

# COVID-19 – WEKELIJKS EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN VAN 26 JUNI 2020

Sciensano, het Belgisch instituut voor gezondheid, analyseert, als onderdeel van haar surveillanceopdracht, de COVID-19-gegevens die worden verzameld door een netwerk van partners. Deze gegevens zijn beschikbaar op <https://epistat.wiv-isp.be/covid>. De indicatoren die uit deze gegevens voortvloeien, worden voorgesteld in het dagelijks rapport op de Sciensano-website. Aanvullende grafieken op regionaal en provinciaal niveau zijn beschikbaar via [deze link](#). Dit wekelijks bulletin bevat aanvullende informatie om ons begrip van de epidemie te vergroten. Het volgen van de evolutie van een dergelijke epidemie gebeurt op basis van trends.

## INHOUDSTAFEL

<b>1. Kerncijfers voor België - Trends .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Evolutie en recente situatie .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Beschrijving van de epidemie .....</b>	<b>5</b>
3.1. Verspreiding en evolutie van de COVID-19 gevallen .....	5
3.2. Uitgevoerde testen op COVID-19 door het labonetwerk en in woonzorgcentra en andere residentiële collectiviteiten .....	6
3.3. het percentage positieve testen .....	6
3.4. Ziekenhuisopnames voor COVID-19 .....	7
3.5. Surveillance van gehospitaliseerde patiënten met een bevestigde COVID-19-infectie	9
3.6. Surveillance bij woonzorgcentra .....	13
3.7. Surveillance van grieklachten door het netwerk van huisartsen .....	18
3.8. Evolutie van de mortaliteit.....	20
3.9. Surveillance van de mortaliteit (alle oorzaken).....	23
3.10. Werkabsenteïsme.....	28
3.11. SARS-CoV-2 seroprevalentie bij bloeddonoren .....	30
3.12. SARS-CoV-2 SEROPREVALENTIE BIJ GEZONDHEIDSWERKERS IN ZIEKENHUIZEN .....	32
3.13. Tijdlijn: bevestigde COVID-19-gevallen en respons ten aanzien van de epidemie in België .....	35
3.14. Geografische verspreiding van bevestigde COVID-19 gevallen per provincie en gemeente sinds het begin van de epidemie.....	37
<b>4. Internationale situatie .....</b>	<b>39</b>
4.1. Aantal nieuwe gevallen van COVID-19 per dag, per continent.....	39
4.2. Distributie van laboratorium bevestigde gevallen van COVID-19 in de EU/EEA, het VK, Zwitserland en andere landen.....	39
4.3. Evolutie van de letaliteit bij laboratorium bevestigde gevallen van COVID-19, per regio .....	40
4.4. Aantal gevallen per land op 25 juni 2020 .....	40
<b>5. Preventie en informatie.....</b>	<b>41</b>

De verminderde circulatie van het virus in de afgelopen weken gaat samen met een evolutie in de rapportage. De belangrijkste indicatoren in dit dagelijks epidemiologische bulletin werden daarom aangepast.

Deze kernindicatoren zijn gebaseerd op de datum van diagnose, overlijden of opname, zoals reeds het geval was voor de grafieken in het rapport. De berekening en de vergelijking maakt gebruik van gegevens op basis van periodes van 7 dagen, waardoor de evolutie in de tijd beter kan worden opgevolgd.

Gegevens voor de 7-daagse periodes worden uitgedrukt als daggemiddelden; de evolutie geeft in % de verandering aan die tussen twee opeenvolgende periodes van 7 dagen wordt waargenomen.

## 1. Kerncijfers voor België - 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	61 106	94	89*	-6%
Sterfgevallen***	9 731	8	7*	-18%
<i>In ziekenhuizen</i>	4 748	5	5	-5%
<i>In woonzorgcentra</i>	4 861	3	2	-32%
Opnames in het ziekenhuis	17 707****	18	15**	-15%

\*Van 16 juni tot 22 juni (gegevens van de laatste 3 dagen nog niet geconsolideerd).

\*\*Van 19 juni tot 25 juni.

\*\*\*Sterfgevallen alle locaties inbegrepen.

\*\*\*\*Sinds 15 maart, de datum waarna meer dan 99% van de ziekenhuizen deelnemen aan de gegevensverzameling.

Bezetting van ziekenhuisbedden	Donderdag 18 juni	Donderdag 25 juni	Evolutie
Aantal ingenomen ziekenhuisbedden	340	255	-25%
Aantal ingenomen ICU bedden	52	38	-27%

De gegevens in deze tabel kunnen niet zomaar vergeleken worden met die van de vorige dag, dit omdat er een mogelijke vertraging is bij de rapportage van gegevens en omdat kleine correcties permanent kunnen worden uitgevoerd.

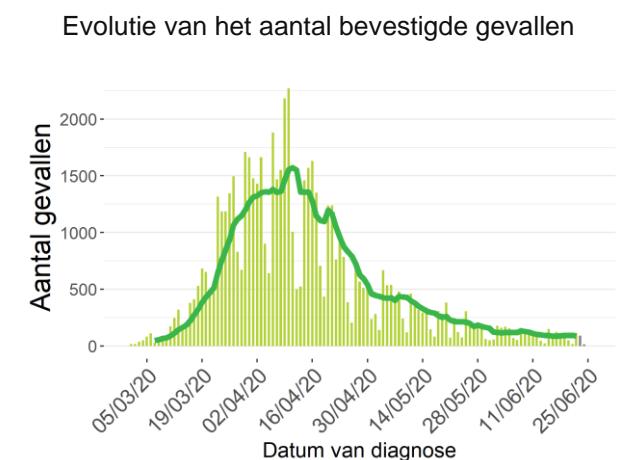
### Reproductiegetal

Rt\* (19/06 tot 25/06) 0.87

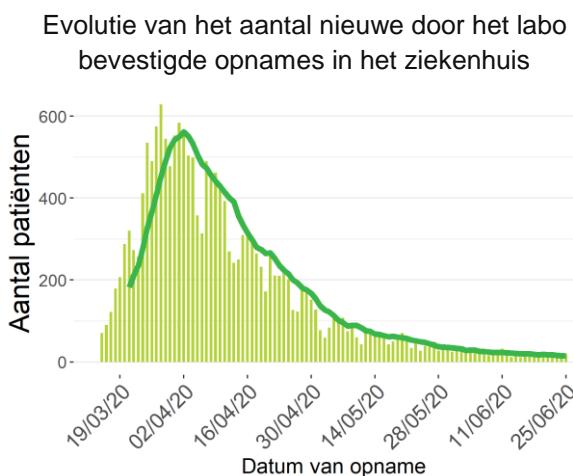
\* Rt is een schatting van de besmettingsgraad op een bepaald moment afhankelijk van menselijk gedrag en de biologische kenmerken van de pathogeen (het virus). Een epidemie breidt uit als Rt >1 is en krimpt als Rt <1 is. De waarden van Rt worden geschat op basis van een wiskundig model (in dit geval startend vanaf het aantal ziekenhuisopnames), en de geschatte waarden zijn afhankelijk van de keuzes die in het kader van het modelleringsproces worden genomen en moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

## 2. Evolutie en recente situatie

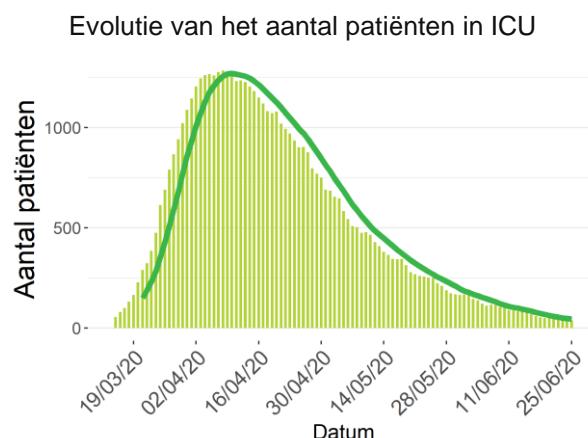
Om de evolutie van de COVID-19 epidemie op te volgen worden vier verschillende indicatoren gebruikt: de bevestigde gevallen, de nieuwe door het labo bevestigde ziekenhuisopnames, de ingenomen bedden op intensieve zorgen (ICU) en de sterfgevallen. **Hieronder worden deze indicatoren getoond met het 7-dags voortschrijdend gemiddelde (groene lijn).** Dit 7-dags gemiddelde wordt gebruikt om een trend aan te tonen. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de curve een vloeiend verloop krijgt en dat het zogenaamde weekendeffect wordt uitgevlakt.



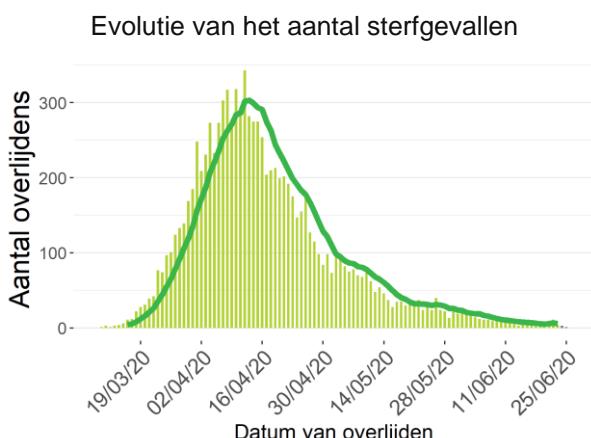
Bron: NRC, laboratoria, verplichte melding



Bron : Survey bij ziekenhuizen (Sciensano)



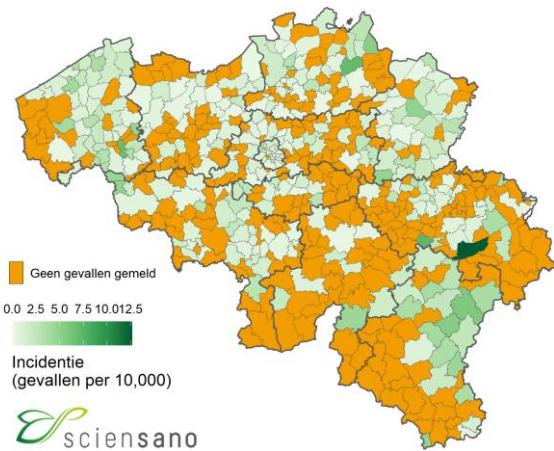
Bron: Survey bij ziekenhuizen (Sciensano)



Bron: Surveillance COVID-19 mortaliteit (Sciensano)

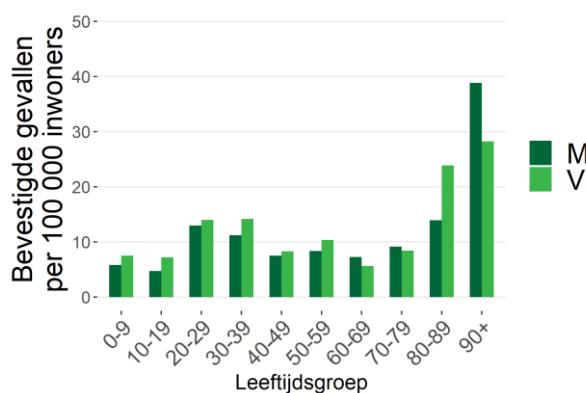
Naast bovenstaande indicatoren is het ook belangrijk om de recente periode te beschrijven. Onderstaande figuren tonen de verspreiding en de verdeling volgens leeftijd en geslacht van het aantal COVID-19 gevallen voor **de laatste 14 dagen**.

Verspreiding van het bevestigde gevallen voor de laatste 14 dagen



Bron: Labonetwerk en nationaal testing platform

Het aantal bevestigde gevallen voor de laatste 14 dagen per leeftijdscategorie en geslacht per 100 000 inwoners



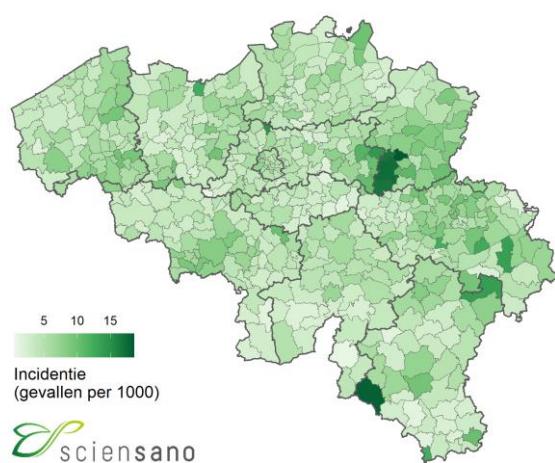
Noot: Informatie over leeftijd en/of geslacht was niet beschikbaar voor -85 gevallen.

### 3. Beschrijving van de epidemie

#### 3.1. VERSPREIDING EN EVOLUTIE VAN DE COVID-19 GEVALLEN

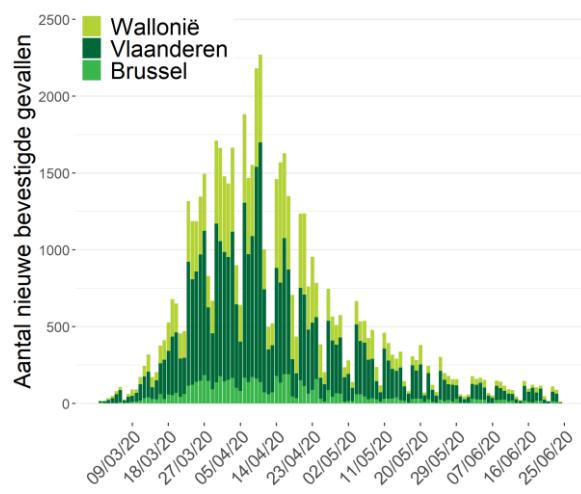
Tot nu toe werden in totaal 61 106 bevestigde gevallen gemeld; 34 372 gevallen (56%) in Vlaanderen, 19 351 (32%) gevallen in Wallonië en 6 324 (10%) gevallen in Brussel. Gegevens betreffende de woonplaats waren niet beschikbaar voor 1 059 gevallen (2%).

Verspreiding van de bevestigde gevallen



sciensano

Evolutie van het aantal bevestigde gevallen per gewest en datum van diagnose\*

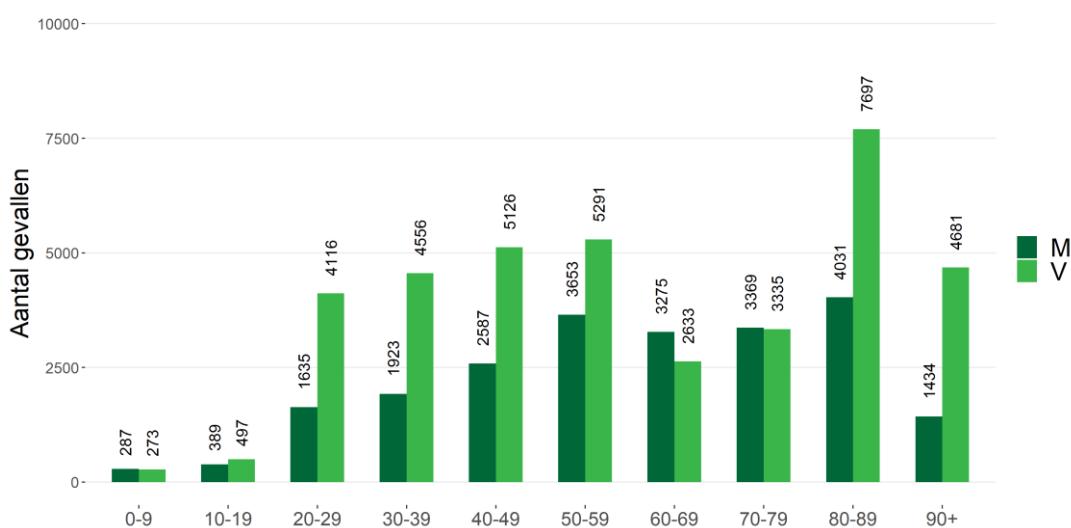


Bron: NRC, laboratoria, verplichte melding. Gerapporteerd aan Sciensano op 25 juni 2020, 16 uur.

\*Vanwege het gebruik van de datum van diagnose moeten de gegevens van de afgelopen twee dagen nog worden geconsolideerd. Indien de datum van diagnose ontbreekt wordt de rapporteringsdatum gebruikt.

Er werden 620 nieuwe bevestigde gevallen gerapporteerd tussen 16 juni en 22 juni. Van de 620 nieuwe gevallen waren er 387 (62%) gemeld in Vlaanderen, 158 (25%) in Wallonië, en 74 (12%) in Brussel. De gegevens over woonplaats waren niet beschikbaar voor 1 geval (0%).

Distributie per leeftijd en geslacht van bevestigde gevallen\*

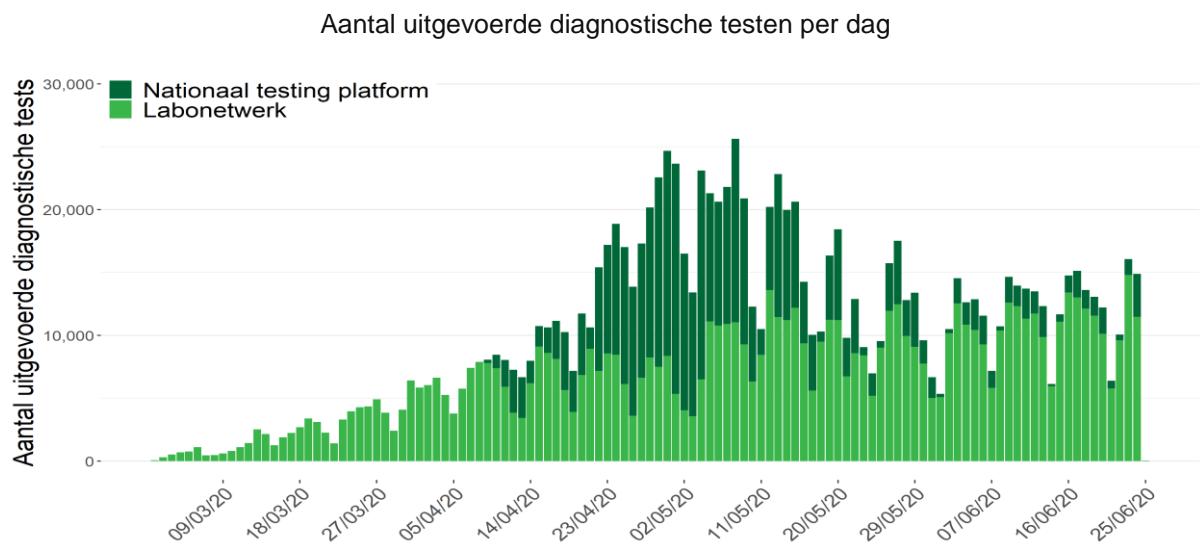


\*Deze figuur betreft de leeftijdsverdeling voor alle bevestigde gevallen. Dit geeft de ernst van de ziekte niet weer voor een bepaalde leeftijdsgroep. Informatie over leeftijd en/of geslacht was niet beschikbaar voor 318 gevallen.

### 3.2. UITGEVOERDE TESTEN OP COVID-19 DOOR HET LABONETWERK EN IN WOONZORGCENTRA EN ANDERE RESIDENTIELLE COLLECTIVITEITEN

Tussen begin maart en 25 juni is het aantal uitgevoerde testen door de laboratoria (het nationaal referentiecentrum en de andere klinische laboratoria die de test uitvoeren) opgelopen tot 797 487 testen.

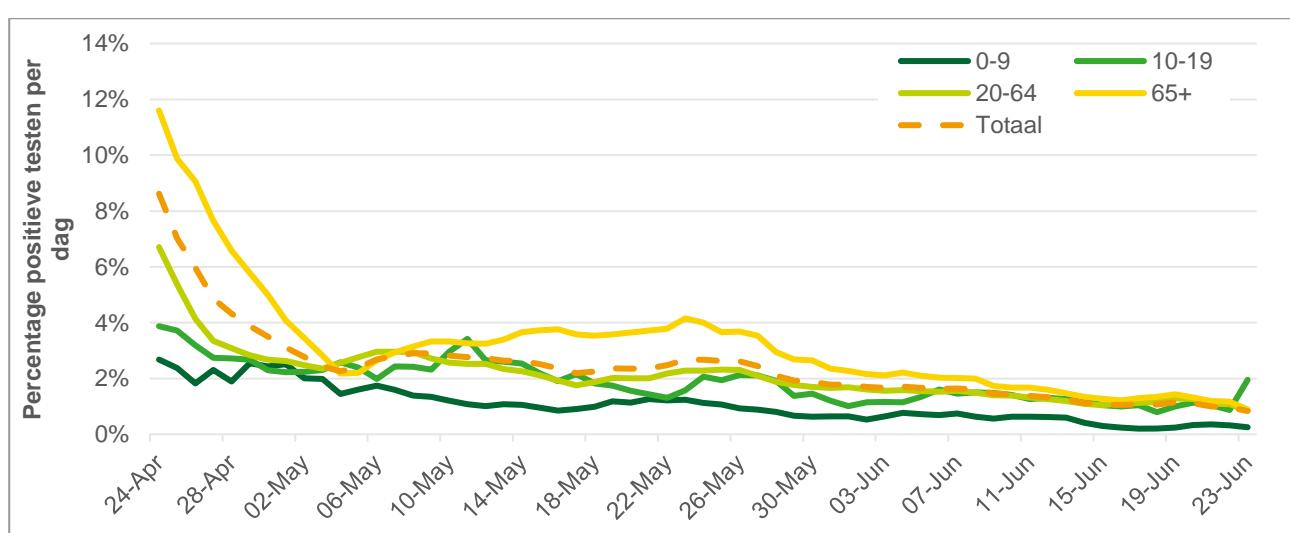
Sinds 10/04 zijn er 381 234 testen uitgevoerd door het nationaal testing platform voor de woonzorgcentra, andere residentiële collectiviteiten en triagecentra.



### 3.3. HET PERCENTAGE POSITIEVE TESTEN

Tijdens de laatste weken bleef het percentage positieve testen stabiel in alle leeftijdsgroepen. Het percentage positieve testen is echter hoger bij de ouderen.

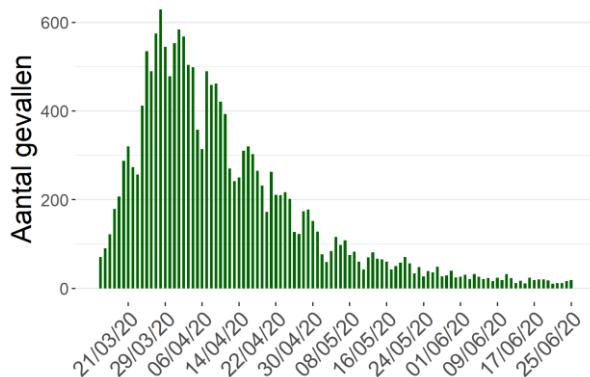
Percentage positieve resultaten bij de klinische laboratoria en het nationaal testing platform samen, per leeftijdsgroep (voortschrijdend gemiddelde van de voorgaande 5 dagen is weergegeven)



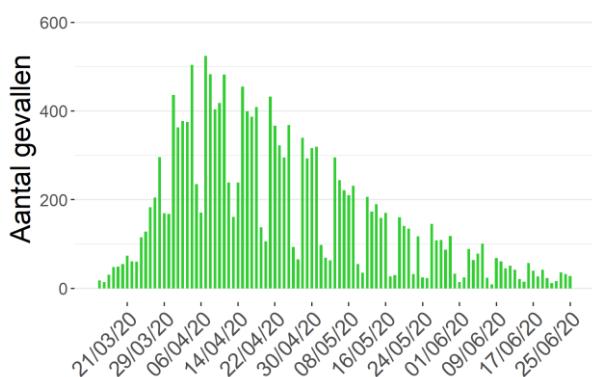
### 3.4. ZIEKENHUISOPNAMES VOOR COVID-19

Het overgrote deel van de ziekenhuizen (> 99%) neemt sinds 15 maart actief deel aan de rapportering. Gegevens vanaf deze datum worden hier gepresenteerd. Het betreft enkel de door het labo bevestigde gevallen.

Evolutie van het aantal nieuwe opnames in het ziekenhuis



Evolutie van het aantal patiënten die het ziekenhuis hebben verlaten



Het is mogelijk dat er retrospectief correcties worden aangebracht aan de cijfers van de voorbije dagen.

Tussen 15 maart en 25 juni werden 17 707 door het labo bevestigde COVID-19-patiënten opgenomen in het ziekenhuis en 16 918 personen verlieten het ziekenhuis.

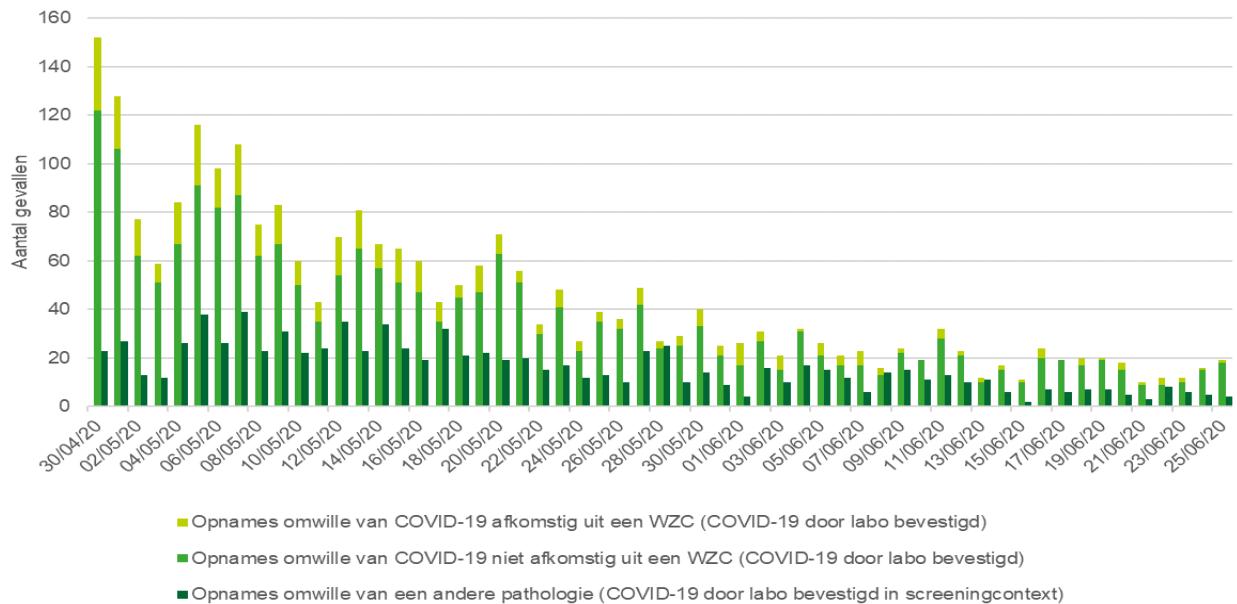
Tussen 19 juni en 25 juni werden 107 door het labo bevestigde COVID-19-patiënten in het ziekenhuis opgenomen en 189 verlieten het ziekenhuis. 12 opgenomen patiënten in deze periode waren afkomstig uit een woonzorgcentrum of een andere instelling voor langdurige zorg (in totaal werden 99 nieuwe opnames gerapporteerd door de ziekenhuizen die dit onderscheid hebben gemaakt in functie van de rapportage).

Gezien het advies gepubliceerd op 22 april omtrent de uitbreiding van de moleculaire testindicatiecriteria (alle patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen kunnen worden getest, ongeacht de reden van hun opname) en gezien de geleidelijke heropstart van de normale activiteiten in het ziekenhuis, is het nu mogelijk om het aantal nieuwe opnames van patiënten omwille van COVID-19 en het aantal nieuwe opnames van patiënten omwille van een andere pathologie, maar die positief testten voor COVID-19, afzonderlijk te kunnen volgen.

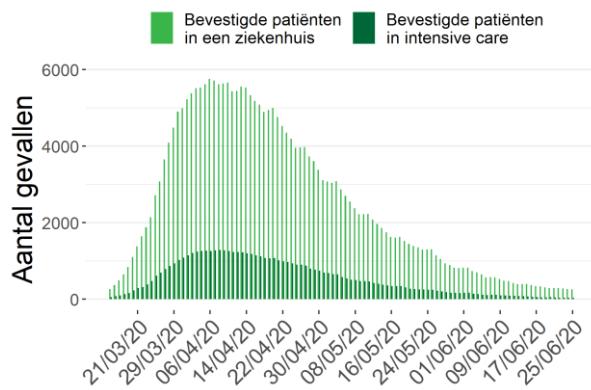
Sinds 30 april worden daarom de nieuwe door het labo bevestigde COVID-19-ziekenhuisopnames opgesplitst volgens pathologie en herkomst. Op deze manier hebben we nu voor de COVID-19-opnames zicht op het aantal patiënten die opgenomen worden omwille van een andere pathologie maar positief hebben getest in een screeningcontext. Daarnaast hebben we nu zicht op het aantal nieuwe patiënten afkomstig uit een woonzorgcentrum of een andere instelling voor langdurige zorg.

Onderstaande grafiek toont de ziekenhuisopnames per dag, volgens de herkomst van de patiënten en de oorzaak van de opname.

Evolutie van het aantal nieuwe door het labo bevestigde COVID-19-ziekenhuisopnames, volgens herkomst en pathologie, België

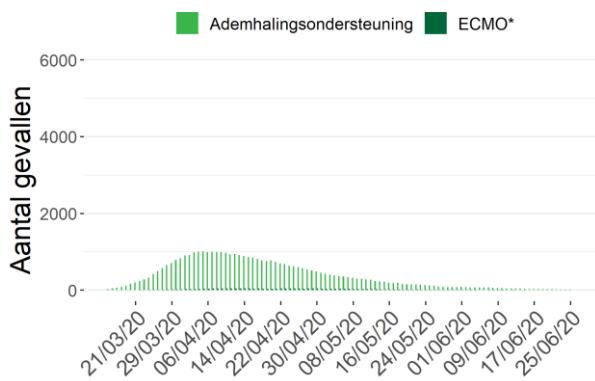


Evolutie van het totaal aantal gehospitaliseerde gevallen



\*Aantal deelnemende ziekenhuizen: 104 (25 juni 2020)

Ernst van het totaal aantal gehospitaliseerde gevallen



\*ECMO: Extracorporele membraanoxygenatie

Op 25 juni werden 255 ziekenhuisbedden ingenomen door door het labo bevestigde COVID-19-patiënten, waarvan 38 bedden op intensieve zorgen; 20 patiënten hadden ademhalingsondersteuning nodig en 3 ECMO. De voorbije 7 dagen is het totaal aantal ingenomen bedden afgangen met 85, waarvan 14 minder ingenomen bedden op intensieve zorgen.

Van de 104 ziekenhuizen (gegroeperd per erkenningsnummer) die dagelijks rapporteren, waren er op 25 juni, 16 ziekenhuizen zonder bevestigde of vermoedelijke COVID-19-patiënten.

### **3.5. SURVEILLANCE VAN GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN MET EEN BEVESTIGDE COVID-19-INFECTIE**

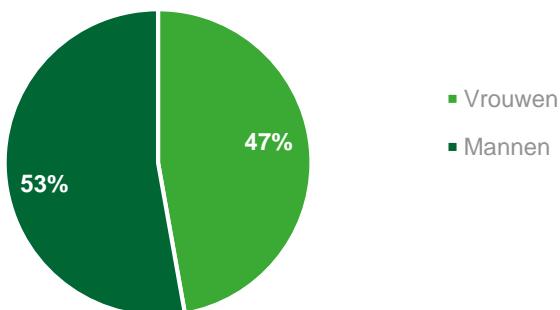
In dit deel worden de karakteristieken beschreven van gehospitaliseerde patiënten met een bevestigde infectie met COVID-19. De Belgische ziekenhuizen rapporteerden klinische gegevens van 15 301 patiënten die gehospitaliseerd werden tussen 29 februari en 21 juni 2020. De gegevens betreffen patiënten waarvan de COVID-19-infectie werd bevestigd door een laboratoriumtest (91%) of door een CT-scan van de thorax zonder laboratoriumbevestiging (9%).

#### **3.5.1. Verdeling van ziekenhuisopnames voor COVID-19 per leeftijd en geslacht**

##### **3.5.1.1. Geslacht**

Bij de gehospitaliseerde patiënten werd een groter aandeel mannen dan vrouwen geobserveerd. Het aandeel vrouwen dat in het ziekenhuis werd opgenomen met een COVID-19-infectie is sinds het begin van de epidemie gestegen. Sinds week 16 (12 tot 18 april) is meer dan de helft van de opgenomen patiënten vrouw.

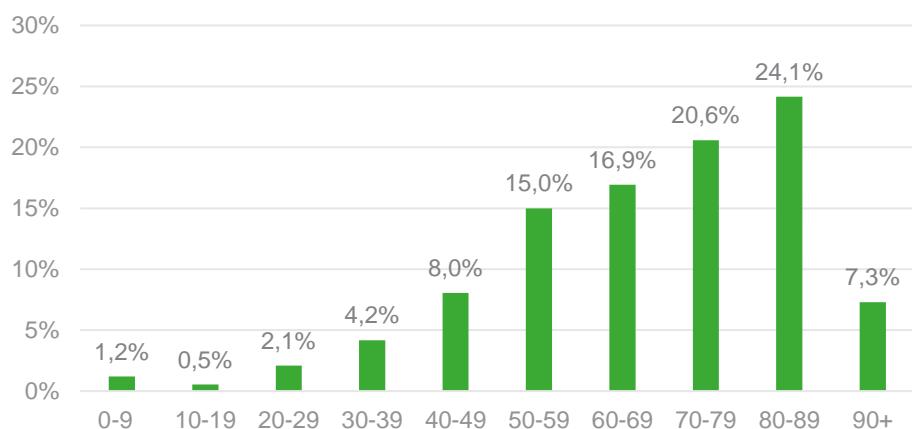
Verdeling van gehospitaliseerde patiënten per geslacht



##### **3.5.1.2. Leeftijd**

De helft van de gehospitaliseerde patiënten tijdens deze periode was ouder dan 71 (leeftijden tussen 0 en 104 jaar).

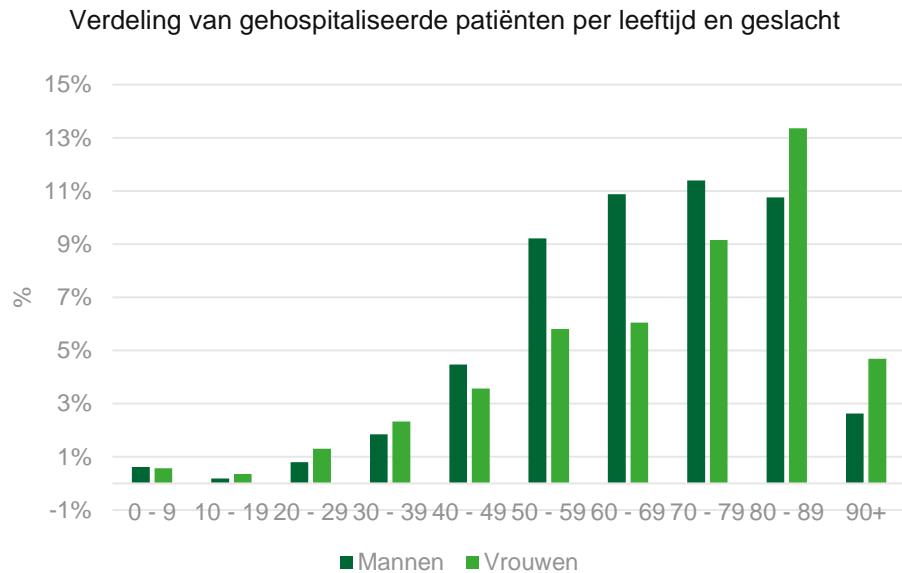
Verdeling van gehospitaliseerde patiënten per leeftijd



De patiënten die op dit moment gehospitaliseerd zijn, zijn iets ouder dan degenen die gehospitaliseerd werden bij het begin van de epidemie.

### 3.5.1.3. Leeftijd en geslacht

Deze grafiek illustreert de verdeling per leeftijd en geslacht van de gehospitaliseerde patiënten. In vergelijking met het totale aantal bevestigde COVID-19-gevallen, zijn de gehospitaliseerde COVID-19-patiënten ouder. De gehospitaliseerde vrouwen zijn gemiddeld ouder dan de mannen: de helft van de vrouwen is ouder dan 74 jaar, en bij de mannen is de helft ouder dan 68 jaar.



### 3.5.2. Bronnen van blootstelling aan COVID-19

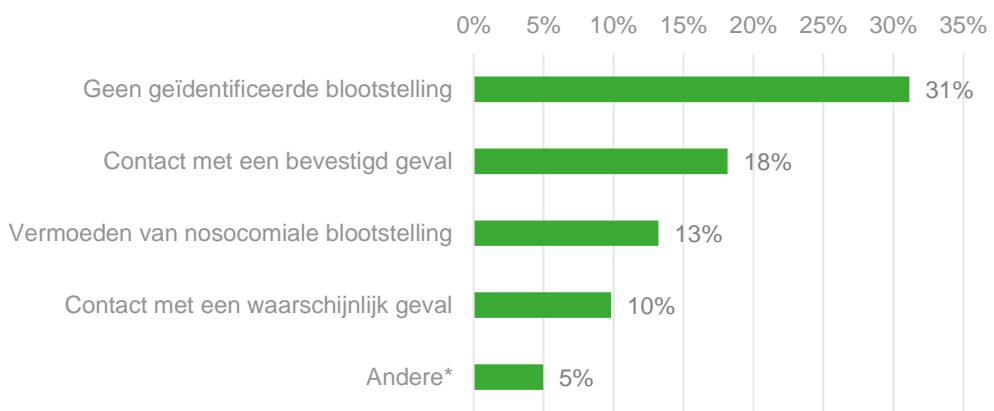
Zestien procent van alle opgenomen patiënten waren bewoners van woonzorgcentra<sup>1</sup>. Bij de patiënten die ouder zijn dan 65 jaar was 25% van de patiënten woonachtig in een woonzorgcentrum.

Bij de patiënten in de leeftijdsgroep van 18 tot 70 jaar werd 7% gerapporteerd als gezondheidswerker, zonder specificatie van de werkplek noch van de bron van blootstelling (beroepsgerelateerd of niet).

In de tabel hieronder worden de andere gerapporteerde bronnen van blootstelling aan COVID-19 weergegeven. Patiënten kunnen meerdere bronnen van blootstelling rapporteren. Voor 63% van de patiënten werd informatie over de bron van blootstelling gemeld. Bij patiënten met beschikbare informatie werd voor iets minder dan een derde (31%) de infectiebron niet geïdentificeerd. Het aandeel van bewoners van woonzorgcentra is sinds het begin van de epidemie gestegen met een piek in week 16 en 17; de laatste weken is dit aandeel gedaald.

<sup>1</sup> Als gevolg van een verandering in de gegevensverzameling wordt nu het aandeel van bewoners van woonzorgcentra en zorgpersoneel gerapporteerd voor het totale aantal patiënten, inclusief degenen voor wie de bron van de blootstelling als 'onbekend' wordt gerapporteerd.

### Verdeling van gehospitaliseerde patiënten per blootstellingsbron



\* Omvat onder andere personen die in een instelling wonen (geestelijke gezondheid en andere) en andere gezamenlijke samenlevingsvormen.

#### 3.5.3. Symptomen bij opname

De meest voorkomende symptomen bij opname zijn koorts (60%), hoest (51%), kortademigheid (49%) en algemeen verzwakt gevoel (39%). Spijsverteringssymptomen werden eveneens gerapporteerd door een aantal patiënten. Een toenemend aandeel van de patiënten had bij opname geen symptomen die verband houden met COVID-19. Dit is waarschijnlijk een gevolg van de evolutie van de teststrategie in ziekenhuizen. Deze patiënten zonder suggestieve COVID-19-symptomen vertegenwoordigen ongeveer een vijfde van de patiënten die in de afgelopen weken zijn opgenomen.

#### 3.5.4. Vooraf bestaande comorbiditeiten

De tabel hieronder geeft de vooraf bestaande gezondheidsproblemen (comorbiditeiten) per leeftijdsgroep weer bij opname van de patiënten in het ziekenhuis. Patiënten kunnen meerdere comorbiditeiten hebben.

##### Verdeling van gehospitaliseerde patiënten per leeftijdsgroep en comorbiditeiten

	< 15 (N=222)	16-44 (N=1520)	45-64 (N=4280)	≥65 (N=9257)	Total (N=15301)
Hart- en vaatziekten	0,9%	3,6%	16,2%	48,0%	34,0%
Hypertensie	0,9%	7,3%	28,0%	51,1%	39,6%
Diabetes	1,4%	7,2%	16,5%	26,6%	21,4%
Chronische longziekte	0,9%	5,9%	12,6%	17,4%	14,7%
Chronische nierziekte	0,9%	2,4%	5,0%	18,4%	12,8%
Cognitieve stoornis	1,4%	1,9%	3,5%	17,8%	12,1%
Chronische neurologische aandoening	1,9%	3,1%	5,7%	11,1%	8,6%
Solide tumor	0,9%	1,3%	5,6%	11,5%	8,7%
Obesitas	2,6%	9,1%	13,9%	8,3%	9,8%
Immunodeficiëntie, inclusief HIV	1,8%	3,2%	3,3%	2,0%	2,5%
Chronische leverziekte	1,4%	1,3%	3,3%	2,6%	2,7%
Hematologische kanker	1,4%	0,5%	1,5%	2,3%	1,9%
Geen van bovenstaande comorbiditeiten gerapporteerd	89,6%	72,8%	42,4%	11,1%	27,1%

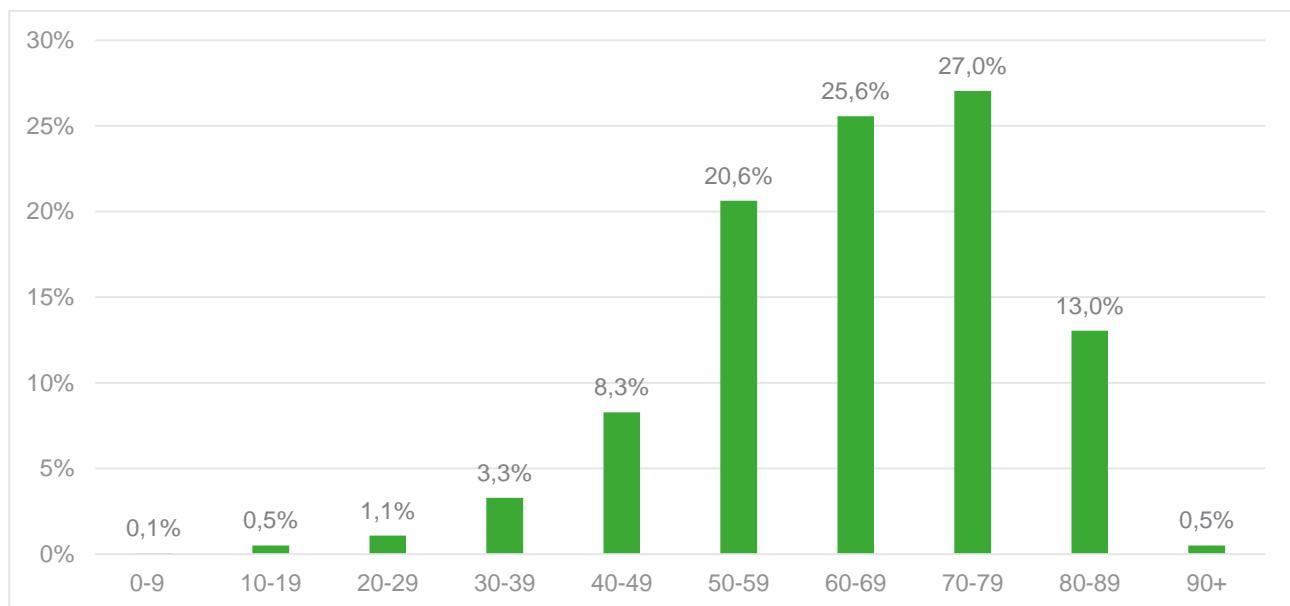
Gegevens betreffende leeftijd ontbreken voor 22 patiënten.

### 3.5.5. Patiënten opgenomen op de dienst intensieve zorgen

Voor 14 082 patiënten die tot 21 juni uit het ziekenhuis werden ontslagen, werd klinische informatie gerapporteerd. Dit stelt ons in staat om een aantal gegevens met betrekking tot de opname van patiënten op de dienst intensieve zorgen (ICU) in detail te beschrijven, evenals de factoren die verband houden met het overlijden van patiënten die met een COVID-19-infectie in het ziekenhuis werden opgenomen.

Van de patiënten met COVID-19 die uit het ziekenhuis werden ontslagen (exclusief patiënten die naar een ander ziekenhuis werden overgeplaatst), verbleef 12% op de dienst voor intensieve zorgen. De helft van de patiënten opgenomen op intensieve zorgen was ouder dan 66 jaar (leeftijden tussen 0 en 97 jaar). Deze patiënten waren dus gemiddeld jonger dan de gehospitaliseerde patiënten in het algemeen.

Verdeling per leeftijdsgroep van patiënten opgenomen op intensieve zorgen



### 3.5.6. Overlijdens bij gehospitaliseerde patiënten

Het risico op overlijden bij gehospitaliseerde patiënten neemt toe met de leeftijd: op basis van de momenteel beschikbare gegevens was 90% van de overleden gehospitaliseerde patiënten ouder dan 64. Het risico is groter bij mannen dan bij vrouwen. Het risico op overlijden is groter bij patiënten met één of meerdere onderliggende gezondheidsproblemen (comorbiditeiten). Bij de patiënten jonger dan 65 had de overgrote meerderheid (81%) van de patiënten die overleden minstens één gerapporteerde comorbiditeit. Gehospitaliseerde patiënten met de volgende onderliggende gezondheidsproblemen vertonen een verhoogd risico op overlijden: hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longziekte, chronische neurologische aandoening, chronische nierziekte, chronische leverziekte, immunodeficiëntie en kanker. Gebaseerd op de momenteel beschikbare dataset zijn hypertensie en obesitas geen onafhankelijke risicofactoren voor overlijden. Obesitas gaat echter gepaard met een hoger risico op overlijden wanneer deze specifiek aanwezig is bij patiënten jonger dan 65 jaar.

### 3.6. SURVEILLANCE BIJ WOONZORGCENTRA

Er zijn 815 woonzorgcentra (WZC) in het Vlaamse Gewest, 581 WZC (inclusief 8 Duitstalige WZC) in het Waalse Gewest en 146 WZC in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest<sup>2</sup>. De COVID-19-gegevensverzameling in WZC, met behulp van verschillende online tools, begon op 18/03 in de Vlaamse WZC, op 20/03 in de Waalse en op 26/03 in de Brusselse en Duitstalige WZC. Registratie van de mortaliteit in WZC startte op 17/03.

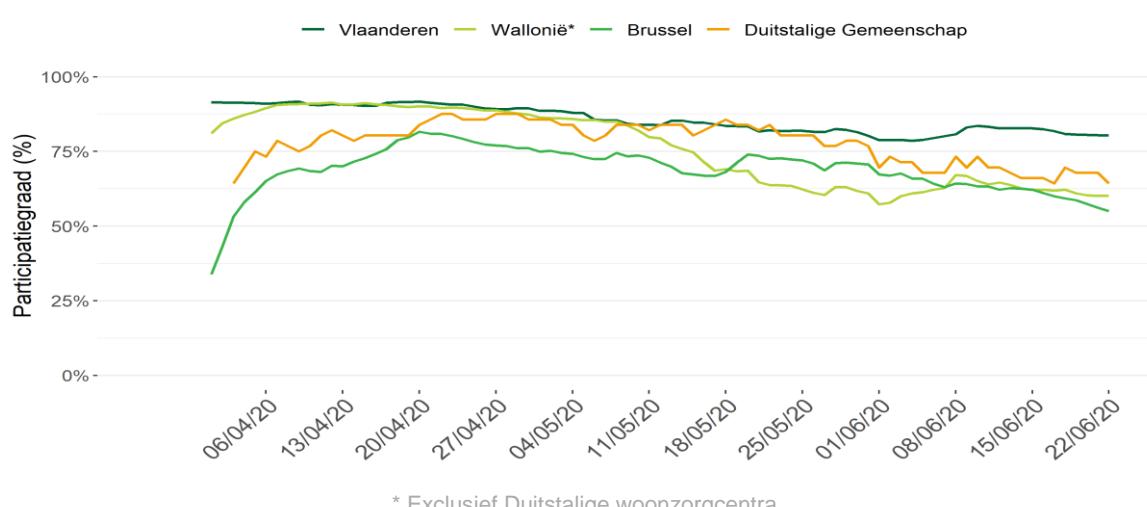
De aanpak voor het verzamelen van gegevens over patiënten besmet met COVID-19 in WZC verschilt per gewest/gemeenschap. Zowel Vlaanderen als Wallonië bezorgen de door hen verzamelde gegevens dagelijks aan Sciensano. Anderzijds krijgt Sciensano via een eigen online gegevensverzameling gegevens van Brusselse en Duitstalige WZC.

Op dit moment ontbreken er nog gegevens, waardoor de hieronder gepresenteerde resultaten als voorlopig beschouwd moeten worden en met terugwerkende kracht kunnen worden gecorrigeerd. De gegevens worden per gewest weergegeven. Gezien de Duitstalige Gemeenschap beschikt over een eigen aanpak en beleid, worden de gegevens van de 8 Duitstalige woonzorgcentra apart weergegeven. De cijfers voor de Vlaamse WZC kunnen ook op volgende website geraadpleegd worden: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-covid-19>.

Een kanttekening is weliswaar dat de hier gepresenteerde cijfers met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden, gezien de schommelingen in de participatiegraad en de verschillen in het totale aantal WZC tussen de gewesten. In Brussel is het aantal deelnemende WZC lager, wat een vertekend effect op deze cijfers kan hebben. Dit effect is ook waar te nemen voor de Duitstalige WZC.

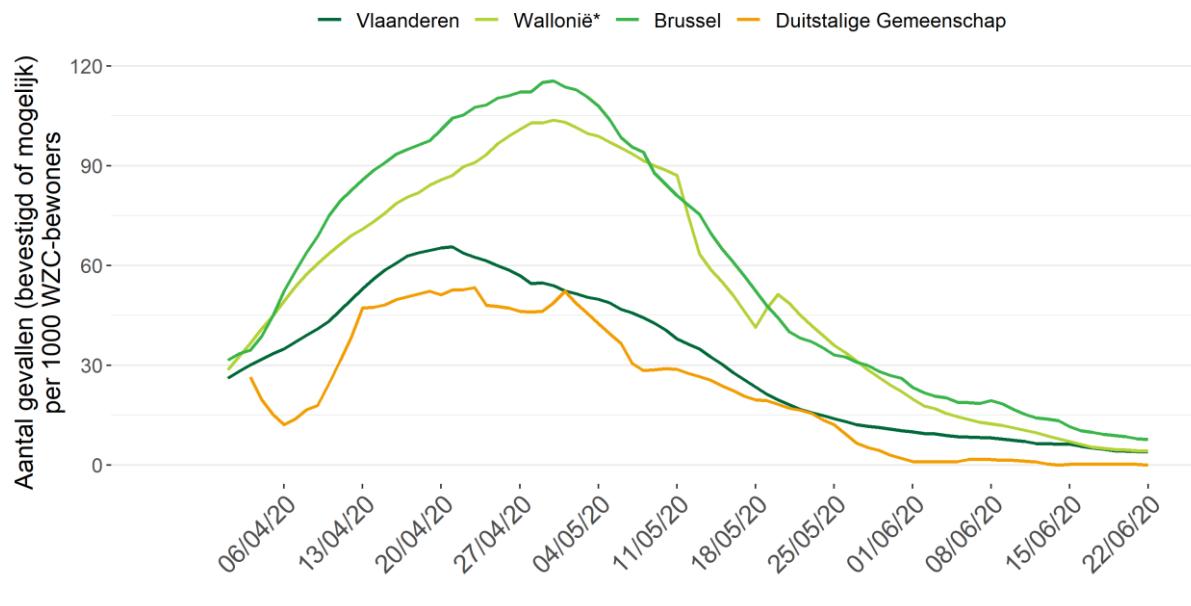
Onderstaande grafiek toont een dalende trend voor de participatiegraad in alle gewesten en gemeenschappen.

Participatiegraad (%) van de Belgische WZC aan de COVID-19-surveillance  
(7-daags gemiddelde per gewest/gemeenschap, april-juni 2020)



<sup>2</sup> Deze cijfers werden aangepast volgens de meest recente informatie. Een aantal fusies werden in rekening gebracht. Dit is het aantal WZC exclusief het aantal assistentiewoningen die niet aangesloten zijn bij een WZC.

Prevalentie van mogelijke en bevestigde COVID-19-infecties in Belgische WZC per 1000 bewoners per dag  
(7-daags gemiddelde per gewest/gemeenschap, april-juni 2020)



\* Exclusief Duitstalige woonzorgcentra

Noot: Deze grafiek geeft niet alleen de bevestigde COVID-19-gallen weer, maar ook de mogelijke COVID-19-gallen (cfr. [de gevalsdefinitie](#)). Men kan niet uitsluiten dat andere respiratoire infecties als COVID-19 worden gerapporteerd.

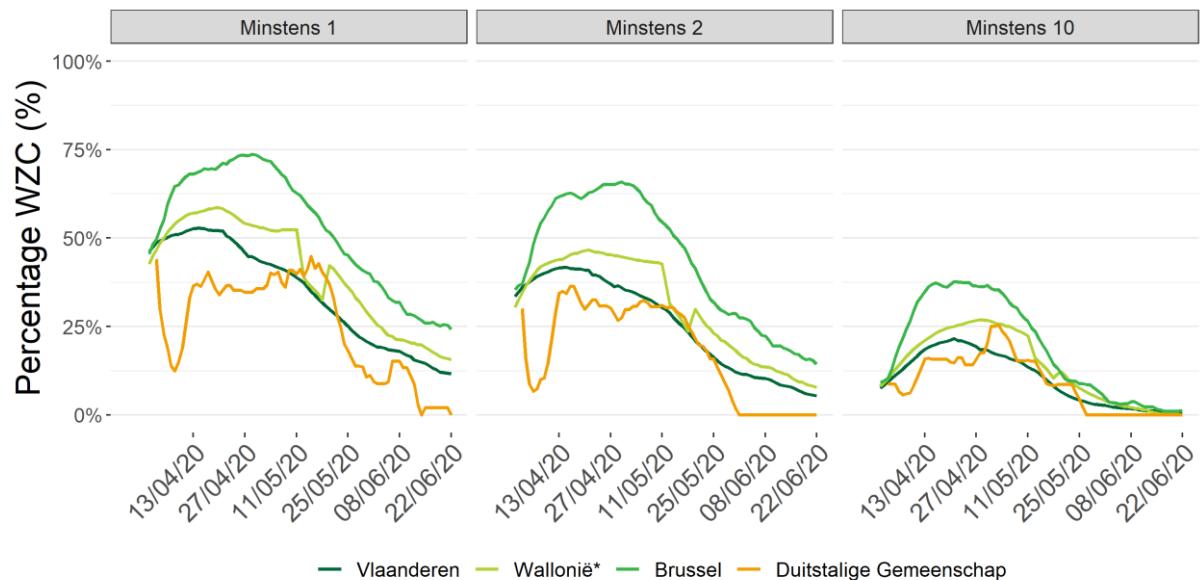
In bovenstaande grafiek wordt de prevalentie weergegeven van mogelijke of bevestigde COVID-19-infecties in WZC per 1 000 bewoners, per dag en per gewest/gemeenschap. Indien er in een bepaald gewest/gemeenschap uitbraken zijn, dan wordt dit weerspiegeld in de grafiek hierboven. In bovenstaande grafiek, alsook in de volgende grafieken, merken we op 12 en 13 mei een daling in de gerapporteerde gegevens van Wallonië. Mogelijk is dit te wijten aan het feit dat zij op 12 mei overgeschakeld zijn op het gebruik van een nieuwe tool voor de dataregistratie. De data van 12 en 13 mei voor Wallonië moeten dus als onvolledig beschouwd worden.

Het aantal bewoners met een mogelijke of bevestigde COVID-19-infectie in de WZC bereikte een piek op 21 april in Vlaanderen (67/1 000). In Wallonië en Brussel werd deze piek later bereikt, respectievelijk op 25 april (109/1 000) en 29 april (122/1 000). Het aantal bewoners met een mogelijke of bevestigde COVID-19-infectie in de WZC bereikte een piek op 30 april in de Duitstalige WZC (69/1 000). Sindsdien wordt in alle gewesten/gemeenschappen een blijvende daling waargenomen.

Het aantal bewoners met een mogelijke of bevestigde COVID-19-infectie in WZC is op 22 juni in Vlaanderen 3/1 000 bewoners, in Wallonië 4/1 000 bewoners, in Brussel 7/1 000 bewoners. In de Duitstalige Gemeenschap zijn er geen bewoners met een mogelijke of bevestigde COVID-19-infectie.

Sinds begin april worden de bewoners van WZC getest op COVID-19. Sommige bewoners die positief testten maar asymptomatisch zijn, worden dus vanaf april ook gemeld, wat van invloed kan zijn op deze getallen. Bovendien werden de WZC niet gelijktijdig getest en was er een verschillende teststrategie per gewest. Dit kan het tijdsverschil in de piek van de prevalentie tussen de gewesten mogelijk verklaren.

Percentage van WZC met minstens 1, minstens 2 of minstens 10 bevestigde of mogelijke COVID-19-geval(len) (7-daags gemiddelde per gewest/gemeenschap, april-juni 2020)



\* Exclusief Duitstalige woonzorgcentra

Noot: Deze grafiek geeft niet alleen de bevestigde COVID-19-gevallen weer, maar ook de mogelijke COVID-19-gevallen (cfr. [de gevalsdefinitie](#)). Men kan niet uitsluiten dat andere respiratoire infecties als COVID-19 worden gerapporteerd.

**Sinds begin april** was een sterke stijging te zien in het percentage deelnemende WZC met (mogelijke of bevestigde) gevallen van COVID-19. Deze stijging hield aan tot eind april, waarna een dalende trend in alle gewesten waar te nemen is, de laatste week inbegrepen. Slechts 9% van de deelnemende Vlaamse, 8% van de Brusselse, 11% van de Waalse en 12% van de Duitstalige WZC meldde geen enkel geval sinds het begin van de registratie.

Aantal gerapporteerde COVID-19-sterfgevallen in WZC per dag, van 25 mei tot 21 juni

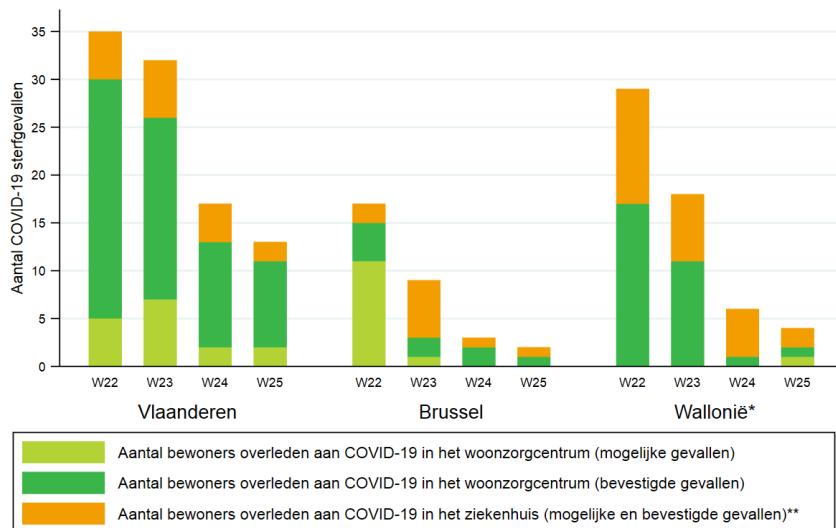


Het aantal gerapporteerde COVID-19-sterfgevallen in Belgische WZC (zie bovenstaande grafiek) is de afgelopen 4 weken blijven dalen. Op 21 juni waren er volgens de meest recente gegevens in heel België 3 COVID-19-overlijdens.

De grafiek hieronder toont voor de periode van 25 mei tot 21 juni het aantal COVID-19-sterfgevallen per week bij bewoners van WZC, opgedeeld volgens gewest, plaats van overlijden (ziekenhuis versus WZC) en – voor de sterfgevallen in het WZC – de diagnosestatus (mogelijke versus bevestigde gevallen).

Te noteren valt dat de Vlaamse overheid vanaf 22 april het surveillancesysteem in de WZC heeft aangepast. Vanaf die datum wordt enkel het totaal aantal sterfgevallen (COVID-19 en non-COVID-19) bij bewoners van WZC in het ziekenhuis doorgegeven. Er is dus geen specifieke informatie beschikbaar over het aantal bewoners dat aan COVID-19 is overleden in het ziekenhuis. Dit geldt voor alle WZC in Vlaanderen en 7 van de 146 WZC in Brussel. In de grafiek is het aantal sterfgevallen in het ziekenhuis bij bewoners van WZC in Vlaanderen daarom gebaseerd op schattingen. Dit geldt ook voor overlijdens in de 8 Brusselse WZC die onder de bevoegdheid vallen van de Vlaamse overheid.

Aantal gerapporteerde COVID 19-sterfgevallen bij bewoners van WZC  
Week 22-25 (25 mei-21 juni)



In de Duitstalige Gemeenschap was er nog één COVID-19-overlijden in een WZC in week 22, maar de afgelopen 3 weken zijn er geen WZC-bewoners meer gestorven aan COVID-19.

Uit onderstaande tabel blijkt dat ongeveer 22% van de sterfgevallen van bewoners van woonzorgcentra plaatsvonden in het ziekenhuis. Dit percentage ligt hoger in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen en de Duitstalige Gemeenschap.

COVID-19-sterfgevallen bij bewoners van WZC, volgens plaats van overlijden (gevallen tot 21 juni)\*

Plaats van overlijden	Vlaanderen	Brussel	Wallonië	Duitstalige Gemeenschap	België
WZC	2 660	644	1 520	33	4 857
Ziekenhuis*	429	359	586	3	1 377
Andere	Geen info	1	13	1	15
<b>TOTAAL</b>	<b>3 089</b>	<b>1 004</b>	<b>2 119</b>	<b>37</b>	<b>6 249</b>
<b>% sterfgevallen in ziekenhuis</b>	<b>13,8%</b>	<b>35,8%</b>	<b>27,7%</b>	<b>8,1%</b>	<b>22,0%</b>

\* Cijfers aangepast aan de laatst beschikbare informatie.

Op basis van onze schattingen stellen we vast dat in België tot 23 juni, 6 249 COVID-19-overlijdens bij WZC-bewoners zijn gerapporteerd, wat neerkomt op 64,3% van alle COVID-19-sterfgevallen.

Op basis van de individuele patiëntgegevens geregistreerd in de klinische (niet-exhaustieve) COVID-19-ziekenhuissurveilliance schatten we dat **86% van de WZC-bewoners die in de Brusselse ziekenhuizen stierven in Brusselse WZC woonden, terwijl 14% in WZC buiten Brussel woonden** (8% in Vlaamse WZC en 6% in Waalse WZC).

### **3.7. SURVEILLANCE VAN GRIEPKLACHTEN DOOR HET NETWERK VAN HUISARTSEN**

Het peilnetwerk van huisartsen registreert continu de consultaties bij de huisarts voor griepaal syndroom en acute luchtweginfecties. Dit verloopt in nauwe samenwerking met het Nationaal Referentiecentrum influenza, dat voor een (willekeurige) subgroep van de geregistreerde gevallen een klinisch staal microbiologisch onderzoekt op influenza, en vanaf maart 2020 ook op SARS-CoV-2. Het netwerk bestaat uit ongeveer 120 huisartsenpraktijken in heel België, die vrijwillig gegevens rapporteren.

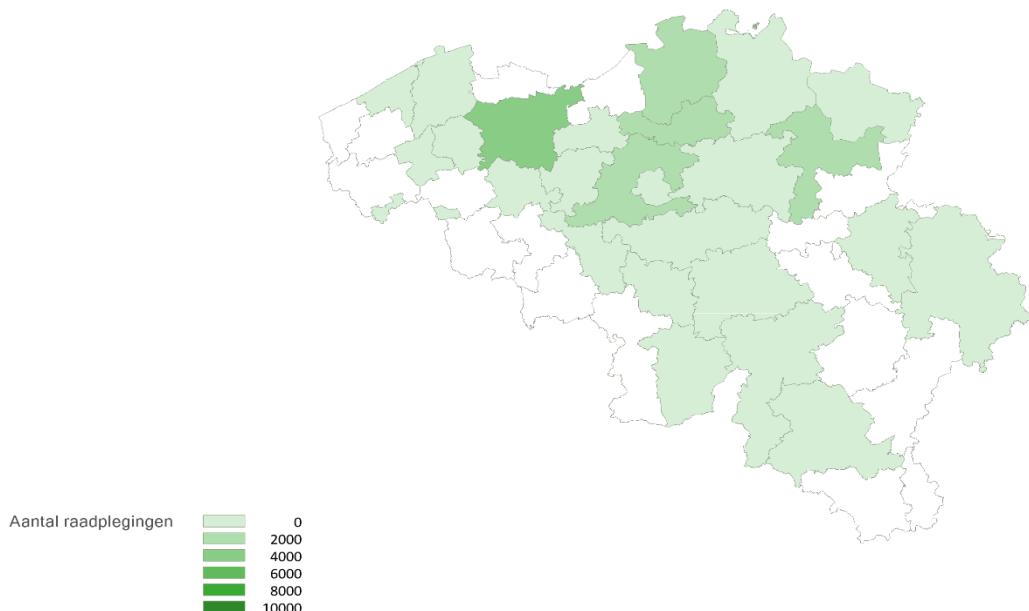
In de week van 15 tot 21 juni steeg de totale incidentie van raadplegingen bij de huisarts voor griepklachten (inclusief telefonische raadplegingen) opnieuw zeer licht tot 71 raadplegingen per 100 000 inwoners in vergelijking met vorige week.

De stijging was hoofdzakelijk het gevolg van een stijging van de incidentie bij jonge kinderen (0-4 jaar) in Vlaanderen. In de andere gewesten en leeftijdsgroepen bleef de incidentie stabiel.

Ook de incidentie van huisartsconsultaties voor andere acute respiratoire infecties steeg licht, enerzijds door een stijging bij jonge kinderen (0-4 jaar) in Vlaanderen en anderzijds door een lichte stijging in alle leeftijdsgroepen in Brussel.

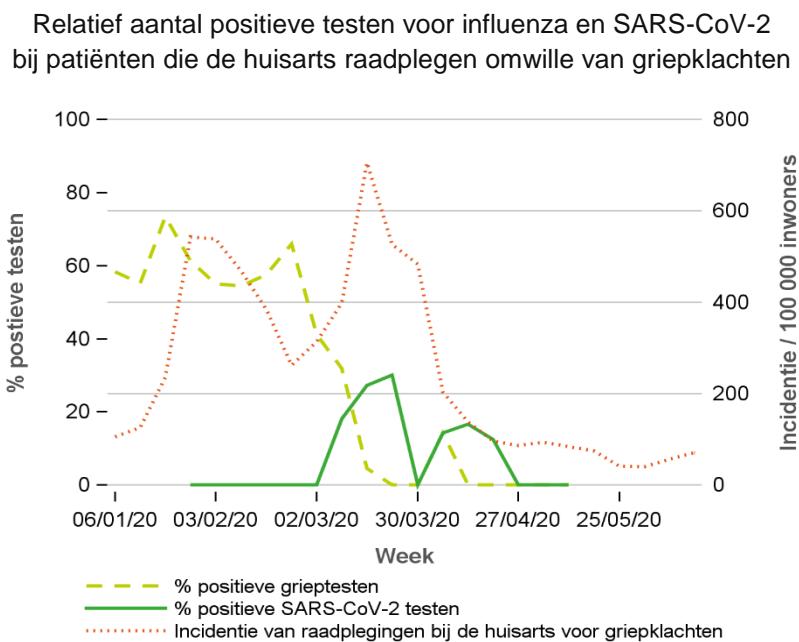
De afgelopen week werd het hoogste aantal raadplegingen voor griepklachten, zowel in absolute aantallen als in incidentie, gezien in de arrondissementen Gent, Mechelen, Halle-Vilvoorde en Hasselt.

Griepklachten: schatting van het aantal raadplegingen bij de huisarts  
in de week van 15-21 juni 2020



Bron: Netwerk van huisartsenpeilpraktijken

In de week van 15 tot 21 juni 2020 werden geen luchtwegstalen verzameld door de peilartsen.



Bron: Netwerk van huisartsenpeilpraktijken

Het volledige wekelijkse bulletin luchtwegeninfecties is terug te vinden via  [deze link](#).

### 3.8. EVOLUTIE VAN DE MORTALITEIT

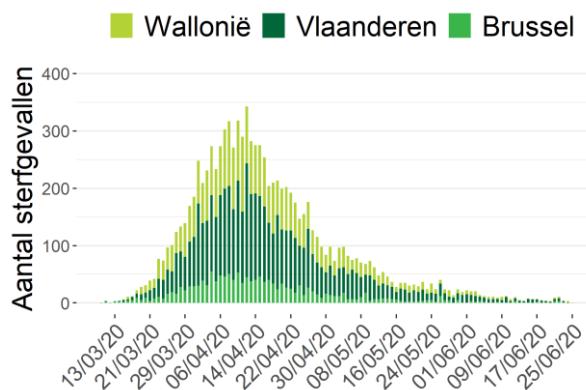
Deze cijfers omvatten de sterfgevallen die door de autoriteiten worden gerapporteerd, vanaf 24 maart aangevuld met gegevens die door de ziekenhuizen worden verstrekt. Sterfgevallen worden gepresenteerd volgens datum van overlijden, en ingedeeld naar gewest volgens plaats van overlijden.

Bij het afsluiten van de gegevensverzameling voor dit rapport werden in totaal 9 731 sterfgevallen gerapporteerd; 4 883 (50%) in Vlaanderen, 3 365 (35%) in Wallonië, en 1 483 (15%) in Brussel.

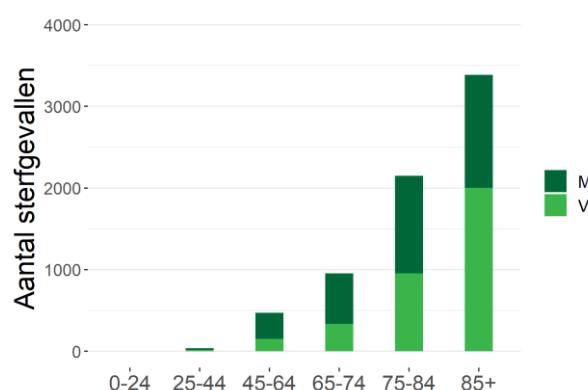
De piek in COVID-19-sterfgevallen deed zich voor in week 15, vier weken na de eerste inperkingsmaatregelen in België. Het **maximum aantal COVID-19-sterfgevallen op één dag** is 343 doden, waargenomen op zondag 12 april 2020 (week 15).

Tot en met 25 juni zijn 38 mensen jonger dan 45 jaar (<1%) en 473 mensen in de leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar (5%) aan COVID-19 overleden. Informatie over leeftijd en geslacht ontbreekt voor 2 724 personen; deze sterfgevallen betreffen voornamelijk personen ouder dan 65 jaar die in woonzorgcentra in Vlaanderen zijn overleden (97%) en waarvoor alleen geaggregeerde informatie beschikbaar is.

Evolutie van het aantal COVID-19 sterfgevallen per gewest en datum van overlijden



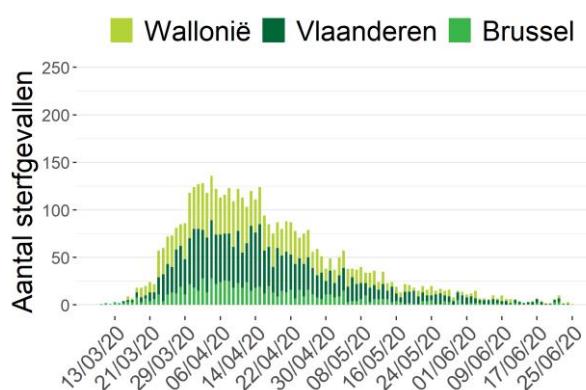
Aantal COVID-19 sterfgevallen per leeftijd en geslacht\*



\*Informatie over leeftijd en/of geslacht was niet beschikbaar voor 2724 sterfgevallen

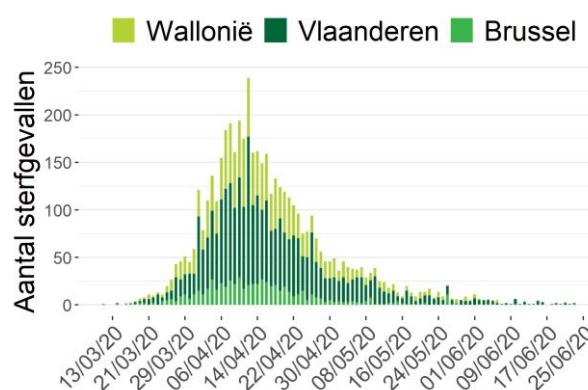
Noot: Gegevens van de laatste 48 uur moeten nog geconsolideerd worden.

Evolutie van het aantal COVID-19 sterfgevallen in ziekenhuizen per gewest en datum van overlijden



Noot: Gegevens van de laatste 48 uur moeten nog geconsolideerd worden.

Evolutie van het aantal COVID-19 sterfgevallen in woonzorgcentra per gewest en datum van overlijden



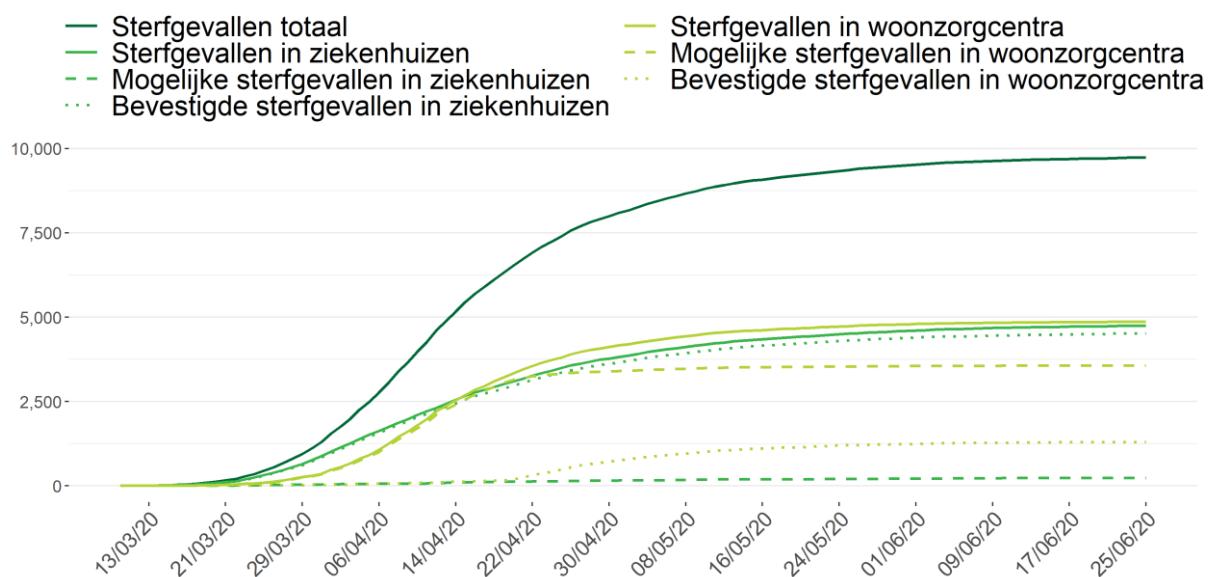
Aangezien de laboratoriumtest niet 100% gevoelig is, kan de diagnose ook worden bevestigd door een CT-scan van de thorax. Sinds 11 april kunnen de ziekenhuizen melden of de COVID-19-diagnose werd gesteld op basis van een CT-scan van de thorax die compatibel is met een klinisch beeld dat suggestief is voor COVID-19. Tussen 23 maart en 25 juni werden **388 COVID-19-sterfgevallen bevestigd door een CT van de thorax** zonder laboratoriumbevestiging, wat neerkomt op 8,2% van de sterfgevallen in het ziekenhuis.

**Sterfgevallen in ziekenhuizen** worden gemeld via de “hospital surge capacity survey” door de ziekenhuizen en hebben alleen betrekking op sterfgevallen die zijn bevestigd met een laboratoriumtest of op basis van een CT-scan van de thorax\* met suggestieve klinische presentatie van COVID-19. Vanaf 5 mei 2020 worden sterfgevallen van mogelijke gevallen in het ziekenhuis systematisch gerapporteerd. Dit is in overeenstemming met de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie.

\*Gevalsdefinitie van een radiologisch bevestigd geval: sinds 1 april is een radiologisch bevestigd geval een persoon wiens laboratoriumtest voor COVID-19 negatief is, maar voor wie de diagnose van COVID-19 toch wordt behouden op basis van een suggestieve klinische presentatie EN een compatibele CT scan van de thorax.

**Sterfgevallen buiten het ziekenhuis** (woonzorgcentra, tehuizen, andere plaatsen) worden gemeld door de regionale autoriteiten en hebben betrekking op bevestigde en mogelijke COVID-19-gevallen. Bevestigde gevallen betreffen patiënten die een diagnostische test hebben gehad. Mogelijke gevallen betreffen patiënten die geen diagnostische test hebben gehad maar voldeden aan de door de arts vastgestelde klinische criteria voor de ziekte.

Cumulatief aantal (mogelijke en bevestigde) sterfgevallen in ziekenhuizen en woonzorgcentra.



Noot: Gegevens van de laatste 48 uur moeten nog geconsolideerd worden.

Cumulatief totaal van de tot dusver gerapporteerde sterfgevallen

Plaats van overlijden	Vlaanderen		Brussel		Wallonië		België	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ziekenhuis	2 155	44%	831	56%	1 762	52%	4 748	49%
Bevestigde gevallen	2 060	96%	800	96%	1 655	94%	4 515	95%
Mogelijke gevallen	95	4%	31	4%	107	6%	233	5%
Woonzorgcentrum	2 663	55%	645	43%	1 553	46%	4 861	50%
Bevestigde gevallen	650	24%	220	34%	427	27%	1 297	27%
Mogelijke gevallen	2 013	76%	425	66%	1 126	73%	3 564	73%
Andere residentiële collectiviteiten	27	1%	1	0%	19	1%	47	0%
Thuis en andere	19	0%	6	0%	31	1%	56	1%
Onbekend	19	0%	0	0%	0	0%	19	0%
TOTAAL	4 883	100%	1 483	100%	3 365	100%	9 731	100%

Noot: Vanaf 24/04/2020 zijn er gegevens beschikbaar over de diagnostische status van sterfgevallen in woonzorgcentra in Vlaanderen (bevestigde en mogelijke COVID-19-gevallen).

Gerapporteerde sterfgevallen in de periode van 16 juni tot 22 juni

Plaats van overlijden	Vlaanderen		Brussel		Wallonië		België	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ziekenhuis	18	67%	8	89%	9	90%	35	76%
Bevestigde gevallen	18	100%	7	88%	8	89%	33	94%
Mogelijke gevallen	0	0%	1	12%	1	11%	2	6%
Woonzorgcentrum	9	33%	1	11%	1	10%	11	24%
Bevestigde gevallen	8	89%	1	100%	1	100%	10	91%
Mogelijke gevallen	1	11%	0	0%	0	0%	1	9%
Andere residentiële collectiviteiten	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Thuis en andere	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Onbekend	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAAL	27	100%	9	100%	10	100%	46	100%

Noot: Vanaf 24/04/2020 zijn er gegevens beschikbaar over de diagnostische status van sterfgevallen in woonzorgcentra in Vlaanderen (bevestigde en mogelijke COVID-19-gevallen).

De volgende informatie werd gepubliceerd in het eerder wekelijks epidemiologisch bulletin:

- De case-fatality rate ([bulletin van 22/05/2020](#))

### 3.9. SURVEILLANCE VAN DE MORTALITEIT (ALLE OORZAKEN)

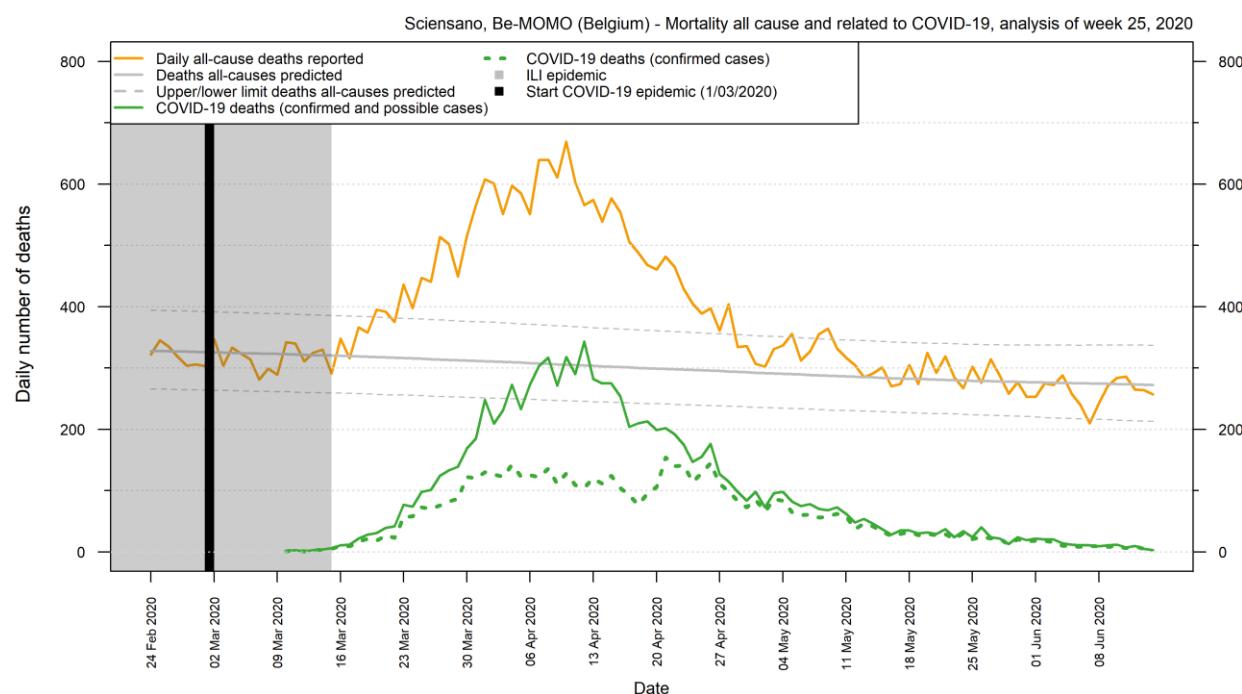
#### 3.9.1. Be-MOMO (Belgium Mortality Monitoring): opvolging van algemene sterfte (alle oorzaken) op basis van gegevens uit het Rijksregister

Het kan 2 tot 3 weken duren vooraleer de gegevens voor meer dan 95% van de sterfgevallen volledig zijn. De cijfers van de laatste weken zijn dus voorlopig. Voor meer informatie over Be-MOMO: <https://epistat.wiv-isp.be/momo/>.

##### 3.9.1.1. Relatie tussen sterfte door alle oorzaken en COVID-19-gerelateerde sterfte

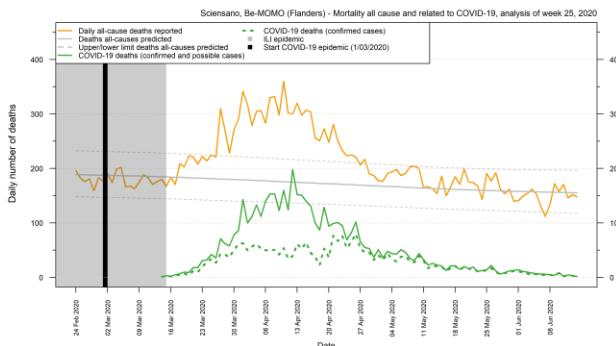
Sterfte door COVID-19 (bevestigde en mogelijke gevallen) is steeds sterk gecorreleerd met sterfte door alle oorzaken (Spearman's rho,  $R=0,92$ ,  $p<0,01$ ), maar aangezien de piek in de oversterfte voorbij is, heeft de correlatie de neiging om licht te dalen (zie onderstaande figuren). Surveillance van de mortaliteit enkel gebaseerd op het aantal overlijdens van bevestigde COVID-19-gevallen onderschat de werkelijke omvang van de COVID-19-gerelateerde sterfte in de bevolking. Sinds eind april wordt de kloof in mortaliteit tussen het aantal "bevestigde gevallen" en "bevestigde en mogelijke gevallen" kleiner dankzij de screening in woonzorgcentra, en dit is in de drie gewesten te zien (zie de figuren per gewest hieronder).

Vanaf 11 mei (week 20) werd in de drie gewesten geen oversterfte meer waargenomen. Het geobserveerde aantal sterfgevallen blijft binnen het verwachte bereik.

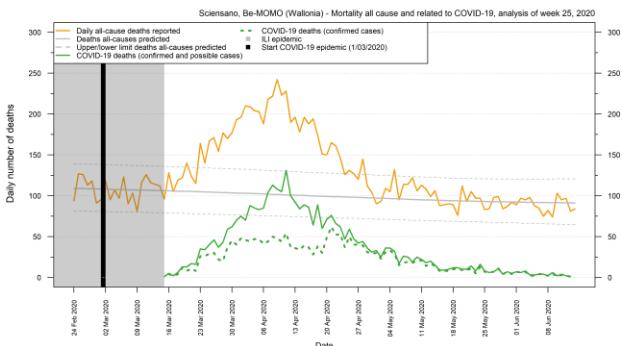


Noot: De sterftecijfers door alle oorzaken vanaf 8 juni zijn voorlopig.

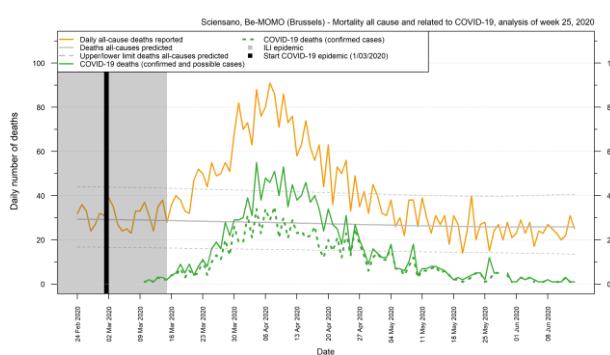
Hoe lees je deze grafiek? Wanneer het aantal sterfgevallen per dag (oranje lijn) de door de modellering voorspelde boven- of ondergrens van sterfgevallen (grijze stippeellijnen) overschrijdt, is er sprake van een significante over- of ondersterfte. De groene curve komt overeen met het aantal COVID-19-sterfgevallen (bevestigde en mogelijke gevallen, alle plaatsen van overlijden) en de groene stippeellijn komt overeen met het aantal COVID-19-sterfgevallen (bevestigde gevallen, alle plaatsen van overlijden).



Vlaanderen



Wallonië



Brussel

Vanaf week 11 (eerste sterfgevallen in verband met COVID-19) tot het einde van week 17 berekent Be-MOMO onder de 23 002 waargenomen sterfgevallen 7 809 extra sterfgevallen. Voor dezelfde periode werden 7 571 COVID-19 sterfgevallen gemeld. Be-MOMO laat niet toe de oorzaak van de oversterfte te identificeren, maar gaat ervan uit dat **97% van de oversterfte voor deze periode aan COVID-19 kan worden toegeschreven.**

Vanaf week 18 wordt deze trend omgekeerd, waarbij het cumulatieve aantal COVID-19 sterfgevallen groter is dan het cumulatieve aantal extra sterfgevallen. Dit kan worden verklaard door een stabilisatie van het cumulatieve aantal sterfgevallen door COVID-19 en een afname van het aantal sterfgevallen door andere oorzaken. Er zal een analyse van de doodsoorzaken moeten worden uitgevoerd om de hypothese te valideren, maar het duurt minimum twee jaar om deze gegevens te verkrijgen.

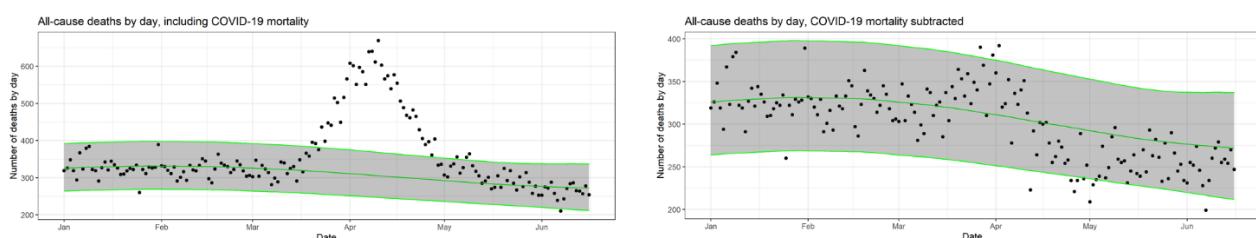
Vanaf week 23 neemt het cumulatieve aantal extra sterfgevallen af ten opzichte van de voorgaande week, omdat het waargenomen aantal sterfgevallen, hoewel nog steeds binnen het verwachte bereik, over het algemeen onder de basislijn van de afgelopen vijf jaar blijft.

Aantal extra sterfgevallen ten opzichte van het aantal COVID-19-sterfgevallen per week, België

Week	Datum van maandag	Cumulatief aantal van waargenomen sterfgevallen	Cumulatief aantal van extra sterfgevallen (Be-MOMO)	Cumulatief aantal sterfgevallen COVID-19	Verschil (COVID - extra)	% (COVID / extra)
2020-W11	09/03/2020	2 228	-24	18	42	-74%
2020-W12	16/03/2020	4 778	297	203	-94	68%
2020-W13	23/03/2020	7 965	1 282	949	-333	74%
2020-W14	30/03/2020	11 989	3 132	2 497	-636	80%
2020-W15	06/04/2020	16 268	5 269	4 612	-657	88%
2020-W16	13/04/2020	19 974	6 863	6 325	-538	92%
2020-W17	20/04/2020	23 002	7 809	7 571	-238	97%
2020-W18	27/04/2020	25 377	8 132	8 262	130	102%
2020-W19	04/05/2020	27 760	8 494	8 806	312	104%
2020-W20	11/05/2020	29 803	8 545	9 116	571	107%
2020-W21	18/05/2020	31 870	8 644	9 337	693	108%
2020-W22	25/05/2020	33 838	8 666	9 503	837	110%
2020-W23	01/06/2020	35 633	8 531	9 613	1 082	113%

In onderstaande grafieken geven de zwarte stippen het aantal sterfgevallen per dag door alle oorzaken weer. Wanneer deze stippen buiten het grijze gebied vallen, is er sprake van een significante oversterfte of ondersterfte. Na aftrek van het aantal sterfgevallen door COVID-19 van het aantal sterfgevallen door alle oorzaken, stellen we vast dat (1) **de oversterfte in de populatie hoogstwaarschijnlijk verband houdt met COVID-19**; (2) **de rapportage van COVID-19-sterfgevallen tijdens de epidemie volledig is**; (3) **er een aanzienlijke oversterfte is eind maart en begin april** die kan worden verklaard ofwel door een oversterfte die indirect verband houdt met de COVID-19-epidemie, ofwel omdat de COVID-19-mortaliteit niet voldoende is gerapporteerd voor deze periode (*er zijn drie dagen met iets minder dan 400 sterfgevallen per dag waarbij het aantal sterfgevallen niet in verband staat met COVID-19*); (4) **er eind april sprake is van een paar dagen met significante ondersterfte**, d.w.z. dat de sterfte door alle oorzaken, met uitzondering van COVID-19, lager is dan op basis van de afgelopen 5 jaar werd verwacht.

Aantal sterfgevallen door alle oorzaken (COVID-19-sterfte inbegrepen of afgetrokken) tot 17 juni 2020  
(gebaseerd op gegevens verzameld tot 20 juni, zonder correctie van vertragingen), België



Noot: De sterftecijfers vanaf 8 juni zijn voorlopig.

Voor deze analyse hebben we geen vertragingscorrectie uitgevoerd op het aantal sterfgevallen door alle oorzaken. De totale sterfte is voor beide gegevensreeksen opgenomen; we hebben onvolledige gegevens niet uitgesloten van de analyse (voor ongeveer 1 op 4 COVID-19-overlijdens zijn geen leeftijds- of locatiegegevens bekend; deze overlijdens zijn toch in de analyse opgenomen).

### 3.9.1.2. Oversterfte tijdens de COVID-19 epidemie

De volgende informatie over oversterfte tijdens de COVID-19 epidemie is te vinden in eerdere wekelijkse epidemiologische bulletins:

- Sterfte per week voor België en de gewesten ([bulletin van 19/06/2020](#))
- Samenvatting van oversterfte van 23 maart tot 3 mei per leeftijdsgroep en geslacht (België en gewesten) ([bulletin van 19/06/2020](#))
- Het verband tussen sterfte en griepsyndromen per leeftijdsgroep ([bulletin van 19/06/2020](#))

### 3.9.1.3. Vergelijking

De volgende vergelijkingen zijn te vinden in eerdere wekelijkse epidemiologische bulletins:

- Grafieken van de sterfte door alle oorzaken en voor COVID-19 per leeftijdsgroep voor elk gewest ([bulletin van 8/05/2020](#))
- Het dagelijks gemiddelde van de sterfgevallen in de winter ([bulletin van 8/05/2020](#))
- Het maximum aantal sterfgevallen per dag in de winter (per gewest en leeftijdsgroep) ([bulletin van 8/05/2020](#))
- Het aantal sterfgevallen per week in 2020, 2019 en 2018 ([bulletin van 8/05/2020](#))
- Historiek van het aantal sterfgevallen per maand (Tweede Wereldoorlog en andere winters) ([bulletin van 8/05/2020](#))
- Vergelijking van de sterfte met de hete zomer van 2003 ([bulletin van 23/04/2020](#))
- Het weekgemiddelde van het aantal sterfgevallen door alle oorzaken in woonzorgcentra van 2012 tot 2016 ([bulletin van 16/04/2020](#))
- De grafiek van de sterfte door alle oorzaken en door COVID-19 voor de laatste vier jaar ([bulletin van 5/06/2020](#))

### **3.9.2. EuroMOMO: monitoring van de sterfte (alle oorzaken) in Europa**

EuroMOMO publiceert wekelijks een bulletin over de sterfte door alle oorzaken in maximaal 24 Europese landen of regio's. Het sterftecijfer van de laatste weken dient echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, want er is een vertraging van ongeveer drie weken voor het verkrijgen van significante gegevens over de oversterfte. Voor meer informatie: <http://www.euromomo.eu/index.html>.

Er werd vooral in de leeftijdsgroep boven de 65 jaar oversterfte waargenomen, maar ook in de leeftijdsgroepen 15-44 en 45-64 jaar. Het sterftecijfer lijkt nu in verschillende van de getroffen landen het normale niveau te benaderen.

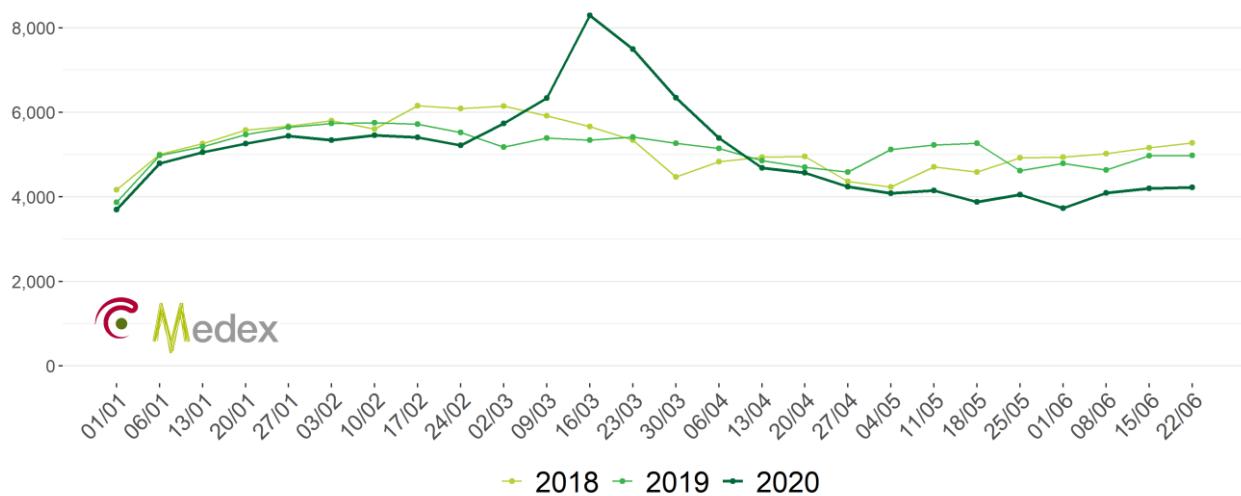
**De volgende informatie van EuroMOMO werd gepubliceerd in eerdere wekelijkse epidemiologische bulletins:**

- De curves per leeftijdsgroep 15-64 jaar, 65-74 jaar, 75-84 jaar, 85+ jaar ([bulletin van 8/05/2020](#)).
- Evolutie van de oversterfte in Europa tussen week 10 en 17 ([bulletin van 15/05/2020](#)).
- De curves per leeftijdsgroep 15-44 jaar en 45-64 jaar ([bulletin van 5/06/2020](#)).

### 3.10. WERKABSENTEÏSME

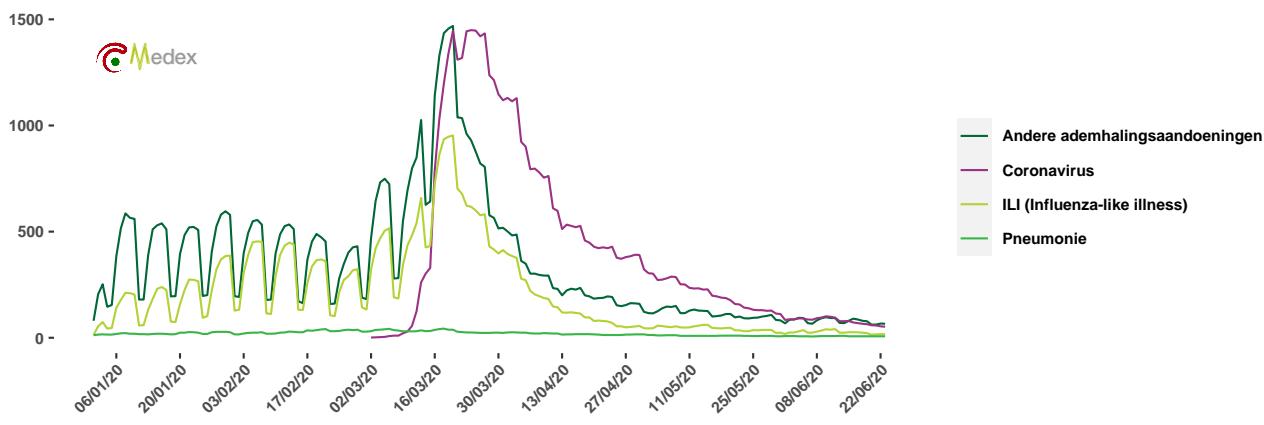
Deze grafiek geeft de dagelijkse afwezigheden wegens ziekte weer voor de Belgische overheidsfunctionarissen (MEDEX-databank, n = 83 002) in vergelijking met voorgaande jaren. Dit kan gezien worden als maatstaf voor de impact van het coronavirus op de werkende bevolking. Het dient te worden onderstreept dat enerzijds niet alle afwezigheden ook daadwerkelijk veroorzaakt zullen worden door COVID-19. Anderzijds kunnen de verregaande inperkingsmaatregelen, in het bijzonder de promotie van het thuiswerk en het sluiten van de scholen, de rapportering van het ziekteverzuim beïnvloeden. De resultaten duiden niettemin op een aanzienlijke stijging in het ziekteverzuim met piekmoment medio maart, met een daling naar waarden vergelijkbaar met de referentiejaren vanaf april.

Aantal zieke overheidsfunctionarissen per dag (wekelijks gemiddelde) (MEDEX-databank, n = 83 002)



Bron: [MEDEX](#)

Aantal overheidsfunctionarissen afwezig omwille van respiratoire aandoeningen (MEDEX, n = 83 002), dagelijkse evolutie – januari-juni 2020



Bron: [MEDEX](#)

Op het MEDEX-certificaat voor arbeidsongeschiktheid vult de arts ook een diagnose in. Deze gegevens worden gegroepeerd op basis van ICD-9-codes (WHO-nomenclatuur) alsook vrije tekst. Er is een duidelijke piek van het aantal diagnoses van “COVID-19” én “griepklachten (ILI)” midden maart. Er wordt ook een maximum van “andere ademhalingsaandoeningen” waargenomen simultaan met de plotselinge toename van arbeidsongeschiktheid wegens COVID-19. Andere databronnen, die zich baseren op bijvoorbeeld het aantal bevestigde en gehospitaliseerde gevallen, situeren de piek pas 2-4 weken later. Merk op dat half maart milde gevallen in de algemene bevolking nog niet getest werden. Midden maart is ook het moment van de verregaande inperkingsmaatregelen, waardoor er een verhoogde waakzaamheid en een verandering in de codering van ziektecertificaten zou kunnen geweest zijn.

Niettemin valt de piek midden maart samen met de gegevens van het peilnetwerk van huisartsen (zie hoofdstuk 3.7). In die gegevens zie we eveneens midden maart een piek van zowel het aantal consultaties voor griepklachten als in de proportie van surveillanceslagen die positief waren voor SARS-CoV-2.

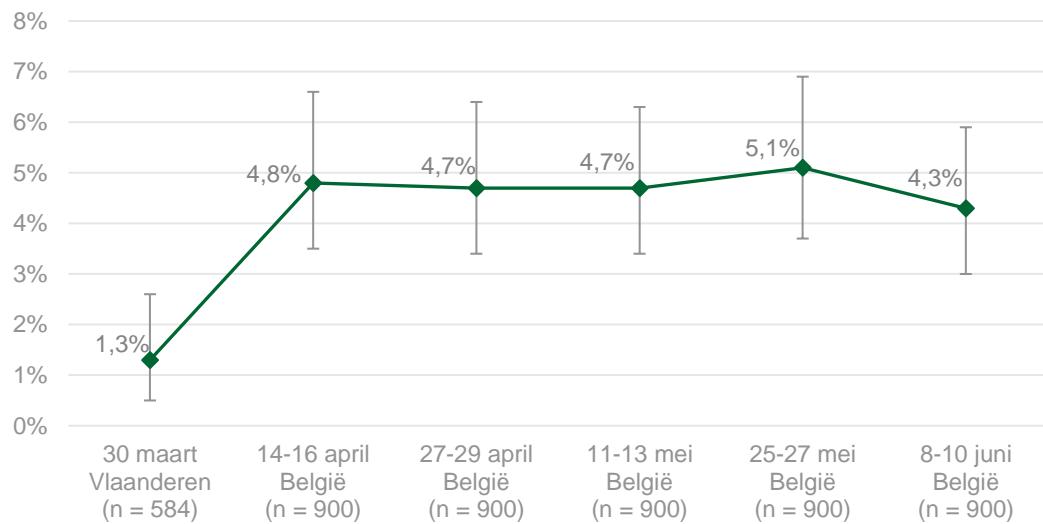
Sinds enkele weken blijft het aantal meldingen voor COVID-19 en andere respiratoire aandoeningen zeer laag.

### 3.11. SARS-COV-2 SEROPREVALENTIE BIJ BLOEDDONOREN

Sinds 30 maart verzamelt Sciensano iedere 2 weken ongeveer 1 500 reststalen van bloeddonoren via het **Rode Kruis Vlaanderen** en sinds 14 april hetzelfde aantal via **Le Service du Sang de la Croix-rouge de Belgique** voor Wallonië en Brussel. Een selectie van deze stalen, die de verschillende gewesten en leeftijdsgroepen vertegenwoordigt, wordt getest op de aanwezigheid van antilichamen tegen SARS-CoV-2. De bloeddonoren vertegenwoordigen de Belgische bevolking tussen 18 en 75 jaar die gezond zijn op het moment van donatie. Personen met een eerder bevestigde of mogelijke COVID-19-infectie of die in nauw contact zijn geweest met een bevestigd geval, mogen gedurende 28 dagen na het verdwijnen van de symptomen of na het contact geen bloed doneren en zijn dus gedurende deze tijd uitgesloten van de studie. Bij atypische klachten (bv. keelpijn, sinusitis, spierpijn,...) gaat dit om een periode van minstens 14 dagen na het verdwijnen van de laatste symptomen. Elk studiemeerpunt bevat grotendeels nieuwe bloeddonoren; het betreft geen opvolging van dezelfde donoren doorheen de tijd.

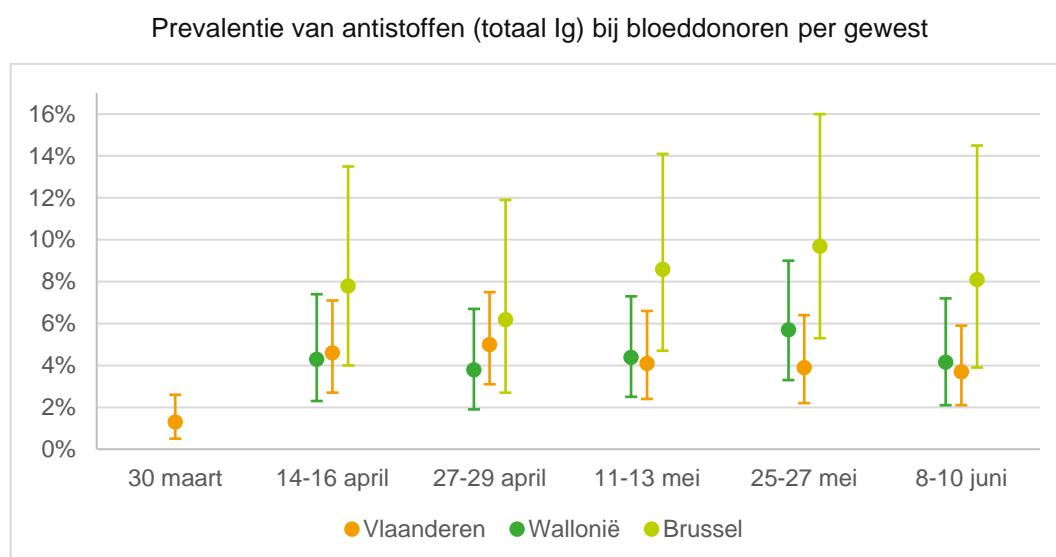
Ondertussen werden in totaal 5 084 stalen getest die verzameld werden op 6 tijdstippen. De resultaten tonen aan dat de aanwezigheid van antistoffen in het bloed, dit is de seroprevalentie, is toegenomen tijdens de eerste anderhalve maand van de epidemie maar daarna niet verder is gestegen en voorlopig laag blijft. Tussen midden april en 10 juni bleef de seroprevalentie stabiel tussen de 4,3% en 5,1%. Momenteel zien we nog geen impact van de versoepelingen van de maatregelen die vanaf 4 mei geïntroduceerd werden. Het is echter nog te vroeg om de impact van het toegenomen aantal nauwe contacten tussen mensen te beoordelen (opening horeca en bijeenkomsten tot 10 personen vanaf 8 juni). De volgende testresultaten zullen laten zien hoe de trend zich verderzet.

Prevalentie van antistoffen (totaal Ig) bij bloeddonoren



Analyse van individuele tijdstippen; 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) berekend met de binomiale Clopper-Pearson-methode.

Wanneer we de seroprevalentie per gewest bekijken zien we dat deze hoger was in Brussel dan in Vlaanderen of Wallonië (significant verschil voor het gemiddelde over de periode tussen midden april en juni).



Antilichamen zijn ongeveer 2 weken na de infectie meetbaar in het bloed. De resultaten van dit onderzoek weerspiegelen dus vooral infecties die ongeveer 2 weken of langer voor de bloedafname hebben plaatsgevonden. Hoe lang en hoe goed de antistoffen beschermen, moet nog verder onderzocht worden. De studieresultaten zijn gestandaardiseerd voor de verdeling van de Belgische bevolking wat betreft het bevolkingsaantal per leeftijds groep, geslacht en provincie. Om de evolutie van de mogelijke groepsimmunitéit te blijven opvolgen, blijft Sciensano tweewekelijks bloedstalen verzamelen via het **Rode Kruis Vlaanderen** en de **Service du Sang de la Croix-Rouge de Belgique**.

### **3.12. SARS-COV-2 SEROPREVALENTIE BIJ GEZONDHEIDSWERKERS IN ZIEKENHUIZEN**

Sinds eind april onderzoekt Sciensano, in samenwerking met het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG), de seroprevalentie van SARS-CoV-2 bij gezondheidswerkers in Belgische ziekenhuizen. Het voornaamste doel van deze studie is de aanwezigheid van infecties met en antilichamen tegen SARS-CoV-2 (prevalentie en seroprevalentie) bij gezondheidswerkers in Belgische ziekenhuizen over een periode van 5 maanden te meten en op te volgen.

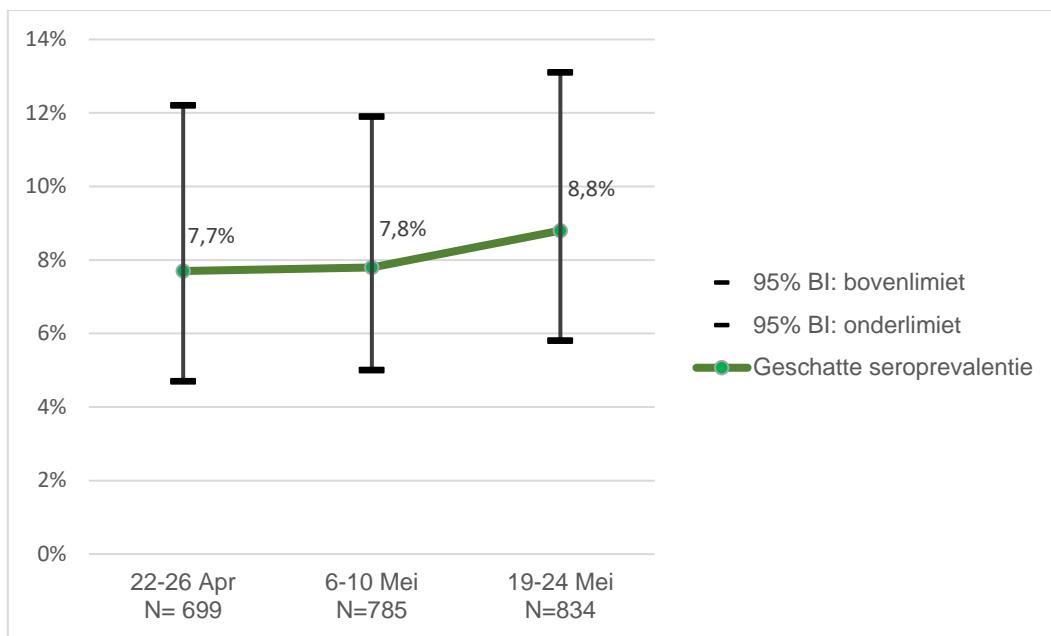
Hiervoor wordt bij een representatieve steekproef van gezondheidswerkers in de Belgische ziekenhuizen gedurende de eerste maand tweewekelijks en daarna maandelijks een nasofaryngeale wisser en een bloedstaal afgenoem en geanalyseerd. De nasofaryngeale stalen worden geanalyseerd met behulp van RT-PCR (Reverse transcription polymerase chain reaction), waarbij het virus wordt opgespoord. Het bloedstaal wordt serologisch getest, waarbij antilichamen die door het virus worden geïnduceerd opgespoord worden.

Op 19 mei (3<sup>de</sup> moment van afname), waren in totaal 17 ziekenhuizen en 850 deelnemers opgenomen in de studie en hadden zij minstens aan 1 afnamemoment deelgenomen. De deelnemers waren tussen 20 en 67 jaar (median Leeftijd 40 jaar), en waren voornamelijk vrouwen (80%). De meerderheid (60%) waren verpleegkundigen, tegenover 21% artsen en 19% "andere" paramedici (verloskundigen, zorgkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen, technici, enz.). Zowel medewerkers die in een "COVID-afdeling" als in een "niet-COVID-afdeling" hebben gewerkt, werden opgenomen. Ook zorgpersoneel dat eerder positief testte voor COVID-19, kwam in aanmerking.

De serologieresultaten van de eerste drie afnamepunten zijn in onderstaande figuur weergegeven. Tussen eind april en eind mei is de seroprevalentie licht gestegen, maar niet significant. Deze laatste resultaten weerspiegelen infecties die plaatsvonden ten minste twee weken vóór het afnemen van de stalen.

Seroprevalentie van IgG tegen SARS-CoV-2 bij gezondheidswerkers in Belgische ziekenhuizen,

april-mei 2020



BI 95% : Betrouwbaarheidsinterval 95%.

Gewogen seroprevalentie op basis van waarschijnlijkheid van staalafname

Tussen 19 mei en 24 mei (3<sup>de</sup> afnamemoment) werden 831 nasofaryngeale uitstrijkjes en 834 bloedstalen afgenoem en geanalyseerd. Slechts drie nasofaryngeale uitstrijkjes testten positief op PCR (0,4%), wat wijst op een actieve infectie (prevalentie). Deze drie deelnemers komen uit hetzelfde ziekenhuis. Twee van hen meldden symptomen van minder dan 15 dagen oud, de derde had al een positieve PCR op het eerste afnamemoment, maar had geen symptomen meer. Achtenzeventig bloedstalen vertoonden serologisch (seroprevalentie) antilichamen tegen SARS-CoV-2. Meer dan 95% van deze deelnemers meldden sinds het begin van de epidemie ten minste één symptoom te hebben dat overeenkomt met een COVID-19 infectie.

Wat betreft de geanalyseerde potentiële risicofactoren, verdubbelde het contact met een bevestigde COVID-19-patiënt zonder de aanbevolen voorzorgsmaatregelen te nemen het risico op het ontwikkelen van antilichamen. Het hebben van ten minste één symptoom compatibel met COVID-19 was ook een significante voorspellende factor, die de kans op het ontwikkelen van antilichamen met vijf vermenigvuldigde<sup>3</sup>. Van deze symptomen was verlies van geur of smaak de factor met het hoogste relatieve risico (risico vermenigvuldigd met 12), gevolgd door de aanwezigheid van koorts of koude rillingen (risico vermenigvuldigd met 7).

<sup>3</sup> Dit betekent dat een persoon die ten minste één symptoom heeft dat compatibel is met COVID19, vijf keer meer kans heeft om later een positieve serologie te hebben (om antilichamen te ontwikkelen), in vergelijking met een persoon die geen symptoom heeft dat compatibel is met COVID-19.

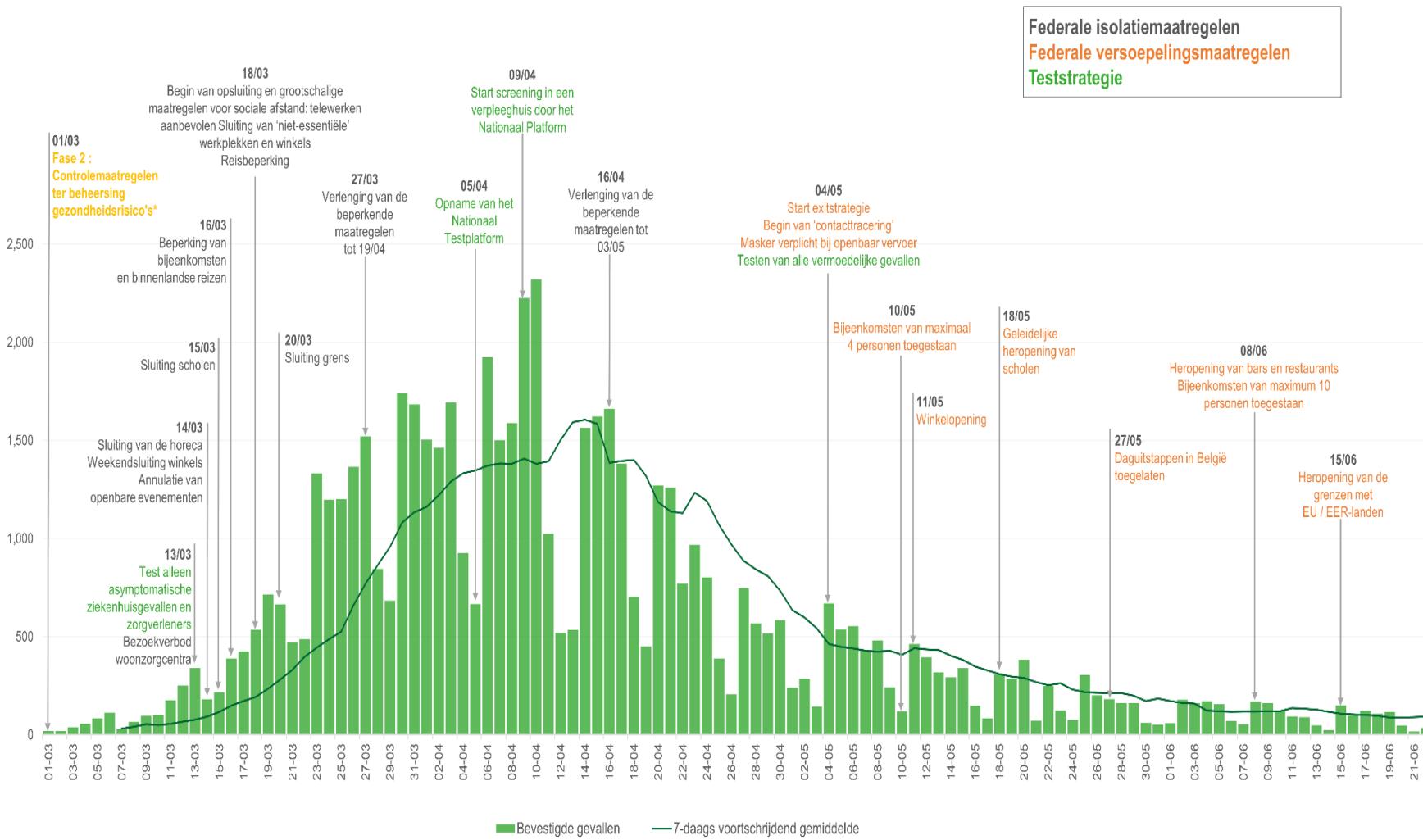
De seroprevalentie bij gezondheidswerkers blijkt iets hoger te liggen dan die van de gezonde Belgische bevolking. Gebaseerd op de analyse van bloedstalen van het Rode Kruis, werd die geschat op 5,1% (zie hoofdstuk 3.11) en op 6,9% gebaseerd op de analyse van restbloedstalen<sup>4</sup>. De aanwezigheid van antilichamen is wel minder hoog dan verwacht, gezien gezondheidswerkers vermoedelijk meer worden blootgesteld aan de infectie. De hier weergegeven resultaten zijn voorlopig en kunnen later nog aangepast worden.

De voortzetting van deze studie maakt het mogelijk om de aanwezigheid van antilichamen en de vermoedelijke bescherming tegen het virus op te volgen. Het zal het ook mogelijk zijn om nieuwe infecties op te sporen en mogelijke herinfecties op te sporen, aangezien momenteel nog niet geweten is of de aanwezigheid van antilichamen werkelijk bescherming biedt tegen een herinfectie.

---

<sup>4</sup> Herzog S, De Bie J, Abrams S, Wouters I, Ekinci E, Patteet L, et al. Seroprevalence of IgG antibodies against SARS coronavirus 2 in Belgium: a prospective cross-sectional study of residual samples [Internet]. Epidemiology; 2020 Jun [cited 2020 Jun 24]. Beschikbaar via: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.08.20125179>

### 3.13. TIJDLIJN: BEVESTIGDE COVID-19-GEVALLEN EN RESPONS TEN AANZIEN VAN DE EPIDEMIE IN BELGIË



\* De beschrijving van fase 2 staat in de tekst

Deze tijdlijn toont het aantal bevestigde COVID-19 gevallen in België en de data waarop de belangrijkste maatregelen op nationaal niveau werden ingevoerd. Het moet opgemerkt worden dat deze tijdlijn enkel beschrijvend is en dus niet bedoeld om de impact van deze maatregelen in te schatten.

De figuur toont de maatregelen die door de federale overheid werden genomen in het kader van fase 2 van het federale crisisbeheer. Tijdens deze fase beslist de Nationale Veiligheidsraad over de maatregelen om de gezondheidscrisis te beheersen. De raad is samengesteld uit onder andere de eerste minister, de bevoegde ministers en de minister-presidenten van de deelstaten.

De figuur toont eveneens de teststrategieën die op verschillenden momenten gedurende fase 2 van het crisisbeheer werden geïmplementeerd. De keuze voor een specifieke teststrategie wordt bepaald door:

- de organisatie van de gezondheidszorg in België
- het willen voorkomen dat spoeddiensten overspoeld worden door alle vermoedelijke en mogelijke COVID-19 gevallen en om zo toe te laten dat ziekenhuizen zich kunnen toeleggen op ernstige gevallen.
- de tijd die nodig is om voldoende labocapaciteit te kunnen voorzien.

Een teststrategie wordt ontwikkeld gebaseerd op expertenadvies en in nauwe samenwerking met bevoegde overheden wat betreft preventie, gezondheidszorg, controle van de infectieziekten en crisisbeheersing (Risk Assessment Group/Risk Management Group). Teststrategieën worden aangepast doorheen de tijd afhankelijk van de evolutie van de epidemie en de op dat moment beschikbare middelen.

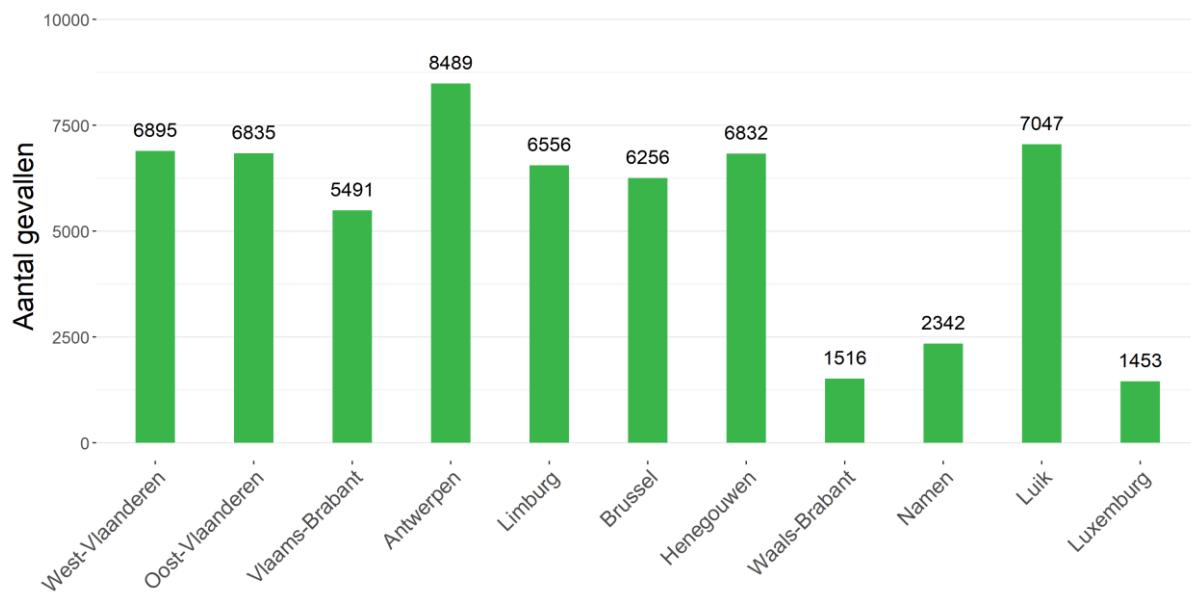
De exitstrategie die van start ging op 4 mei heeft een geleidelijke heropening van winkels en een heropstart van scholen mogelijk gemaakt. Ook werden beperkte sociale bijeenkomsten toegelaten, alsook daguitstappen in België. De exitstrategie zal verder uitgerold worden in de komende maanden afhankelijk van de epidemiologische evolutie.

De huidige testcapaciteit is erop gericht om nieuwe gevallen snel te identificeren en om het risico van verdere overdracht te beperken. De identificatie van mogelijke uitbraken is mogelijk op basis van een surveillance voor de epidemiologische opvolging. Deze opvolging vindt dagelijks plaats en de autoriteiten worden op de hoogte gehouden wanneer een potentieel probleem wordt geïdentificeerd.

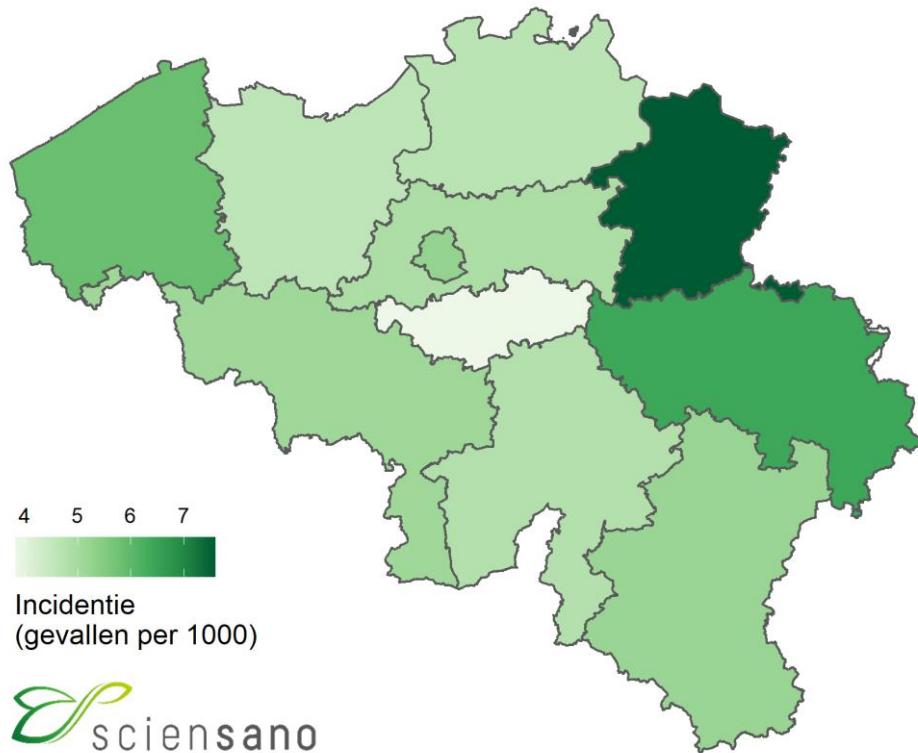
Meer informatie over de voorzorgsmaatregelen kan gevonden worden via <https://www.info-coronavirus.be/nl/>

### 3.14. GEOGRAFISCHE VERSPREIDING VAN BEVESTIGDE COVID-19 GEVALLEN PER PROVINCIE EN GEMEENTE SINDS HET BEGIN VAN DE EPIDEMIE

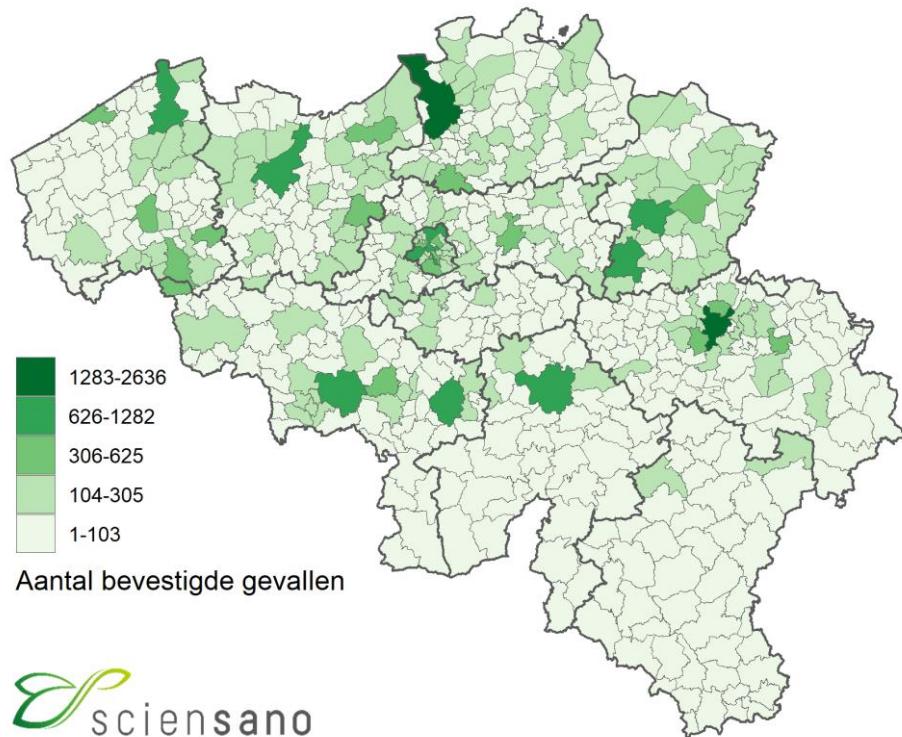
Distributie van het aantal bevestigde gevallen per provincie



Totaal aantal bevestigde gevallen per 1000 inwoners per provincie

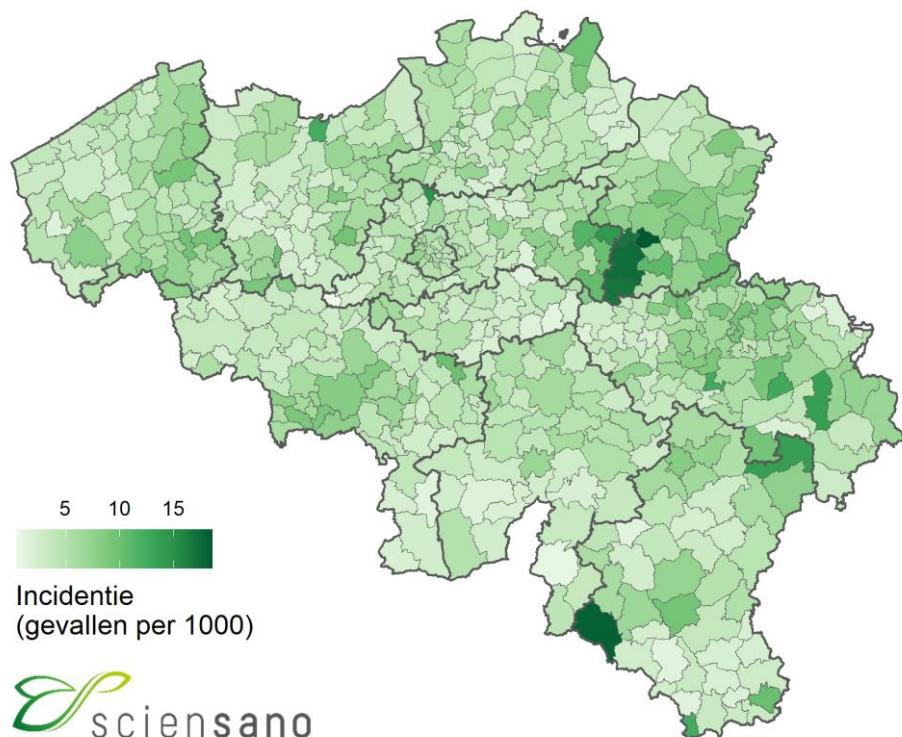


Totaal aantal bevestigde gevallen per gemeente



 sciensano

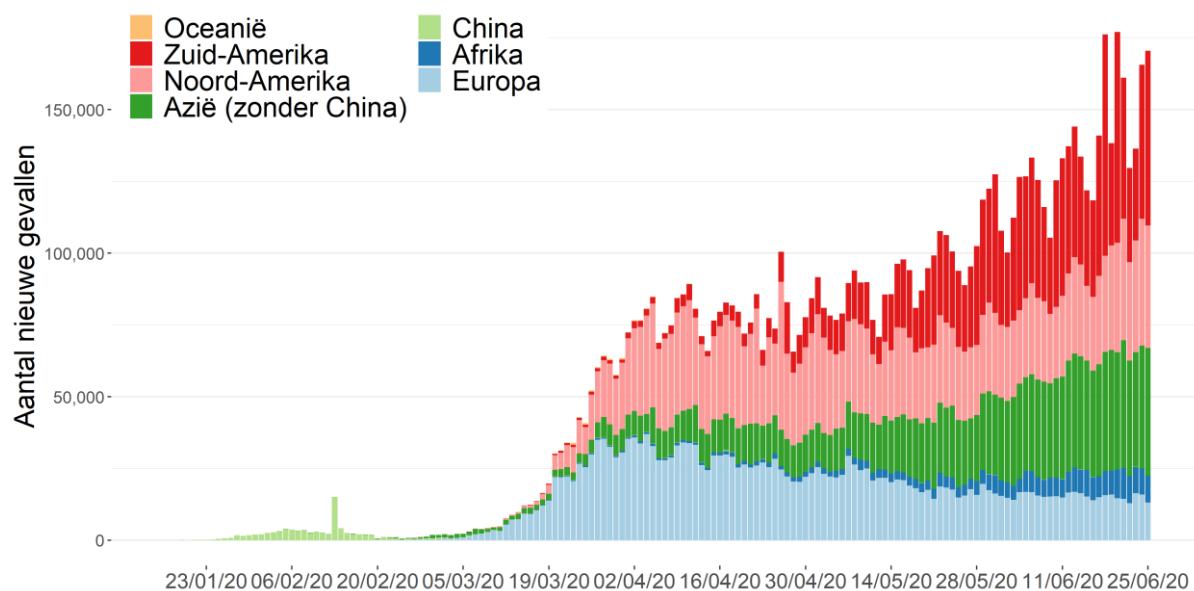
Totaal aantal bevestigde gevallen per 1000 inwoners per gemeente



 sciensano

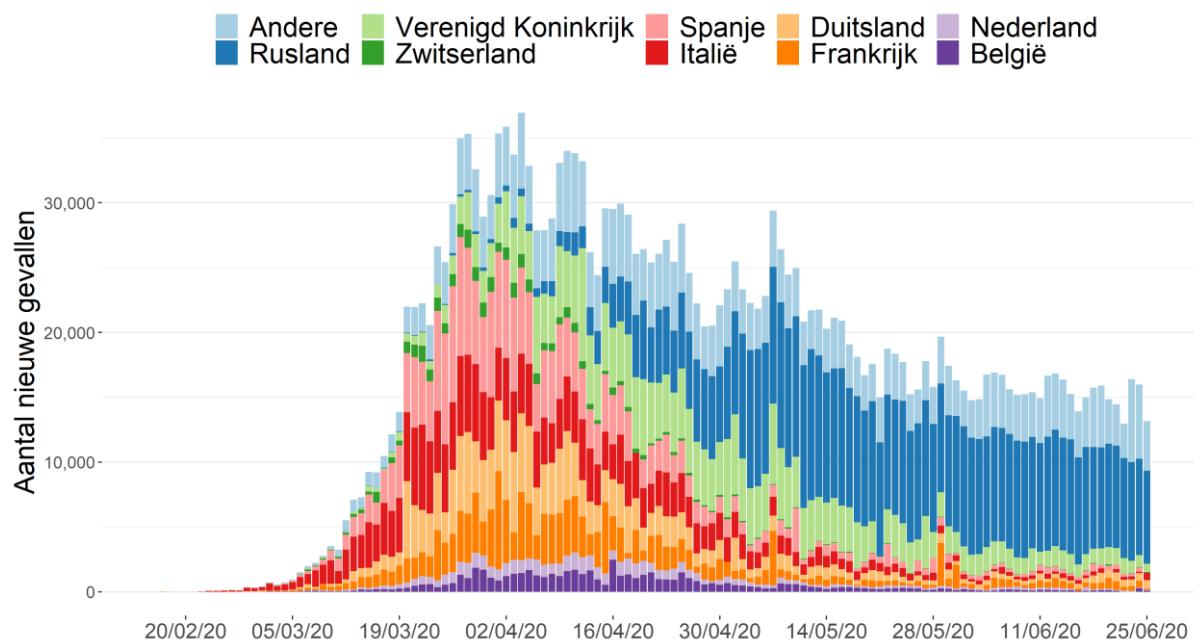
## 4. Internationale situatie

### 4.1. AANTAL NIEUWE GEVALLEN VAN COVID-19 PER DAG, PER CONTINENT



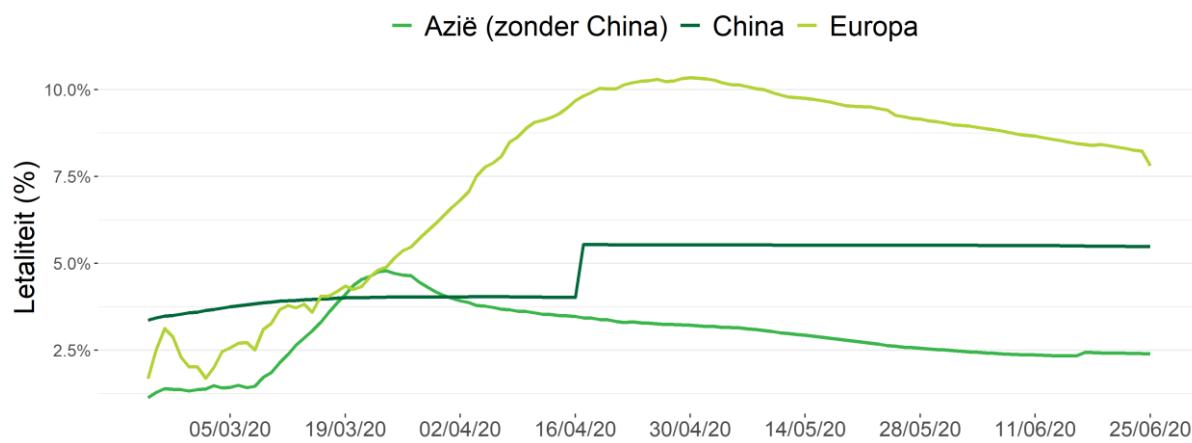
Bron: ECDC. Vanaf 13/02/2020 werd een nieuwe gevalsdefinitie gebruikt in China.

### 4.2. DISTRIBUTIE VAN LABORATORIUM BEVESTIGDE GEVALLEN VAN COVID-19 IN DE EU/EEA, HET VK, ZWITSERLAND EN ANDERE LANDEN



Bron: ECDC.

#### 4.3. EVOLUTIE VAN DE LETALITEIT BIJ LABORATORIUM BEVESTIGDE GEVALLEN VAN COVID-19, PER REGIO



Bron: ECDC.

De letaliteit in Europa bedraagt 7,8%. Conclusies uit de vergelijking tussen Europa en andere regio's moeten met de nodige voorzichtigheid worden gemaakt vanwege factoren die de letaliteit beïnvloeden, zoals leeftijd en gezondheidsstatus van de bevolking, het testbeleid en de beschikbaarheid van testen.

#### 4.4. AANTAL GEVALLEN PER LAND OP 25 JUNI 2020

Land	Datum 1e geval	Totaal aantal gevallen	Totaal aantal overlijdens
Rusland	2020-02-01	606 881	8 513
Verenigd Koninkrijk	2020-01-31	306 862	43 081
Spanje	2020-02-01	247 086	28 327
Italië	2020-01-31	239 410	34 644
Duitsland	2020-01-28	192 079	8 927
Frankrijk	2020-01-25	161 348	29 731
Zweden	2020-02-01	62 324	5 209
België	2020-02-04	61 106	9 731
Wit-Rusland	2020-02-28	59 945	362
Nederland	2020-02-28	49 804	6 097

Continent	Datum 1e geval	Totaal aantal gevallen	Totaal aantal overlijdens
Noord-Amerika	2020-01-21	2 780 199	157 367
Europa	2020-01-25	2 295 072	188 238
Azië (zonder China)	2020-01-13	1 961 499	46 969
Zuid-Amerika	2020-02-26	1 921 869	76 007
Afrika	2020-02-15	327 245	8 638
Oceanië	2020-01-25	8 939	130

## 5. Preventie en informatie



### HOE DRAAG JE EEN STOFFEN MONDMASKER?

#### 1 Het mondkoker opzetten:



Was eerst heel goed  
je handen.



Zet dan je mondkoker  
op. Raak hierbij alleen de  
lintjes of elastieken aan.



Zet het masker eerst  
goed op je neus.  
Maak het bovenste  
lintje goed vast.



Zet het masker goed op  
je kin. Maak het onderste  
lintje vast.

#### 2 Je neus, mond en kin moeten onder het masker zitten. Er mag geen opening zijn aan de zijkanten.



#### 3 Het mondkoker dragen:



Heb je het mondkoker op?  
Raak het masker niet meer aan.



Zit je masker niet goed?  
Raak dan alleen de zijkanten aan  
en zet het goed



Zet je masker niet vaak  
op en af.

**GEEF HET VOORBEELD,  
STOP HET VIRUS.**

[WWW.INFO-CORONAVIRUS.BE](http://WWW.INFO-CORONAVIRUS.BE)

.be

Een initiatief van de Belgische overheid