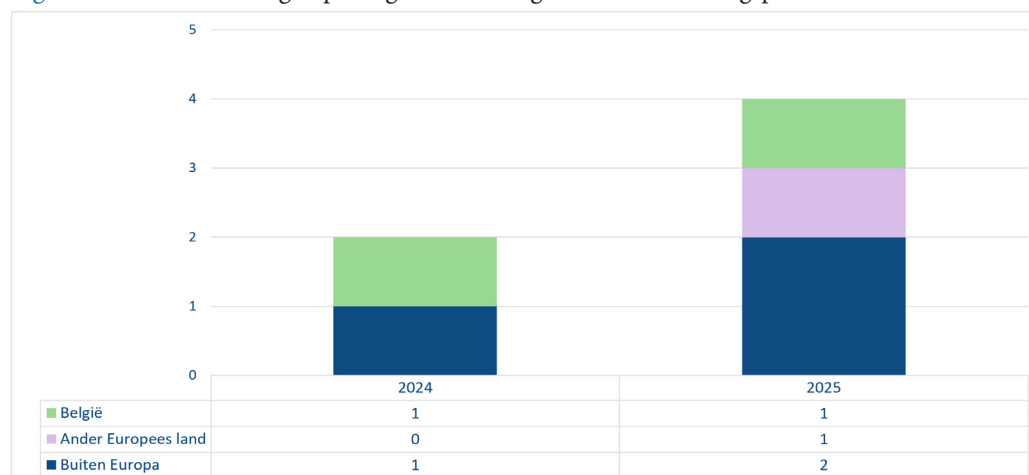
In de ziekenhuizen werden gelijkaardige uitbraken vastgesteld als in de voorgaande jaren, waaronder uitbraken met *Methicilline*-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) en/of *Serratia marcescens* op NICU afdelingen, Vancomycine-resistente enterokokken (VRE) voornamelijk op geriatrie afdelingen, en enkele uitbraken met CPE, waarbij in één uitbraak een endoscoop als bron werd geïdentificeerd. Daarnaast was er een uitbraak over meerdere maanden van vijf gevallen van endoftalmitis in een oogkliniek. De oorzakelijke kiem kon niet worden geïdentificeerd, maar de uitbraak kon onder controle worden gebracht door het versterken van de infectiepreventie-maatregelen.

7.2 Infecties door *Candidozyma auris*

Sinds 23 juni 2024 zijn solitaire gevallen van *Candidozyma auris* (voorheen *Candida auris*) meldingsplichtig. In 2025 werden vier gevallen gemeld waarvan drie infecties gerelateerd waren aan zorgcontacten in het buitenland: twee patiënten werden vermoedelijk buiten Europa besmet en één in een ander Europees land (figuur 23). Eén patiënt werd vermoedelijk in België besmet. Deze patiënt was eind 2023 langdurig gehospitaliseerd, waarvan vijf dagen op intensieve zorgen. Deze persoon is echter nooit in het buitenland gehospitaliseerd geweest. Sinds eind november 2024 verblijft de patiënt in een woonzorgcentrum, wat in het kader van deze melding aanleiding gaf tot bijkomende opvolging.

Candidozyma auris is een opkomende multiresistente gist die wereldwijd aanleiding geeft tot uitbraken in zorginstellingen. Door de vaak beperkte behandelingsmogelijkheden en de mogelijkheid tot langdurige kolonisatie blijft een snelle detectie, melding en implementatie van infectiepreventiemaatregelen essentieel om verdere transmissie te voorkomen.

Figuur 23: Aantal meldingen per regio besmetting sinds start meldingsplicht, 2024-2025



8. Andere meldingsplichtige infectieziekten

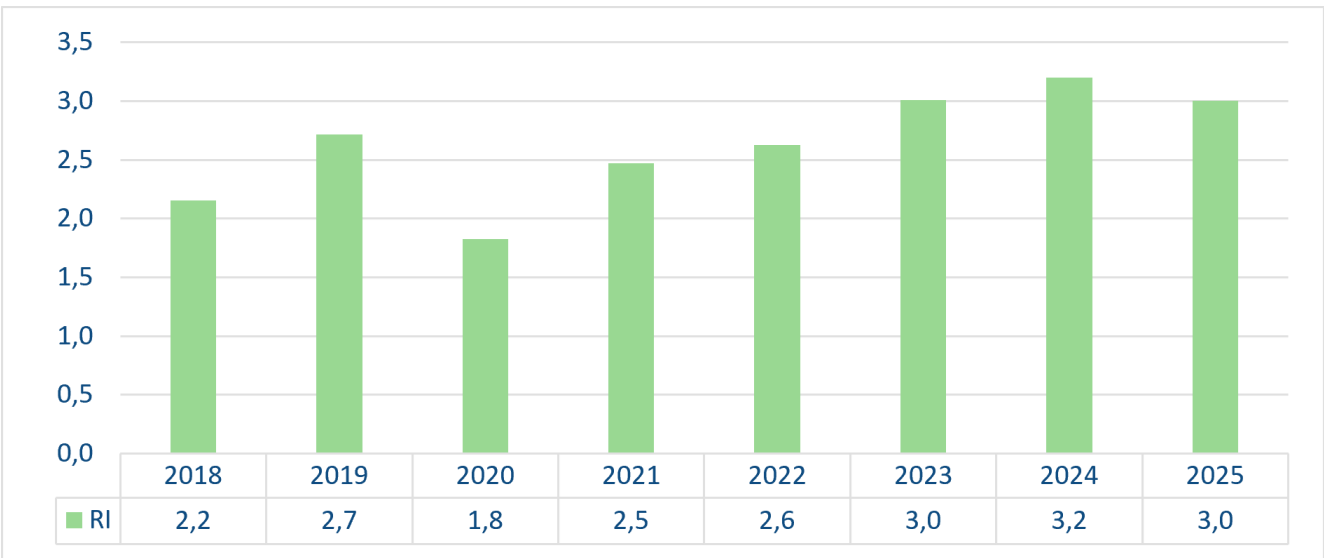
8.1 Legionellose

In 2025 werden in Vlaanderen 208 gevallen van legionellose gemeld, wat overeenkomt met een registratie-incidentie van 3,0 per 100.000 inwoners (figuur 24). Dit is vergelijkbaar met de incidenties in 2023 en 2024, maar hoger ten opzichte van de periode vóór 2022. Legionellose blijft een belangrijke oorzaak van ernstige bacteriële pneumonie, vooral bij oudere personen en personen met onderliggende risicofactoren.

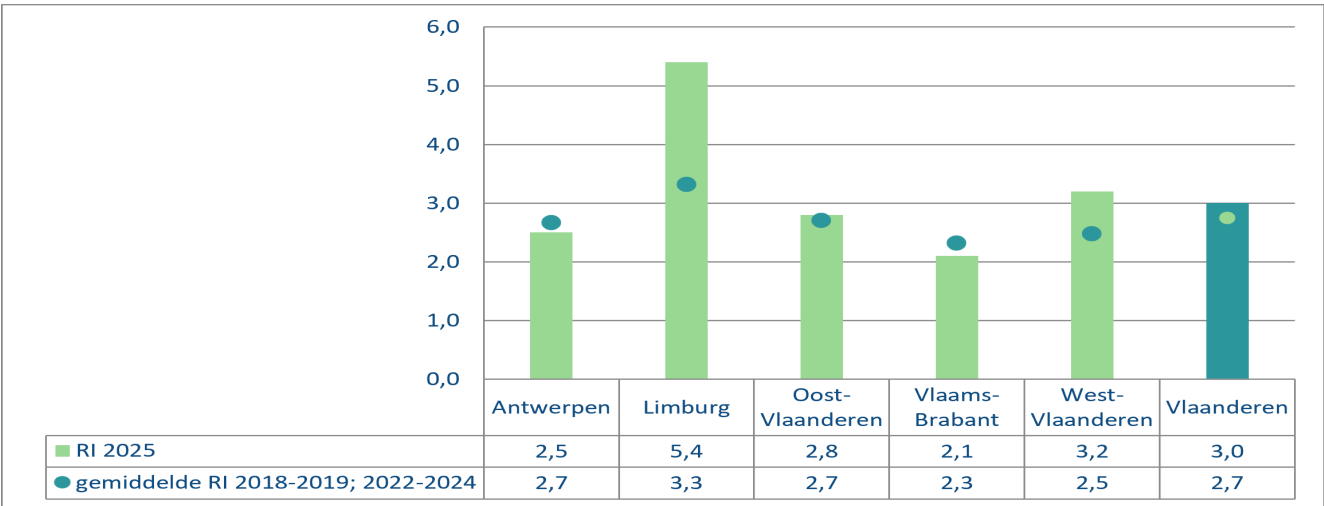
De hoogste registratie-incidentie werd vastgesteld in Limburg (5,4 per 100.000 inwoners). De incidentie in Antwerpen (2,5 per 100.000 inwoners) en Vlaams-Brabant (2,1 per 100.000 inwoners) lag lager dan het Vlaamse gemiddelde van 3,0 per 100.000 inwoners (figuur 25).

In Limburg was er een cluster in Maasmechelen met acht bevestigde gevallen met start symptomen tussen 5 augustus en 19 september. Gedetailleerd onderzoek naar de bron, inclusief mapping en monsterneming van risicovolle vernevelingsinstallaties, leverde geen oorzaak voor deze uitbraak op die zonder verdere interventies eindigde. Er was ook overleg met de collega's van Nederland aangezien Maasmechelen in het grensgebied ligt. Eén patiënt die woont in Nederland maar werkt in Maasmechelen kon gelinkt worden aan deze cluster.

Figuur 24: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van legionellose, Vlaanderen, 2018-2025



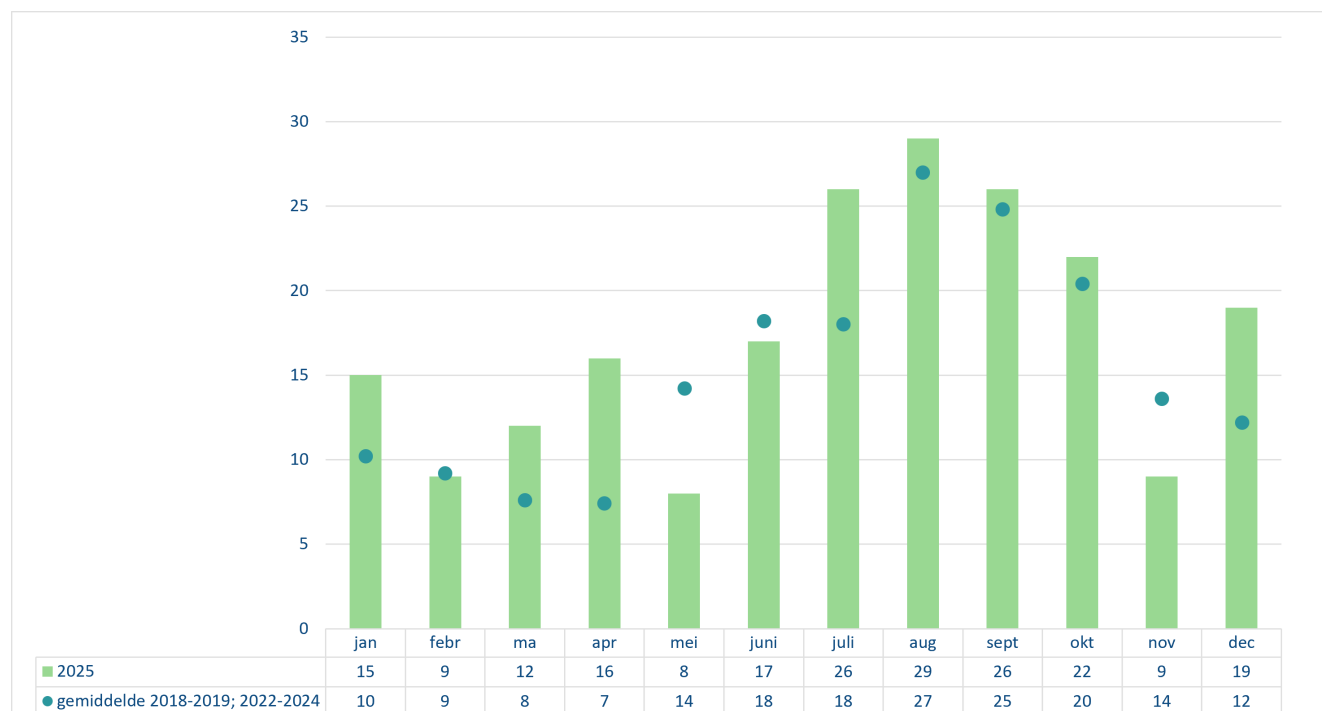
Figuur 25: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van legionellose, per provincie in Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



Net zoals in voorgaande jaren werden de meeste gevallen geregistreerd tijdens de zomer- en vroege herfstmaanden, met een piek in juli (n=26), augustus (n=29) en september (n=26) (figuur 26). Deze seizoensgebonden toename wordt ook internationaal beschreven en hangt vermoedelijk samen met gunstige omstandigheden voor groei van *Legionella* in waterinstallaties en een verhoogde blootstelling aan aerosolvormende waterbronnen.

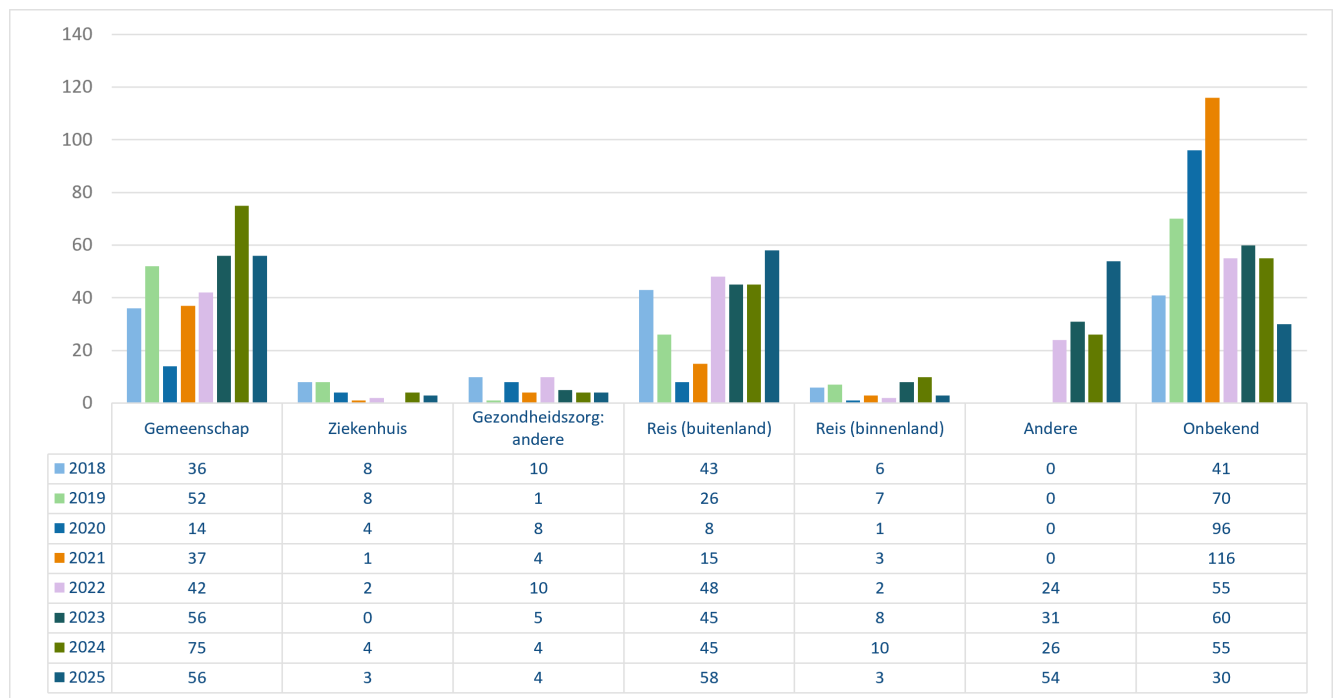
Volgens de literatuur bestaat er een verband tussen de incidentie van legionella en bepaalde weersomstandigheden, zoals hoge temperaturen en vochtigheid, en dus de klimaatverandering. Het jaar 2025 werd beschouwd als het vierde warmst jaar en het droogste jaar sinds het begin van de waarnemingen in 1833 (zie KMI, 2025)

Figuur 26: Aantal registraties van legionellose, per maand, Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



Van de 208 meldingen werd 29% als reisgerelateerd beschouwd (58 na een verblijf in het buitenland en drie na een verblijf elders in België). Van de vermoedelijk autochtoon verworven infecties werd 27% gelinkt aan een mogelijke blootstelling in de gemeenschap, zoals wellnessvoorzieningen of andere aerosolproducerende waterinstallaties, en 26% aan een blootstelling in de thuisomgeving. Een beperkt aantal gevallen (3%) werd geassocieerd met een gezondheidszorginstelling. Het aandeel meldingen waarbij geen vermoedelijke blootstellingsbron kon worden geïdentificeerd, daalde tot 14% (figuur 27).

Figuur 27: Aantal registraties van legionellose, per setting, Vlaanderen, 2018-2025



Gemeenschap: blootstellingen in publieke of semi-publieke settings (bv. wellnesscentra, sportfaciliteiten, kapper, koeltorens of andere aerosolproducerende waterinstallaties). Andere: blootstellingen in de thuisomgeving (bv. douche, kraan, regenwaterinstallatie, tuinslang of hogedrukreiniger).

8.2 Invasieve groep A streptokokken (iGAS)

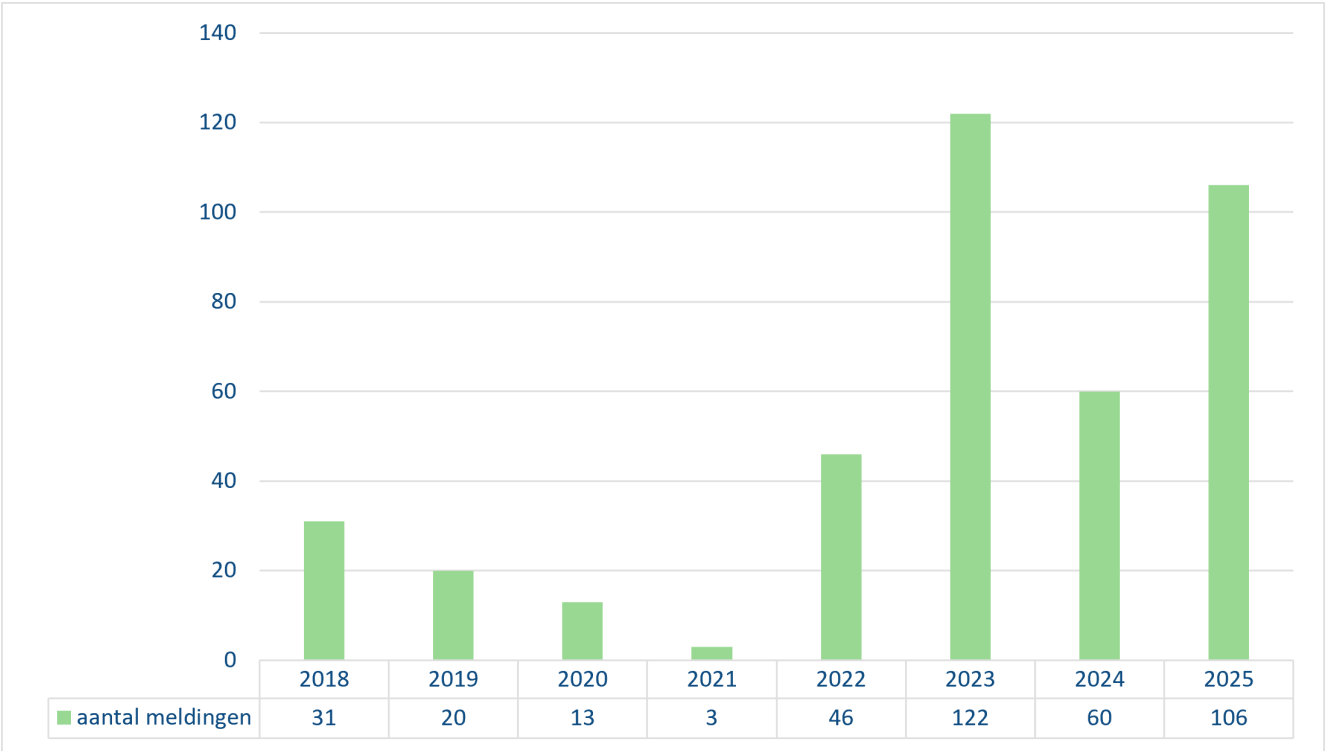
In 2025 werden in Vlaanderen 106 meldingen van invasieve groep A-streptokokkeninfecties (iGAS) geregistreerd, tegenover 60 in 2024 (figuur 28). Deze stijging moet voorzichtig worden geïnterpreteerd, aangezien de gevalsdefinitie vanaf januari 2025 werd uitgebreid. Waar voordien enkel streptococcal toxic shock syndrome (STSS), fasciitis necroticans en puerperale sepsis meldingsplichtig waren, omvat de meldingsplicht sinds 2025 alle invasieve infecties veroorzaakt door groep A-streptokokken. Hoewel in 2025 minder meldingen werden geregistreerd dan tijdens de [uitzonderlijke piek van 122 meldingen in 2023](#), is een rechtstreekse vergelijking is niet mogelijk wegens de gewijzigde gevalsdefinitie.

De stijging van het aantal meldingen lijkt dan ook grotendeels verklaard te worden door deze uitbreiding van de gevalsdefinitie. Het aantal meldingen van de klassieke ernstige presentaties, waaronder STSS, fasciitis necroticans en puerperale sepsis, bleef in dezelfde grootteorde als in voorgaande jaren. De toename van het totale aantal meldingen werd vooral veroorzaakt door bijkomende invasieve presentaties zoals sepsis, pneumonie, artritis en osteomyelitis (figuur 30).

De hoogste incidenties werden vastgesteld bij kinderen en vooral bij kinderen jonger dan één jaar (6,4 per 100.000 inwoners) en bij personen van 75 jaar en ouder (3,3 per 100.000 inwoners) (figuur 29). Dit U-vormige leeftijds patroon, met verhoogde incidenties bij zowel de jongste als de oudste leeftijdsgroepen, is consistent met de verhoogde kwetsbaarheid van deze populaties voor invasieve groep A-streptokokkeninfecties. Het zijn dan ook leeftijdsgroepen die, wanneer zij als hoogrisicocontact worden geïdentificeerd, in aanmerking kunnen komen voor chemoprophylaxe vanwege hun verhoogde risico op ernstige ziekte.

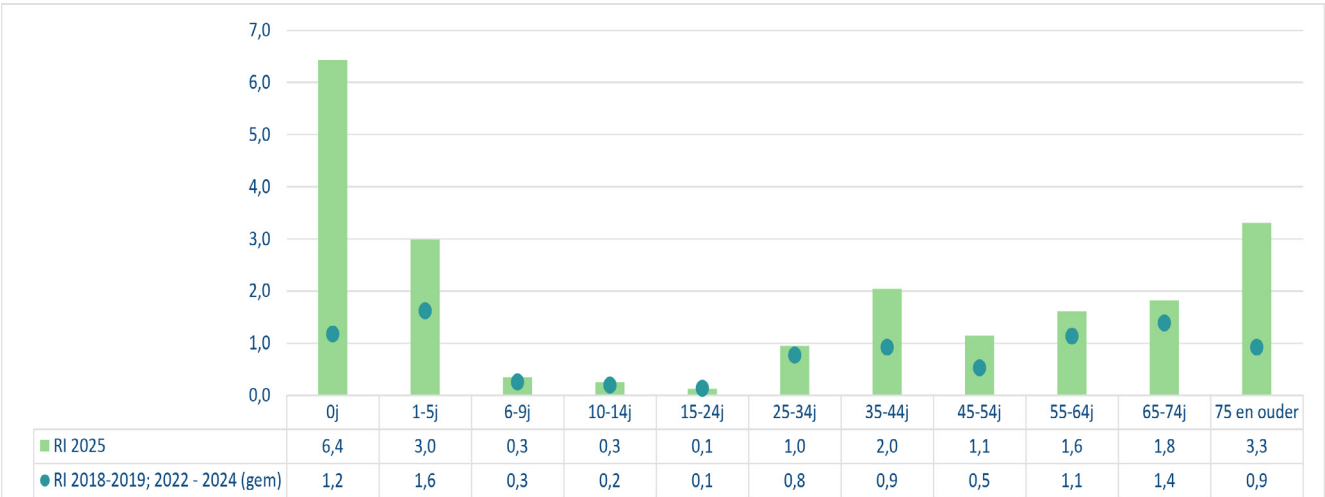
Sepsis was de meest gerapporteerde klinische presentatie, gevolgd door pneumonie, artritis en osteomyelitis (figuur 31). Meldingen werden gedurende het hele jaar geregistreerd, met een piek in de winter- en lentemaanden.

Figuur 28: Aantal registraties van Groep A Streptokokken, Vlaanderen, 2018-2025

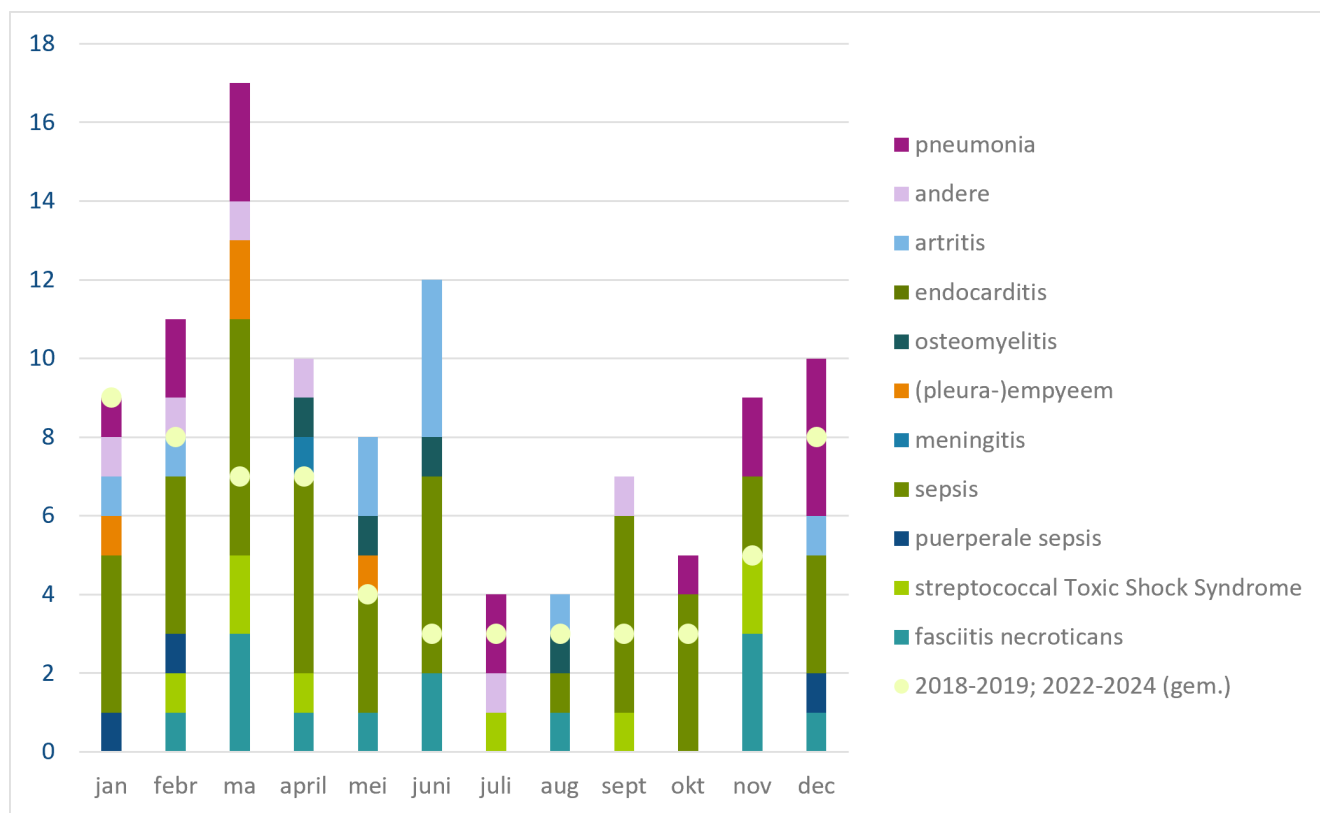


Aanpassing van de gevalsdefinitie in 2025: uitbreiding van de meldingsplicht naar alle invasieve infecties veroorzaakt door groep A-streptokokken (iGAS).

Figuur 29: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van Groep A Streptokokken, per leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



Figuur 30: Aantal registraties van Groep A Streptokokken, per ziektebeeld en maand, Vlaanderen, 2025 t.o.v. gemiddelde 2018-2019, 2022-2024



8.3 Mpox

In 2025 werden in Vlaanderen 34 bevestigde of waarschijnlijke gevallen van mpox gemeld. Net zoals in 2022, 2023 en 2024 werd het merendeel van de infecties vastgesteld bij MSM. Vijf infecties werden vastgesteld bij vrouwen, waaronder één persoon jonger dan 16 jaar die besmet werd binnen het gezin. Eén infectie bij een vrouw werd gelinkt aan een gay event; voor de overige gevallen bleef de vermoedelijke bron van infectie onbekend. Bij twee gevallen werd een zuigeling geïdentificeerd als nauw contact, zonder dat secundaire transmissie werd vastgesteld.

Twee patiënten werden gehospitaliseerd, hetzij omwille van de ernst van de infectie, hetzij om isolatiemaatregelen mogelijk te maken. Er werden geen sterfgevallen gerapporteerd. Bij dertien patiënten werd de infectie vermoedelijk in het buitenland verworven, waarvan vijf binnen de Europese Unie.

Moleculaire typering bevestigde dat de meeste gevallen behoorden tot clade IIb. Daarnaast werden in Vlaanderen in 2025 voor het eerst ook infecties veroorzaakt door subclade Ib vastgesteld, de variant die sinds 2024 aanleiding gaf tot internationale waakzaamheid wegens verspreiding in verschillende Afrikaanse landen.

8.4 Scabiës

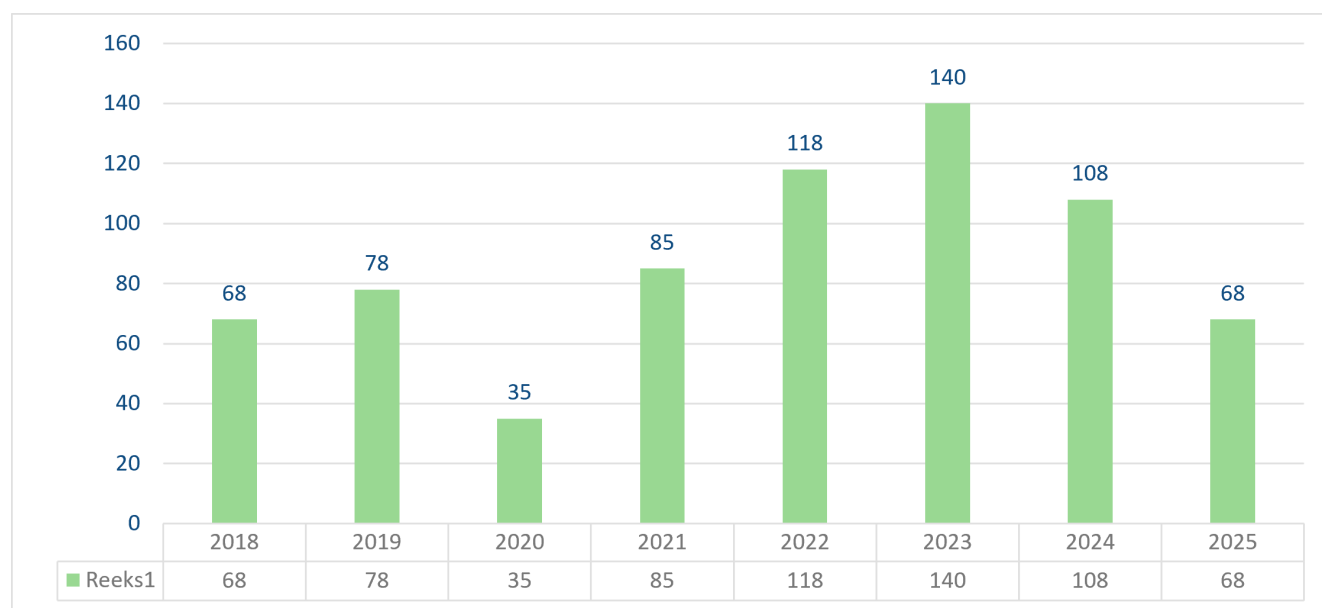
In 2025 werden in Vlaanderen 68 collectieve meldingen van scabiës geregistreerd, een duidelijke daling ten opzichte van de voorgaande jaren (108 meldingen in 2024 en 140 meldingen in 2023) (figuur 31).

Scabiësuitbraken werden gemeld in uiteenlopende types van collectieve settings (figuur 32). Van de meldingen waarbij het type collectiviteit gekend was, kwamen uitbraken het vaakst voor in kindercollectiviteiten: scholen (n=9), kinderdagverblijven of onthaalouders (n=7) en jeugdinstituten (n=3). Verder ook in zorginstellingen: woonzorgcentra (n=9) en een VAPH-instelling.

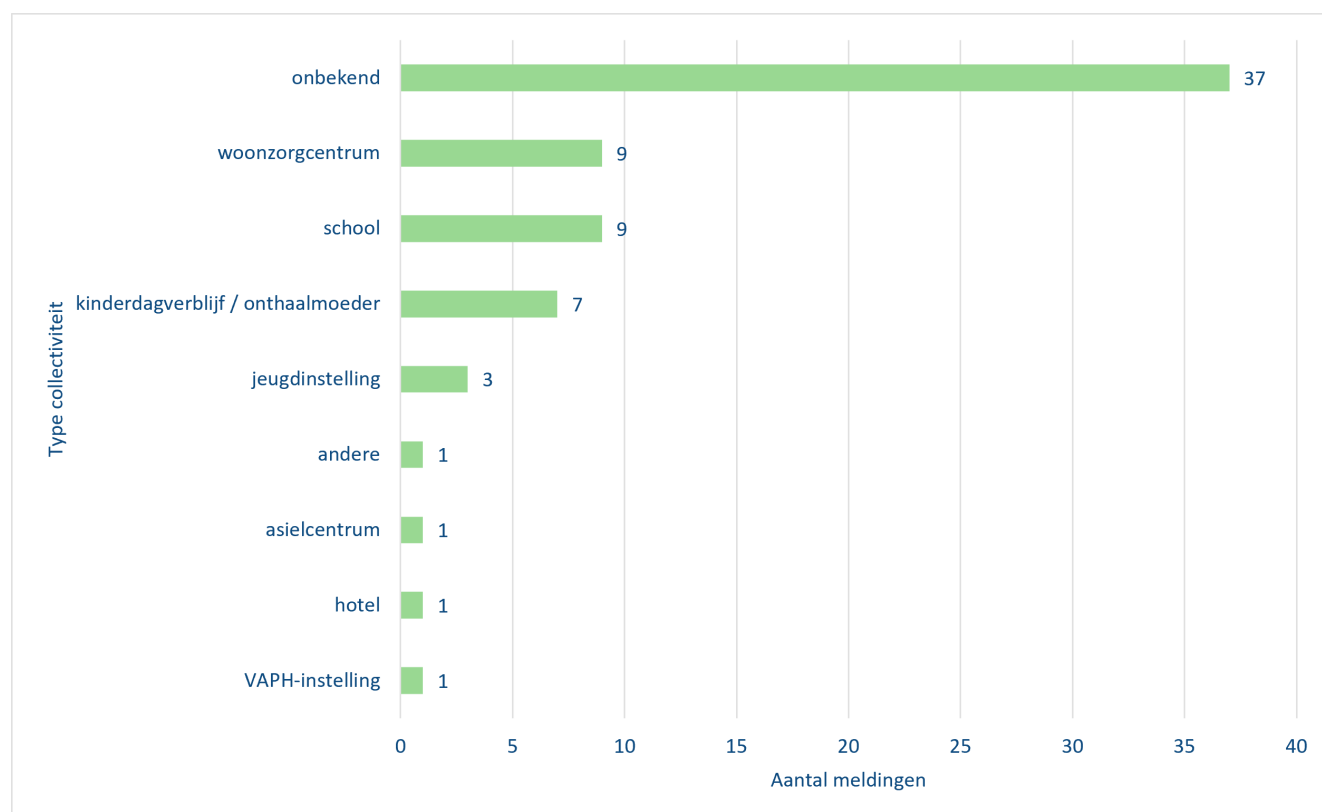
Bij meer dan de helft van de meldingen was het type collectiviteit niet geregistreerd. Hierdoor moet de verdeling van de uitbraken over de verschillende settings voorzichtig worden geïnterpreteerd. Er werd één melding gemaakt van een scabiës crustosa in een woonzorgcentrum met 16 secundaire gevallen (14 bewoners en twee personeelsleden) en 66 contacten die verschillende keren werden behandeld om de uitbraak onder controle te brengen.

De vastgestelde uitbraken illustreren en bevestigen dat scabiës zich kan verspreiden in settings waar personen gedurende langere tijd nauw contact hebben. Een snelle diagnose, gelijktijdige behandeling van gevallen en nauwe contacten, en een goede coördinatie tussen de betrokken instellingen en gezondheidsdiensten blijven essentieel om verdere transmissie te beperken.

Figuur 31: Aantal registraties van scabiës, per jaar in Vlaanderen, 2018-2025



Figuur 32: Aantal scabiës uitbraken per type collectiviteit in Vlaanderen, 2025



In het [Infectieziektebulletin van mei 2026](#) werd door Laisnez et al., een overzicht van de epidemiologie van scabiës in België gepubliceerd. Op basis van verschillende surveillancebronnen suggereren de auteurs dat de jarenlange stijging sinds 2011 mogelijk afvlakt sinds 2023. De predominantie van uitbraken in scholen, kinderdagverblijven en jeugdinstituten in Vlaanderen sluit aan bij Belgische gegevens waaruit blijkt dat scabiës vooral voorkomt bij adolescenten en jongvolwassenen en zich gemakkelijk verspreidt in settings met intensief en langdurig huidcontact.

Ter ondersteuning van de aanpak van individuele gevallen werd in [2024 een evidence based advies](#) ontwikkeld rond diagnostiek, behandeling, contactopsporing en profylactische behandeling van scabiës. Belangrijke wijzigingen zijn dat permethrine, benzylbenzoaat en ivermectine bij volwassenen en kinderen >15 kg als gelijkwaardige behandelingsopties worden beschouwd en dat nauwe contacten voortaan tweemaal worden behandeld in plaats van éénmaal. Deze aanbevelingen moeten bijdragen tot een betere beheersing van scabiësuitbraken in onder meer scholen, kinderopvangvoorzieningen en woonzorgcentra.

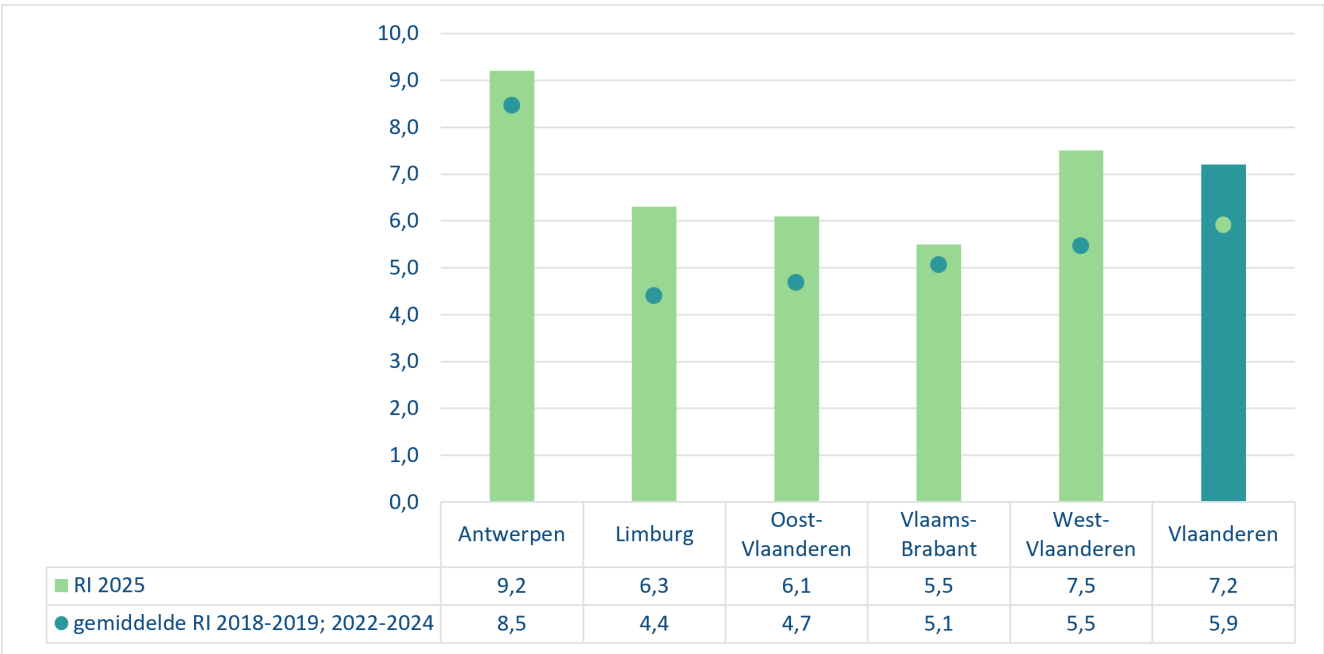
8.5 Tuberculose

In 2025 werden in Vlaanderen 493 gevallen van tuberculose gemeld, overeenkomend met een registratie-incidentie van 7,2 per 100.000 inwoners. De incidentie lag duidelijk boven het gemiddelde van de referentieperiode 2018–2019 en 2022–2024 (5,9 per 100.000 inwoners).

De stijging werd vastgesteld in bijna alle provincies, met de hoogste registratie-incidenties in Antwerpen (9,2 per 100.000 inwoners) en West-Vlaanderen (7,5 per 100.000 inwoners) (figuur 33). Enkel in Vlaams-Brabant bleef de stijging beperkter (5,5 per 100.000 inwoners).

Voor meer details zie [jaarverslagen](#) tuberculose.

Figuur 33: Aantal registraties van scabiës, per jaar in Vlaanderen, 2018-2025



Overzicht van te melden infectieziekten (in voege sinds 23/06/2024)^{1,2,3}

Vanaf 23 juni 2024 is het Ministerieel Besluit over meldingsplichtige infectieziekten in Vlaanderen gewijzigd. Vijf infectieziekten werden toegevoegd, voor 6 werd de gevalsdefinitie gewijzigd en 4 werden geschrapt. Toegevoegd: acute ernstige respiratoire infecties (opkomende virussen), mpox, tekenencefalitis (TBE), Candida auris en congenitale rubella. Aangepaste definitie: dengue, zika, chikungunya (alle gevallen), humane infecties met dierlijke influenza (ook niet-aviaire), en voedsel- en zorginfecties (vanaf 2 gelinkte gevallen). Syfilis en gonorrroe zijn niet meer meldingsplichtig. SARS en MERS worden nu gerapporteerd onder acute ernstige respiratoire infecties. Voor de rationale van deze aanpassingen, zie hier

Acute en ernstige respiratoire infecties in epidemiologische context van opkomende virussen ⁴	Mpox
Anthrax	Pertussis
Botulisme	Pest
Brucellose	Pokken
Candida auris	Poliomyelitis ⁸
Cholera	Psittacose
Chikungunya-infectie	Q-koorts
Congenitaal rubella syndroom	Rabies
Dengue	Salmonella typhi, S. paratyphi-infectie
Difterie	Scabies ⁹
STEC -infectie	Shigella-infectie
Gastro-enteritis ⁵	Streptococcus pyogenes-invasieve infectie
Gele koorts	Tekenencefalitis
Haemophilus influenzae type b-invasieve infectie	Tuberculose
Hepatitis A	Tularemie
Hepatitis B (acute)	Virale hemorrhagische koorts
Influenza van dierlijke oorsprong ⁶	Vlektyfus
Legionellose	Voedselinfectie ¹⁰
Leptospirose	West Nilevirusinfectie ¹¹
Malaria ⁷	Zikavirus
Mazelen	Zorginfecties door multiresistente micro-organismen ¹²
Meningokokkeninfectie-invasieve infectie	Ernstige infectie die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen

1 Vermoedelijke en geconfirmeerde gevallen, en elk vermoeden van een ernstige infectie die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen
2 Ministerieel Besluit 19/06/2009, B.S. 20/07/2009, Besluit van de Vlaamse Regering 19/06/2009, B.S. 16/09/2009, wijziging artikel 1, Ministerieel Besluit 19/06/2009 op 13/06/2024*
3 Alle ziekten die een onmiddellijk gevaar voor de bevolking kunnen betekenen
4 Sars-Cov-2-virus met ernstige kliniek, influenza van dierlijke oorsprong met snelle mens-op-mens transmissie of andere onbekende virussen met pandemisch potentieel omvat , inclusief infecties met SARS en MERS
5 Epidemische verheffing in een collectiviteit
6 Humane infectie met influenza van dierlijke oorsprong (of nieuw subtype) , alleen in de eerste weken
7 Malaria waarbij vermoed wordt dat de besmetting heeft plaatsgevonden op het Europese continent
8 Inclusief acute slappe parese
9 Collectieve infectie
10 Vanaf twee gevallen
11 Waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese Continent
12. Plotse toename van infecties in vergelijking met de normale incidentie

*Dit besluit trad in werking op 23/06/2024

Adressen en contactpersonen infectieziektebestrijding Vlaanderen

Teamverantwoordelijke infectieziekten

Philip Tavernier

philip.tavernier@vlaanderen.be

Arts-infectieziekten en epidemiologie

Naïma Hammami

naïma.hammami@vlaanderen.be

REGIO NOORD (ANTWERPEN)

Dr. Aaron Devos

Lange Kievitstraat 111, Bus 32

2018 Antwerpen

T02 553 08 93

aaron.devos@vlaanderen.be

REGIO OOST (LIMBURG EN VLAAMS BRABANT)

Dr. Wouter Dhaeze

Diestse poort 6 bus 52

3000 Leuven

T 02 553 08 93

wouter.dhaeze@vlaanderen.be

Dr. Fien Witters

Diestse poort 6 bus 52

3000 Leuven

T 02 553 08 93

fien.witters@vlaanderen.be

REGIO WEST (OOST/WEST VLAANDEREN)

Dr. Kris Keersmaekers

Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 55

9000 Gent

T 02 553 08 94

kris.keersmaekers@vlaanderen.be

Dr. Mark van den Elshout

Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 55

9000 Gent

T 02 553 08 94

mark.vandenelshout@vlaanderen.be

Permanentinummer meldingen infectieziekten: 02 512 93 89

Colofon

Redactie

Aaron Devos – Arts Infectieziektebestrijding Departement Zorg, Antwerpen

Naïma Hammami – Arts-infectieziekten en epidemiologie Departement Zorg

Heidi Theeten – Arts Vaccinatie Departement Zorg, Brussel

Wim Flipse – Arts infectieziektebestrijding GGD Zeeland

Dirk Wildemeersch – Arts Infectieziektebestrijding op rust Departement Zorg, Brussel

Valeska Laisnez - Epidemioloog infectieziekten Sciensano, Brussel

Adviseurs

Elizaveta Padalko - Professor Virologie, Universiteit Gent

Koen Blot - Diensthoofd Epidemiologie van Infectieziekten, Sciensano

Erika Vlieghe - Professor Infectieziekten, Universiteit Antwerpen

Steven Callens - Professor Infectieziekten, Universiteit Gent

Niel Hens - Professor Biostatistiek & Wiskundige Epidemiologie, Universiteiten van Antwerpen en Hasselt

Marleen Finoulst - Arts-journalist, hoofdredacteur Gezondheid en Wetenschap, CEBAM

Redactiesecretariaat

Cedric Van Cleemputte - Gezondheidspromotor, Departement Zorg, Gent

Verantwoordelijke uitgever

Departement Zorg olv Karine Moykens

Contact

Departement Zorg

Team infectieziektebestrijding en vaccinatie

Simon Bolivarlaan 17

1000 Brussel

infectieziektebulletin@vlaanderen.be

<https://www.departementzorg.be/nl/vlaams-infectieziektebulletin-medisch-tijdschrift>

Vlaams Infectieziektebulletin

<https://www.departementzorg.be/nl/vlaams-infectieziektebulletin-medisch-tijdschrift>

Cijferoverzichten infectieziekten

<https://www.departementzorg.be/cijfers-over-meldingsplichtige-infectieziekten>

Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen:

<https://www.departementzorg.be/nl/overzicht-infectieziekten>

Het Vlaams Infectieziektebulletin is een uitgave van het Departement Zorg en verschijnt minstens 3 keer per jaar. Artikelen variëren van outbreakartikelen en guidelines tot algemene artikelen over infectieziekten tot surveillance-overzichten. Het is een medisch digitaal tijdschrift met redactieleden van Zorg en Gezondheid, Sciensano en leden van diverse universiteiten. De digitale versie van het bulletin is beschikbaar op www.infectieziektebulletin.be.

De inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de artikelen berust bij de auteurs. Overname van artikelen is mogelijk na contactname met de redactie, mits bronvermelding en na toestemming van de auteur.

Voor het indienen van artikelen vindt u 'de richtlijnen voor auteurs' op de website van dit bulletin.

Via de website kunt u zich ook gratis abonneren op de elektronische versie van het bulletin.

Outbreaksurveillancecommunicatie op Europees niveau gebeurt ondermeer via het zustertijdschrift Eurosurveillance, ECDC (www.eurosurveillance.org).

Departement Zorg
Koning Albert II-laan 35 bus 30
1030 Brussel
www.departementzorg.be