

COVID-19 SURVEILLANCE IN RESIDENTIËLE INSTELLINGEN

Version 5.2 – 01/06/2021

De Engelstalige versie van dit protocol is de basisversie. In geval van twijfel kan deze versie worden geraadpleegd.

WIE WE ZIJN

SCIENSANO telt meer dan 700 medewerkers die zich elke dag opnieuw inzetten voor ons motto: levenslang gezond. Zoals uit onze naam blijkt, vormen wetenschap en gezondheid de kern van ons bestaan. De kracht van Sciensano ligt in de holistische en multidisciplinaire benadering van gezondheid. Onze aandacht gaat daarbij uit naar het nauwe en onlosmakelijke verband tussen de gezondheid van mensen en die van dieren, en hun omgeving (het “One health” concept). Daarom combineren we meerdere invalshoeken in ons onderzoek om op een unieke manier bij te dragen aan ieders gezondheid. Sciensano kan hiervoor verder bouwen op de meer dan 100 jaar wetenschappelijke expertise van het voormalige Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie (CODA) en het vroegere Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

Sciensano

Epidemiologie en volksgezondheid - Zorginfecties en antibioticaresistentie

Chronische zorginstellingen

Juni 2021 • Brussel • België

—
S. Dequeker¹

•

K. Latour¹

•

E. Islamaj¹

•

L. Int Panis¹

•

M. Callies¹

•

L. Catteau¹

•

B. Catry¹

•

N. Bustos Sierra²

•

F. Renard³

•

E. Vandael¹

¹ Sciensano, Epidemiology and public health, Healthcare-associated infections and antimicrobial resistance, Brussels

² Sciensano, Epidemiology and public health, Epidemiology of infectious diseases, Brussels

³ Sciensano, Epidemiology and public health, Lifestyle and chronic disease, Brussels

Contactpersoon: S. Dequeker • T+32 2 642 52 34 • sara.dequeker@sciensano.be

In samenwerking met

De wetenschappers van de COVID-19 mortaliteit surveillance (in alfabetische volgorde)

Bossuyt N. ², Braeye T. ², Bustos Sierra N. ², Haarhuis F. ², Peeters I. ², Proesmans K. ², Renard F. ³,
Schoy A. ², Van der Heyden J. ³, Vanhaverbeke M. ², Vermeulen M. ², Vernemmen C. ²

² Sciensano, Epidemiology and public health, Epidemiology of infectious diseases, Brussels

³ Sciensano, Epidemiology and public health, Lifestyle and chronic disease, Brussels

Gelieve te citeren als: S. Dequeker, K. Latour, E. Islamaj, L. Int Panis, M. Callies, L. Catteau, B. Catry, N. Bustos Sierra, F. Renard, E. Vandael COVID-19 surveillance in residentiële instellingen. Brussel, België : Sciensano ; 2021 17p.

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	4
AFKORTINGEN	5
INLEIDING	6
DOELSTELLINGEN	7
DEFINITIES	8
1. COVID-19 infecties	8
1.1. Bevestigd geval (=LAB-bevestigd)	8
1.2. Mogelijk geval (=CT-bevestigd of mogelijk)	8
2. COVID-19 overlijdens	8
2.1. Overlijden van bevestigde gevallen (=LAB-bevestigd)	8
2.2. overlijden van radiologisch bevestigde gevallen	9
2.3. Overlijden van mogelijke gevallen	9
3. Andere definities	9
3.1. Personeel	9
3.2. Period van rapportering	9
PARTICIPATIE EN DATACOLLECTIE	10
1.1. Participatie	10
1.2. Tools voor gegevensverzameling	10
TE VERZAMELEN GEGEVENS	11
1. Instelling	11
2. Residenten met een bevestigde COVID-19 infectie	11
3. Overleden residenten sinds vorige rapportering	12
4. Personeelsleden met bevestigde COVID-19 infecties	12
5. COVID-19 Vaccinatie	13
ANALYSES EN RAPPORTAGE	14
1. Statistische analyses	14
2. Delen van data	14
3. Rapportering	14
3.1. Dagelijkse rapportering	14
3.2. Periodieke rapportering	14
3.3. Wetenschappelijke publicaties	14
3.4. Dashboard	15
3.5. Europees surveillance systeem (TESSY)	15
REFERENTIES	16

AFKORTINGEN

AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
AZG	Agentschap Zorg en Gezondheid
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CT	Computed tomography
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
NIHDI (INAMI/RIZIV)	National Institute for Health and Disability Insurance (Institut national d'assurance maladie-invalidité/ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering)
LTCF	Long-term care facility
WHO	World Health Organisation

INLEIDING

De ziekte COVID-19 (Coronavirus disease 2019) brak eind december 2019 uit in Wuhan, China (1). Op 11 maart 2020 bevestigde de WHO de snelle verspreiding van het ernstige acute respiratoire syndroom coronavirus 2 (SARS-CoV-2), die tot een pandemie leidde (2). De COVID-19-pandemie vormt een ongekende bedreiging voor de Europese landen, die al enkele maanden te maken hebben met een wijdverspreide overdracht van het virus in de gemeenschap (1,3).

Residentiële instellingen zijn instellingen waar langdurige zorg of onderdak wordt verstrekt aan volwassenen of kinderen die in deze instelling verblijven in plaats van in hun eigen huis of gezinswoning, en omvatten een breed scala aan soorten instellingen. Chronische zorginstellingen (long-term care facility, LTCF) zijn specifieke soorten residentiële instellingen die zorg bieden aan mensen die ondersteuning nodig hebben bij hun dagelijkse levensverrichtingen en niet zelfstandig in de gemeenschap kunnen wonen als gevolg van ouderdom, lichamelijke of geestelijke aandoeningen en/of chronische medische aandoeningen. LTCF's hebben doorgaans bewoners die 24 uur per dag medische of verpleegkundige zorg en toezicht nodig hebben, maar die medisch stabiel zijn en geen invasieve medische procedures nodig hebben (4). Woonzorgcentra (WZC) zijn een type LTCF dat hoofdzakelijk zorg biedt aan senioren met ernstige ziekten of letsels.

Bewoners van LTCF's behoren tot de bevolkingsgroepen die het meest kwetsbaar zijn voor infecties, snelle verspreiding, ernstiger verloop van de ziekte en overlijden. Dit vanwege de manier waarop mensen in deze instellingen samenleven en vanwege het feit dat deze bewoners vaak aan andere gezondheidsproblemen lijden (5,6). Vooral in WZC lijden ouderen in het algemeen aan een verzwakte immuniteit en onderliggende ziektes (5,6). Bovendien leven mensen in residentiële instellingen dicht op elkaar. Als gevolg daarvan is er een groot risico van wijdverspreide overdracht van bacteriën en virussen binnen LTCF's en residentiële instellingen met de mogelijkheid van hoge case-fatality rates. Bovendien kan het virus zich weer in de gemeenschap verspreiden, wat leidt tot een algemene verspreiding van de ziekte (7).

Een toenemend aantal COVID-19 uitbraken werd gemeld in LTCF's over heel Europa met een hoge mortaliteit, wat de extreme kwetsbaarheid van de ouderen in deze omgeving benadrukt (1). Het is daarom essentieel om de verspreiding van COVID-19 in residentiële instellingen op te volgen, in het bijzonder in woonzorgcentra en LTCF's (8).

Op 5 januari 2021 startte de Belgische vaccinatiecampagne in de WZC, zowel bij het personeel als bij de bewoners. Andere residentiële instellingen, waaronder zorgverleners in instellingen voor acute zorg, volgden al snel. De vaccinatiecampagne in andere residentiële instellingen is van start gegaan. Door deze vaccinatie verwachten we niet veel gevallen en/of uitbraken meer in deze LTCF's, wat het perfecte moment lijkt om dit protocol te actualiseren.

DOELSTELLINGEN

Hoofddoel van dit protocol voor COVID-19 surveillance in residentiële instellingen

Het verzekeren van gestandaardiseerde definities en gegevensverzameling in de instellingen die deelnemen aan de COVID-19-surveillance in residentiële instellingen.

Specifieke doelstellingen van deze COVID-19 surveillance in Belgische residentiële instellingen

- Het identificeren van mogelijke clusters in deze residentiële instellingen en het verstrekken van gegevens aan de bevoegde gezondheidsinstanties om deze uitbraken te onderzoeken.
- Het meten van de incidentie en prevalentie van bevestigde COVID-19 gevallen bij bewoners en personeelsleden in Belgische residentiële instellingen tijdens de COVID-19 pandemie.
- Het meten van het aantal COVID-19 sterfgevallen bij bewoners, of ze nu in de instelling of in een ziekenhuis overlijden.
- Het absentieïsme ten gevolge van COVID-19 meten bij het personeel in de Belgische residentiële instellingen.
- Het aanreiken en opvolgen van indicatoren om de maatregelen te evalueren die genomen zijn om de verspreiding van COVID-19 in residentiële instellingen in te dijken.

DEFINITIES

Deze definities zijn ontwikkeld voor surveillancedoeleinden en zijn bedoeld voor nationaal gebruik. Het is heel goed mogelijk dat andere, meer praktische definities zullen worden ontwikkeld voor klinische doeleinden of als richtlijn voor het uitvoeren van tests, cohortering, isolatiemaatregelen enz.

1. COVID-19 infecties

1.1. BEVESTIGD GEVAL (=LAB-BEVESTIGD)

Een bevestigd COVID-19-geval is een persoon bij wie de aanwezigheid van het virus dat COVID-19 veroorzaakt, is bevestigd via het labo met een moleculaire test of antigeen test¹, ongeacht of deze persoon klinische tekens of symptomen heeft of niet.

Een symptomatisch bevestigd geval blijft een bevestigd geval tot 14 dagen na de start van de symptomen EN minstens 3 dagen zonder koorts EN een significante verbetering in de respiratoire symptomen. Een asymptomatisch bevestigd geval blijft een bevestigd geval tot 14 dagen na de test. Indien een resident een negatieve laboratorium test had tijdens deze tijdsspanne, blijft hij/zij een bevestigd geval.

1.2. MOGELIJK GEVAL (=CT-BEVESTIGD OF MOGELIJK)

Een mogelijk geval van COVID-19 is een persoon met

- minstens één van de volgende hoofdsymptomen van een acute virale infectie, zonder andere duidelijke oorzaak: hoest; dyspnoe (kortademigheid); thoracale pijn; acute anosmie (verlies van geur) of dysguesie (verandering in smaak);

OF

- minstens twee¹ van de volgende symptomen, zonder duidelijke oorzaak: koorts; spierpijn; vermoeidheid; rhinitis; keelpijn; hoofdpijn; anorexie; waterige diarree²; acute verwardheid²; plotse val²;

OF

- verergering van chronische respiratoire symptomen (COPD, astma, chronische hoest...), zonder andere duidelijke oorzaak

OF

- Een persoon bij wie de laboratoriumtest voor COVID-19 afwezig of negatief is, maar bij wie de diagnose van COVID-19 wordt gesteld op basis van een suggestieve klinische presentatie EN een compatibele CT thorax*

¹ Bij kinderen is enkel koorts zonder duidelijke oorzaak voldoende om de diagnose van COVID-19 te overwegen tijdens een epidemie

² Deze symptomen komen vaker voor bij ouderen, waar een acute infectie zich atypisch kan uiten.

(*Deze definitie is gebaseerd op ziekenhuisdata en wordt gebruikt om analyses over verschillende sectoren mogelijk te maken)
(9)

2. COVID-19 overlijdens

2.1. OVERLIJDEN VAN BEVESTIGDE GEVALLEN (=LAB-BEVESTIGD)

Een overlijden van een bevestigd COVID-19-geval is een bewoner, met een door een moleculaire of antigeen test bevestigde COVID-19-infectie², die als gevolg van deze infectie is overleden (met

¹ Moleculaire test: RT-PCR; Antigeen test: snelle Ag test of laboratorium antigeen-test. Een positieve test op antilichamen (immunoglobulinen M of G; IgM of IgG) is niet voldoende om als een bevestigd geval te worden ingedeeld.

² Moleculaire test: RT-PCR; Antigeen test: snelle Ag test of laboratorium antigeen-test. Een positieve test op antilichamen (immunoglobulinen M of G; IgM of IgG) is niet voldoende om als een bevestigd geval te worden ingedeeld.

uitzondering van bewoners met een bevestigde COVID-19-infectie die als gevolg van een andere oorzaak zijn overleden).

2.2. OVERLIJDEN VAN RADIOLOGISCH BEVESTIGDE GEVALLEN

Een overlijden van een radiologisch bevestigd geval, is een bewoner bij wie de PCR voor COVID-19 afwezig of negatief is, maar bij wie de diagnose COVID-19 wordt gesteld op basis van een suggestieve klinische presentatie EN een compatibele CT thorax*.

(*Definitie is gebaseerd op ziekenhuisgegevens om analyse tussen sectoren mogelijk te maken)

Opmerkingen: In surveillance voor residentiële instellingen, zijn sterfgevallen van radiologisch bevestigde gevallen opgenomen in het gedeelte over mogelijke sterfgevallen. In de definitieve cijfers van COVID-19-sterfte worden sterfgevallen van laboratorium bevestigde gevallen en radiologisch bevestigde gevallen gecombineerd.

2.3. OVERLIJDEN VAN MOGELIJKE GEVALLEN

Een sterfgeval van een mogelijk COVID-19-geval verwijst naar een bewoner die aan de klinische criteria voor de ziekte voldoet, maar niet getest wordt, of een onduidelijke of negatieve diagnostische test heeft, ongeacht of er een epidemiologisch verband is met een bevestigd geval, en die als gevolg van deze infectie is overleden (uitgezonderd bewoners met een mogelijke COVID-19-infectie die als gevolg van een andere oorzaak zijn overleden).

Een mogelijk geval van COVID-19 is een persoon met

- minstens één van de volgende hoofdsymptomen van een acute virale infectie, zonder andere duidelijke oorzaak: hoest; dyspnoe (kortademigheid); thoracale pijn; acute anosmie (verlies van geur) of dysguesie (verandering in smaak);

OF

- minstens twee¹ van de volgende symptomen, zonder duidelijke oorzaak: koorts; spierpijn; vermoeidheid; rhinitis; keelpijn; hoofdpijn; anorexie; waterige diarree²; acute verwardheid²; plotse val²;

OF

- verergering van chronische respiratoire symptomen (COPD, astma, chronische hoest...), zonder andere duidelijke oorzaak

¹ Bij kinderen is enkel koorts zonder duidelijke oorzaak voldoende om de diagnose van COVID-19 te overwegen tijdens een epidemie

² Deze symptomen komen vaker voor bij ouderen, waar een acute infectie zich atypisch kan uiten.(9)

3. Andere definities

3.1. PERSONEEL

Personeel van de instelling: alle personeelsleden die in de instelling tewerkgesteld zijn, inclusief het verplegend en paramedische personeel, het animatieteam, het personeel dat instaat voor de poets, het onderhoud of de kwaliteitscontrole en de directie met zijn administratief personeel.

Het aantal personeelsleden wordt altijd uitgedrukt in het aantal personen (en niet in voltijdequivalenten) en is exclusief personeelsleden die langer dan een maand afwezig zijn. Hierdoor is het mogelijk te weten om hoeveel personen van het personeel het gaat en over een overeenkomstige noemer te beschikken.

3.2. PERIOD VAN RAPPORTERING

Sinds de laatste rapportering: in het geval van dagelijkse rapportage stemt de periode sinds de laatste rapportage overeen met de afgelopen 24 uur. Indien niet dagelijks wordt gerapporteerd, stemt de periode sinds de laatste rapportering overeen met de periode sinds de laatste rapportering. In het geval van een eerste rapportage stemt deze periode overeen met de afgelopen 24 uur.

PARTICIPATIE EN DATACOLLECTIE

1.1. PARTICIPATIE

Deelname aan de surveillance omvat:

- Deelname van alle Belgische woonzorgcentra, andere LTCF's en residentiële instellingen tijdens de COVID-19 pandemie
- Rapportering van gegevens op instellingsniveau (=geaggregeerde gegevens) (zie hoofdstuk verzamelde gegevens), met inbegrip van:
 - Minstens een wekelijkse rapportering, **bij voorkeur op dinsdag**, van alle gegevens zolang er geen bevestigd geval is bij bewoners en/of personeelsleden (volgens de instructies van de gefedereerde entiteiten - 'nihil rapportering'). Eén vaste dag voor alle instellingen maakt het gemakkelijker om de gegevens te interpreteren en analyses uit te voeren.
 - Na bevestiging van een geval, **dagelijkse rapportering tot er geen gevallen meer zijn bij bewoners en personeelsleden**
 - Rapportering van de overeenkomstige noemers
 - Rapportering van gegevens voor elke bewoner die in de instelling verbleef en stierf ten gevolge van COVID-19 (=gegevens op individueel niveau) (zie hoofdstuk verzamelde gegevens, **vraag 14**)

1.2. TOOLS VOOR GEGEVENSVERZAMELING

Woonzorgcentra en LTCFs vallen onder de bevoegdheid van de regio's. Dit betekent dat er twee mogelijke manieren zijn om de gegevens te verzamelen:

1. De verantwoordelijke regio past dit protocol aan en gebruikt hun eigen tool voor gegevensverzameling, maar levert de gegevens aan Sciensano.
2. Sciensano biedt een gemeenschappelijke tool aan voor de gegevensverzameling in woonzorgcentra en LTCF's. In dit geval levert Sciensano de gegevens van de deelnemende voorzieningen aan de verantwoordelijke regio/organisatie.

Opmerking: Het Vlaamse Gewest (Agentschap Zorg en Gezondheid =AZG) gebruikt momenteel hun e-loket voor het verzamelen van gegevens in woonzorgcentra. Het Waalse Gewest (AViQ) gebruikt momenteel hun eigen instrument (Plasma) voor het verzamelen van gegevens. Beide gewesten sturen hun gegevens naar Sciensano, maar verstrekken niet alle gegevens die in dit protocol worden gevraagd. Brussel en Ostbelgië gebruiken het door Sciensano geïmplementeerde instrument (=LimeSurvey) voor deze surveillance.

TE VERZAMELEN GEGEVENS

1. Instelling

1. Erkenningsnummer of ander uniek nummer om de instelling te identificeren (bij voorkeur een identificatienummer dat al wordt gebruikt door een erkende federale/regionale instantie, bijv. INAMI)
2. Registratie datum
3. Naam van de instelling (*enkel eerste keer*)
4. Postcode van de instelling (*enkel eerste keer*)
5. Type instelling (woonzorgcentrum, revalidatiecentrum, chronisch psychiatrische instelling, opvangtehuis (Fedasil, etc.), service flat, psychiatrisch ziekenhuis, beschut wonen, centrum voor mensen met een beperking (fysiek/mentaal), jeugdzorg, andere) (*enkel eerste keer*)
6. Aantal erkende bedden (*enkel eerste keer*)
7. Huidige bedbezetting (=het aantal residenten, inclusief gehospitaliseerde residenten en kortverblijf)
8. Totaal aantal personeelsleden op de eerste dag van de huidige maand (uitgedrukt in aantal personen, exclusief de mensen die meer dan één maand afwezig zijn).

Opmerkingen

Accreditatienummer: Het RIZIV-nummer van de instelling is het nummer dat bij voorkeur moet worden ingevoerd. Dit nummer kan gemakkelijk worden gekoppeld met andere databanken. Indien het RIZIV-nummer niet bekend of niet beschikbaar is, kan een ander accreditatienummer of uniek nummer worden gebruikt om de instelling te identificeren.

Type instelling: het type instelling waarvoor de accreditatie werd verkregen. Indien het juiste type niet in de lijst is vermeld, kan "andere" worden geselecteerd en moet dit worden gespecificeerd.

Huidige bedbezetting: dit is de huidige bezetting op de registratiedag. Overleden bewoners worden buiten beschouwing gelaten.

Totaal aantal personeelsleden: alle personeelsleden die in de instelling tewerkgesteld zijn, inclusief het verplegend en paramedische personeel, het animatieteam, het personeel dat instaat voor de poets, het onderhoud of de kwaliteitscontrole en de directie met zijn administratief personeel. Inclusief stagiaires en vrijwilligers.

2. Residenten met een bevestigde COVID-19 infectie

9. Het aantal nieuwe **bevestigde** COVID-19 gevallen sinds de laatste rapportering.
10. Het aantal nieuwe **bevestigde** COVID-19 gevallen die in het ziekenhuis opgenomen werden sinds de laatste rapportering.
11. Het totaal aantal **bevestigde** COVID-19 gevallen op het moment van de registratie.

Opmerkingen :

Het aantal nieuwe bevestigde COVID-19 gevallen: Dit is inclusief het aantal bewoners die op dit moment opgenomen zijn in het ziekenhuis.

Het totaal aantal bevestigde COVID-19 gevallen: Dit is inclusief het aantal bewoners die op dit moment opgenomen zijn in het ziekenhuis.

3. Overleden residenten sinds vorige rapportering

12. Het aantal nieuwe overlijdens van **bevestigde, mogelijke of radiologisch bevestigde** COVID-19 gevallen, sinds de laatste rapportering.
13. Voor alle COVID-19 overlijdens onder residenten:
 - a) Dit overlijden is eerder al gemeld en nu worden wijzigingen ingevoerd (ja/nee)
 - b) Geboortedatum
 - c) Datum van overlijden
 - d) Geslacht (man/vrouw)
 - e) Methode van diagnose:
 - Bevestigd COVID-19, bevestigd via het labo;
 - Mogelijk COVID-19, vastgesteld op basis van kliniek;
 - Radiologisch bevestigd COVID-19, vastgesteld via een CT-scan;
 - f) Plaats van overlijden (instelling, ziekenhuis, anders)

Opmerkingen:

Verandering in diagnostische status: Indien een sterfgeval in een eerder geregistreerd mogelijk COVID-19 geval een positief testresultaat heeft ontvangen sinds de laatste registratie, gelieve dan opnieuw te registreren als nieuw bevestigd COVID-19 sterfgeval met inbegrip van de gedetailleerde informatie.

Geboortedatum: De geboortedatum is essentieel om retrospectieve correcties uit te voeren (opsporen van dubbels, handiger voor instellingen om gegevens retrospectief te controleren wanneer ze een geboortedatum hebben, enz.), maar ook om dubbels met andere surveillances te vermijden (bv. surveillance in ziekenhuizen).

Gegevens over overleden bewoners: Instellingen melden COVID-19-gerelateerde sterfgevallen via de surveillancenetwerken die zijn opgezet voor epidemiologische surveillance in real time. Bovendien vullen artsen, zoals gebruikelijk, de overlijdensakte in met de doodsoorzaak volgens de WHO-richtlijnen.

4. Personeelsleden met bevestigde COVID-19 infecties

15. Het aantal personeelsleden met een nieuwe **bevestigde** COVID-19 infectie sinds de laatste rapportering.
16. Het aantal personeelsleden die afwezig zijn van het werk (<1 maand) omwille van een bevestigde COVID-19 infectie op het moment van de registratie.

Opmerking:

Een bevestigd geval: Een symptomatisch bevestigd geval blijft een bevestigd geval tot 14 dagen na de start van de symptomen EN minstens 3 dagen zonder koorts EN een significante verbetering in de respiratoire symptomen. Een asymptomatisch bevestigd geval blijft een bevestigd geval tot 14 dagen na de test. Indien een resident een negatieve laboratorium test had tijdens deze tijdsspanne, blijft hij/zij een bevestigd geval.

5. COVID-19 Vaccinatie

Informatie over de COVID-19-vaccinatie wordt alleen op tijdelijke basis gevraagd. Deze vragen zullen worden gesteld om vaccinatiecampagnes op te volgen (bv. wanneer een boostervaccin wordt toegediend), afhankelijk van de evolutie van de pandemie. Alle regionale gezondheidsautoriteiten en Sciensano zullen worden betrokken bij de bespreking of het nodig is deze vragen aan de surveillance toe te voegen en voor hoe lang.

12. Totaal aantal bewoners dat een **eerste (gedeeltelijke) dosis** COVID-19-vaccin ($\frac{1}{2}$) heeft gekregen op het ogenblik van de registratie (alleen voor het vaccinatieschema met 2 doses).
13. Totaal aantal bewoners dat op het moment van de registratie het **volledige vaccinatieschema** (1/1 of 2/2 doses) van een COVID-19-vaccin heeft gehad.
14. Totaal aantal bewoners dat op het moment van registratie het **volledige vaccinatieschema (1/1 of 2/2 doses) + een extra booster** van een COVID-19-vaccin heeft gehad.
15. Totaal aantal bewoners dat **geen** COVID-19 vaccinatie heeft gekregen op het moment van de registratie.
16. Totaal aantal personeelsleden dat een **eerste (gedeeltelijke) dosis** COVID-19-vaccin ($\frac{1}{2}$) heeft gekregen op het ogenblik van de registratie (alleen voor het vaccinatieschema met 2 doses).
17. Totaal aantal personeelsleden dat op het moment van de registratie het **volledige vaccinatieschema** (1/1 of 2/2 doses) van een COVID-19-vaccin heeft gehad.
18. Totaal aantal personeelsleden dat op het moment van registratie het **volledige vaccinatieschema (1/1 of 2/2 doses) + een extra booster** van een COVID-19-vaccin heeft gehad.
19. Totaal aantal personeelsleden dat **geen** COVID-19 vaccinatie heeft gekregen op het moment van de registratie.

Opmerking:

Eerste (gedeeltelijke) dosis: slechts één van de twee doses van een COVID-19-vaccin is gegeven aan de bewoner/het personeelslid. Het aantal bewoners/personeelsleden dat het volledige vaccinatieschema (1/1 of 2/2 doses) of het volledige vaccinatieschema + booster heeft gekregen, moet niet in deze variabele worden opgenomen.

Volledig vaccinatieschema: de bewoner/het personeelslid heeft alle vereiste (hetzij een enkelvoudige prik; 1/1, hetzij beide van een bivalent schema; 2/2) doses van een COVID-19-vaccin ontvangen. Het aantal bewoners/personeelsleden dat het volledige vaccinatieschema (1/1 of 2/2 doses) + booster heeft gekregen, moet niet in deze variabele worden opgenomen.

Compleet vaccinatieschema + booster: de bewoner/het personeelslid heeft alle vereiste doses van een COVID-19-vaccin ontvangen (hetzij een enkelvoudige prik; 1/1, of beide van een bivalent schema; 2/2) en heeft een extra boostervaccinatie gekregen.

ANALYSES EN RAPPORTAGE

1. Statistische analyses

Er zullen voornamelijk beschrijvende analyses worden uitgevoerd om een beeld te krijgen van de incidentie en prevalentie van gevallen onder bewoners en personeel in wooninstellingen, en om het aantal COVID-19-sterfgevallen onder bewoners te kwantificeren.

2. Delen van data

Deze gegevens worden verzameld om de situatie in verpleeghuizen, andere LTCFs en andere residentiële instellingen op te volgen.

De gegevens op nationaal/regionaal/provinciaal niveau (nooit op het niveau van de instelling of de gemeente!) worden door Sciensano gebruikt om tendensen in de tijd op te volgen en worden gepubliceerd in de periodieke verslagen en op het dashboard.

Als het door Sciensano opgezette instrument voor gegevensverzameling wordt gebruikt, worden de gegevens van de deelnemende instellingen naar de relevante gefedereerde entiteiten gestuurd.

Gegevens die via deze surveillance worden verkregen, kunnen uitsluitend op geaggregeerde wijze openbaar worden gemaakt via The European Surveillance System (TESSy) van het European Centre for Disease Prevention and Control (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/european-surveillance-system-tessy>). De gefedereerde entiteiten hebben hiervoor hun toestemming gegeven tijdens de RMG-vergadering van 1 maart 2021 en voor het COVID19BE Open Data Platform on Epistat (<https://epistat.wiv-isp.be/covid/>) tijdens de RMG-vergadering van 17 mei 2021.

Onderzoekers hebben de mogelijkheid om gegevens op te vragen die niet beschikbaar zijn in de open data in het kader van een officieel wetenschappelijk onderzoek over COVID-19, met inachtneming van een strikt protocol opgesteld door de functionaris voor gegevensbescherming van Sciensano (<https://epistat.wiv-isp.be/datarequest/index.aspx>), overeenkomstig de GDPR, de wet op de persoonsgegevens en de niet-publicatie van gegevens op het niveau van de instellingen of de gemeenten. Indien er gegevens over gevallen of gegevens over COVID-19-sterfgevallen zijn op lagere niveaus dan het gevraagde provinciale niveau, wordt de federale entiteiten toestemming gevraagd om de gegevens te delen.

3. Rapportering

3.1. DAGELIJKSE RAPPORTERING

Er is een dagelijks publiek rapport waarin interessante resultaten worden opgenomen, afhankelijk van de gestelde vragen. Het aantal COVID-19-doden kan bijvoorbeeld in deze rapporten worden opgenomen.

3.2. PERIODIEKE RAPPORTERING

Er is een periodieke rapportering (voor het publiek; bv. wekelijks of maandelijks, of thematische rapportering) waarin meer diepgaande resultaten worden opgenomen, afhankelijk van de gestelde vragen.

3.3. WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES

De gegevens die via deze surveillance worden verzameld, kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijke publicaties, nadat de gefedereerde entiteiten op de hoogte zijn gebracht.

3.4. DASHBOARD

De gegevens die in het kader van deze surveillance worden verzameld, kunnen in dynamische grafieken op het dashboard worden gepresenteerd (<https://epistat.wiv-isp.be/covid/covid-19.html>).

3.5. EUROPEES SURVEILLANCE SYSTEEM (TESSY)

De in het kader van deze surveillance verzamelde gegevens kunnen in dynamische grafieken op de ECDC-website worden gepresenteerd (https://covid19-country-overviews.ecdc.europa.eu/#7_Belgium).

REFERENTIES

1. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK– ninth update, 23 april 2020 [Internet]. Stockholm, Sweden: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>
2. WHO. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) Updated 20 april 2020 [Internet]. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) Updated 20 april 2020. [cited 2020 Apr 23]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
3. ECDC. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK – tenth update, 11 June 2020 [Internet]. Stockholm; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-tenth-update#no-link>
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities. April-May 2013. Stockholm, Sweden: ECDC; 2014.
5. Utsumi M, Makimoto K, Quroshi N, Ashida N. Types of infectious outbreaks and their impact in elderly care facilities: a review of the literature. *Age Ageing*. 2010 May 1;39(3):299–305.
6. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* [Internet]. 2020 Mar 23 [cited 2020 Apr 24]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763667>
7. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *N Engl J Med*. 2020 Mar 27;NEJMoa2005412.
8. ECDC Public Health Emergency Team, Danis K, Fonteneau L, Georges S, Daniau C, Bernard-Stoecklin S, et al. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. *Eurosurveillance* [Internet]. 2020 Jun 4 [cited 2021 Apr 27];25(22). Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956>
9. GEVALSDEFINITIE, INDICATIES VOOR TESTEN EN VERPLICHTE MELDING VAN COVID-19 [Internet]. Sciensano; 2020. Available from: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_NL.pdf

CONTACT

S. Dequeker • T+32 2 642 52 34 • sara.dequeker@sciensano.be

MORE INFORMATION

—

Visit our website
>www.sciensano.be or
contact us at
>info@sciensano.be

Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • T + 32 2 642 51 11 • T pers + 32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Verantwoordelijke uitgever: Myriam Sneyers, Algemeen directeur a.i. • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België •