

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 gezondheids crisis? | 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 | 6 |
| 2.1. Wat is het verschil tussen incidentie, prevalentie en andere epidemiologische basisconcepten? | 6 |
| 2.2. Welke populatie wordt gebruikt voor de incidentieberekeningen? | 6 |
| 2.3. Wat is een voortschrijdend gemiddelde en hoe wordt het berekend? | 6 |
| 2.4. Welke data markeren de verschillende golven van de COVID-19—epidemie in België? | 8 |
| 2.5. Welke schaal wordt er gebruikt voor de gekleurde geografische kaarten in het epidemiologisch rapport? | 10 |
| 3. Gegevens over COVID-19-gevallen | 12 |
| 3.1. Hoe worden gegevens verzameld over COVID-19-gevallen? | 12 |
| 3.2. Welke gegevens gebruiken we om gevallen en uitgevoerde testen te rapporteren? | 13 |
| 3.3. Hoe wordt er verzekerd dat enkel nieuwe COVID-19-gevallen in rekening gebracht worden? | 17 |
| 3.4. Waarom is het moeilijk om het aantal COVID-19-gevallen in verschillende landen te vergelijken? | 18 |
| 3.5. Waarom is het gerapporteerde aantal bevestigde gevallen altijd laag voor de Laatste vermelde dag? | 19 |
| 3.6. Waarom worden altijd minder gevallen tijdens de weekends gemeld? | 19 |
| 3.7. Worden serologische resultaten ook meegenomen in het aantal bevestigde COVID-19-patiënten? | 20 |
| 4. Gegevens over de uitgevoerde testen en de positiviteitsratio | 21 |
| 4.1. Wat is de positiviteitsratio en hoe wordt deze berekend? | 21 |
| 4.2. Waarom is de positiviteitsratio die in het epidemiologisch bulletin vermeld wordt niet gelijk aan het aantal nieuwe gevallen gedeeld door het aantal testen voor diezelfde periode? | 21 |
| 4.3. Om welke redenen kan een persoon meerdere keren getest worden? | 22 |
| 4.4. Waarom is het aantal positieve testen in de open datatabel “TESTS” niet gelijk aan het aantal gevallen in “CASES_AGESEX”? | 22 |
| 5. Gegevens over gehospitaliseerde COVID-19-patiënten | 23 |
| 5.1. Hoe worden gegevens verzameld over gehospitaliseerde COVID-19-patiënten? | 23 |
| 5.2. Waarom is het verschil tussen het aantal gehospitaliseerde patiënten tussen 2 opeenvolgende dagen niet hetzelfde als het verschil tussen nieuwe opnames en ontslagen? | 24 |
| 5.3. Welke patiënten worden meegeteld in het aantal opnames in het ziekenhuis? | 25 |
| 5.4. Hoe worden nieuwe opnames ingedeeld per provincie? | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 6. Gegevens over COVID-19-sterfgevallen | 27 |
| 6.1. Hoe worden gegevens verzameld over COVID-19-sterfgevallen?..... | 27 |
| 6.2. Hoe worden COVID-19-sterfgevallen gerapporteerd in België in vergelijking met andere landen? En hoe kunnen we deze cijfers vergelijken? | 27 |
| 6.3. Worden de sterfgevallen in woonzorgcentra ook opgenomen in de dataset met betrekking tot de COVID-19-sterfgevallen?..... | 28 |
| 6.4. Hoe wordt het aantal sterfgevallen van bewoners van woonzorgcentra verkregen? | 28 |
| 6.5. Worden sterfgevallen die plaatsvinden buiten ziekenhuizen of woonzorgcentra ook opgenomen in de COVID-19-statistieken? | 29 |
| 6.6. Bevatten de data over COVID-19 sterfgevallen bevestigde gevallen en mogelijke gevallen? | 29 |
| 6.7. Waarom kan het aantal sterfgevallen voor een specifieke datum van de ene op de andere dag verminderen?..... | 29 |
| 6.8. Welke wijzigingen in de gegevensverzameling zijn aangebracht?..... | 30 |
| 7. Gegevens van de surveillance van griepklachten | 32 |
| 7.1. hoe worden gegevens verzameld over griepaal syndroom?..... | 32 |
| 8. Moleculaire surveillance | 33 |
| 8.1. Wat is een moleculaire surveillance ?..... | 33 |
| 8.2. Hoe wordt de moleculaire surveillance in België georganiseerd? | 33 |
| 8.3. Hoe wordt de informatie over de verschillende varianten door Sciensano verzameld, geregistreerd en gerapporteerd? | 34 |
| 8.4. Hoe wordt de moleculaire surveillance op internationaal niveau gerapporteerd? | 35 |
| 9. Gegevens over de surveillance van vaccinaties | 36 |
| 9.1. Hoe worden de gegevens verzameld over de surveillance van vaccinaties? | 36 |
| 9.2. Welke gegevens worden in Vaccinnet+ verzameld en naar Sciensano verzonden? | 36 |
| 9.3. Hoe zien de verschillende schema's van de vaccins tegen COVID-19 er in België uit? | 37 |
| 9.4. Hoe wordt de vaccinatiegraad gerapporteerd? | 40 |
| 9.5. Wat is de betekenis van de termen «minstens één dosis» , «primair vaccinatieschema», «+BOOSTER» en «+hervaccinatie» die wordt gebruikt bij de surveillance van COVID-19-vaccinaties? | 42 |
| 9.6. Waarom kunnen de door Sciensano gerapporteerde cijfers over de surveillance van vaccinatie schommelen? | 43 |
| 9.7. Hoe worden doorbraakinfecties gedefinieerd en opgevolgd door Sciensano? | 44 |
| 9.8. Hoe wordt de impact van vaccinatie beoordeeld? | 45 |
| 9.9. Zijn de cijfers die Sciensano gebruikt voor de surveillance van vaccinaties beschikbaar voor het grote publiek? | 46 |
| 9.10. Waar vind ik cijfers over de distributie van vaccins in België? | 46 |
| 9.11. Waar kan ik informatie vinden over mogelijke bijwerkingen van vaccins? | 46 |

1. Algemene context

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

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 23/06/2020

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. Het is de Risk Management Group die de inhoud van de procedures valideert en vervolgens worden ze operationeel. De 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 24/09/2020

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 5](#)) en COVID-19-sterfgevallen ([zie sectie 6](#)).

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 gezondheidscrisis 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-GEGEVENS?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 24/09/2020

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 persconferenties](#) 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 24/09/2020

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 persconferenties van het Crisiscentrum om 11u.

Het [epidemiologisch rapport](#) is ook publiekelijk beschikbaar op onze [website](#).

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 24/09/2020

Specifieke datasets kunnen geconsulteerd worden via onze [website](#) (gratis). Deze worden elke nacht geüpdatet

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 modellers 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.

2.2. WELKE POPULATIE WORDT GEBRUIKT VOOR DE INCIDENTIEBEREKENINGEN?

Vraag toegevoegd 20/06/2022 | Laatste bijgewerkt 20/06/2022

Als noemer worden de recentste officiële cijfers over de wettelijke Belgische bevolking gebruikt. De bevolkingscijfers op 1 januari 2020 werden gebruikt tot juli 2021, toen de door STATBEL gepubliceerde bevolkingscijfers op 1 januari 2021 werden gebruikt. De bevolkingscijfers op 1 januari 2022 zijn door STATBEL gepubliceerd op 16 juni 2022 en worden gebruikt sinds 23 juni 2022 (STATBEL; [bevolking op 1 januari 2022](#)).

2.3. WAT IS EEN VOORTSCHRIJDEND GEMIDDELDE EN HOE WORDT HET BEREKEND?

Vraag toegevoegd 30/03/2021 | Laatst bijgewerkt 30/03/2021

Om de epidemiologische curves beter te visualiseren, willen we dagelijkse schommelingen vermijden. Daarom wordt er voor de verschillende indicatoren een afgevlakte curve gecreëerd op basis van het voortschrijdend gemiddelde over 7 dagen. Dit voortschrijdend gemiddelde

wordt berekend voor een bepaalde dag D als het rekenkundig gemiddelde van de indicator over de periode van D-6 tot D.

De verandering (in percentage) ten opzichte van de waarde van de indicator van de week ervoor wordt gebruikt om de evolutie (stijging of daling) van die indicator te volgen. Dit wordt berekend voor een bepaalde dag D als het verschil tussen de voortschrijdende gemiddelden op dag D en dag D-7, gedeeld door het voortschrijdend gemiddelde op dag D-7.

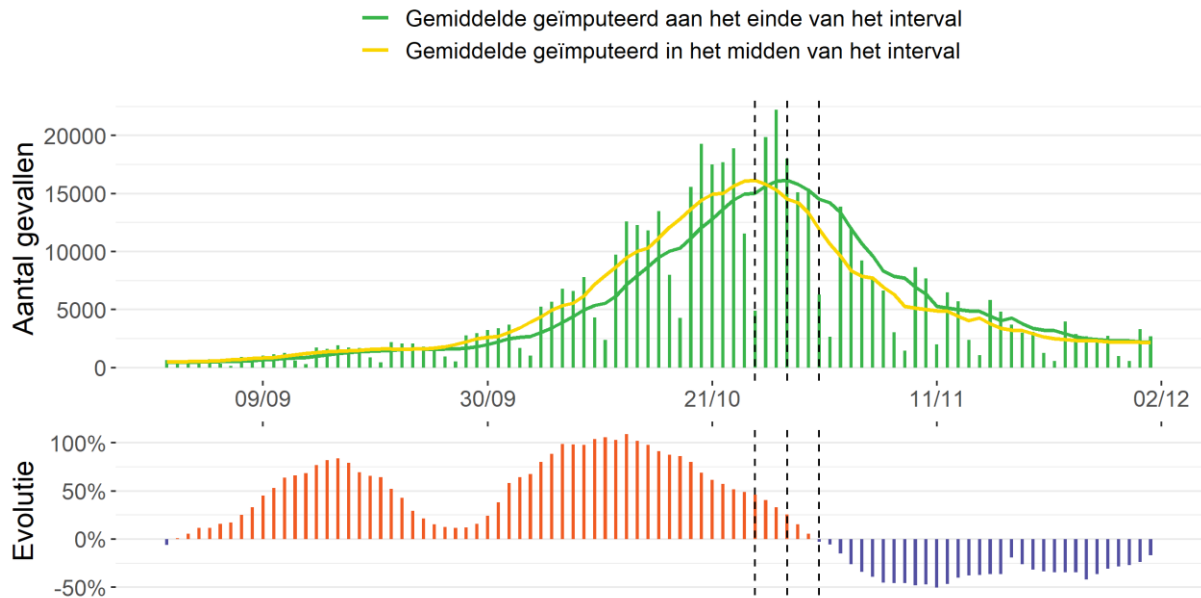
Het is echter belangrijk om te vermelden dat de voortschrijdende gemiddelden en de evoluties die op een bepaalde dag D worden gerapporteerd, gebaseerd zijn op gegevens die op die specifieke dag als geconsolideerd worden beschouwd, aldus tot D-4 (zie vraag [1.3](#) en [3.5](#) hierboven). Het voortschrijdend gemiddelde dat op dag D wordt voorgesteld in onze grafieken is dus berekend voor de periode van D-10 tot D-4.

De evolutie van het gemiddelde voor bovengenoemde periode wordt vervolgens berekend ten opzichte van de periode D-17 tot D-11 (bv het gemiddelde dat op 28/10 wordt gerapporteerd, is berekend op basis van de gegevens van 18/10 tot 24/10. De evolutie dat op 28/10 wordt gerapporteerd, wordt berekend door het gemiddelde op 24/10 (berekend op basis van gegevens van 18 tot 24/10) te vergelijken met het gemiddelde op 17/10 (berekend op basis van gegevens van 11 tot 17/10).

Onderstaande grafiek toont het aantal dagelijkse gevallen en de voortschrijdende gemiddelden. Daaronder staat de grafiek die de overeenkomstige evolutie toont. Het voortschrijdend gemiddelde (groene lijn) toont een vertraging van 3 dagen ten opzichte van de ruwe gegevens. Dit is te wijten aan het feit dat het gemiddelde voor een periode van 7 dagen niet in het midden maar aan het einde van deze periode wordt geïmputeerd (geplaatst). De gele lijn toont het voortschrijdend gemiddelde indien dit in het midden van het interval geïmputeerd zou worden.

Aangezien de berekende evolutie ook aan het einde van een interval van 7 dagen wordt geïmputeerd in plaats van in het midden, is er nog een tweede vertraging van drie dagen te zien in de grafiek met de evolutie (zie hieronder).

De afgevlakte curves op basis van voortschrijdende gemiddelden en de evoluties dienen dus om trends te illustreren. Ze kunnen echter niet gebruikt worden om belangrijke punten van de curven (zoals buigpunten, minimum, maximum, enz) te koppelen aan een specifieke datum.



2.4. WELKE DATA MARKEREN DE VERSCHILLENDE GOLVEN VAN DE COVID-19—EPIDEMIE IN BELGIË?

Vraag toegevoegd 30/03/2021 | Laatste bijgewerkt 06/03/2024

De **eerste golf** van de epidemie in België liep van 1 maart tot 21 juni 2020. De **tweede golf** van de epidemie begon op 31 augustus 2020; de periode tussen 22 juni en 31 augustus werd gedefinieerd als een "intergolfperiode". De **derde golf** liep van 15 februari tot 27 juni 2021. Er was geen duidelijk waarneembare intergolfperiode tussen de tweede en derde golf. De **vierde golf** begon op 4 oktober 2021; de periode tussen 27 juni en 4 oktober werd omschreven als een "intergolfperiode". De **vijfde golf** begon op 27 december 2021, de **zesde golf** op 28 februari 2022 en de **zevende golf** op 30 mei 2022. De **achtste golf** begon op 12 september 2022 en de **negende golf** begon op 21 november 2022. De **tiende golf** begon op 23 januari 2023 en eindigde op 9 juli 2023. Sinds de vijfde golf waren er geen duidelijke "intergolfperiodes". Wanneer er geen "intergolfperiode"- en geen einddatum van een golf uitdrukkelijk vermeld is, valt de einddatum samen met de begindatum van de volgende golf.

2.4.1. Waarom is het belangrijk een specifieke datum vast te leggen om het begin en het einde van een epidemiegolf aan te geven?

Het vastleggen van een begin- en einddatum van een epidemiegolf is essentieel voor het uitvoeren van epidemiologische analyses en voor een geharmoniseerde beschrijving van gegevens die afkomstig zijn uit verschillende surveillancesystemen. Merk dat het vastleggen van de begin- en einddatum van een epidemiegolf niet noodzakelijk een oordeel inhoudt over de ernst van de epidemiologische situatie of over de belasting van de volksgezondheid tijdens deze periode.

2.4.2. Hoe werden deze datums bepaald?

Zowel de kennis over, als de kenmerken van, de COVID19-epidemie zijn aanzienlijk geëvolueerd doorheen de tijd (getroffen groepen, kenmerken van de ziekenhuispatiënten,

circulatie van verschillende varianten,...). Dit heeft een impact gehad op de verschillende indicatoren die gebruikt worden om de evolutie van de epidemie te analyseren. Elke golf heeft zijn specifieke kenmerken. Er is daardoor geen vaste set aan indicatoren die gebruikt worden om het begin van een nieuwe golf vast te stellen.

Het begin van de COVID-19-epidemie, en dus het begin van de eerste golf, wordt gedefinieerd als de dag waarop het eerste geval in België werd gediagnosticeerd, namelijk 1 maart 2020. Het einde van de eerste golf van de epidemie werd bepaald op basis van het aantal bevestigde gevallen, dat op 21 juni 2020 zijn laagste niveau had bereikt.

Het begin van de tweede golf werd vastgelegd op basis van de evolutie van zowel het aantal nieuwe gevallen als het aantal ziekenhuisopnames. De week van 31 augustus was namelijk de eerste week, na het einde van de eerste golf, waarin zowel het aantal nieuwe gevallen als het aantal ziekenhuisopnames gedurende de hele week bleven toenemen. Daarna bleven beide indicatoren gedurende een aanzienlijke periode positief. Voor meer informatie over de bepaling van de begindatum van de tweede golf van de epidemie verwijzen we u naar de [toelichtende nota](#).

Het begin van de derde golf werd bepaald op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en het aantal bezette ziekenhuisbedden alsook het aantal bezette bedden op de intensieve zorgen, wat de meest prominente indicatoren van deze golf zijn. Deze indicatoren namen duidelijk toe vanaf week 7 2021, d.w.z. vanaf 15 februari 2021. Deze toename werd voorafgegaan door de stijging van het aantal gevallen één week voordien en werd gevolgd door de stijging van het aantal COVID-19-doden twee weken later.

Het begin van de vierde golf werd hoofdzakelijk bepaald op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames. In week 40 2021, en meer bepaald vanaf 4 oktober 2021, begon de stijging van het aantal ziekenhuisopnames. Bovendien werd in deze week ook een stijging van het aantal gevallen vastgesteld, met een snellere toename van deze stijging.

Het begin van de vijfde golf werd voornamelijk bepaald op basis van het aantal nieuwe gevallen en van de snelheid waarmee het aantal nieuwe gevallen toenam. Vanaf week 52 2021, d.w.z. vanaf 27 december 2021, zijn deze twee indicatoren sterk gestegen, wat het begin van deze nieuwe golf markeert. Bovendien is het aantal nieuwe ziekenhuisopnames vanaf deze week ook toegenomen.

Het begin van de zesde golf werd hoofdzakelijk bepaald op basis van een stijging van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames. Vanaf week 9 (28 februari 2022) namen deze opnieuw toe nadat ze gedurende meerdere weken een dalende trend kenden.

Het begin van de zevende golf werd bepaald op basis van de toename van het aantal gevallen vanaf week 22 (30 mei 2022). Het aantal nieuwe ziekenhuisopnames steeg de week daarop.

Het begin van de achtste en negende golf werd bepaald op basis van de toename van het aantal ziekenhuisopnames en de toename van de virusbelasting in afvalwater vanaf respectievelijk week 37 (12 september 2022) en week 47 (21 november 2022).

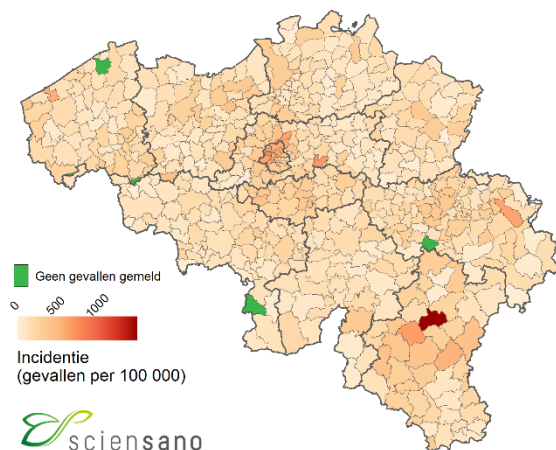
Het begin van de tiende golf werd bepaald op basis van de toename van het aantal ziekenhuisopnames en de toename van de virusbelasting in afvalwater vanaf week 4 (23 januari 2023).

2.5. WELKE SCHAAL WORDT ER GEBRUIKT VOOR DE GEKLEURDE GEOGRAFISCHE KAARTEN IN HET EPIDEMIOLOGISCH RAPPORT ?

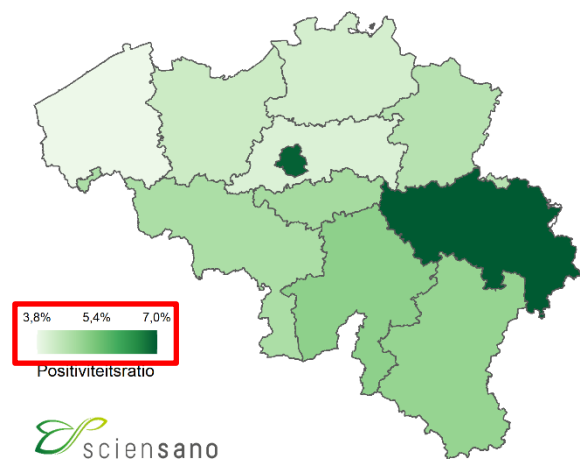
Vraag toegevoegd 31/08/2021 | Laatst bijgewerkt 31/08/2021

De in het rapport getoonde geografische kaarten gebruiken een continue schaal die aan de hand van kleurovergangen vormgegeven wordt. Op deze manier kunnen de kaarten op een optimale manier aangepast worden aan de variabelen die op de kaarten getoond worden. De schalen die in het rapport gebruikt worden, hebben enkel betrekking op continue kwantitatieve variabelen, zoals, bijvoorbeeld, het aantal gevallen, de incidentie, het aantal uitgevoerde testen of de positiviteitsratio.

Verspreiding van de bevestigde gevallen per 100 000 inwoners tussen 08/08/21 en 21/08/21



Positiviteitsratio per provincie gedurende de periode van 15/08/21 tot 21/08/21



2.5.1. Wat is een continue schaal?

De continue schaal die in het rapport gebruikt wordt is een numerieke schaal die tot een oneindigheid in waarden uitgebreid kan worden. Het is een progressieve schaal die via kleuren aangeduid wordt (van een lichtere tonaliteit tot een donkere).

De interval-markeringen die juist boven de gekleurde schaal genoteerd staan worden automatisch berekend op basis van de twee extreme waarden (minimum en maximum) van een variabele die op een gegeven moment gepresenteerd wordt. (Op de kaart hierboven, die in het rapport van 25 augustus 2021 de positiviteitsratio per provincie weergeeft, was bijvoorbeeld de laagste waarde op deze datum 3.8%, terwijl de hoogste waarde 7% was. De kleurschaal wordt dus aangepast aan dit waardeninterval). De schalen werden op een continue manier geïmplementeerd om een betere visualisatie mogelijk te maken van de geografische verschillen die op een gegeven moment geobserveerd worden.

Dergelijke schaal met automatische adaptatie van de intervallen is geschikter dan een schaal met vastgelegde grenswaarden, omdat de kaarten variabelen tonen die enorm zouden kunnen schommelen, afhankelijk van de evolutie van de epidemiologische situatie.

3. Gegevens over COVID-19-gevallen

3.1. HOE WORDEN GEGEVENS VERZAMELD OVER COVID-19-GEVALLEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 24/03/2023

Volgens de [COVID-19-gevalsedefinitie en de aanbevelingen voor testen](#) worden personen gediagnosticeerd op basis van een test, uitgevoerd door het laboratorium van het nationaal referentiecentrum (KU Leuven), door een perifeer klinisch laboratorium, door het nationaal testing platform, door het netwerk van universitaire laboratoria, of in apotheken. Die diagnostiek omvat zowel PCR testen, antigeentesten als snelle antigeentesten. Gevallen worden gedefinieerd op basis van positieve testresultaten, na een deduplicatieproces dat ervoor zorgt dat enkel nieuwe gevallen in rekening worden gebracht (zie ook [vraag 3.3](#)).

De gegevensverzameling omvat het aantal uitgevoerde tests, de positieve en negatieve resultaten, alsook de demografische basisgegevens (leeftijd, geslacht, postcode van de patiënt) die verzameld worden via aanvraagformulieren voor laboratoriumtests en naar Sciensano worden gestuurd door de verschillende laboratoria die de COVID-19-diagnostiek in België uitvoeren.

Van 9 april 2020 tot 23 november 2022 was het nationaal testing platform operationeel. Dit platform voerde testen uit voor de woonzorgcentra, andere residentiële collectiviteiten en triagecentra.

Sinds 1 november 2021 kunnen snelle antigeentesten uitgevoerd worden in apotheken, onder de supervisie van een apotheker. De resultaten van deze testen worden gerapporteerd via het platform Healthdata.be (zie ook [vraag 3.2](#)).

Trends en statistieken gebaseerd op gegevens van COVID-19-gevallen worden gerapporteerd in de [wekelijkse rapporten](#) en [dynamische grafieken](#) en zijn beschikbaar via het [open dataportaal](#).

3.2. WELKE GEGEVENS GEBRUIKEN WE OM GEVALLEN EN UITGEVOERDE TESTEN TE RAPPORTEREN?

Vraag toegevoegd 30/09/2020 | Laatst bijgewerkt op 13/11/2023

Zoals gebruikelijk in de interventie-epidemiologie, past Sciensano de gegevensverzameling aan in functie van de evolutie van de epidemie en de noden voor crisisbeheer. Daarom zijn de gegevens over COVID-19 die gebruikt worden om te rapporteren in de loop van de tijd geëvolueerd.

De volgende tabel geeft een overzicht van de wijzigingen in de rapportering van COVID-19 gevallen.

| Datum | Wijziging |
|-------------------|--|
| februari 2020 | Regionale gezondheidsautoriteiten melden nieuwe COVID-19 gevallen via gestructureerde formulieren via het systeem van verplichte melding van infectieziekten. Het Nationaal Referentiecentrum voor respiratoire pathogenen (NRC) is aanvankelijk het enige laboratorium in België dat PCR-tests voor SARS-CoV-2 uitvoert. Vanaf eind februari beginnen enkele andere laboratoria PCR-tests uit te voeren, maar in deze eerste fase worden de positieve stalen van deze laboratoria doorgestuurd naar het NRC voor bevestiging. |
| 15 maart 2020 | Een toenemend aantal Belgische klinische laboratoria voert de analyse voor SARS-CoV-2 uit. Gevallen worden voornamelijk gemeld op basis van directe melding door het laboratorium aan Sciensano, zonder de stalen door te sturen naar de NRC voor bevestiging. Regionale gezondheidsautoriteiten stoppen met het gebruik van de gestructureerde formulieren om gevallen te melden via het systeem van verplichte melding. |
| 26 september 2020 | Gevallen worden gemeld via het platform healthdata.be (zie sectie 3.2.1), in plaats van de hierboven beschreven gegevensstroom. |
| 16 december 2020 | Positieve resultaten op snelle antigeentests (uitgevoerd onder toezicht van een gezondheidswerker) worden opgenomen in het gerapporteerde aantal gevallen van COVID-19. |
| 6 april 2021 | Het vereiste interval tussen twee positieve testen om een nieuwe infectie vast te stellen wordt verhoogd van 60 naar 90 dagen. |
| 1 april 2022 | Het vereiste interval tussen twee positieve testen om een nieuwe infectie vast te stellen wordt teruggebracht van 90 dagen naar 60 dagen. |

De volgende tabel geeft een overzicht van de wijzigingen in de teststrategie.

| Datum | Wijziging |
|------------------|---|
| Start epidemie | Tests op SARS-CoV-2 worden uitgevoerd voor reizigers die de afgelopen 14 dagen zijn teruggekeerd uit gebieden met een hoog risico en die ernstige respiratoire symptomen hebben en voor symptomatische personen die fysiek contact hebben gehad met een door het laboratorium bevestigd geval. |
| 11 maart 2020 | Tests op SARS-CoV-2 worden alleen uitgevoerd voor gehospitaliseerde personen, gezondheidswerkers met acute respiratoire symptomen en symptomatische bewoners van verpleeghuizen. |
| 28 maart 2020 | Advies om maximaal vijf (eerste) mogelijke gevallen te testen in residentiële collectiviteiten zoals woonzorgcentra, jeugd(detentie)centra, gevangenis, ... |
| 30 maart 2020 | Meer dan 40 laboratoria voeren PCR- en antigeentests uit en rapporteren de resultaten aan Sciensano. |
| Begin april 2020 | Oprichting van het Nationaal Testplatform (NTP) met als doel de testcapaciteit te vergroten door deelname van onder andere farmaceutische en universitaire laboratoria. Het NTP verwerkt voornamelijk stalen die verzameld zijn in woonzorgcentra en triagecentra. Andere stalen worden voornamelijk verwerkt door het NRC en andere klinische laboratoria. |
| 10 april 2020 | Bewoners en medewerkers van woonzorgcentra worden systematisch getest. |
| 22 april 2020 | Tests op SARS-CoV-2 worden uitgevoerd voor zowel gehospitaliseerde individuen als symptomatische bewoners en bezoekers in residentiële collectiviteiten zoals woonzorgcentra, jeugd(detentie)centra, gevangenis, ... |
| 4 mei 2020 | Tests op SARS-CoV-2 worden uitgevoerd voor alle vermoedelijke gevallen van COVID-19, zoals bepaald in de gevalsdefinitie. |
| 15 mei 2020 | Tests op SARS-CoV-2 worden uitgevoerd voor alle vermoedelijke gevallen van COVID-19 (zoals bepaald in de gevalsdefinitie), voor hoogrisicocontacten van een door het laboratorium bevestigd geval, en voor personen met een kwetsbare gezondheid. |
| 12 juni 2020 | Tests op SARS-CoV-2 worden uitgevoerd voor alle hoogrisicocontacten. Voor gezondheidswerkers zijn er twee testen, één aan het begin en één aan het einde van de quarantaineperiode. |
| 22 juni 2020 | Einde eerste golf |
| 13 juli 2020 | Verplichte test voor reizigers die terugkeren van een rode zone. |
| 14 augustus 2020 | Verplichte test voor reizigers die terugkeren van een oranje zone. |
| 31 augustus 2020 | Start tweede golf |
| 1 september 2020 | Gegevens over testvoorschriften afgeleverd door huisartsen en ziekenhuisartsen worden gemeld aan Sciensano. |

| | |
|--------------------------------------|--|
| 1 oktober 2020 | Verplicht test op SARS-CoV-2 voor reizigers die terugkeren uit een rode zone, als ze op basis van het zelfbeoordelingsformulier zijn geclassificeerd als hoog risico. |
| 21 oktober 2020 | Testen van asymptomatische contacten met hoog risico en reizigers die terugkeren uit hoogrisicogebieden tijdelijk opgeschort. |
| 23 november 2020 | Testen van asymptomatische contacten met hoog risico en reizigers die terugkeren uit hoogrisicogebieden hervat. |
| 25 december 2020 tot 26 januari 2021 | Overgang van nationaal testplatform (NTP) naar federaal tesplatform (bis). |
| 10 december 2020 | Naast de testvoorschriften afgeleverd door huisartsen en ziekenhuisartsen worden nu ook de testvoorschriften afgeleverd door artsen in collectiviteiten, en de testvoorschriften afgeleverd zonder consultatie, aan Sciensano gemeld. Hierdoor beschikt Sciensano over informatie over het testvoorschrift voor een groter aandeel van de voorschreven testen, maar de dekking blijft onvolledig. Niet alle ziekenhuizen vullen bijvoorbeeld systematisch het testvoorschriftformulier in. |
| 31 december 2020 | Verplichte quarantaine en testafname op dag 1 en dag 7 voor reizigers die terugkeren uit rode zones. |
| 25 januari 2021 | Twee tests voor contacten met hoog risico op dag 1 en dag 7 + isolatieperiode van 10 dagen voor bevestigde gevallen. |
| 15 februari 2021 | Start derde golf |
| 6 april 2021 | Zelftesten zijn beschikbaar in apotheken. |
| 24 juni 2021 | Slechts één test en geen quarantaine voor volledig gevaccineerde hoogrisicocontacten. |
| 28 juni 2021 | Tot twee terugbetaalde tests vóór de reis voor Belgische inwoners ouder dan 5 jaar die nog geen uitnodiging voor vaccinatie hebben ontvangen, of hun eerste uitnodiging voor vaccinatie in de laatste 35 dagen hebben ontvangen, of binnen de 35 dagen na de eerste uitnodiging voor vaccinatie zijn gevaccineerd maar nog niet als volledig gevaccineerd worden beschouwd. |
| 1 juli 2021 | Introductie van het EU-DCC ('European Digital COVID certificate') voor reizigers. |
| 15 juli 2021 | Apothekers kunnen snelle antigeentests uitvoeren voor personen ouder dan 6 jaar zonder COVID-19 symptomen om een certificaat voor reizen of evenementen te kunnen verstrekken. |
| 31 augustus 2021 | Twee tests voor volledig gevaccineerde hoogrisicocontacten, maar geen quarantaine. |
| 30 september 2021 | Einde van de terugbetaling van tests voorafgaand aan een reis (zie 28 juni 2021). |
| 4 oktober 2021 | Start vierde golf |

| | |
|-------------------|---|
| 1 november 2021 | Apothekers kunnen snelle antigeentests uitvoeren voor reizigers die terugkeren uit een rode zone of voor symptomatische personen. Een zelfbeoordelingstool wordt online beschikbaar gesteld, waarmee personen van wie de (zelfgerapporteerde) symptomen overeenkomen met de gevalsdefinitie een code voor een testvoorschrift ('Corona Test Prescription Code') kunnen ontvangen. |
| 27 december 2021 | Start vijfde golf |
| 10 januari 2022 | Asymptomatische hoogrisicocontacten worden niet langer getest (er gelden specifieke regels voor kinderen jonger dan 12 jaar). |
| 28 februari 2022 | Start zesde golf |
| 30 mei 2022 | Start zevende golf |
| 12 september 2022 | Start achtste golf |
| 17 oktober 2022 | Het routinematig testen van symptomatische personen via PCR- of snelle antigeentests door gezondheidswerkers wordt niet langer aanbevolen. |
| 21 november 2022 | Start negende golf |
| 23 november 2022 | Federaal testplatform (bis) stopgezet. |
| 30 januari 2023 | Start tiende golf |
| 16 juli 2023 | PCR-tests en snelle antigeentests worden niet langer vergoed, behalve in uitzonderlijke gevallen. Zelftesten wordt nog steeds aanbevolen voor symptomatische personen. Positieve zelftests hoeven niet langer bevestigd te worden door een PCR-test of snelle antigeentest. |

3.2.1. Wat is het platform Healthdata.be?

Het platform Healthdata.be is een systeem voor het standaardiseren van gezondheidsgerelateerde wetenschappelijke gegevensstromen. Het is ontwikkeld door Sciensano en gefinancierd door het RIZIV.

Het Healthdata.be platform laat gezondheidswerkers toe om deze gegevens op een gestandaardiseerde en volledig gedigitaliseerde manier te verzamelen. De databases die zo ontstaan kunnen vervolgens worden overgedragen aan wetenschappers van Sciensano voor surveillancedoeleinden en worden vervolgens gebruikt om de gezondheidsbeleidsmakers te informeren. Verschillende gegevensbronnen over COVID-19 (o.a. laboratoriumgegevens, contact-tracing, serologie, ziekenhuisgegevens...) werden geleidelijk aan geïntegreerd in het Healthdata.be platform. Voor meer informatie over Healthdata.be, klik [hier](#)

3.2.2. Wat zijn de voordelen van het gebruik van het Healthdata.be platform ?

Ten eerste laat het ons toe om gegevens te verzamelen via één enkele gegevensstroom. Dit verlaagt de werklast voor de laboratoria aangezien ze hun gegevens in één keer kunnen doorsturen.

Ten tweede houdt één enkele gegevensstroom in dat de gegevens worden opgeslagen in een uniforme database, waardoor het mogelijk wordt om alle gegevens van een patiënt te koppelen aan deze enkele patiënt via een unieke identificatiecode (rijksregisternummer). Dit verbetert de efficiëntie en nauwkeurigheid van het databeheer. Om de identiteit en privacy van patiënten te beschermen zijn de gegevens (pseudo)geanonimiseerd en zijn er sterk beveiligde controlemechanismen aanwezig.

Tot slot wordt het platform healthdata.be ook gebruikt door andere diensten binnen Sciensano. Mits akkoord van de privacycommissie, zouden de gegevens uit verschillende bronnen via de unieke identifier gelinkt kunnen worden voor meer diepgaande analyses.

3.3. HOE WORDT ER VERZEKERD DAT ENKEL NIEUWE COVID-19-GEVALLEN IN REKENING GEBRACHT WORDEN?

Vraag toegevoegd 30/10/2020 | Laatst bijgewerkt op 24/03/2023

Een persoon kan soms meerdere keren op korte tijd positief getest worden (zie [vraag 4.3](#)). Om ervoor te zorgen dat dan enkel de eerste van die testen als geval van COVID-19 wordt meegeteld, is er een systeem van deduplicatie of ontdebelling ingesteld.

Tot 22 oktober 2020 werden duplicaten van gerapporteerde positieve tests verwijderd op basis van geboortedatum, geslacht en postcode en enkel de eerste positieve test werd beschouwd als een nieuw bevestigd geval (zie ook [vraag 4.2](#)).

Sinds 23 oktober 2020 kan dedupliceren nauwkeuriger, aan de hand van het nationaal rijksregisternummer dat beschikbaar is via Healthdata.be (zie [vraag 3.2.2](#)). Daarnaast wordt er rekening gehouden met een tijdsperiode tussen een eerste en tweede positieve test alvorens een tweede test als een mogelijke herinfectie gezien wordt. Deze tijdsperiode werd initieel op 8 weken ingesteld en is vervolgens verlengd tot 90 dagen. De duur van deze referentieperiode is gebaseerd op het [RAG-advies van 29 maart 2021](#) dat stelt dat een interval van minimaal 90 dagen nodig is om een tweede positieve PCR-test te beschouwen als een

mogelijke herinfectie. Sinds 1 april 2022 is deze termijn weer ingekort tot 60 dagen (zie [Sciensano advies van 30 maart 2022](#)).

In conclusie: test een persoon positief binnen 60 dagen na een vorige positieve test, dan wordt die tweede test niet meegeteld als COVID-19-geval.

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

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 23/06/2020

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 evolutie en de op dat moment beschikbare middelen .

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, gevangenis, enz.) of elke inwoner van die woongemeenschap met compatibele symptomen, ook worden getest.

Op 15 mei 2020 werd de teststrategie nogmaals uitgebreid in het kader van de exit strategie ten aanzien van de inperkingsmaatregelen.

Vanaf dan worden alle personen met een mogelijke COVID-19 infectie getest, alsook de personen die een hoog-risico contact hadden met een COVID-19 geval én die zelf beroepshalve in contact staan met mensen die het risico lopen een ernstige vorm van de ziekte te ontwikkelen.

Sinds 12 juni 2020 worden ook alle andere hoog-risico contacten van een COVID-19 geval getest ([link naar de gevalsdefinitie/indicaties voor testen](#)). 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.

3.5. WAAROM IS HET GERAPPORTEERDE AANTAL BEVESTIGDE GEVALLEN ALTIJD LAAG VOOR DE LAATSTE VERMELDE DAG?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 24/03/2023

Er zijn twee belangrijke redenen voor deze schijnbare onderschatting:

1. Ten eerste, om de wekelijkse rapporten en de open data gegevens aan te maken, baseren we ons op de situatie op woensdagochtend. De gegevens voor de laatste dag in de tijdreeks zijn daarom altijd onvolledig.
2. Ten tweede vereisen de gerapporteerde gegevens van de afgelopen 3 dagen altijd een geleidelijke consolidatie. De gegevens worden voornamelijk weergegeven op de datum waarop het staal is afgenomen. De analyse in het laboratorium vraagt vanzelfsprekend tijd, net zoals de daaropvolgende rapportage en verwerking van de gegevens. Daarom wordt het aantal positieve stalen bij de stalen die 'vandaag' zijn afgenomen, pas aangevuld in de loop van de daaropvolgende dagen.

Dit impliceert dat de gegevens die de afgelopen dagen zijn gerapporteerd, zullen worden bijgewerkt in toekomstige wekelijkse 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.

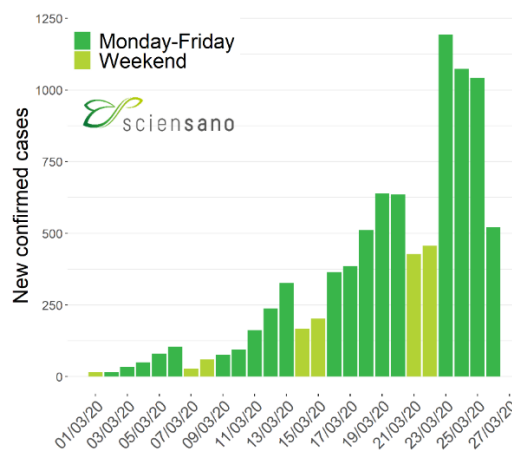
3.6. WAAROM WORDEN ALTIJD MINDER GEVALLEN TIJDENS DE WEEKENDS GEMELD?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 24/09/2020

We zien dat er in het weekend minder gevallen gemeld worden (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.



3.7. WORDEN SEROLOGISCHE RESULTATEN OOK MEEGENOMEN IN HET AANTAL BEVESTIGDE COVID-19-PATIENTEN?

Vraag toegevoegd 23/06/2020 | Laatst bijgewerkt op 23/06/2020

Patiënten met enkel een positieve serologische test worden niet opgenomen in de cijfers van bevestigde gevallen, aangezien een serologische test de aanwezigheid van antilichamen onderzoekt en niet duidt op een acute infectie.

Een positieve serologische test geeft een bevestiging van een doorgemaakte COVID-19 infectie. In de meeste gevallen gaat het om oudere infecties en zijn deze personen reeds genezen. Daarom worden deze testresultaten niet opgenomen in de rapportering van nieuwegevallen.

4. Gegevens over de uitgevoerde testen en de positiviteitsratio

4.1. WAT IS DE POSITIVITEITSRATIO EN HOE WORDT DEZE BEREKEND?

Vraag toegevoegd 18/09/2020 | Laatst bijgewerkt op 18/09/2020

De positiviteitsratio beschrijft welk aandeel van het totaal aantal uitgevoerde testen positief is voor een bepaalde periode (vb. per dag of per week). Om de positiviteitsratio te berekenen delen we dus het aantal positieve testen door het totaal aantal uitgevoerde testen voor een bepaalde periode.

Voorbeeld: Wanneer in een bepaalde periode 100 personen eenmaal getest worden en 5 van die testen zijn positief, dan is de positiviteitsratio 5% en zijn er 5 nieuwe gevallen.

! Het is belangrijk om rekening te houden met het feit dat de teststrategie meermaals veranderd is sinds begin maart ([zie ook vraag 3.4](#)). De nodige voorzichtigheid is dus vereist bij het vergelijken van positiviteitsratio's in de tijd.

4.2. WAAROM IS DE POSITIVITEITSRATIO DIE IN HET EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN VERMELD WORDT NIET GELIJK AAN HET AANTAL NIEUWE GEVALLEN GEDEELD DOOR HET AANTAL TESTEN VOOR DIEZELFDE PERIODE?

Vraag toegevoegd 18/09/2020 | Laatst bijgewerkt op 28/10/2020

1. Sinds 15 maart 2020 nemen de laboratoria deel aan de rapportage van de PCR testen. Het valt echter op dat het aantal positieve testen groter is dan het aantal bevestigde gevallen. Dit heeft als oorzaak dat een positieve test niet geteld wordt als een nieuw geval als die persoon al een positieve test had binnen de referentieperiode ([zie vraag 3.3](#)). Duplicaten worden immers uit de database verwijderd en er wordt enkel rekening gehouden met iemands eerste positieve test binnen die periode.

De proportie personen die meerdere positieve tests hebben gekregen varieert in functie van de teststrategie. Bij een striktere toepassing van de teststrategie, zoals in het begin van de epidemie, worden er minder mensen getest. Dit verlaagt de kans dat een persoon tweemaal positief test en dus het respectievelijk aandeel in het totaal aantal testen.

Voorbeeld : In een bepaalde periode worden 100 personen getest worden waarvan 1 persoon al minstens één keer positief testte. Als 5 van die 100 testen positief zijn, dan is de positiviteitsratio nog steeds 5%. Er zijn daarentegen maar 4 nieuwe gevallen want meerdere positieve resultaten komen van één en dezelfde persoon.

2. In de periode voor 15 maart is het aantal nieuwe gevallen groter dan het aantal positieve testen. In het begin van de epidemie werden nieuwe gevallen aan Sciensano gemeld door de regionale gezondheidsautoriteiten. Dit gebeurde initieel via de verplichte melding van infectieziekten dat sinds lange tijd bestaat ([zie ook vraag 3.2](#)). Het was echter niet mogelijk om alle meldingen in die periode retrospectief terug te linken aan een positieve PCR. Deze mogelijke gevallen werden als bevestigde gevallen geteld. Aangezien het resultaat van de PCR-test voor deze gevallen niet beschikbaar was, werden ze daarentegen niet meegenomen in de berekeningen van de positiviteitsratio.

4.3. OM WELKE REDENEN KAN EEN PERSOON MEERDERE KEREN GETEST WORDEN?

Vraag toegevoegd 18/09/2020 | Laatst bijgewerkt op 24/03/2023

Een persoon kan na zijn of haar herstel van COVID-19 nog opnieuw besmet worden, en daarbij opnieuw getest worden. Daarnaast is het mogelijk dat een persoon meerdere keren getest wordt in het kader van eenzelfde COVID-19 episode. Er zijn namelijk verschillende situaties waarin een test aangewezen is. Bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van mogelijke COVID-19 symptomen, bij een terugkeer uit een oranje of rode zone, na een hoog-risicocontact met een bevestigd geval van COVID-19 of in het kader van een screening in een residentiële collectiviteit. Enerzijds kan men zich in verschillende van deze situaties bevinden, anderzijds kan men meermaals getest moeten worden omwille van dezelfde situatie.

De gevallen van COVID-19 worden bepaald op basis van de positieve testresultaten, na een proces van deduplicatie. Wanneer iemand meerdere positieve testresultaten heeft binnen dezelfde referentieperiode, zal enkel de eerste positieve test als een nieuw geval van COVID-19 in rekening worden gebracht (zie ook [vraag 3.3](#)).

4.4. WAAROM IS HET AANTAL POSITIEVE TESTEN IN DE OPEN DATATABEL “TESTS” NIET GELIJK AAN HET AANTAL GEVALLEN IN “CASES_AGESEX”?

Vraag toegevoegd 30/09/2020 | Laatst bijgewerkt op 24/03/2023

Het aantal positieve testen (TESTS) verwijst naar het totale aantal testen dat een positief resultaat heeft opgeleverd. Soms wordt dezelfde persoon meermaals getest en dit kan dus meerdere positieve testen opleveren (zie [vraag 4.3](#)). Om het aantal gevallen (CASES_AGESEX) te verkrijgen, voeren we een deduplicatie uit, waarna enkel rekening wordt gehouden met de eerste positieve test van een persoon binnen de referentieperiode (zie [vraag 3.3](#)).

Bovendien wordt het aantal positieve tests gegroepeerd per datum van laboratoriumdiagnose (of datum van staafname als er geen datum van diagnose beschikbaar was), terwijl het aantal gevallen wordt gegroepeerd per datum van het begin van de symptomen (of, als die niet beschikbaar is, datum van diagnose of melding). Een persoon heeft niet altijd de mogelijkheid om zich op de eerste dag van de symptomen te laten testen. Bovendien is het resultaat, en dus de diagnose, niet altijd gekend op dezelfde dag van de staafname. Daarom kan het testresultaat van een persoon met de diagnose COVID-19 op een andere datum worden geïncludeerd als een positieve test (TESTS) dan de inclusie als geval (CASES_AGESEX).

Dit weerspiegelt het feit dat de indicatoren van de uitgevoerde tests worden gebruikt voor de monitoring van de laboratoriumcapaciteit, terwijl het aantal gevallen een epidemiologische indicator is. Als gevolg van dit verschil zal het aantal nieuwe gevallen soms hoger of lager zijn dan het aantal positieve tests. Aangezien ze niet naar dezelfde data verwijzen, worden ze beter niet met elkaar vergeleken

5. Gegevens over gehospitaliseerde COVID-19-patiënten

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

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 20/03/2023

Gegevens over ziekenhuisopnames worden aangeleverd via twee afzonderlijke vragenlijsten:

- Alle Belgische algemene ziekenhuizen moeten geaggregeerde gegevens verstrekken over het aantal gehospitaliseerde en overleden COVID-19-patiënten via een dagelijkse online enquête (Surge Capacity survey). Psychiatrische en revalidatieziekenhuizen nemen niet deel aan deze enquête. Deze gegevensverzameling is verplicht voor alle algemene ziekenhuizen (KB van 30.04.2020) en kan dus beschouwd worden als een exhaustieve database van het aantal COVID-19-patiënten in de Belgische algemene ziekenhuizen. Het is bedoeld om de evolutie van de COVID-19 patiënten in Belgische ziekenhuizen in realtime te kunnen volgen en bevat gegevens over zowel prevalentiecijfers (aantal patiënten momenteel in het ziekenhuis, aantal patiënten momenteel in ICU, aantal patiënten die beademingsondersteuning en ECMO [extracorporale membraan oxygenatie] krijgen) als incidentiecijfers (aantal nieuwe opnames, aantal ontslagen, aantal sterfgevallen).

Sinds 24 maart 2020 is deze database de officiële referentie voor het opvolgen van COVID-19-sterfgevallen in ziekenhuizen. Voorheen was Sciensano verantwoordelijk voor de verzameling van deze gegevens. Sinds 1 maart 2023 neemt de FOD Volksgezondheid de verzameling van de gegevens over, maar deze worden nog steeds overgedragen en verwerkt door Sciensano.

Deze informatie kan u dus steeds terugvinden in het [wekelijks rapport](#), het [Epistat dashboard](#).

- Bovendien verstrekken alle ziekenhuizen in België individuele gegevens van hun gehospitaliseerde patiënten met een bevestigde COVID-19-infectie via een online enquête (Klinische Ziekenhuissurveillance) met 3 vragenlijsten: één bij opname, één bij ontslag en een derde vragenlijst indien de patiënt op IZ werd opgenomen. Deze gegevensverzameling is niet exhaustief, maar wel representatief voor de gehospitaliseerde COVID-19 patiënten in België. Hierin wordt informatie verzameld over o.a. demografische gegevens en comorbiditeiten (voorafbestaande gezondheidsproblemen) van COVID-19 patiënten. De verzamelde gegevens worden gebruikt om patiëntenprofielen op te stellen, deze te monitoren doorheen de epidemie en om het verband te bestuderen tussen profielen en het ontwikkelen van een ernstige ziektevorm, opname op IZ en/of overlijden.

Informatie uit deze Klinische Ziekenhuissurveillance kan u vinden in het [wekelijks epidemiologisch bulletin](#) en in de thematische rapporten die gepubliceerd zijn op de [Epidemiologische situatie webpagina](#).

Meer informatie omtrent de methodologie van beide ziekenhuissurveillancesystemen kan u vinden in volgende publicatie:

<https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-020-00505-z>

5.2. 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 | Laatst bijgewerkt op 30/03/2021

We zullen het dagelijkse rapport van 28/03/20 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.

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, "NEW_IN") en prevalentie (ingenomen bedden, "TOTAL_IN") 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) Ongeveer 99% van de ziekenhuizen rapporteert elke dag, maar het aandeel van rapporterende ziekenhuizen kan van dag tot dag verschillen. Het al dan niet rapporteren door slechts één groot ziekenhuis, kan 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 omdat het testresultaat nog niet beschikbaar was op het moment van rapportage. Ze worden echter wel meegeteld in de prevalentie vanaf het moment dat het testresultaat positief blijkt. We werken samen met de ziekenhuizen om de rapportage consistent te maken, zodat ook de patiënten die reeds gehospitaliseerd waren maar een positief testresultaat verkregen op een later moment alsnog meegeteld worden als nieuwe bevestigde COVID-19-patiënten. Hetzelfde geldt voor interne ziekenhuisuitbraken van COVID-19-besmettingen onder reeds gehospitaliseerde patiënten.
- d) Het advies dat gepubliceerd werd op 22 april 2020 omtrent de uitbreiding van de indicaties om te testen zorgde ervoor dat alle patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen kunnen worden getest, ongeacht de reden van hun opname. Hierdoor worden sinds 30 april 2020 de nieuwe door het labo bevestigde COVID-19-patiënten opgesplitst volgens pathologie. Patiënten die opgenomen worden voor een andere reden maar positief testen in een screeningscontext, worden apart geregistreerd en worden niet meegeteld in het aantal nieuwe COVID-19-patiënten dat we dagelijks opvolgen en rapporteren ("NEW_IN"). Het is echter wel mogelijk dat deze patiënten geïsoleerd worden op een COVID-19-afdeling en daardoor dus wel meegeteld worden in het prevalentiecijfer ("TOTAL_IN").

5.3. WELKE PATIËNTEN WORDEN MEEGETELD IN HET AANTAL OPNAMES IN HET ZIEKENHUIS?

Vraag toegevoegd 29/01/2021 | Laatst bijgewerkt op 30/03/2021

Het aantal nieuwe COVID-19-patiënten dat dagelijks wordt opgevolgd en gerapporteerd in onze rapporten en de open data ("NEW_IN"), bevat het aantal nieuwe COVID-19-patiënten die in de laatste 24 uur door het laboratorium werden bevestigd en die opgenomen zijn omwille van COVID-19 en die niet door een ander ziekenhuis werden doorgestuurd. Patiënten die opgenomen worden omwille van een andere pathologie en positief hebben getest in een screeningscontext worden apart geregistreerd en zijn niet inbegrepen in dit cijfer. Verder dienen ziekenhuizen ook de patiënten te registreren die reeds gehospitaliseerd waren omwille van COVID-19 en voor wie een positief testresultaat verkregen werd in de laatste 24 uur.

5.3.1. Wat wordt precies bedoeld met het totaal aantal opnames in het ziekenhuis?

Vraag toegevoegd 17/06/2020 | Laatst bijgewerkt op 30/03/2021

We zullen het dagelijkse rapport van 09/03/2021. gebruiken om deze vraag te beantwoorden.

1. Kerncijfers - Trends

| Aantal gerapporteerde patiënten | In totaal | Daggemiddelde gedurende de voorlaatste periode van 7 dagen | Daggemiddelde gedurende de laatste periode van 7 dagen | Evolutie |
|---------------------------------|---------------|--|--|-------------|
| Bevestigde COVID-19 gevallen | 789 008 | 2 418 | 2 336* | -3% |
| Opnames in het ziekenhuis | 58 246*** | 148,6 | 146,7** | -1% |
| Sterfgevallen**** | 22 292 | 23,6 | 26,3* | +12% |
| <i>In ziekenhuizen</i> | <i>12 724</i> | <i>19,0</i> | <i>23,9</i> | <i>+26%</i> |
| <i>In woonzorgcentra</i> | <i>9 396</i> | <i>4,6</i> | <i>2,3</i> | <i>-50%</i> |

*Van 27 februari 2021 tot 5 maart 2021 (gegevens van de laatste 3 dagen nog niet geconsolideerd).

**Van 2 maart 2021 tot 8 maart 2021.

***Het aantal ziekenhuisopnames sinds 15 maart 2020. Meer gedetailleerde informatie rond het aantal ziekenhuisopnames vindt u in punt 5 in het document [veelgestelde vragen](#).

****Sterfgevallen alle locaties inbegrepen.

Tussen 15/03/2020 (de datum waarna meer dan 99% van de ziekenhuizen deelnemen aan de gegevensverzameling) en 08/03/21 werden er 58 246 door het labo bevestigde COVID-19 symptomatische patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Bij de interpretatie van dit cijfer is het belangrijk om de volgende informatie in acht te nemen:

- Het betreft enkel de door het labo-bevestigde patiënten die opgenomen werden omwille van COVID-19. Patiënten die opgenomen werden omwille van een andere oorzaak maar positief hebben getest in een screeningscontext worden sinds 30/04/2020 apart geregistreerd en zijn niet opgenomen in dit cijfer.

- Het betreft enkel de nieuwe patiënten voor wie een labo bevestiging beschikbaar was op het moment van rapportering. Patiënten voor wie (nog) geen labo bevestiging beschikbaar was op het moment van rapportage werden gerapporteerd als nieuwe hospitalisaties onder de categorie 'CT-bevestigde of mogelijke gevallen' in de enquête. Wanneer voor deze reeds gehospitaliseerde patiënten een positief testresultaat wordt verkregen op een later moment, dienen deze alsnog geregistreerd te worden als nieuwe bevestigde COVID-19-patiënt. Echter, afhankelijk van de interne datasystemen van de ziekenhuizen worden deze patiënten niet consistent gerapporteerd en leidt dit tot een onderschatting van het aantal nieuwe bevestigde COVID-19-patiënten.

5.4. HOE WORDEN NIEUWE OPNAMES INGEDEELD PER PROVINCIE?

Vraag toegevoegd op 30/03/2021 | Laatst bijgewerkt op 30/03/2021

De ziekenhuizen registreren aan de hand van hun erkenningsnummer. Eén erkenningsnummer kan echter voor verschillende ziekenhuiscampussen van toepassing zijn. Het erkenningsnummer wordt gelinkt aan de postcode, en dus de provincie, van de hoofdcampus. In een uitzonderlijk geval behoren niet alle ziekenhuiscampussen van eenzelfde erkenningsnummer tot dezelfde provincie. Dit is het geval voor een ziekenhuis met een erkenningsnummer dat onder Brussel valt, maar die één campus heeft in de provincie Waals-Brabant. Gezien we niet beschikken over gegevens per ziekenhuiscampus, is het onmogelijk om in dit geval de gegevens correct op te splitsen per provincie.

In de Surge Capacity surveillance worden de cijfers geaggregeerd per ziekenhuis verzameld. Gezien de informatie rond de woonplaats van de patiënt in deze surveillance ontbreekt, worden nieuwe opnames ingedeeld volgens de provincie van het ziekenhuis waar de patiënt gehospitaliseerd werd. Op basis van de individuele patiëntengegevens die verzameld worden via de niet-exhaustieve Klinische Ziekenhuissurveillance zagen we dat 87% van de patiënten gehospitaliseerd wordt in een ziekenhuis gelegen in de provincie waar de patiënt woont.

6. Gegevens over COVID-19-sterfgevallen

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

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 08/04/2022

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 5.1](#)).
- Dagelijkse rapportering van woonzorgcentra aan de regionale autoriteiten.
- Verplichte melding van huisartsen aan de regionale autoriteiten.

Voor meer informatie over de methodologie van het COVID-19 mortaliteitssurveillancesysteem, zie punt 3.3. van [het rapport over de surveillance van COVID-19 gerelateerde mortaliteit in België](#) of de publicatie "[Establishing an ad hoc COVID-19 mortality surveillance during the first epidemic wave in Belgium, 1 March to 21 June 2020](#)" (Eurosurveillance, 2021).

6.2. HOE WORDEN COVID-19-STERFGEVALLEN GERAPPORTEERD IN BELGIË IN VERGELIJKING MET ANDERE LANDEN? EN HOE KUNNEN WE DEZE CIJFERS VERGELIJKEN?

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 08/04/2022

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 door de ziekenhuizen gemeld via de "hospital surge capacity survey". De sterfgevallen waarvan de COVID-19 infectie bevestigd werd met een laboratoriumtest of op basis van een CT-scan van de thorax met suggestieve klinische presentatie van COVID-19 worden gerapporteerd als "sterfgevallen van bevestigde gevallen". Sterfgevallen bij patiënten die niet werden getest op COVID-19 maar die voldeden aan de klinische criteria voor COVID-19 zoals vastgesteld door een arts worden gerapporteerd als "sterfgevallen van mogelijke gevallen" ([zie de gevalsdefinitie/indicaties voor testen](#)).

Sterfgevallen **buiten het ziekenhuis** (woonzorgcentra en andere plaatsen) worden gemeld door de regionale autoriteiten en hebben betrekking op sterfgevallen bij personen met een bevestigde en mogelijke COVID-19 infectie. Gedurende de eerste zes weken van de epidemie waren de meeste mensen die buiten het ziekenhuis stierven mogelijke COVID-19 gevallen.

Een internationale vergelijking van de sterftcijfers heeft verschillende beperkingen. In de eerste plaats moet bij deze vergelijking van COVID-19 sterfgevallen tussen verschillende landen rekening worden gehouden met de totale bevolking van elk land. Bovendien is de registratie van COVID-19-sterfgevallen in België nauwkeurig (met de inclusie van bevestigde en mogelijke gevallen, zowel gehospitaliseerd als niet-gehospitaliseerd) terwijl andere landen beperktere registratiecriteria kunnen hebben ([zie de beschrijving van de COVID-19 mortaliteit surveillance onder Europese landen, ECDC](#)).

Gezien de verschillende internationale methoden voor de surveillance van COVID-19 sterfgevallen is oversterfte een betere indicator om de ernst van de epidemie te evalueren, op voorwaarde dat er geen andere belangrijke doodsoorzaak is (bv. hittegolf). In België wordt door Sciensano een opvolging van de sterfte ten gevolge van alle oorzaken uitgevoerd via het Be-MOMO project (Belgian Mortality monitoring). De oversterfte tijdens de COVID-19-epidemie werd getoond in [de wekelijkse epidemiologische rapporten](#). Een meer diepgaande analyse van de oversterfte tijdens de eerste twee golven was het onderwerp van [een specifiek rapport](#). Verdere informatie over het verband tussen de COVID-19-sterfte en de sterfte ten gevolge van alle oorzaken tijdens de eerste golf van de epidemie is te vinden in de publicatie ["All-cause mortality supports the COVID-19 mortality in Belgium and comparison with major fatal events of the last century"](#).

Op Europees niveau wordt de oversterfte wekelijks geëvalueerd door EuroMOMO.

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

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt 19/01/2021

Ja, deze worden opgenomen in de dataset met het totaal aantal sterfgevallen. 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, andere residentiële collectiviteiten of thuis) geïnccludeerd. Dit betreft zowel bevestigde als mogelijke COVID-19-sterfgevallen.

6.4. HOE WORDT HET AANTAL STERFGEVALLEN VAN BEWONERS VAN WOONZORGCENTRA VERKREGEN?

Vraag toegevoegd 17/12/2020 | Laatst bijgewerkt 08/04/2022

Zoals [hierboven](#) beschreven is informatie beschikbaar over het aantal COVID-19 sterfgevallen in ziekenhuizen, verpleeghuizen en de algemene samenleving (thuis en andere plaatsen).

Momenteel worden sterfgevallen in woonzorgcentra eerst gemeld aan de regionale autoriteiten en met een vertraging van ongeveer 2 dagen door Sciensano gerapporteerd. Alle regio's verstrekken individuele gegevens over sterfgevallen van bewoners in woonzorgcentra, waarbij wordt gespecificeerd of het overlijden in een woonzorgcentra of in een ziekenhuis plaatsvond. Bovendien geven ziekenhuizen sinds 19 juni 2020 aan of de persoon, in het ziekenhuis aan COVID-19 overleden, al dan niet een bewoner van een woonzorgcentra was.

Elke week worden ziekenhuisgegevens gecombineerd met gegevens van woonzorgcentra om het totale aantal sterfgevallen onder bewoners van woonzorgcentra zo nauwkeurig mogelijk te bepalen en ook om aan te geven of deze sterfgevallen in het woonzorgcentra of in het ziekenhuis hebben plaatsgevonden. De koppeling van deze 2 databanken vindt plaats op woensdag en wordt gepubliceerd in het wekelijks epidemiologische rapport in het hoofdstuk over de surveillance in woonzorgcentra.

Sciensano heeft al verschillende onderzoeken verricht om de telling van COVID-19 sterfgevallen bij bewoners van woonzorgcentra te verbeteren. De lijst van belangrijke

wijzigingen in de COVID-19 overlijdensdatabank is beschikbaar in het [codeboek van de open data](#).

6.5. 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.

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

Vraag toegevoegd 07/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 08/04/2022

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. Mogelijke gevallen 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 ([link naar de gevalsdefinitie/indicaties voor testen in België](#)).

Er wordt gestreefd naar zo volledig mogelijk mortaliteitsstatistieken. Omdat de surveillance van sterfgevallen 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).

Wat betreft de sterfgevallen buiten het ziekenhuis werden vóór 30 maart 2020 alleen sterfgevallen van bevestigde COVID-19 gevallen gemeld. Vóór de opstart van de specifieke screeningsstrategie gericht op woonzorgcentra, werd de overgrote meerderheid van mensen die buiten het ziekenhuis stierven, gemeld als mogelijke COVID-19 gevallen. Deze uitbreiding met sterfgevallen van de mogelijke COVID-19 gevallen is ook retroactief gebeurd voor alle sterfgevallen buiten het ziekenhuis die voor deze datum werden gemeld.

Vanaf 5 mei worden ook sterfgevallen van mogelijke gevallen en van radiologisch bevestigde gevallen in het ziekenhuis opgenomen in de mortaliteitsstatistieken. Deze uitbreiding omvat ook retrospectief de sterfgevallen van mogelijke gevallen en radiologisch bevestigde gevallen in het ziekenhuis die vóór deze datum waren gemeld.

6.7. WAAROM KAN HET AANTAL STERFGEVALLEN VOOR EEN SPECIFIEKE DATUM VAN DE ENE OP DE ANDERE DAG VERMINDEREN?

Vraag toegevoegd 22/04/2020 | Laatst bijgewerkt op 08/04/2022

De sterftedatabase is dynamisch. Elke dag worden verbeteringen aangebracht na het nagaan van de gegevens bij de regionale autoriteiten voor volksgezondheid of ziekenhuizen. Het kan voorkomen dat de datum van overlijden of geboortedatum verkeerd worden gecodeerd in de vragenlijsten en dat na controle bij ziekenhuizen en woonzorgcentra, deze data achteraf worden gecorrigeerd. Meer specifieke informatie over de sterfgevallen in woonzorgcentra in

Vlaanderen werd toegevoegd aan de database op 26 augustus (zie [vraag 6.4](#)). Als gevolg hiervan kan het voorkomen dat er een sterfgeval wordt verplaatst naar een andere datum van overlijden of dat een sterfgeval wordt verwijderd als blijkt dat het een duplicaat is.

6.8. WELKE WIJZIGINGEN IN DE GEGEVENSVERZAMELING ZIJN AANGEBRACHT?

Vraag toegevoegd 08/04/2022 | Laatst bijgewerkt op 08/04/2022

Sommige gegevens waren niet altijd beschikbaar. Hier volgt een overzicht van de verbeteringen die hebben plaatsgevonden bij de verzameling van COVID-19-sterftegegevens:

- De COVID-19 gegevens van de ziekenhuis surveillance specificeren het type verblijf van de overleden patiënten (thuis, woonzorgcentra, ...) sinds 19 juni 2020. De volledige geboortedatum en de postcode van de woonplaats van de overleden patiënten zijn vanaf 24 april 2020 beschikbaar.
- Voor het Waals Gewest was de volledige geboortedatum van de ten gevolge van COVID-19 overleden bewoner van het woonzorgcentra beschikbaar vanaf 20 januari 2021, voor deze datum werd alleen de leeftijd meegedeeld¹.
- Tot 2 juni 2020 verstreekte het Vlaamse Gewest alleen het totale aantal sterfgevallen ten gevolge van alle oorzaken voor de sterfgevallen van bewoners van woonzorgcentra. Ook voor de overlijdens van bewoners van woonzorgcentra die in het ziekenhuis plaatsvonden, werd de oorzaak van overlijden (COVID-19 gerelateerd of niet) niet gespecificeerd door de Vlaamse gezondheidsautoriteiten. Het aantal bewoners van woonzorgcentra in Vlaanderen die aan COVID-19 overleden in het ziekenhuis kon tijdens de eerste golf enkel geschat worden. Dankzij een retrospectief onderzoek door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (AZG) konden individuele gegevens over leeftijd, geslacht en de exacte overlijdensdatum worden verkregen voor een groot deel van de overlijdens die plaatsvonden vóór 2 juni 2020. Op 26 augustus 2020 is deze aanvullende informatie in de gegevensbank opgenomen. De resultaten van deze update staan in detail beschreven in het verslag: [Mortaliteit COVID-19 - Update van de gegevens - 26 augustus 2020](#).
- In de zomer van 2021 werd een bevraging uitgevoerd bij de 103 Belgische algemene ziekenhuizen en het militair hospitaal om niet-beschikbare gegevens te achterhalen over personen die tijdens de eerste golf van de epidemie aan COVID-19 waren overleden. Deze gegevens werden gebruikt om de mortaliteitsgegevens te verbeteren. Meer gedetailleerde informatie is te vinden in [het op 18 december 2021 gepubliceerde verslag](#).
- De vaccinatiestatus van de COVID-19 sterfgevallen werd vanaf 8 december 2021 opgevraagd in de surveillance gegevens van het ziekenhuis. In de surveillance in woonzorgcentra werd de vaccinatiestatus gevraagd vanaf 21

¹ Dit maakt het onmogelijk om de bewoners van een woonzorgcentra eenduidig te identificeren en dus om na te gaan of de door de ziekenhuizen verstreekte informatie overeenstemt met deze verstrekt door het woonzorgcentra. Het komt voor dat een bewoner van een woonzorgcentra door het ziekenhuis foutief wordt aangegeven als nog thuiswonend.

juli 2021. Vanaf 13 december 2021, 23 december 2021 en 10 januari 2022 werd de vaccinatiestatus opgevraagd voor de sterfgevallen in respectievelijk het Brussels Gewest, het Waals Gewest (met de Duitstalige Gemeenschap) en het Vlaams Gewest.

De onderzoeken die tijdens de eerste golf van de epidemie zijn uitgevoerd, worden beschreven in de publicatie "[Establishing an ad hoc COVID-19 mortality surveillance during the first epidemic wave in Belgium, 1 March to 21 June 2020](#)" (Eurosurveillance, 2021). De lijst van belangrijke wijzigingen in de COVID-19-sterftegegevens sinds het begin van de epidemie is beschikbaar in het [codebook voor open data](#).

7. Gegevens van de surveillance van griepklachten

7.1. HOE WORDEN GEGEVENS VERZAMELD OVER GRIEPAAL SYNDROOM?

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

Het [peilnetwerk van huisartsen](#) registreert continu de consultaties bij de huisarts voor griepaal syndroom en acute luchtweginfecties. Het netwerk bestaat uit ongeveer 120 huisartsenpraktijken in heel België. Voor elke episode worden de volgende gegevens geregistreerd: leeftijdsgroep, vaccinatiestatus, klinische uitkomst en onmiddellijke opname in het ziekenhuis. Bij een subgroep van deze patiënten wordt een klinisch staal afgenomen dat microbiologisch wordt getest door het [Nationaal Referentie Centrum \(NRC\) voor influenza](#). Bij deze subgroep worden ook aanvullende klinische gegevens geregistreerd (symptomen, risicofactoren en comorbiditeiten, vaccinatie, behandeling en ernst-indicatoren).

Daarnaast nemen zes ziekenhuizen deel aan deze surveillance. Sinds het griepseizoen 2011-2012 registreert dit netwerk alle episodes van ernstige acute luchtweginfecties (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:

8. Moleculaire surveillance

8.1. WAT IS EEN MOLECULAIRE SURVEILLANCE ?

Vraag toegevoegd 30/03/2021 | Laatst bijgewerkt 18/05/2021

De term "moleculaire surveillance" verwijst in het kader van COVID-19 naar de genetische typering van circulerende virussen die op PCR-positieve stalen wordt uitgevoerd en die gebruikt wordt voor de monitoring van de verschillende circulerende varianten. Deze genetische typering gebeurt aan de hand van een sequentieanalyse van het volledige virusgenoom (whole genome sequencing WGS) of door analyse van specifieke regio's die van bijzonder belang zijn.

Nieuwe varianten kunnen uitsluitend geïdentificeerd worden door sequentieanalyse van het volledige genoom. Wanneer een variant echter al bekend is, kan men met behulp van eenvoudigere technieken gericht de genetische kenmerken van die variant opsporen.

De analyse van de genetische diversiteit van de circulerende virussen en de evolutie in de tijd is van essentieel belang om de dynamiek van de epidemie te begrijpen en de maatregelen zo nodig aan te passen.

8.2. HOE WORDT DE MOLECULAIRE SURVEILLANCE IN BELGIË GEORGANISEERD?

Vraag toegevoegd 30/03/2021 | Laatst bijgewerkt 18/05/2021

In België wordt de moleculaire surveillance, in het bijzonder de sequentieanalyses van het volledige virusgenoom, georganiseerd door verschillende klinische laboratoria die met elkaar samenwerken binnen het WGS-platform. Sinds het begin van de COVID-19-epidemie wordt een deel van de positieve stalen door het NRC gesequenced, maar de moleculaire surveillance is sinds december 2020 verder uitgebreid.

Het is onmogelijk om voor alle positieve stalen die in België worden gediagnosticeerd een sequentieanalyse uit te voeren. Daarom bestaat de moleculaire surveillance enerzijds uit een zogenaamde baseline surveillance en anderzijds uit een zogenaamde actieve surveillance.

De baseline surveillance is gericht om een sequentieanalyse uit te voeren op 5% van de positieve stalen die in België worden gediagnosticeerd. Deze stalen worden willekeurig geselecteerd binnen een aantal sentinel laboratoria om ervoor te zorgen dat ze een representatief beeld geven van alle positieve stalen in het land (d.w.z. stalen uit de verschillende regio's van het land en van patiënten met klachten over het volledige klinische spectrum). Op die manier zouden de resultaten van de baseline surveillance de genetische diversiteit van de virussen die in België circuleren moeten weerspiegelen.

Bij actieve surveillance worden stalen voor een sequentieanalyse geselecteerd omdat zij omwille van een specifieke reden van bijzonder belang zijn. Dit is het geval voor een selectie van de stalen van reizigers die terugkeerden uit rode zones, epidemische uitbraken met een onverwacht verloop, bepaalde stalen met bijzondere PCR-resultaten, mogelijke herinfecties, enz. De resultaten van actieve surveillance maken het mogelijk om in deze specifieke contexten de genetische variatie beter op te volgen.

8.3. HOE WORDT DE INFORMATIE OVER DE VERSCHILLENDE VARIANTEN DOOR SCIENSANO VERZAMELD, GEREgistREERD EN GERAPPORTEERD?

Vraag toegevoegd 18/05/2021 | Laatst bijgewerkt 18/05/2021

8.3.1. Verzameling

Voor de **baseline surveillance** werden een aantal laboratoria die COVID-19 PCR-testen uitvoeren geselecteerd om als peillaboratorium deel te nemen aan de moleculaire baseline surveillance. Er zijn ongeveer 30 peillaboratoria verspreid over België. Zij worden geselecteerd op basis van hun dekkinggebied met als doel een set representatieve stalen van de bevolking te verkrijgen (geografische ligging, ambulante en gehospitaliseerde patiënten, alle leeftijdsgroepen,...). Eenmaal per week sturen de peillaboratoria een volledig willekeurige selectie van hun PCR-positieve stalen (met voldoende virale lading om een sequentieanalyse van goede kwaliteit mogelijk te maken) naar een van de sequentielaboratoria die bij de basis surveillance betrokken zijn.

Ter vergelijking, is de **actieve surveillance** in eerste instantie gebaseerd op de aanvullende informatie die beschikbaar is over de COVID-19 PCR-tests die in ziekenhuizen en andere laboratoria worden uitgevoerd. Als het laboratorium specifieke criteria vaststelt in verband met een positief COVID-19-staal, zal dit staal in het kader van de actieve moleculaire surveillance worden geanalyseerd in een van de sequencing-laboratoria. (Deze specifieke criteria omvatten, onder andere, een doorbraakgeval na vaccinatie, een mogelijke herinfectie, een uitbraak met een onverwacht verloop, reizigers die terugkeren uit zones met zorgwekkende varianten, ...)

Om dit proces te bevorderen, zal een klinisch laboratorium een melding ontvangen wanneer het een positief COVID-19 resultaat verkrijgt van een patiënt die reeds meer dan 7 dagen een primair vaccinatieschema heeft ontvangen. Dankzij deze melding kan het klinisch laboratorium mogelijke stalen identificeren die in aanmerking komen voor verdere laboratoriumanalyse binnen de actieve surveillance, en deze stalen doorsturen voor sequentieanalyse.

8.3.2. Registratie en rapportage

Alle resultaten van de sequentieanalyses worden op een **geaggregeerde manier** geüpload naar een centraal nationaal registratiesysteem. De registratie is dus gebaseerd op de week van staalafname van het oorspronkelijke staal, de indicatie voor sequencing (baseline of actieve surveillance), en de identificatie van een variant. De individuele sequentielaboratoria vullen deze registratie in na elke uitgevoerde reeks en de rapportage van alle sequentieresultaten wordt door het NRC eenmaal per week naar Sciensano gestuurd. Deze gegevens worden onder andere gebruikt voor de wekelijkse risicobeoordeling van de epidemiologische situatie en voor het onderdeel 'moleculaire surveillance' van het wekelijkse epidemiologische bulletin.

De geaggregeerde manier van registreren is adequaat om toe te zien hoe de huidige zorgwekkende varianten evolueren in de tijd. Het heeft echter ook als gevolg dat zowel de flexibiliteit van de output alsook de gedetailleerdheid van de geregistreerde resultaten beperkt zijn. Zo is er bijvoorbeeld geen informatie over lokalisatie, noch over de klinische status (ambulant of gehospitaliseerd) van de patiënten

Sinds eind maart 2021 zijn de laboratoria begonnen met het rapporteren van de sequentieanalyses op een **gevalsgewijze manier** via HealthData. Dit proces moet nog geautomatiseerd en is mogelijks nog niet in alle laboratoria aanwezig. De **gevalsgewijze** manier van rapporteren is essentieel voor een efficiënte surveillance van de transmissie en de ernst van de varianten, de doeltreffendheid van de vaccins tegen de varianten, alsook voor een meer gedetailleerde surveillance en rapportage over de verspreiding van de varianten.

Zolang de gevalsgewijze registratie niet volledig is, zal de rapportage van de moleculaire surveillance in het wekelijkse epidemiologische bulletin nog gebaseerd zijn op het geaggregeerde registratiesysteem.

8.4. HOE WORDT DE MOLECULAIRE SURVEILLANCE OP INTERNATIONAAL NIVEAU GERAPPORTEERD?

Vraag toegevoegd 18/05/2021 | Laatst bijgewerkt 18/05/2021

Alle resultaten van de moleculaire surveillance worden ook geüpload naar de **internationale databank GISAID**², waar vergelijkingen kunnen gemaakt worden met gegevens die uit andere landen zijn geüpload. Deze internationale databank registreert sequentieresultaten op anonieme wijze en heeft slechts een beperkte hoeveelheid additionele informatie (metadata) voor elk staal.

De GISAID-databank maakt fylogenetische analyses op internationaal niveau mogelijk. Technische analyses die door de NRC en het WGS-consortium worden uitgevoerd gebaseerd op de gegevens aanwezig in GISAID, worden wekelijks gepubliceerd in een technisch rapport. Het resultaat van de fylogenetische analyse voor België, gebaseerd op de gegevens aanwezig in GISAID, is toegankelijk via een interactief dashboard.

² GISAID is een wereldwijd wetenschappelijk initiatief en een primaire bron die in 2008 is opgericht en vrije toegang biedt tot genomische gegevens van influenzavirussen en, sinds maart 2020, ook het coronavirus dat verantwoordelijk is voor de COVID-19-pandemie

9. Gegevens over de surveillance van vaccinaties

9.1. HOE WORDEN DE GEGEVENS VERZAMELD OVER DE SURVEILLANCE VAN VACCINATIES?

Vraag toegevoegd 21/05/2021 | Laatst bijgewerkt 06/01/2023

De informatie die Sciensano gebruikt voor de surveillance van de vaccinaties wordt verkregen via de Vaccinnet+ databank, het nationale COVID-19-vaccinatieregister. Alle COVID-19-vaccindossissen die in België worden toegediend, worden, zoals wettelijk bepaald, geregistreerd in deze databank. Deze vaccinaties worden hierin zo nauwkeurig en volledig mogelijk geregistreerd, onder de verantwoordelijkheid van artsen.

Er kan evenwel een vertraging optreden tussen het tijdstip van vaccinatie en het tijdstip van registratie in Vaccinnet+, waarmee moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten van de surveillance.

9.2. WELKE GEGEVENS WORDEN IN VACCINNET+ VERZAMELD EN NAAR SCIENSANO VERZONDEN?

Vraag toegevoegd 30/04/2021 | Laatst bijgewerkt 29/09/2023

Sciensano ontvangt demografische gegevens (geslacht, leeftijd, postcode van de woonplaats) van alle mensen die in België minstens één dosis van een COVID-19-vaccin hebben gekregen. Daarnaast worden ook gegevens over de vaccinator (type (persoon of organisatie) en postcode) en over het toegediende vaccin (merk van het vaccin, lotnummer, datum van toediening, datum van registratie) doorgegeven.

Er wordt geen informatie verzameld over de indicatie van COVID-19-vaccinatie (bewoner van een verpleeghuis, zorgverlener, zwangere vrouw, etc.) in Vaccinnet+. Evenzo is de dosissequentie (waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen een eerste, tweede of derde dosis) van een COVID-19-vaccin niet rechtstreeks beschikbaar in Vaccinnet+. Op het niveau van healthdata.be wordt een sequentie aan de dosis toegeschreven op grond van de toedieningsdatum van een vaccin ([zie vraag 3.2](#)). Initieel werd een rekenregel toegepast gebaseerd op de minimale tijd die nodig was tussen twee dosissen om de werkelijke tweede dosissen te kunnen onderscheiden van mogelijke coderingsfouten in Vaccinnet+. Omdat de kwaliteit en de volledigheid van de surveillancegegevens positief evolueerden, werd deze rekenregel sinds 15 juni 2021 niet meer toegepast. Tot 9 september werden enkel de 1^{ste} en 2^{de} dosissen die in Vaccinnet+ gecodeerd zijn meegenomen in onze rapportering over de vaccinatiegraad. Vanaf deze datum worden, in navolging van de nieuwe aanbevelingen voor aanvullende en boosterdosissen ([zie vraag 9.3](#)), de extra vaccindossissen die zijn geregistreerd bij mensen die eerder een primair vaccinatieschema hebben gekregen, ook opgenomen in onze rapporten.

Sinds 23 juni 2021 kunnen vaccinaties van Belgische inwoners die in het buitenland of in het kader van een klinische studie werden toegediend worden gecodeerd in Vaccinnet+, op specifiek verzoek van de gevaccineerde persoon. Alleen de vaccinaties uitgevoerd met

vaccins die zijn goedgekeurd door een nationale regelgevende instantie in Europa of die zijn opgenomen in de [WHO Emergency list](#), zijn opgenomen in de cijfers die we rapporteren. Momenteel betreft dit Sinovac®, Sinopharm®, Sputnik V® en Covishield®, naast de vaccins die momenteel in België worden gebruikt, of voorheen werden gebruikt ([zie vraag 9.3](#)). Vaccinaties uitgevoerd met een vaccin dat niet aan deze criteria voldoet, kunnen in Vaccinnet+ in generieke vorm worden geregistreerd (zonder vermelding van het merk van het COVID-19-vaccin), maar worden niet in beschouwing genomen in de door Sciensano gerapporteerde vaccinatiecijfers.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat de verwerking van gegevens met betrekking tot vaccinaties tegen COVID-19 wordt geregeld door het [samenwerkingsakkoord van 12 maart 2021](#) tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie betreffende de verwerking van gegevens met betrekking tot vaccinaties tegen COVID-19.

9.3. HOE ZIEN DE VERSCHILLENDE SCHEMA'S VAN DE VACCINS TEGEN COVID-19 ER IN BELGIË UIT?

Vraag toegevoegd 21/05/2021 | Laatst bijgewerkt 29/09/2023

Verschillende COVID-19-vaccins zijn geautoriseerd voor gebruik in België: Comirnaty®, de bivalente vaccins Comirnaty® Original/Omicron BA.1 en Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5, Comirnaty® XBB1.5 (Pfizer/BioNtech), Spikevax® en het bivalente vaccin Spikevax® Original/Omicron BA.1 (Moderna), het COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson), Vaxzevria® (AstraZeneca-Oxford), Nuvaxovid® (Novavax) en VidPrevtyn Beta® (Sanofi Pasteur).

Het Comirnaty® vaccin (Pfizer/BioNtech) is in België gebruikt sinds 28 december 2020. Het is een mRNA-vaccin en het primaire vaccinatieschema bestaat uit twee dosissen. Het interval tussen de twee dosissen varieert tussen 19 en 42 dagen, afhankelijk van de regio, in de Belgische vaccinatiecampagne. De leeftijdsindicatie voor Comirnaty® werd tijdens de Belgische vaccinatiecampagne uitgebreid als volgt: (i) 28 december tot 4 juni: ≥18 jaar; (ii) vanaf 5 juni: ≥16 jaar; (iii) vanaf 26 juni: ≥16 jaar en open voor 12-15-jarigen met comorbiditeiten; (iv) vanaf 7 juli 2021: ≥16 jaar en open voor alle 12-15-jarigen op vrijwillige basis en mits toestemming van de ouders (of wettelijke voogd).

Sinds 20 december 2021 is er in België een pediatrische formule van het Comirnaty®-vaccin (Pfizer/BioNtech) gebruikt voor de vaccinatie van kinderen van 5 tot 11 jaar. Het bestaat uit een verlaagde dosis mRNA (10 µg/dosis vergeleken met 30 µg/dosis in de formule voor volwassenen). Het primaire immunisatieschema bestaat uit twee doses, toegediend met een aanbevolen interval van 21 dagen. Het wordt aangeboden aan kinderen van 5-11 jaar op vrijwillige basis en onder voorbehoud van toestemming van de ouders (of wettelijke voogd).

Het Comirnaty® Original/Omicron BA.1 vaccin is in België gebruikt sinds 5 september 2022 en het Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 vaccin sinds 3 oktober. Beide Comirnaty bivalente vaccins zijn geschikt voor personen van 12 jaar en ouder, en werden initieel alleen als booster dosis toegediend. Sinds december 2022 is het Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 vaccin ook gebruikt voor het primaire vaccinatieschema.

Sinds 20 oktober 2022 is er in België een aangepaste dosering beschikbaar voor kinderen van 6 maanden tot 4 jaar. De toediening bestaat uit 3 dosissen (3 µg/dosis) met een eerste interval van 3 weken, gevolgd door een tweede interval van 8 weken.

Het Comirnaty® XBB 1.5-vaccin wordt in België gebruikt sinds 14 september 2023. Het is geschikt voor alle leeftijdsgroepen en wordt gebruikt voor zowel hervaccinatie als primaire vaccinatie. Vanaf 14 september 2023 krijgen volwassenen en kinderen vanaf 5 jaar een enkele dosis (10 µg/dosis voor kinderen van 5 tot 11 jaar, 30 µg/dosis voor kinderen van 12 jaar en ouder), ongeacht hun vaccinatiegeschiedenis. Kinderen van 6 maanden tot 4 jaar oud die geen primair vaccinatieschema hebben voltooid (of niet besmet zijn geweest met COVID-19) krijgen 3 doses (3 µg/dosis) met een eerste interval van 3 weken, gevolgd door een tweede interval van 8 weken. Kinderen van 6 maanden tot 4 jaar die eerder een primair vaccinatieschema hebben ontvangen of eerder besmet zijn geweest met COVID-19, krijgen een enkele dosis (3 µg/dosis).

Het Spikevax® vaccin (Moderna) is gebruikt sinds 11 januari 2021. Dit is ook een mRNA-vaccin met een primair vaccinatieschema van twee dosissen, toegediend met een aanbevolen interval van 28 dagen. Dit vaccin werd aanvankelijk in België gebruikt bij volwassenen van 18 jaar en ouder. Vanaf 23 juli 2021, na goedkeuring door het EMA, kon het ook gebruikt worden voor 12- tot 17-jarigen, onder dezelfde voorwaarden als het Comirnaty® vaccin (namelijk voor 12- tot 15-jarigen op vrijwillige basis en mits toestemming van de ouders of wettelijke voogd). Het Spikevax® Original/Omicron BA.1 vaccin is gebruikt in België sinds 12 september 2022 en is alleen toegediend als booster dosis aan mensen van 12 jaar en ouder.

Het Vaxzevria® vaccin (AstraZeneca-Oxford) is een vaccin op basis van een niet-replicerende virale vector (een chimpansee adenovirus) dat in België is gebruikt sinds 12 februari 2021. Het primaire vaccinatieschema bestaat uit twee dosissen en het interval werd verkort van 12 weken naar 8 weken op 3 mei 2021 in het Brussels gewest, en op 12 mei 2021 in het hele land. De leeftijdsindicaties voor dit vaccin veranderden tijdens de Belgische vaccinatiecampagne als volgt: (i) 12 februari tot 2 maart 2021: 18 tot 55 jaar oud; (ii) 3 maart tot 6 april: ≥ 18 jaar; (iii) 7 april tot 23 april: ≥ 56 jaar oud; (iv) Vanaf 24 april: ≥ 41 jaar oud.

Het COVID-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson), ook wel Jcovden® Vaccine genoemd, is een vaccin op basis van een niet-replicerende virale vector (het humaan adenovirus 26) dat is gebruikt sinds 28 april 2021. Het primaire vaccinatieschema bestaat uit een enkelvoudige dosis. Het werd in België gebruikt bij volwassenen van 18 jaar of ouder. Vanaf 26 mei 2021 heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) echter besloten een voorzorgsprincipe aan te nemen en het gebruik van het COVID-19-vaccin Janssen® tijdelijk te beperken tot personen van 41 jaar en ouder. Op 9 juni 2021 besliste de FOD Volksgezondheid dat personen tussen 18 en 40 jaar vrijwillig kunnen kiezen voor het COVID-19 Vaccine Janssen nadat ze volledige informatie hebben gekregen over de risicobatenverhouding.

Het Nuvaxovid®-vaccin (Novavax) is een subeenheid-eiwitvaccin dat werd goedgekeurd voor gebruik in België op 19 januari 2022. Het primaire vaccinatieschema bestaat uit twee dosissen, toegediend met een interval van ten minste drie weken. Nuvaxovid® wordt voornamelijk aangeboden aan 1) personen met een hoog risico op allergische reacties tegen de andere vaccins die gebruikt worden in de Belgische vaccinatiecampagne, en 2) diegenen die al ernstige bijwerkingen hebben gehad na vaccinatie met één van de andere vaccins gebruikt in de Belgische vaccinatiecampagne.

Het VidPrevtyl Beta®-vaccin (Sanofi Pasteur) is een recombinant subeenheid-proteïnevaccin met adjuvans dat in België beschikbaar is sinds 15 december 2022. Het wordt gebruikt als booster bij personen van 18 jaar en ouder die al een mRNA of adenoviraal vectorvaccin voor COVID-19 hebben gekregen.

Op 9 september 2021 heeft de IMC besloten, op advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) om mensen met een verminderde weerstand (door aangeboren immuunstoornissen, chronische dialyse, immunosuppressiva, kanker, AIDS of syndroom van Down) uit te nodigen voor een **extra dosis** mRNA-vaccin (Comirnaty® of Spikevax®) na een volledig vaccinatieschema. Op 24 januari 2022 heeft het IMC besloten om deze groep een **boosterdosis** aan te bieden, minimaal drie maanden na de extra dosis. Op 6 juli 2022 besloot het IMC deze groep vanaf begin september 2022 uit te nodigen voor een tweede boosterdosis (wat voor de meeste personen in deze groep de vijfde dosis van een vaccin is).

Op 22 september 2021 besloot de IMC om een **boosterdosis** met een mRNA-vaccin (Comirnaty® of een halve dosis Spikevax®) aan te bieden aan bewoners van woonzorgcentra. Bijkomende doelgroepen voor een boosterdosis werden achtereenvolgens geïdentificeerd door het IMC, namelijk 65-plussers op 29 september 2021, gezondheidswerkers op 30 oktober 2021 en personen die één dosis van een COVID-19-vaccin Janssen® hebben kregen op 10 november. Vervolgens werd op 27 november 2021 besloten dat alle personen van 18 jaar en ouder die een volledig primair vaccinatieschema hebben gekregen, zullen worden uitgenodigd voor een boosterdosis, op volgorde van leeftijd (van oud naar jong). De minimaal vereiste duur voor het toedienen van de boosterdosis na primair vaccinatieschema verschilt per merk: twee maanden na de enkelvoudige dosis van het COVID-19-vaccin Janssen®, vier maanden na de tweede dosis Vaxzevria® en zes maanden na de tweede dosis Comirnaty® of Spikevax®. Op 16 december 2021 besloot het IMC om de toediening van booster doses te versnellen om het verspreidingsvermogen van de Omicron-variant aan te pakken en het kondigde aan dat personen die een mRNA-vaccin (Comirnaty® of Spikevax®) hebben gekregen, kunnen worden uitgenodigd om het boostervaccin te krijgen na 4 maanden in plaats van 6. Op 4 februari 2022 werd besloten dat jongeren van 12-17 jaar in Vlaanderen op vrijwillige basis, en met toestemming van hun ouders of wettelijke voogd, een boosterdosis kunnen krijgen. Op 16 februari 2022 heeft het IMC besloten dat degenen die een primair schema hebben gekregen met het COVID-19-vaccin Janssen® een tweede boosterdosis kunnen krijgen, ten minste drie maanden na de eerste boosterdosis. Op 4 maart 2022 besloot het IMC om een boosterdosis aan te bieden aan 12-17-jarigen met onderliggende aandoeningen die leiden tot een verhoogd risico op het ontwikkelen van ernstige COVID-19; voor de overige 12-17-jarigen kan op initiatief van de jongere of zijn/haar ouders/wettelijke voogd een boosterdosis worden toegediend. Vanaf mei 2022 krijgen verpleeghuisbewoners en 80-plussers in Vlaanderen een tweede boosterdosis aangeboden. Op 6 juli 2022 heeft het IMC besloten dat vanaf september 2022 **een extra boosterdosis** proactief en systematisch wordt aangeboden aan respectievelijk 65-plussers en immuungecompromitteerde mensen, gezondheidswerkers en personen in de leeftijd 50-64 jaar. Op individuele basis kan aan 18-50-jarigen ook een extra boosterdosis worden aangeboden (geen systematische uitnodiging). Op 16 november 2022 gaf het IMC groen licht voor primaire vaccinatie van kinderen van 6 maanden tot 4 jaar en voor een boostervaccinatie voor kinderen van 5-17 jaar. Deze vaccinaties worden aanbevolen voor kinderen met immuunstoornissen of ernstige onderliggende ziekten.

Medio september 2023 is een nieuwe vaccinatiecampagne tegen COVID-19 van start gegaan met een specifieke aanbeveling van de HGR voor hervaccinatie van mensen met een hoog risico: iedereen van 65 jaar of ouder, personen die in een instelling voor langdurige zorg

wonen, personen met onderliggende gezondheidsaandoeningen, personen met immuuncompromitterende aandoeningen en hun huisgenoten, zwangere vrouwen en personen werkzaam in de gezondheidszorg en -instellingen.

In Vaccinnet+ kunnen we geen onderscheid maken tussen degenen die een extra dosis hebben gekregen en degenen die een booster dosis hebben gekregen. In de epidemiologische rapporten van Sciensano en op het Epistat-dashboard omvat de term 'booster dosis' dus beide groepen.

Meer informatie over de verschillende vaccins is gepubliceerd op de [pagina van het FAGG](#) die hieraan gewijd is en in de [Sciensano Factsheet](#).

9.4. HOE WORDT DE VACCINATIEGRAAD GERAPPORTEERD?

Vraag toegevoegd 21/05/2021 | Laatst bijgewerkt 09/07/2024

De vaccinatiegraad geeft het percentage gevaccineerde mensen in een doelgroep weer. Het COVID-19 Dashboard van Sciensano geeft de vaccinatiegraad weer per leeftijdsgroep, naar geslacht, per gemeente, per gewest/gemeenschap en voor België. Hiervoor worden de meest recente, officiële cijfers met betrekking tot de wettelijk geregistreerde bevolking in België als noemers gebruikt. De bevolkingscijfers op 1 januari 2020 werden gebruikt tot 18 mei 2021, en vanaf dan werden de voorlopige bevolkingscijfers op 1 januari 2021 gebruikt, zoals gepubliceerd door STATBEL ([STATBEL; bevolking op 1 januari 2021](#)). Van 23 juni 2022 tot 25 juni 2023 werden de bevolkingscijfers op 1 januari 2022 gebruikt ([STATBEL; bevolking op 1 januari 2022](#)). Van 4 augustus 2023 tot 4 juli 2024 werden de bevolkingscijfers op 1 januari 2023 gebruikt ([STATBEL; bevolking op 1 januari 2023](#)). Sinds 4 juli 2024 worden de bevolkingscijfers op 1 januari 2024 gebruikt ([STATBEL; bevolking op 1 januari 2023](#)).

Sinds de start van de vaccinatiecampagne werd de leeftijd van een gevaccineerde persoon bepaald op de datum van toediening van een vaccin voor de berekening van de vaccinatiegraad per leeftijdscategorie. Deze methode wordt echter niet meer gebruikt. In Vaccinnet+ kan het geboortjaar gevonden worden van alle personen die in België minstens één dosis van een COVID-19-vaccin hebben gekregen. Deze informatie wordt gebruikt om de leeftijd van de gevaccineerde personen op 1 januari van het referentiejaar te berekenen: sinds 4 juli 2024 is dit de leeftijd van de gevaccineerde personen op 1 januari 2024. Deze berekening zorgt voor een harmonisatie van de leeftijden tussen gevaccineerden (teller) en de algemene bevolking (noemer).

Voor de berekening van de vaccinatiegraad voert Sciensano een correctie uit die betrekking heeft op sterfgevallen sinds het begin van de vaccinatiecampagne onder degenen die eerder zijn gevaccineerd. Personen die vóór 1 januari 2024 zijn overleden, zijn niet opgenomen in de noemers van die datum en moeten daarom worden uitgesloten van de teller om een overschatting van de vaccinatiegraad te voorkomen. Om deze correctie door te voeren, zijn gevaccineerde personen die vóór 1 januari 2024 overleden zijn geïdentificeerd door middel van een uittreksel uit het rijksregister.

De correctie voor overlijdens is niet altijd van toepassing. Deze is met name relevant voor het berekenen van de vaccinatiegraad, maar wordt niet toegepast wanneer het gaat om het totale aantal toegediende dosissen sinds het begin van de vaccinatiecampagne. Daarom worden

vaccinatiegegevens in opendata (<https://epistat.wiv-isp.be/covid/>) nog steeds verzameld en gedeeld zonder correctie voor sterfgevallen. In de opendata is een dataset beschikbaar gesteld die het aantal gevaccineerde mensen weergeeft dat vóór 2024 is overleden, per regio, leeftijdsgroep, geslacht en laatst ontvangen dosis.

Verschillende grafieken laten de voortgang van de vaccinatiecampagne en de vaccinatiegraad onder de bevolking over de tijd zien. Deze grafieken maken de aanname dat het aandeel sterfgevallen in de tijd constant is binnen een bepaalde categorie, die gedefinieerd wordt door vaccinatiestatus, leeftijdsgroep, geslacht en regio. Dit voorkomt discontinuïteiten bij het toepassen van de correctie voor sterfgevallen.

Gegevens over de geografische spreiding van gevaccineerde personen zijn gebaseerd op de postcode van de woonplaats van de gevaccineerde persoon en niet op de postcode van de vaccinatieplaats. Deze verdeling weerspiegelt dus niet het aantal vaccinaties dat door de gefedereerde entiteiten werd uitgevoerd, aangezien sommige mensen gevaccineerd werden op hun werkplek (vb. woonzorgcentra, ziekenhuizen).

Aangezien de tijd die is verstreken na vaccinatie van invloed is op de bescherming die wordt geboden door COVID-19-vaccins, werd de vaccinatiegraad sinds 5 januari 2023 ook weergegeven als het deel van een bepaalde populatie dat een laatste dosis COVID-19-vaccin heeft gekregen in de afgelopen 3 of 6 maanden, of meer dan 6 maanden geleden. Sinds 27 juli 2023 worden alleen groepen weergegeven die een laatste dosis COVID-19-vaccin in de afgelopen 6 maanden of meer dan 6 maanden geleden hebben gekregen. De gegevens worden gepresenteerd per leeftijdsgroep en per gewest/gemeenschap, alleen voor degenen die een primair vaccinatieschema hebben voltooid. Voor degenen die een laatste vaccindosis minder dan 6 maanden geleden hebben ontvangen, tonen we ook de evolutie over de tijd, per leeftijdsgroep en per regio/gemeenschap.

Als onderdeel van het LINK-VACC-project worden er koppelingen gemaakt met externe databases, met name de CoBRHA-database (Common Base Registry for Healthcare Actors), de database van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en STATBEL, waardoor we retrospectief de vaccinatiegraad bij bepaalde doelgroepen kunnen analyseren. Op die manier is de vaccinatiegraad onder zorgverleners in de gezondheidszorg reeds gepubliceerd in een [thematisch rapport](#), en wordt deze tevens wekelijks bijgewerkt op onze Epistat-pagina. Een [thematisch rapport](#) dat werd gepubliceerd op 26 november 2021 beschrijft de vaccinatiegraad van de volledige Belgische bevolking, evenals van risicogroepen (bewoners van woonzorgcentra, zorgverleners in de gezondheidszorg, personen met comorbiditeiten en zwangere vrouwen) tot en met 31 oktober 2021. Een [thematisch rapport](#) gericht op de vaccinatiegraad en –impact onder kinderen en adolescenten werd gepubliceerd op 21 december 2022. Op 13 juni 2023 werd een [thematisch rapport](#) gepubliceerd over de vaccinatiegraad en epidemiologische impact onder personen met een onderliggende gezondheidsaandoening.

Sinds 16 september 2022 werd de vaccinatiegraad van de eerste en tweede boosters bij personen die immunosuppressiva ontvangen opgenomen in het wekelijks rapport (respectievelijk de tweede en derde dosis na het primaire vaccinatieschema). De teller voor deze berekening is gebaseerd op de koppeling tussen personen die een prioritaire vaccinatie-uitnodiging ontvingen volgens de IMA-selectie (vergoed voor het ontvangen van immunosuppressiva met ATC-code (Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie) L04 bij minimaal 1 vastgestelde dagdosis in de periode van 1 januari 2020 tot en met 31 december

2020) en Vaccinnet+. De noemer bestaat uit het totale aantal personen dat een uitnodiging voor prioritaire vaccinatie ontving wegens het ontvangen van dergelijke medicatie volgens de door IMA gemaakte selectie. Zowel de teller als de noemer zijn gecorrigeerd voor sterfgevallen vóór 2022 onder eerder gevaccineerde personen. Vanaf juli 2023 is deze rapportage stopgezet. Vanaf het moment dat de herfstvaccinatiecampaagne in 2023 begint wordt de vaccinatiegraad weergegeven van mensen die in het referentiejaar 2020 een immuuncompromitterende aandoening hadden, of een aandoening waarvoor ze immunosuppressiva moesten nemen. Deze groep bestaat uit aandoeningen die behoren tot de volgende pseudopathologieën die geclassificeerd werden door IMA op basis van terugbetaalde medicatie in 2020:

- Ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa, psoriatische artritis, reumatoïde artritis ;
- Nierfalen ;
- Mucoviscidose ;
- Psoriasis ;
- Multiple sclerose ;
- Orgaantransplantatie ;
- Kanker behandeld met radio-/chemotherapie, en ;
- Kanker behandeld met multidisciplinair oncologisch consult.

Deze analyse omvat niet het totale aantal immuungecompromitteerden in België.

Meer informatie over het LINK-VACC-project en de doelstellingen ervan kunt u terugvinden op [de projectpagina](#).

9.5. WAT IS DE BETEKENIS VAN DE TERMEN «MINSTENS ÉÉN DOSIS» , «PRIMAIR VACCINATIESCHEMA», «+BOOSTER» EN «+HERVACCINATIE» DIE WORDT GEBRUIKT BIJ DE SURVEILLANCE VAN COVID-19-VACCINATIES?

Vraag toegevoegd 21/05/2021 | Laatst bijgewerkt 29/09/2023

De categorie « minstens één dosis » (« *at least one dose* ») omvat alle personen die minstens één dosis van een COVID-19-vaccin hebben gekregen, ongeacht hun vaccinatieschema. Personen die vervolgens een tweede dosis hebben gekregen van een vaccin waarvan twee dosissen nodig waren, of degenen die een extra of een boosterdosis hebben gekregen, worden niet uitgesloten van deze categorie. Deze categorie omvat dus zowel gedeeltelijk gevaccineerde personen (1 van 2 dosissen), personen met een primair vaccinatieschema (1 van 1 dosis / 2 van 2 dosissen) en degenen die één of meerdere aanvullende of boosterdosissen hebben gekregen (bijv. 1 van 1 dosis +1 / 2 van 2 dosissen +1).

Een persoon wordt gedefinieerd als « primair vaccinatieschema compleet » wanneer hij alle dosissen heeft gekregen die voorzien waren om zijn primaire vaccinatieschema te voltooien. Dit hangt dus af van het soort vaccin dat deze persoon krijgt. Voor de Comirnaty®, Spikevax®, Vaxzevria® en Nuvaxovid® vaccins wordt een persoon die twee dosissen van het vaccin heeft gekregen beschouwd als hebbende een primair vaccinatieschema. Voor het COVID-19 Janssen® vaccin wordt beschouwd dat een persoon na een enkele dosis van het vaccin een primair vaccinatieschema heeft. Personen die vervolgens één of meerdere aanvullende of boosterdosissen hebben gekregen, worden niet uitgesloten uit deze categorie. Deze categorie omvat dus zowel personen met complete primaire vaccinatieschema's (1 van 1 dosis / 2 van

2 ontvangen dosissen) als degenen met aanvullende of boosterdosissen (bijv. 1 van 1 dosis +1 / 2 van 2 dosissen +1).

Een persoon die een COVID-19 Janssen® vaccin heeft gekregen, zal direct in zowel de groep « minstens één dosis » als « primair vaccinatieschema » worden opgenomen. Let op: « primair vaccinatieschema » (« *primary course* ») is een term die hier gebruikt wordt in de context van surveillance van vaccinatiegraad. In de context van de surveillance van de individuele immuunbescherming kan een andere definitie worden gehanteerd. Voor het COVID-19 Janssen® vaccin moet er bijvoorbeeld rekening gehouden worden met een vertraging van 14 dagen na toediening van de dosis van dit vaccin vooraleer de persoon met het primaire vaccinatieschema als beschermd wordt beschouwd. Voor de andere vaccinmerken wordt een persoon als beschermd beschouwd vanaf 14 dagen na de tweede dosis van het vaccin. De term « volledig gevaccineerd » werd eerder gebruikt om personen te beschrijven die hun primaire vaccinatieschema hadden ontvangen. Om verwarring te voorkomen hebben we deze term in onze rapportage vervangen door « primair vaccinatieschema compleet » of simpelweg « primair vaccinatieschema », sinds 25 april 2022. De term « volledig geïmmuniseerd » werd eerder gebruikt om personen te beschrijven die minimaal 14 dagen volledig waren gevaccineerd. Voor de duidelijkheid is, na het inzetten van booster doses, de term « volledig geïmmuniseerd » vervangen door « primair vaccinatieschema + 14 dagen ».

Een persoon die een extra of een booster dosis krijgt na een volledig primair vaccinatieschema, behoort tot de categorie « +booster », een persoon die een tweede booster ontvangt behoort tot de categorie « + 2^e booster », enz. Deze categorieën omvatten zowel aanvullende dosissen die aan immuungecompromitteerde personen worden gegeven om hun primaire vaccinatieschema te voltooien, als booster dosissen die aan de algemene bevolking worden gegeven. Er wordt aangenomen dat booster dosissen immuunbescherming bieden vanaf 14 dagen na toediening.

Vanaf het najaar van 2023 wordt de term « +booster » in de rapporten van Sciensano vervangen door de term « +hervaccinatie ».

9.6. WAAROM KUNNEN DE DOOR SCIENSANO GERAPPORTEERDE CIJFERS OVER DE SURVEILLANCE VAN VACCINATIE SCHOMMELEN?

Vraag toegevoegd 07/07/2021 | Laatste update 04/08/2023

Elke dag ontvangt Sciensano de gegevens over vaccinaties die de vorige dag in Vaccinnet+ zijn geregistreerd of gecorrigeerd. Deze gegevens werden tot 21 juli 2023 elke vrijdag gepubliceerd in het [wekelijks rapport van Sciensano](#). De gegevens zijn momenteel beschikbaar op het Epistat-dashboard en worden elke woensdag gepubliceerd in het wekelijks bulletin acute luchtweginfecties.

Deze registraties en de retrospectieve correcties die voortdurend in het Vaccinnet+-register worden uitgevoerd, maken het mogelijk de kwaliteit van de gegevens voortdurend te verbeteren. Ze verklaren ook de zichtbare schommelingen in de gegevens die in bijna-realtime door Sciensano worden gemeld.

Gelieve te noteren dat eventuele registratiefouten die de burger vaststelt bij het raadplegen van zijn MyHealthViewer of bij het downloaden van het CovidSafe-certificaat, door de vaccinator kunnen worden gecorrigeerd in Vaccinnet+. Indien u hierbij hulp nodig heeft, kunt

u contact opnemen met de door de bevoegde autoriteiten georganiseerde callcenters: <https://covidsafe.be/nl/veelgestelde-vragen> .

9.7. HOE WORDEN DOORBRAAKINFECTIES GEDEFINIEERD EN OPGEVOLGD DOOR SCIENSANO?

Vraag toegevoegd 18/08/2021 | Laatste update 04/08/2023

9.7.1. Surveillance van door laboratorium bevestigde COVID-19-gevallen

Een doorbraakinfectie wordt gedefinieerd als een nieuwe COVID-19-infectie die optreedt bij personen die sinds ten minste 14 dagen een primair vaccinatieschema ontvingen, voorheen “volledig geïmmuniseerd” en “volledig gevaccineerd + 14 dagen” genoemd, en die is bevestigd op basis van een laboresultaat (een positieve RT-PCR of Snelle Antigeen test; afwezigheid van een eerdere positieve test in de voorafgaande 90 dagen)([zie vraag 9.5](#)). Op dezelfde manier volgen we infecties op die zijn opgetreden ten minste 14 dagen nadat de persoon een aanvullende of boosterdosering heeft gekregen.

Doorbraakinfecties worden door Sciensano opgevolgd aan de hand van gekoppelde gegevens uit het Vaccinnet+-register en de COVID-19-database met laboratoriumtestresultaten ([het LINK-VACC-project](#)). De verschillende databanken worden op individueel niveau aan elkaar gekoppeld op basis van het unieke identificatienummer van de Belgische sociale zekerheid (INSZ-nummer) in gepseudonimiseerde vorm.

9.7.2. Surveillance van de ziekenhuizen

Sciensano gebruikte de *Surge Capacity Survey* (SCS), een online enquête waarin alle Belgische algemene ziekenhuizen geaggregeerde (niet-individuele) gegevens moesten rapporteren over het aantal opnames in het ziekenhuis en op intensieve zorgen, evenals individuele gegevens over overleden COVID-19-patiënten. Deze gegevensverzameling was verplicht en kon daarom worden beschouwd als een exhaustieve databank van het aantal COVID-19-patiënten in de Belgische algemene ziekenhuizen. Tussen 6 oktober 2021 en 18 december 2022 werden variabelen geïncorporeerd om ziekenhuizen in staat te stellen het aantal gehospitaliseerde patiënten te rapporteren per vaccinatiestatus (niet-gevaccineerd, gedeeltelijk gevaccineerd, primair vaccinatieschema, vaccinatiestatus onbekend) in verschillende leeftijdscategorieën. Sinds 8 december 2021 werd het gekregen hebben van de boosterdosering toegevoegd als een extra categorie binnen de vaccinatiestatus. Sinds die datum was ook de vaccinatiestatus van personen die overlijden aan COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen in de dataverzameling. Sinds 19 december 2022 wordt door wijzigingen in de SCS de vaccinatiestatus niet meer geregistreerd bij nieuwe ziekenhuisopnames. Tabellen met daggemiddelden en incidentie van patiënten opgenomen in het ziekenhuis, op intensieve zorgen en overleden in het ziekenhuis als gevolg van een COVID-19-infectie per leeftijdsgroep, regio en vaccinatiestatus worden daarom niet meer gepresenteerd. Sinds 1 juli 2023 is de SCS opgeheven.

9.8. HOE WORDT DE IMPACT VAN VACCINATIE BEOORDEELD?

Vraag toegevoegd 20/01/2022 | Laatste update 13/06/2024

We beoordelen de impact van vaccinatie door de effectiviteit van vaccins te berekenen. We presenteerden deze resultaten vanaf 3 januari 2022, toen >80% van alle gevallen in België te wijten was aan de Omicron-variant. We zorgden tot en met 23 juli 2023 ongeveer één keer per maand voor een update, omdat de schattingen relatief stabiel over de tijd waren. De meest recente update is te vinden in een rapport dat is gepubliceerd over de impact van de tweede en derde booster, toegediend tijdens de najaarsvaccinatiecampagne van 2022 (het rapport is [hier](#) te vinden is). Nieuwe updates over de effectiviteit van de vaccins zullen worden opgenomen in het [wekelijkse bulletin acute luchtweginfecties](#) tijdens de COVID-19-campagne in het najaar van 2023, wanneer het aantal vaccintoedieningen de vereiste drempel heeft bereikt om dit te kunnen berekenen.

Om de effectiviteit van vaccinatie tegen symptomatische infectie te berekenen, gebruiken we een test-negatief case-control-onderzoeksdesign. In dit design wordt de vaccinatiestatus vergeleken tussen symptomatische personen die positief testten op SARS-CoV2 (gevallen) en symptomatische personen die negatief testten (controles). We bekijken daarnaast de impact van het hebben van een eerdere infectie op het ontwikkelen van een nieuwe symptomatische infectie, ook in combinatie met vaccinatie. We nemen daarbij alle eerdere besmettingen sinds het begin van de COVID pandemie mee (2020). Confounders die in de analyses zijn opgenomen, zijn provincie, leeftijd, geslacht en het hebben van een onderliggende aandoening.

De [COVID-19 Klinische Ziekenhuissurveillance](#) verzamelt individuele patiëntgegevens, waardoor deze kunnen worden gekoppeld aan gegevens van Vaccinnet+. Aangezien deelname aan de Klinische Ziekenhuissurveillance echter niet verplicht is voor ziekenhuizen, zijn de gegevens niet uitputtend. Om effectiviteit van vaccinatie tegen ziekenhuisopname bij een symptomatische infectie te schatten, combineren we gegevens op persoonsniveau m.b.t. de vaccinatiestatus van personen met een symptomatische infectie met de Klinische Ziekenhuissurveillance. Voor de boostercampagne in het najaar van 2023 wordt de effectiviteit van vaccins tegen ziekenhuisopname berekend met behulp van een licht gewijzigde versie van een methodologie die wordt gebruikt door een Europees consortium, waaraan Sciensano ook bijdraagt. Een beschrijving van deze methodologie is te vinden in het volgende protocol. Sciensano heeft hierbij één aanpassing gemaakt om de VE te berekenen voor het Respi Bulletin, namelijk dat mensen die hun laatste dosis hebben gekregen in de laatste 180 dagen vóór de start van de vaccinatiecampagne eruit worden gefilterd in plaats van 90 dagen.

9.9. ZIJN DE CIJFERS DIE SCIENSANO GEBRUIKT VOOR DE SURVEILLANCE VAN VACCINATIES BESCHIKBAAR VOOR HET GROTE PUBLIEK?

Vraag toegevoegd 21/05/2021 | Laatst bijgewerkt 09/07/2024

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is van toepassing op de surveillance van vaccinaties. Sciensano verkreeg van het Informatieveiligheidscomité Sociale Zekerheid en Gezondheid een [positieve beraadslaging](#) om persoonsgegevens te verwerken voor deze surveillance. Een privacyverklaring in het kader van deze surveillance is [hier](#) beschikbaar.

In het kader van *open data* werd het delen van drie sets van gegroepeerde en anonieme gegevens goedgekeurd door de Interfederale Commissie. Onderstaande gegevens zijn beschikbaar gesteld voor het publiek:

1. Toegediende vaccins per datum, regio, leeftijd, geslacht, merk en dosis
2. Toegediende vaccins per week, gemeente, leeftijdsgroep en dosis
3. Aantal gevaccineerde personen overleden vóór 2024 per regio, leeftijdsgroep, geslacht en laatst ontvangen dosis

Er is een [codeboek](#) beschikbaar waarin elk van de gebruikte variabelen wordt beschreven. Omdat datasets 1 en 2 het aantal toegediende vaccins sinds het begin van de vaccinatiecampagne beschrijven, zijn er geen correcties voor sterfgevallen toegepast. De derde dataset maakt het echter mogelijk om te corrigeren voor sterfgevallen bij de berekening van het aantal gevaccineerde mensen, en dus de vaccinatiedekking, op regionaal niveau.

De gegevens in het Vaccinnet+ register zijn toegankelijk voor onderzoekers van Sciensano in gepseudonimiseerde vorm (niet gegroepeerd en niet anoniem). Dit betekent dat de individuele gegevens of directe identificatiegegevens van de gevaccineerde persoon, zoals het rijksregisternummer, zijn vervangen door een code.

Aangezien de vaccinatiegegevens niet de exclusieve eigendom zijn van Sciensano maar het om een gedeeld eigenaarschap met de gewesten/gemeenschappen gaat, moet er een voorstel voor toegang tot gepseudonimiseerde gegevens worden ingediend bij de Interfederale Commissie. Dezelfde commissie zal ook oordelen over mogelijke uitbreidingen van anonieme gegevens in de open data.

9.10. WAAR VIND IK CIJFERS OVER DE DISTRIBUTIE VAN VACCINS IN BELGIË?

Vraag toegevoegd 21/05/2021 | Laatst bijgewerkt 06/01/2023

Het analyseren van de distributiecijfers behoort niet tot de verantwoordelijkheden van Sciensano. Daarom zijn deze cijfers niet in ons rapport opgenomen. Informatie over de levering van vaccins en vaccinatiemateriaal is echter terug te vinden op [de website van de FOD Volksgezondheid](#).

9.11. WAAR KAN IK INFORMATIE VINDEN OVER MOGELIJKE BIJWERKINGEN VAN VACCINS?

Vraag toegevoegd 30/06/2023 | Laatst bijgewerkt 20/10/2022

Veiligheidsinformatie over de COVID-19 vaccins kan teruggevonden worden op de website van het [FAGG](#) en de website van het [EMA](#).