

COVID-19-SURVEILLANCE

VEELGESTELDE VRAGEN

LINK NAAR VERSIE [FR](#) - ENG

INHOUDSTAFEL

1. Algemene context	3
1.1. Wat is de rol van Sciensano tijdens de COVID-19 epidemie?	3
1.2. Welke gegevens verzamelt Sciensano voor de COVID-19-surveillance?	3
1.3. Hoe waarborgt Sciensano de kwaliteit van de gegevens tijdens een gezondheidscrisis?	4
1.4. Is er een algemene regel bij het interpreteren van COVID-19-gegevens?	4
1.5. Waar kan ik de gegevens vinden die door Sciensano zijn verzameld?	4
1.6. Welke gegevens zijn beschikbaar via de COVID-19 open data portal?	5
1.7. Voor welke doeleinden worden de surveillancegegevens gebruikt?	5
2. Epidemiologische terminologie	5
2.1. Wat is het verschil tussen incidentie, prevalentie en andere epidemiologische basisconcepten?	5
3. Gegevens over door het laboratorium bevestigde COVID-19-gevallen.....	6
3.1. Hoe worden gegevens verzameld over door labo's bevestigde COVID-19-gevallen?	6
3.2. Waarom is het moeilijk om het aantal COVID-19-gevallen in verschillende landen te vergelijken?	7
3.3. Waarom is het gerapporteerde aantal bevestigde gevallen altijd laag voor de Laatste vermelde dag (dwz 'vandaag')?	7
3.4. Waarom zien de kaarten met het aantal gevallen en de kaarten met incidentie / 1000 inwoners er zo verschillend uit?	8
3.5. Waarom worden altijd minder gevallen tijdens de weekends gemeld?	8
3.6. Waarom is het aantal gerapporteerde gevallen 'in de Laatste 24 uur' niet hetzelfde zoals getoond in de grafiek in sectie 2.1 van het dagelijkse rapport?	9
4. Gegevens over gehospitaliseerde COVID-19-patiënten.....	10
4.1. Hoe worden gegevens verzameld over gehospitaliseerde COVID-19-patiënten?	10
4.2. Waarom is het aantal ziekenhuisopnames tussen 15 maart en dag x niet hetzelfde als het aantal gehospitaliseerde patiënten?	10
4.3. Waarom is het verschil tussen het aantal gehospitaliseerde patiënten tussen 2 opeenvolgende dagen niet hetzelfde als het verschil tussen nieuwe opnames en ontslagen?	12
4.4. Wat zijn de comorbiditeiten van gehospitaliseerde patiënten?	13
5. Gegevens over COVID-19-sterfgevallen.....	13
5.1. Hoe worden gegevens verzameld over COVID-19-sterfgevallen?	13
5.2. Hoe worden COVID-19-sterfgevallen gerapporteerd in België in vergelijking met andere landen?	13
5.3. Worden de sterfgevallen IN woonzorgcentra ook opgenomen in de dataset met betrekking tot de COVID-19-sterfgevallen?	14
5.4. Worden sterfgevallen die plaatsvinden buiten ziekenhuizen of woonzorgcentra ook opgenomen in de COVID-19-statistieken?	14
5.5. Bevatten de data over covid-19-sterfgevallen bevestigde gevallen en mogelijke gevallen?	15
5.6. Waarom komt het aantal gerapporteerde sterfgevallen in de afgelopen 24 uur niet overeen met het aantal sterfgevallen van de dag ervoor?	15
5.7. Waarom kan het aantal sterfgevallen voor een specifieke datum van de ene op de andere dag verminderen?	16
6. Gegevens van de surveillance van griepklachten.....	16
6.1. Hoe worden gegevens verzameld over griepaal syndroom?	16

1. Algemene context

1.1. WAT IS DE ROL VAN SCIENSANO TIJDENS DE COVID-19 EPIDEMIE?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en de Europese Unie (EU) gebieden dat iedere lidstaat een structuur heeft die in staat is om elke gezondheids crisis het hoofd te bieden. Daartoe heeft België een sterke structuur opgezet met 3 pijlers:

1. Risk Assessment Group (RAG)
2. Risk Management Group (RMG)
3. National Focal Point (NFP)

Sciensano (het Belgisch instituut voor gezondheid) coördineert de RAG die belast is met het beoordelen van de risico's voor de volksgezondheid op nationaal en internationaal vlak. Daartoe analyseert de RAG elk signaal met een mogelijke impact op de volksgezondheid. De RAG is samengesteld uit permanente leden die deskundigen in volksgezondheid zijn en die ondersteund worden door specifieke experts die worden uitgenodigd op basis van het signaaltipe, zoals bijvoorbeeld een infectieziekte of een milieuprobleem, enz. De RAG stelt preventieve en controlemaatregelen voor aan de RMG die is samengesteld uit de gezondheidsautoriteiten en als dusdanig beslist over de toe te passen maatregelen. Het NFP, binnen de Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, zorgt voor de uitvoering van de maatregelen in overleg met de verschillende entiteiten. Het NFP fungeert als tussenpersoon voor de communicatie met Europese en internationale instellingen. Meer informatie over de rol van Sciensano in het kader van een gezondheids crisis is te vinden op [onze website](#).

Op vraag van de gezondheidsautoriteiten coördineert Sciensano eveneens de ontwikkeling van de procedures die moeten opgevolgd worden door huisartsen, ziekenhuizen, laboratoria en patiënten in de context van de COVID-19-epidemie. Deze procedures zijn te vinden op [onze website](#).

Ten slotte heeft Sciensano een wettelijk vastgelegde surveillancetaak in het kader van de volksgezondheid ([wet van 25 februari 2018](#)). Daarom heeft Sciensano een surveillancesysteem opgezet om de COVID-19-epidemie in België te monitoren en verslag uit te brengen over de verzamelde gegevens.

1.2. WELKE GEGEVENS VERZAMELT SCIENSANO VOOR DE COVID-19-SURVEILLANCE?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

Met als doelstelling uitgebreide informatie te verkrijgen om de COVID-19-epidemie te monitoren, brengt Sciensano gegevensstromen uit verschillende bronnen bij elkaar. Zo verzamelt Sciensano gegevens over door het labo bevestigde COVID-19-gevallen ([zie sectie 3](#)), gehospitaliseerde COVID-19-patiënten ([zie sectie 4](#)) en COVID-19-sterfgevallen ([zie sectie 5](#)).

1.3. HOE WAARBORGT SCIENSANO DE KWALITEIT VAN DE GEGEVENS TIJDENS EEN GEZONDHEIDSCRISIS?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

Tijdens een gezondheids crisis waakt Sciensano voortdurend over de situatie op het terrein en zet het de relevante procedures voor gegevensverzameling op. De verzamelde gegevens worden gecontroleerd en geconsolideerd opdat ze betrouwbaar zouden zijn. Het is tevens mogelijk dat het aanleveren van gegevens door de gegevensverstrekkers niet onmiddellijk kan plaatsvinden. Daarom kan het even duren vooraleer een dataset compleet en "stabiel" is.

1.4. IS ER EEN ALGEMENE REGEL BIJ HET INTERPRETEREN VAN COVID-19-GEVEEVENS?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

Dagelijks wordt een "snapshot" van de gegevens genomen. In een dergelijke context is het belangrijk om voorzichtig te zijn bij het interpreteren van absolute cijfers (zie ook de vertraging in de rapportage zoals besproken in [vraag 1.3](#)). Er is een tendens om de nadruk te leggen op deze cijfers in termen van het "risico" dat men heeft om de ziekte te krijgen, terwijl het, om de evolutie van de COVID-19-epidemie te volgen, noodzakelijk is om trends te volgen in plaats van absolute cijfers.

Tijdens [de dagelijkse persconferentie](#) van het [Crisiscentrum](#) communiceren de interfederale COVID-19-woordvoerders een aantal kerncijfers met betrekking tot de COVID-19-epidemie en bespreken ze de belangrijke trends van dat moment.

1.5. WAAR KAN IK DE GEGEVENS VINDEN DIE DOOR SCIENSANO ZIJN VERZAMELD?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

De autoriteiten bevoegd voor het beheersen van deze crisis ontvangen dagelijks een epidemiologisch verslag. Op die manier kunnen zij hun acties en beslissingen baseren op nauwkeurige en actuele informatie.

Op basis van deze rapporten bespreken de interfederale COVID-19 woordvoerders de epidemiologische situatie tijdens de [dagelijkse persconferentie](#) van het Crisiscentrum om 11u.

Het [epidemiologisch rapport](#) is ook publiekelijk beschikbaar op onze [website](#). Elke donderdag kunt u op dezelfde webpagina een uitgebreider 'wekelijks' rapport raadplegen, met extra grafieken, trends en interpretaties.

U kunt ook op de hoogte blijven van de laatste cijfers via:

- [ruwe gegevens](#) en het bijbehorende [codeboek](#)
- [dynamische grafieken](#)

1.6. WELKE GEGEVENS ZIJN BESCHIKBAAR VIA DE COVID-19 OPEN DATA PORTAL?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

Specifieke datasets kunnen geconsulteerd worden via onze [website](#) (gratis). Deze worden dagelijks geüpdatet om 12u ('s middags).

De volgende datasets zijn beschikbaar als “open data”:

- Bevestigde gevallen per datum, leeftijd, geslacht en provincie
- Bevestigde gevallen per datum en gemeente
- Cumulatief aantal bevestigde gevallen per gemeente
- Ziekenhuisopnames per datum en provincie
- Sterfte per datum, leeftijd, geslacht en provincie
- Totaal aantal uitgevoerde testen per datum

1.7. VOOR WELKE DOELEINDEN WORDEN DE SURVEILLANCEGEGEVENS GEBRUIKT?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

De autoriteiten en de Risk Management Group gebruiken de surveillancegegevens om deze gezondheidscrisis te beheersen. Bovendien gebruiken statistisch-wiskundige modelleers deze gegevens om het toekomstige verloop van de epidemie te voorspellen, rekening houdend met de genomen maatregelen. Wij delen onze gegevens ook met het [Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding](#) (ECDC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), zodat een nauwkeurig beeld kan worden gevormd van de internationale situatie.

2. Epidemiologische terminologie

2.1. WAT IS HET VERSCHIL TUSSEN INCIDENTIE, PREVALENTIE EN ANDERE EPIDEMIOLOGISCHE BASISCONCEPTEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

In onze rapporten gebruiken we verschillende epidemiologische concepten om de huidige COVID-19-pandemie en haar evolutie te beschrijven. We gebruiken deze concepten zodat ze begrijpelijk zijn voor het grote publiek. Daarom kunnen onze definities afwijken van de klassieke leerboekdefinities van deze concepten. We gebruiken vijf verschillende concepten in onze rapportering:

- Aantal nieuwe gevallen: het aantal nieuwe bevestigde gevallen, ziekenhuisopnames of gerapporteerde sterfgevallen (dagelijkse update).

- Incidentie: het aantal nieuwe bevestigde gevallen, ziekenhuisopnames of sterfgevallen gerapporteerd gedurende een bepaalde periode (bijvoorbeeld de laatste 24u), in verhouding tot het bevolkingsaantal.
- Cumulatief aantal gevallen: het totale aantal bevestigde gevallen, ziekenhuisopnames of sterfgevallen dat sinds het begin van de uitbraak of een specifiek beginpunt is gemeld.
- Cumulatieve incidentie: het totale aantal bevestigde gevallen, ziekenhuisopnames of sterfgevallen dat sinds het begin van de uitbraak of een specifiek beginpunt is gemeld, in verhouding tot het bevolkingsaantal.
- Prevalentie: het aantal gevallen op een bepaald moment. Dit komt overeen met een foto van de situatie op een specifiek moment. Zo melden we bijvoorbeeld de prevalentie van ingenomen ziekenhuisbedden, d.w.z. het totale aantal ziekenhuisbedden dat door COVID-19 patiënten wordt ingenomen op een bepaald moment.

3. Gegevens over door het laboratorium bevestigde COVID-19-gevallen

3.1. HOE WORDEN GEGEVENS VERZAMELD OVER DOOR LABO'S BEVESTIGDE COVID-19-GEVALLEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

Volgens de [COVID-19-gevalsedefinitie en de aanbevelingen voor testen](#) worden personen gediagnosticeerd op basis van laboratoriumtest, uitgevoerd door het laboratorium van het nationaal referentiecentrum (KU Leuven) of door een perifeer laboratorium. Die diagnostiek omvat zowel moleculaire technieken als snelle antigeentesten. Patiënten met een positief laboratoriumresultaat zijn bevestigde gevallen.

Wij verzamelen gegevens over het aantal uitgevoerde tests en het aantal positieve en negatieve resultaten, evenals demografische basisgegevens (leeftijd, geslacht, postcode) via aanvraagformulieren die door de verschillende laboratoria die COVID-19 diagnosticeren naar Sciensano worden gestuurd.

De gegevensverzameling omvat ook de gegevens van bevestigde gevallen die worden verzameld door de regionale teams voor de controle van infectieziekten. In sommige gevallen wordt die informatie sneller aangeleverd dan de informatie van de laboratoria en op deze wijze wordt de dataset vervolledigd.

Sinds 10 april 2020 worden medewerkers en bewoners van woonzorgcentra systematisch getest door een nationaal testing platform in het kader van een specifieke teststrategie die enkel gericht is op de woonzorgcentra.

Op 22 april 2020 werd de teststrategie uitgebreid en sinds die datum kan iedereen die een ziekenhuisopname nodig heeft, inclusief daghospitalisatie (eerste keer), worden getest. Bovendien kan elke persoon die voor het eerst in een woongemeenschap komt (bijv.

woonzorgcentra, woongemeenschappen voor mensen met een beperking, jeugdcentra, gevangenissen, enz.) of elke inwoner van die woongemeenschap met compatibele symptomen, ook worden getest.

De gegevens over de door een laboratorium bevestigde COVID-19-gevallen worden gerapporteerd in de [dagelijkse en wekelijkse rapporten](#) en de [dynamische grafieken](#) en zijn beschikbaar via het [open dataportaal](#).

3.2. WAAROM IS HET MOEILIK OM HET AANTAL COVID-19-GEVALLEN IN VERSCHILLENDE LANDEN TE VERGELIJKEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

Elk land volgt zijn eigen teststrategie om te bepalen welke personen op COVID-19 moeten worden getest. Deze strategie evolueert en kan worden aangepast aan de epidemiologische situatie en de testcapaciteit.

Zo werden in België vanaf 11 maart 2020 enkel de gehospitaliseerde personen met acute ademhalingsklachten, zelfs als ze mild zijn, getest alsook gezondheidspersoneel en symptomatische personen (tot 5 personen) in een woongemeenschap zoals woonzorgcentra.

Bovendien worden het personeel en de bewoners van woonzorgcentra sinds 10 april 2020 systematisch getest in het kader van een specifieke screeningsstrategie die enkel gericht is op woonzorgcentra.

Op 22 april 2020 werd de teststrategie uitgebreid en sinds die datum kan iedereen die een ziekenhuisopname nodig heeft, inclusief daghospitalisatie (eerste keer), worden getest. Bovendien kan elke persoon die voor het eerst in een woongemeenschap komt (bijv. woonzorgcentra, woongemeenschappen voor mensen met een beperking, jeugdcentra, gevangenissen, enz.) of elke inwoner van die woongemeenschap met compatibele symptomen, ook worden getest.

De teststrategieën en het verloop van de epidemie verschillen van land tot land. Daarom blijft een vergelijking van het aantal gevallen tussen twee landen moeilijk.

3.3. WAAROM IS HET GERAPPORTEERDE AANTAL BEVESTIGDE GEVALLEN ALTIJD LAAG VOOR DE LAATSTE VERMELDE DAG (DWZ 'VANDAAG')?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

Er zijn twee belangrijke redenen voor deze schijnbare onderschatting:

1. Ten eerste, om de dagelijkse rapporten en de open data gegevens klaar te maken, baseren we ons op de situatie om 16u. De gegevens voor de laatste dag in de tijdreeks zijn daarom altijd onvolledig.
2. Ten tweede vereisen de gerapporteerde gegevens van de afgelopen 2 dagen altijd een geleidelijke consolidatie.

Dit impliceert dat de gegevens die de afgelopen 2 dagen zijn gerapporteerd, zullen worden bijgewerkt in toekomstige dagelijkse rapporten en in het open dataportaal. Met andere

woorden, onze dataset is dynamisch en onderhevig aan voortdurende actualisering en verbetering van de reeds gerapporteerde gegevens.

3.4. WAAROM ZIEN DE KAARTEN MET HET AANTAL GEVALLEN EN DE KAARTEN MET INCIDENTIE / 1000 INWONERS ER ZO VERSCHILLENDE UIT?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

De kaarten met het (absolute) aantal gevallen per gemeente maken het gemakkelijk om te zien waar het grootste aantal gevallen zich voordoet. Deze resultaten worden echter ook sterk beïnvloed door de bevolkingsdichtheid van de verschillende gemeenten. Voor grotere gemeenten, met een groter aantal inwoners, wordt immers sneller een groter aantal COVID-19-gevallen geobserveerd.

Om de ziektelast tussen verschillende gemeenten met een verschillend aantal inwoners onderling te vergelijken wordt ook het aantal nieuwe gevallen in functie van het aantal inwoners in kaart gebracht. De incidentiecijfers worden berekend per 1000 inwoners. Deze kaarten kunnen een indicatie geven waar het 'risico' op infectie het grootst is.

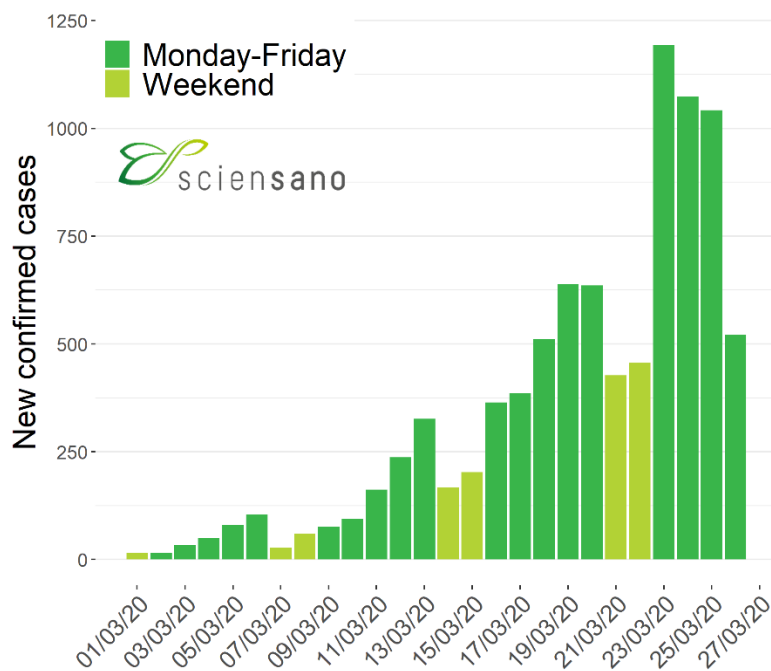
3.5. WAAROM WORDEN ALTIJD MINDER GEVALLEN TIJDENS DE WEEKENDS GEMELD?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

De afgelopen weken hebben we een dip waargenomen in gevallen die in het weekend zijn gemeld (zie afbeelding in het lichtere groen). Dit kan verschillende oorzaken hebben:

1. Allereerst kunnen patiënten terughoudender zijn om in het weekend naar de huisarts of het ziekenhuis te gaan en verkiezen tot maandag te wachten.
2. Ten tweede is het mogelijk dat tijdens de weekends minder personeel werkzaam is in ziekenhuizen en diagnostische laboratoria, wat de verwerking van stalen en de rapportage van resultaten kan vertragen.

Dit weekendeffect wordt vooral gezien bij het aantal gemelde gevallen, minder bij het aantal ziekenhuisopnames en bijna niet bij het aantal sterfgevallen.



3.6. WAAROM IS HET AANTAL GERAPPORTEERDE GEVALLEN 'IN DE LAATSTE 24 UUR' NIET HETZELFDE ZOALS GETOOND IN DE GRAFIEK IN SECTIE 2.1 VAN HET DAGELIJKSE RAPPORT?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatste bijgewerkt op 01/05/2020

De reden voor dit duidelijke verschil is het feit dat het aantal bevestigde gevallen in 'de afgelopen 24 uur' verwijst naar gevallen die zijn gemeld in de afgelopen 24 uur, maar die niet noodzakelijkerwijs zijn gediagnosticeerd in de afgelopen 24 uur. De gemelde gevallen kunnen een diagnosedatum of een staalafnamedatum in het verleden hebben, omdat het enige tijd kost om de diagnose en de gegevens te consolideren.

Aangezien de grafiek het aantal gevallen weergeeft op de datum dat het staal is afgenomen of de laboratoriumdiagnose is bevestigd, worden de nieuwe gevallen die in de afgelopen 24 uur zijn gemeld over meerdere dagen verspreid in de grafiek. Dit illustreert nogmaals dat onze database dynamisch is en onderhevig is aan continue actualisering en verbetering van de reeds gerapporteerde gegevens.

4. Gegevens over gehospitaliseerde COVID-19-patiënten

4.1. HOE WORDEN GEGEVENS VERZAMELD OVER GEHOSPITALISEERDE COVID-19-PATIËNTEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

Gegevens over ziekenhuisopnames worden aangeleverd via twee afzonderlijke vragenlijsten:

- Alle Belgische ziekenhuizen met een dienst voor intensieve zorgen (ICU) moeten geaggregeerde gegevens verstrekken over het aantal gehospitaliseerde en overleden COVID-19-patiënten via een dagelijkse online enquête. Sinds 24 maart 2020 is deze database de officiële referentie voor het opvolgen van COVID-19-sterfgevallen in ziekenhuizen.

Deze informatie vindt u in het [dagelijks rapport](#) en het [open dataportaal](#).

- Bovendien verstrekken alle ziekenhuizen in België individuele gegevens van hun gehospitaliseerde patiënten met een bevestigde COVID-19-infectie via een online enquête met 2 vragenlijsten: één bij opname en één bij ontslag.

Een samenvatting van deze informatie vindt u in het wekelijks rapport.

4.2. WAAROM IS HET AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES TUSSEN 15 MAART EN DAG X NIET HETZELFDE ALS HET AANTAL GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

We zullen het dagelijkse rapport van 28/03 gebruiken om deze vraag te beantwoorden. Het rapport is te downloaden via https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200328%20-%20NL.pdf.

In de laatste 24 uur werden 575 patiënten met COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen en 205 verlieten het ziekenhuis. Tussen 15 en 27 maart werden 3913 patiënten met COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis en 1063 personen verlieten het ziekenhuis.

Verdere informatie: <https://www.info-coronavirus.be/nl/>

2



Op 27 maart werden 3717 ziekenhuisbedden ingenomen door COVID-19 bevestigde patiënten, waarvan 789 bedden op intensieve zorgen.

Het eerste cijfer (3913) geeft de cumulatieve incidentie weer van ziekenhuisopnames tussen 15 maart en dag x (de som van alle nieuwe opnames binnen deze periode). We gebruiken 15 maart als uitgangspunt, omdat dit de datum is vanaf wanneer de meeste ziekenhuizen (met een ICU-afdeling) dagelijks deelnemen.

Het tweede cijfer (3717) staat voor het totale aantal ziekenhuisbedden dat momenteel wordt ingenomen door COVID-19-patiënten. Dit is een prevalentie (zie vraag 2.1). Het is een “foto” van een bepaald moment, de observatie van een statische situatie: het aantal bedden dat op dat specifieke moment ingenomen is. Deze indicator bevat dus geen notie van beweging, opnames, ontslagen enzovoort.

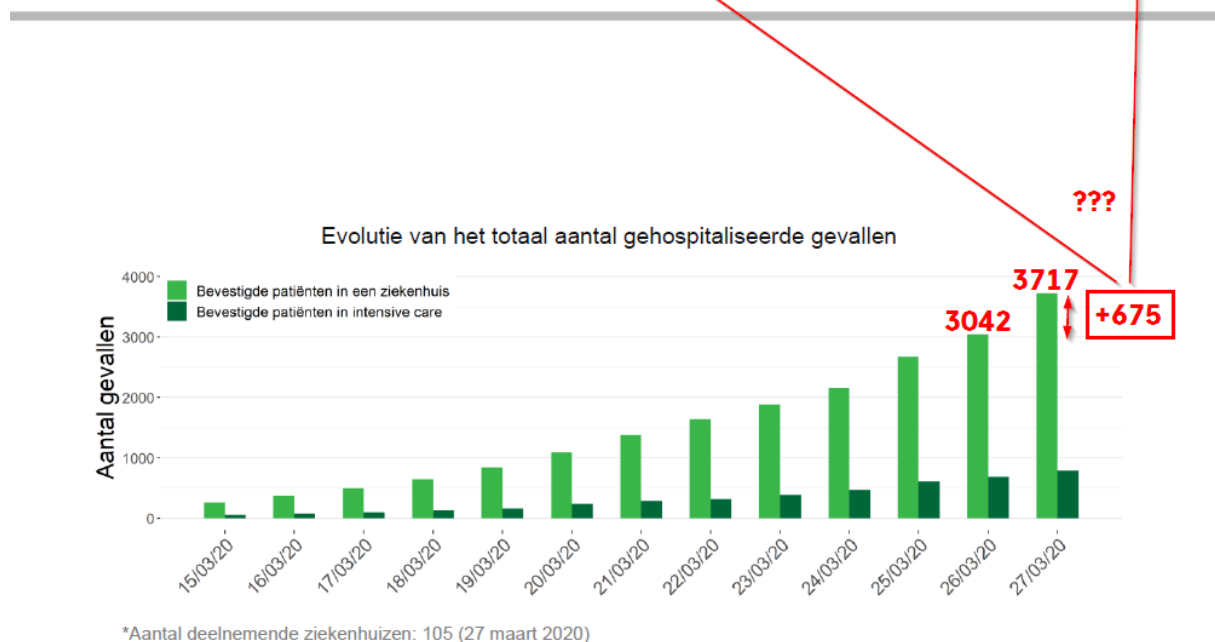
4.3. WAAROM IS HET VERSCHIL TUSSEN HET AANTAL GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN TUSSEN 2 OPEENVOLGENDE DAGEN NIET HETZELFDE ALS HET VERSCHIL TUSSEN NIEUWE OPNAMES EN ONTSLAGEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatste bijgewerkt op 01/05/2020

We zullen het dagelijkse rapport van 28/03 gebruiken om deze vraag te beantwoorden. Het rapport is te downloaden via https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200328%20-%20NL.pdf.

In de laatste 24 uur werden 575 patiënten met COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen en 205 verlieten het ziekenhuis. Tussen 15 en 27 maart werden 3913 patiënten met COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis en 1063 personen verlieten het ziekenhuis.

Verdere informatie: <https://www.info-coronavirus.be/nl/>



Op 27 maart werden 3717 ziekenhuisbedden ingenomen door COVID-19 bevestigde patiënten, waarvan 789 bedden op intensieve zorgen.

Deze schijnbare discrepantie heeft meerdere redenen, en het relatieve belang van elke specifieke reden kan van dag tot dag verschillen. Belangrijk om op te merken is dat incidentie (nieuwe opnames) en prevalentie (ingenomen bedden) afzonderlijk worden opgevraagd; men kan deze dus niet wiskundig van elkaar afleiden.

a) een verschil in prevalentie is niet alleen het gevolg van nieuwe opnames en ontslagen, maar ook van nieuwe sterfgevallen in het ziekenhuis.

b) ca. 99% van de ziekenhuizen rapporteert elke dag, maar het aandeel van rapporterende ziekenhuizen kan van dag tot dag verschillen; zelfs als maar één groot ziekenhuis wel of niet rapporteert, kan dit al merkbare verschillen opleveren.

c) nieuwe “bevestigde” ziekenhuispatiënten worden mogelijk niet altijd gemeld als “nieuwe opnames” als de patiënt al in het ziekenhuis was opgenomen als “vermoedelijke” patiënt. Ze worden echter wel meegeteld in de prevalentie. We werken samen met de ziekenhuizen om de rapportage consistentier te maken.

4.4. WAT ZIJN DE COMORBIDITEITEN VAN GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

Details over hospitalisatie, inclusief de comorbiditeiten, vindt u in ons [wekelijks rapport](#) op onze website. We updaten deze informatie één keer per week op vrijdag

5. Gegevens over COVID-19-sterfgevallen

5.1. HOE WORDEN GEGEVENS VERZAMELD OVER COVID-19-STERFGEVALLEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

Sciensano verzamelt en combineert gegevens van verschillende bronnen over alle sterfgevallen door een mogelijke of een bevestigde COVID-19-infectie:

- Dagelijkse rapportering van ziekenhuizen aan Sciensano ([zie vraag 4.1](#)).
- Dagelijkse rapportering van woonzorgcentra aan de regionale autoriteiten.
- Verplichte melding van huisartsen aan de regionale autoriteiten.

5.2. HOE WORDEN COVID-19-STERFGEVALLEN GERAPPORTEERD IN BELGIË IN VERGELIJKING MET ANDERE LANDEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

Elk land heeft zijn eigen rapportagestrategie voor de COVID-19-sterfgevallen, afhankelijk van hun mogelijkheid om data van buiten de ziekenhuizen op te nemen in hun gegevensverzameling.

Sterfgevallen **in ziekenhuizen** worden in België gemeld via de “hospital surge capacity survey” door de ziekenhuizen en hebben tot nu toe alleen betrekking op sterfgevallen door COVID-19 bevestigd met een laboratoriumtest of op basis van een CT-scan van de thorax met suggestieve klinische presentatie van COVID-19.

Sterfgevallen **buiten het ziekenhuis** (woonzorgcentra en andere plaatsen) worden gemeld door de regionale autoriteiten en hebben betrekking op bevestigde en mogelijke COVID-19-sterfgevallen. Mogelijke sterfgevallen betreffen patiënten die geen diagnostische test hebben

gehad maar die voldeden aan de door de arts vastgestelde klinische criteria voor COVID-19. Dit is het geval voor de meeste mensen die buiten het ziekenhuis sterven.

In de dagelijkse epidemiologische rapporten van Sciensano vindt u een tabel die het totale aantal sterfgevallen in verschillende Europese landen met elkaar vergelijkt. Een beperking van deze vergelijking is dat de registratie van COVID-19-sterfgevallen in België nogal ruim is (met de inclusie van bevestigde en mogelijke gevallen, zowel gehospitaliseerd als niet-gehospitaliseerd) terwijl andere landen striktere registratiecriteria hebben. Een andere interessante invalshoek is de vergelijking van de wekelijkse oversterfte door alle oorzaken tussen de verschillende Europese landen, uitgevoerd door EuroMOMO.

5.3. WORDEN DE STERFGEVALLEN IN WOONZORGCENTRA OOK OPGENOMEN IN DE DATASET MET BETREKKING TOT DE COVID-19-STERFGEVALLEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

De surveillance van sterfgevallen van bevestigde COVID-19-gevallen in ziekenhuizen weerspiegelt niet de werkelijke omvang van aan COVID-19-gerelateerde sterfte in de populatie. Om de statistieken over COVID-19-gerelateerde sterfte zo volledig mogelijk te maken worden ook de COVID-19-sterfgevallen buiten het ziekenhuis (bijv. in woonzorgcentra) toegevoegd. Dit betreft zowel bevestigde als mogelijke COVID-19-sterfgevallen. De sterfgevallen van bewoners van woonzorgcentra in het ziekenhuis worden opgenomen in de cijfers van sterfgevallen in ziekenhuizen. Momenteel kunnen ze niet onderscheiden worden in het geheel van alle sterfgevallen in het ziekenhuis. Sterfgevallen van bewoners van woonzorgcentra in het woonzorgcentrum zelf worden gemeld door de regionale autoriteiten.

Sterfgevallen van bewoners van woonzorgcentra worden geregistreerd als individuele sterfgevallen in Wallonië en Brussel, terwijl de Vlaamse regionale autoriteit enkel geaggregeerde informatie over sterfgevallen verstrekt aan Sciensano. Voor Vlaanderen ontbreken daarom de leeftijd, het geslacht en de exacte datum van overlijden. De sterfgevallen worden geclassificeerd op basis van de datum rapportering van overlijden bij de regionale autoriteit. De sterfgevallen in woonzorgcentra worden met een vertraging van 2 dagen opgenomen in de dataset van COVID-19-sterfgevallen.

Dit verklaart waarom er zoveel sterfgevallen zijn met ontbrekende gegevens voor leeftijd en geslacht voor bewoners van woonzorgcentra. Vermoedelijk zijn de meeste mensen die in Vlaamse woonzorgcentra zijn overleden zonder precieze informatie over hun leeftijd ouder dan 65 jaar.

5.4. WORDEN STERFGEVALLEN DIE PLAATSVINDEN BUITEN ZIEKENHUIZEN OF WOONZORGCENTRA OOK OPGENOMEN IN DE COVID-19-STATISTIEKEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

Ja, sterfgevallen die thuis of in andere instellingen en residentiële collectiviteiten plaatsvinden, worden door de arts gemeld aan de regionale autoriteiten en vervolgens doorgegeven aan Sciensano en opgenomen in de COVID-19-statistieken, voor zover de rapportage compleet is.

5.5. BEVATTEN DE DATA OVER COVID-19-STERFGEVALLEN BEVESTIGDE GEVALLEN EN MOGELIJKE GEVALLEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 01/05/2020

Ja, de gegevens over COVID-19-sterfgevallen omvatten zowel gevallen die zijn bevestigd door een laboratoriumtest of CT-scanner van de thorax als mogelijke gevallen. Vóór 30 maart 2020 werden alleen bevestigde gevallen gemeld. Sinds 30 maart 2020 omvatten de gegevens zowel bevestigde gevallen als personen met een mogelijke COVID-19-infectie die buiten het ziekenhuis stierven. Deze inclusie is retroactief gebeurd.

Omdat de surveillance van sterfgevallen van bevestigde COVID-19 gevallen in het ziekenhuis niet de ware omvang van aan COVID-19-gerelateerde sterfte in een populatie weerspiegelt, nemen we ook COVID-19-sterfgevallen op die buiten het ziekenhuis plaatsvonden (bijv. in woonzorgcentra). Het betreft zowel bevestigde als mogelijke COVID-19-sterfgevallen. Mogelijke sterfgevallen betreffen patiënten die geen diagnostische test voor COVID-19 hebben gekregen, maar voldeden aan de klinische criteria voor COVID-19, zoals beoordeeld door de arts. Dit is het geval voor de overgrote meerderheid van de mensen die buiten het ziekenhuis sterven. Wat betreft de sterfgevallen in woonzorgcentra wordt in onze rapporten onderscheid gemaakt tussen bevestigde en mogelijke COVID-19-gevallen

5.6. WAAROM KOMT HET AANTAL GERAPPORTEERDE STERFGEVALLEN IN DE AFGELOPEN 24 UUR NIET OVEREEN MET HET AANTAL STERFGEVALLEN VAN DE DAG ERVOOR?

Vraag toegevoegd 03/04/2020 | Laatst bijgewerkt 01/05/2020

Het aantal extra sterfgevallen dat in het dagelijks rapport wordt weergegeven, is het aantal sterfgevallen dat in de laatste 24 uur aan Sciensano is gemeld. Het komt dus niet overeen met het aantal nieuwe sterfgevallen die zich alleen de dag ervoor hebben voorgedaan, in die zin dat de gerapporteerde sterfgevallen een datum van overlijden in het verleden kunnen hebben. De reden hiervoor is dat er een vertraging van enkele dagen kan zijn tussen het overlijden en het moment dat het overlijden wordt gemeld. Elk sterfgeval wordt geclassificeerd op basis van de datum van overlijden. Tot slot zijn de gegevens over het aantal gemelde sterfgevallen voor de laatste dag van de tijdreeks altijd onvolledig, aangezien onze gegevensverzameling voor die dag halverwege de dag wordt afgesloten.

Zo werden op 5 april 2020 164 nieuwe sterfgevallen gemeld. Dit komt overeen met het verschil tussen het totale aantal gemelde sterfgevallen op 5 april (1447) en op 4 april (1283). In onderstaande grafiek is te zien hoe deze extra sterfgevallen zijn verdeeld volgens datum van overlijden.

Daarnaast nemen zes ziekenhuizen deel aan deze surveillance. Sinds het griepseizoen 2011-2012 registreert dit netwerk alle episodes van ernstige acute luchtwegeninfecties (SARI) waarvoor hospitalisatie noodzakelijk is die zich voordoen in de periode van hoge griepactiviteit. de surveillance begint zodra de eerste tekenen van circulatie van het influenzavirus door het [NRC voor influenza](#) worden gedetecteerd en eindigt ten minste 3 weken nadat de incidentie van influenza-achtige syndromen (verzameld via het [peilnetwerk van huisartsen](#)) weer onder de epidemische drempel is gedaald. Voor elke episode worden de demografische kenmerken, symptomen, risicofactoren en comorbiditeiten van de patiënt, de vaccinatiestatus, de behandeling, de ernst en de klinische uitkomst geregistreerd tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Naast deze klinische gegevensregistratie verzamelt het ziekenhuis van elke patiënt een nasofaryngeaal staal, dat microbiologisch wordt getest door het [NRC voor influenza](#).

De influenzasurveillance verloopt in nauwe samenwerking met het [NRC voor influenza](#), dat voor een (willekeurige) subgroep van de geregistreerde gevallen een klinisch staal microbiologisch onderzoekt op influenza, en vanaf maart 2020 ook voor SARS-CoV-2.

De [resultaten van de influenzasurveillance](#) zijn te vinden op onze website:

Deze worden ook opgenomen in het [wekelijkse COVID-19-rapport](#) dat eveneens beschikbaar is via onze website.