



**Hoge
Gezondheidsraad**

**AANBEVELINGEN VOOR HET PRIORITEREN VAN
SUBGROEPEN VAN PATIËNTEN JONGER DAN
65 JAAR VOOR VACCINATIE TEGEN
SARS-COV-2 (FASE IB)**

**FEBRURI 2021
HGR NR. 9618**



.be

COPYRIGHT

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoge Gezondheidsraad

Victor Hortaplein 40 bus 10
B-1060 Brussel

Tel: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Auteursrechten voorbehouden.

U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:

Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen voor het prioriteren van subgroepen van patiënten jonger dan 65 jaar voor vaccinatie tegen SARS-CoV-2 (fase Ib). Brussel: HGR; 2021. Advies nr. 9618.

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: www.hgr-css.be

Deze publicatie mag niet worden verkocht.



DRINGEND ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9618

Aanbevelingen voor het prioriteren van subgroepen van patiënten jonger dan 65 jaar voor vaccinatie tegen SARS-CoV-2 (fase Ib)

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Belgian Superior Health Council provides priorities of COVID-19 vaccination (Phase Ib) for patients at risk and <65y old.

This report aims at providing to the Belgian Immunization Strategy and Operationalization Taskforce and general practitioners with specific recommendations on strategic COVID-19 vaccination in Belgium.

Dringende versie gevalideerd door de ad-hocwerkgroep 9618 op 13 januari 2021

Dringende versie gevalideerd door de NITAG op 21 januari 2021

Dringende versie gevalideerd door het College op 3 februari 2021¹

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Op 7 juli 2020 publiceerde de Hoge Gezondheidsraad (HGR) het eerste advies van de *Belgian National Immunization Technical Advisory Group* (NITAG) over de vaccinatiestrategie tegen *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) in België (HGR 9597). Op 7 oktober 2020 werd dit verslag aangevuld met een bijlage waarin antwoord werd gegeven op aanvullende vragen van de bevoegde Belgische autoriteiten op dat moment (HGR 9611, bijlage). Deze online beschikbare rapporten dienden als wetenschappelijke basis voor de werkzaamheden van de Belgische *Taskforce* "Operationalisering van de vaccinatiestrategie COVID-19".

Advies NITAG "Vaccinatiestrategie tegen COVID-19 in België" (HGR 9597-9611):

<https://www.health.belgium.be/nl/advies-9597-vaccinatiestrategie-covid-19>

Verslag *Taskforce*:

https://d34j62pgl3m3rr.cloudfront.net/downloads/Note_TF_Strategy_Vaccination_NL_0312_post_press.pdf

Tijdens recente uitwisselingen binnen de *Taskforce* (midden december 2020) bleek het belangrijk om de COVID-19-vaccinatieprioriteiten voor fase Ib van de voorgestelde vaccinatiestrategie in België snel te verduidelijken en meer operationeel te maken. Dit betreft voornamelijk risicopatiënten tussen 45 en 64 jaar, met de aanvullende vraag of voor bepaalde groepen van patiënten in fase Ib de vaccinatieprioriteit moet worden uitgebreid van 18 tot 64 jaar.

In advies HGR 9597-9611 van juli 2020 worden risicopatiënten van fase Ib als volgt gedefinieerd: **"Patiënten tussen 45 en 65 jaar met de volgende comorbiditeiten die het risico lopen om ernstige COVID-19 te ontwikkelen: obesitas, diabetes, hypertensie, chronische**

¹ De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

cardiovasculaire, long-, nier- en leverziekten en hematologische maligniteiten tot 5 jaar na de diagnose en alle recente solide kankers (of recente kankerbehandelingen). Een verdere prioritering binnen de bovengenoemde groepen kan worden overwogen als er slechts een beperkte hoeveelheid vaccin beschikbaar zou zijn. Deze aanbeveling kan worden gewijzigd op basis van nieuwe gegevens en informatie over de immunogeniciteit van de op dat moment beschikbare soort(en) vaccins”.

Om deze prioriteiten meer operationeel te maken, werd voorgesteld dat de HGR de ICPC-2-codes (*International Classification of Primary Care, Second Edition*) mee opneemt, die gekoppeld zijn aan de officiële nomenclatuur van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze categorisering is bekend en wordt door veel huisartsen gebruikt in het kader van de monitoring van het Globaal Medisch Dossier (GMD) van patiënten.

Het verzoek werd op 16 december 2020 met spoed goedgekeurd door de Voorzitter van de NITAG en het Bureau van de HGR en er werd gevraagd om tegen 15 januari 2021 een advies uit te brengen.

Dit advies zal nu moeten worden herzien, zowel in het licht van nieuwe gegevens als in het licht van de opkomst van vaccins op basis van andere platforms dan boodschapper ribonucleïnezuur (mRNA) en niet-replicerende adenovirussen.

AFKORTINGEN EN SYMBOLEN

ACR	<i>Albumin-to-creatinine ratio</i>
AER	<i>Albumin excretion rate</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System</i>
BCFA	<i>Belgian Cystic Fibrosis Association</i>
BRCB	Belgische Raadgevende Comité voor Bio-ethiek
BeISACI	<i>Belgian Society for Allergy and Clinical Immunology</i>
BIRD	<i>Belgian Inflammatory Bowel Disease Research and Development group</i>
BMI	<i>Body Mass Index</i>
BPIDG	<i>Belgian Primary Immune Deficiency Group</i>
CD4	<i>Cluster of differentiation 4</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention - USA</i>
CLD	<i>Chronic liver disease</i>
CKD	<i>Chronic kidney disease</i>
CVA	cerebrovasculair accident / aandoening
COPD	<i>Chronic obstructive pulmonary disease</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DH-BIO	<i>Committee on Bioethics - Council of Europe</i>
EACS	<i>European AIDS Clinical Society</i>
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
EUA	<i>Emergency Use Authorization</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration - USA</i>
GFR	<i>Glomerular Filtration Rate</i>
GNFB	<i>Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique</i>
GMD	Globaal Medisch Dossier
GR	Gezondheidsraad - NL
HAS	<i>Haute Autorité de Santé - Frankrijk</i>
HGR	Hoge Gezondheidsraad
HIV	<i>Human immunodeficiency viruses</i>

HSTC	<i>Hematopoietic stem-cell transplantation</i>
ICPC-2	<i>International Classification of Primary Care, Second edition</i>
ICU	<i>Intensive care unit</i>
IEI	<i>Inborn errors of immunity</i>
IEM	<i>Inborn errors of metabolism</i>
IQ	<i>Intelligence quotient</i>
JCVI	<i>Joint Committee on Vaccination and Immunisation - UK</i>
mRNA	<i>Messenger ribonucleic acid (boodschapper ribonucleïnezuur)</i>
NACI	<i>National Advisory Committee on Immunization - CA</i>
NASH	<i>Nonalcoholic fatty liver disease</i>
NITAG	<i>National Immunization Technical Advisory Group - België</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PID	<i>Primary Immune Deficiency</i>
PWH	<i>People with HIV</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SAGE	<i>Strategic Advisory Group of Experts on Immunization – WHO</i>
STIKO	<i>Standing Committee on Vaccination at the Robert Koch Institute - Duitsland</i>
WHO	<i>Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)</i>
WZC	<i>Woonzorgcentra</i>

Sleutelwoorden

Keywords	<i>Sleutelwoorden</i>	<i>Mots clés</i>	<i>Schlüsselwörter</i>
Coronavirus	Coronavirus	Coronavirus	Coronavirus
Covid-19	Covid-19	Covid-19	Covid-19
Vaccination	Vaccinatie	Vaccination	Impfung
Comorbidity	Comorbiditeit	Comorbidité	Komorbidität
Risk group	Risicogroep	Groupe à risque	Risikogruppe
Prevention	Preventie	Prévention	Prävention
Priority group	Prioritaire groep	Groupe prioritaire	Prioritätengruppe

2. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

2.1 Methodologie

Na analyse van de vraag hebben de voorzitter van het domein en het Bureau de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc* werkgroep opgericht, waarin expertises op het gebied van infectiologie, epidemiologie, vaccinologie, pneumologie, algemene geneeskunde, kindergeneeskunde, gynaecologie, tropische geneeskunde, enz. vertegenwoordigd waren. De deskundigen van deze groep hebben een algemene en een *ad-hoc* belangenverklaring ingevuld.

Het advies is gebaseerd op een studie van de wetenschappelijke literatuur die zowel in wetenschappelijke tijdschriften als in rapporten van bevoegde nationale en internationale organisaties (*peer-reviewed*) is verschenen, en op de mening van de experts.

Meer specifiek voor dit onderwerp is, rekening houdend met de meest recente epidemiologische gegevens (uit het buitenland of indien beschikbaar uit België), de bestaande literatuur en het advies van de geraadpleegde deskundigen, bijzondere aandacht besteed aan het optimaal prioriteren van risicopatiënten (18 tot 64 jaar) volgens de beschikbare gegevens ter zake.

Om de werkzaamheden zo goed mogelijk te coördineren, vonden er continue uitwisselingen plaats tussen de HGR, de NITAG en enkele subgroepen van de Taskforce. De voorlopige versie van dit document werd tijdens de opmaak voorgelegd aan een lid van de Taskforce om ze op de hoogte te houden van de voortgang van de werkzaamheden, alsook om nuttige informatie rechtstreeks te verkrijgen.

Er werd eveneens rekening gehouden met de inbreng van diverse gespecialiseerde wetenschappelijke verenigingen (zie punt 6).

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep werd het advies in kwestie voorgesteld tijdens de online NITAG-zitting van 21 januari 2021.

Nadat de nodige aanpassingen waren aangebracht, werd het advies op 3 februari ter validering aan het College voorgelegd en vervolgens aan de *Taskforce* overgemaakt.

2.2 Uitwerking

Wat betreft het gebruik van ICPC-2-codes voor de identificatie van (groepen) patiënten zoals gewenst door de aanvrager, vestigen de deskundigen van de HGR de aandacht van de bevoegde autoriteiten en de besluitvormers op het belang om er - bij het gebruik van deze methode voor de selectie van patiënten - op te letten dat niemand buiten beschouwing wordt gelaten of, anderzijds, dat een patiënt ten onrechte in een prioritaire groep wordt opgenomen. De kwaliteit van de informatieoverdracht is van het grootste belang. De toepassing van deze codes heeft inderdaad de grenzen van het gebruik onder de beoefenaars op het terrein en klinici aangetoond.

De HGR wijst de bevoegde autoriteiten op het gevaar van een geautomatiseerde en uitsluitend gecentraliseerde selectie (uitsluitend op basis van het gebruik van deze codes) met systematische toezending van de uitnodiging tot vaccinatie aan de betrokkene, zonder verplichte passage langs de huisarts/behandelende arts. Het is primordiaal om beide benaderingen te combineren en te voorkomen dat een risicopatiënt een uitnodiging ontvangt zonder dat zijn huisarts of behandelende arts hiervan op de hoogte is.

Het is van essentieel belang dat de arts (de huisarts, de specialist) - op basis van zijn gedetailleerde kennis van de medische voorgeschiedenis van de aan zijn zorgen toevertrouwde patiënt - oordeelt over het al dan niet belangrijk zijn van de vaccinatie van de patiënt, die zelf naar behoren is geïnformeerd.

Zoals aanbevolen door de *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*² raadt de HGR bij gebrek aan beschikbare gegevens aan om deze vaccinatie onafhankelijk van andere vaccinaties toe te dienen (veiligheid/efficiëntie) en **een wachttijd van 14 dagen** in acht te nemen indien een andere vaccinjectie moest/moet worden toegediend (bijv. griep, pneumokokken, DTPa tetanus, enz.).

2.2.1 Overwegingen betreffende de leeftijdsgroepen "45-64 jaar" en "18-44 jaar"

Een van de aan de orde gestelde vragen was of de aanpak van de vaccinatie van een specifiek deel van de bevolking (d.w.z. met uitsluiting van personen ouder dan 65 jaar, geïnstitutionaliseerde personen en gezondheidswerkers en zorgverleners) moet worden opgesplitst in twee afzonderlijke categorieën (d.w.z. "45-64 jaar" en "18-44 jaar"), dan wel of deze op een alomvattende manier moet worden uitgevoerd (d.w.z. "18-64 jaar"), waarbij het begrip "risicogroepen" in beide soorten benaderingen wordt geïntegreerd.

Op basis van de Belgische epidemiologische gegevens die door Sciensano in ziekenhuizen werden verzameld (rechtstreeks vanop het terrein), werd door de deskundigen van deze instelling een multivariabele analyse uitgevoerd om de grootte van een ernstig COVID-risico – gedefinieerd als "opname op intensieve zorgen (ICU)" en/of "overlijden" – per comorbiditeit en leeftijdsgroep in te schatten.

De conclusie van deze analyse was dat de factor "leeftijd" ondubbelzinnig zwaarder weegt dan de factor "aanwezigheid van een comorbiditeit", op een paar uitzonderingen na (zie hieronder). Dit betekent dat 45- tot 64-jarigen een hoger risico lopen dan 18- tot 44-jarigen met een risicofactor.

² <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>

In België heeft de vaccinatie van personen van "45-64 jaar" dus voorrang op die van personen in de jongere leeftijdscategorie, d.w.z. de "18- tot 44-jarigen". **De ernst van sommige comorbiditeiten en de gecijferde gegevens maken dat bepaalde pathologieën (bijv. syndroom van Down, hematologische kankers, transplantatiepatiënten, chronische hart- en vaatziekten, enz.) met voorrang worden gevaccineerd vanaf de leeftijd van 18 jaar.** Deze aandachtspunten worden vermeld in de samenvattende tabel in Hoofdstuk 3.

Gelet op het voorgaande wordt de volgende prioriteitsregeling aanbevolen:

Prioriteitsniveau 1: 45- tot 64-jarigen met bepaalde comorbiditeit(en) en de 18- tot 64-jarigen met de bovengenoemde specifieke pathologieën.

Prioriteitsniveau 2: groep van de 45- tot 64-jarigen zonder comorbiditeit.

Prioriteitsniveau 3: groep van 18- tot 44-jarigen met een of meerdere comorbiditeiten.

Prioriteitsniveau 4: de rest van de bevolking.

Gezien het zeer gering aantal gevallen van comorbiditeit bij jongeren onder de 18 jaar met zeer ernstige pathologieën in België, wordt momenteel niet aanbevolen om de bevolking onder de 18 jaar te vaccineren (zie details in de inleiding van Hoofdstuk 3). Hierbij dient erop gewezen te worden dat op het ogenblik dat dit document opgesteld werd er voor deze leeftijdsgroep geen toelating voor de vaccins was.

2.2.2 Overwegingen betreffende de aanwezigheid van specifieke comorbiditeit(en): gradatie van de risicofactor.

Uit de hierboven aangehaalde analyses blijkt duidelijk dat een comorbiditeit, in vergelijking met de factor "geen comorbiditeit", een predisponerende factor is voor opname in een ziekenhuis op intensieve zorgen of overlijden.

Een van de aangehaalde kwesties was de vraag welk(e) type(n) comorbiditeit(en) voorrang moet(en) krijgen bij vaccinatie in vergelijking met andere comorbiditeiten.

Naast de analyses op basis van Belgische gegevens, werden de beschikbare aanbevelingen over dit thema die reeds gepubliceerd werden door een hele reeks erkende instellingen (STIKO, JCVI, HAS, CDC, NACI {zie punt 4. Referenties}) samengebracht in een synoptische tabel (zie punt 3. Aanbevelingen). Deze gegevens werden gebruikt, evenals de Belgische analyses (indien beschikbaar) met inbegrip van de ervaring vanop het terrein van de geraadpleegde deskundigen.

Samengevat heeft de geraadpleegde groep deskundigen de volgende bedenkingen geformuleerd; de besluiten in de tabel met aanbevelingen (punt 3) worden in grote lijnen toegelicht en geïllustreerd (Punt 3).

Uit operationeel oogpunt is het van belang dat de bevoegde overheid alles in het werk stelt om de hier gedefinieerde subgroepen te selecteren; er moet echter van uitgegaan worden dat het beter is prioriteit te geven aan de vaccinatie van een patiënt die niet aan de voorgestelde prioriteitscriteria voldoet, dan een patiënt die prioriteit bij de vaccinatie behoeft, links te laten liggen.

2.2.2.1 Chronische longziekten

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), longfibrose en ernstige astma vormen elk een risicofactor in de internationale literatuur en hebben daarom recht op een prioritaire plaats in het vaccinatieplan (**van 45 tot 64 jaar**). Ernstige astma is veelbesproken; ondanks de recente meer genuanceerde Belgische studie van het *Belgian Severe Asthma Registry* (Hanon, 2020) werd besloten het eerste prioriteitsniveau te behouden.

De patiëntencategorie met **ernstige astma in de leeftijdsgroep 18- tot 44-jarigen** behoort, gezien de Belgische gegevens over opnames op de ICU voor deze leeftijdsgroep, niet tot het eerste prioriteitsniveau, maar tot het derde prioriteitsniveau.

Gecontroleerde milde astma geldt niet als een ernstige verzwaringsfactor voor het COVID-risico en valt daarom niet onder het eerste prioriteitsniveau.

In het geval van patiënten met **mucoviscidose (cystic fibrosis)** en gezien de beperkte omvang van deze specifieke groep (volgens het officiële register), is het raadzaam hen bij het eerste prioriteitsniveau op te nemen in het vaccinatieplan, ongeacht de leeftijdsgroep in kwestie.

2.2.2.2 Chronische hart- en vaatziekten

Op basis van internationale gegevens vormen chronische hart- en vaatziekten een risicofactor en hebben zij derhalve recht op een prioritaire plaats in het vaccinatieplan voor de leeftijdsgroep **45-64 jaar** (eerste prioriteitsniveau).

Er dient echter op gewezen dat aritmieën en atriumfibrillatie op dit ogenblik geen vaak genoemde en wetenschappelijk vastgestelde risicofactoren zijn.

2.2.2.3 Hoge bloeddruk (*high blood pressure*)

Bij hoge bloeddruk dient men te bepalen of het een op zichzelf staande aandoening betreft (ongecompliceerde essentiële hypertensie, gecompliceerde hypertensie) of dat het gaat om een aandoening die gepaard gaat met andere aandoeningen (zwaarlijvigheid, suikerziekte, enz.), wat op zich impliceert dat er een behandeling bestaat. Niet alle geraadpleegde instellingen namen het als criterium op (voor opname op de ICU/ overlijden) of dit item werd opgenomen bij de categorie "hart- en vaatziekten".

Voor de HGR is, rekening houdend met de Belgische gegevens, **hypertensie** (140 mmHg systolisch en 90 mmHg herhaaldelijk) met of zonder behandeling, voor **de 45- tot 64-jarigen een** risicofactor (opname op de ICU) en hoort dit daarom een prioritaire plaats te hebben in het Belgische vaccinatieplan (eerste prioriteitsniveau).

2.2.2.4 Overgewicht/obesitas

Obesitas (met een **BMI ≥ 30 kg/m²**) is een risicofactor (opname op de ICU) en heeft daarom recht op een prioritaire plaats in het vaccinatieplan voor de leeftijdsgroep **45-64 jaar**. Dit BMI-criterium wordt overigens ook door andere Belgische wetenschappelijke en medische structuren en instellingen gebruikt (coherentie).

De leeftijdsgroep jonger dan 45 jaar werd op grond van de beschikbare Belgische gegevens opgenomen in het derde prioriteitsniveau (zie tabel), aangezien hun risico kleiner is dan dat van de leeftijdsgroep 45- tot 64-jarigen zonder comorbiditeit.

2.2.2.5 Diabetes

Gezien de aanwezigheid van complicaties, de duur van de ziekte, enz. zijn de twee soorten diabetes voor de leeftijdsgroep **45- tot 64-jarigen** opgenomen in het eerste prioriteitsniveau (mortaliteitsrisicofactor).

Voor de **18- tot 44-jarigen** is diabetes type 1 opgenomen in het derde prioriteitsniveau, aangezien het risico dat zij lopen kleiner is dan dat van de 45- tot 64-jarigen zonder comorbiditeit.

2.2.2.6 Chronische nieraandoeningen

Deze pathologieën vormen een risicofactor (een significante mortaliteitsrisicofactor voor de 44- tot 65-jarigen en niet significant voor de 18- tot 44-jarigen) en hebben daarom recht op een prioriteitspositie in het vaccinatieplan voor de **18- tot 64-jarigen** (uiteeraard met inbegrip van dialysepatiënten).

2.2.2.7 Chronische leveraandoeningen

Deze aandoeningen vertegenwoordigen een hoge risicofactor (mortaliteitsrisicofactor) en hebben daarom recht op een prioritaire plaats in het vaccinatieplan voor **18- tot 64-jarigen**. De Child-Pugh³ classificatie kan de arts ondersteunen om de ernst te bepalen (niet opgenomen in de ICPC-2-classificatie) en derhalve de patiënt wiens volledige medische voorgeschiedenis bekend is, aan te raden om zich te laten vaccineren.

2.2.2.8 Kankers (in algemene zin)

- Hematologische kankers: zij vormen een risicofactor (opname op de ICU en sterfte) voor **18- tot 64-jarigen**. Voor risicopatiënten met complexe medicatie en behandelingen, afhankelijk van het stadium van de pathologie, beveelt de HGR aan dat de vaccinatie wordt gevalideerd door de gespecialiseerde arts, met een eventuele aanpassing van het vaccinatieschema en de behandelingen. Er zijn namelijk verschillen in risico naargelang de pathologie, het stadium en de intensiteit van de behandelingen.

- Recente niet-hematologische solide kankers: dit zijn prioritaire groepen (mortaliteitsrisicofactor minstens tot 5 jaar na de diagnose) indien er sprake is van immunosuppressieve therapie, bijv. radiotherapie, chemotherapie, enz. (niet te verwaarlozen risicofactor voor patiënten "**45- tot 64-jarigen**").

Patiënten tussen **18 en 44 jaar** vallen onder het derde prioriteitsniveau omdat hun risico lager is dan dat van de populatie tussen 45 en 64 jaar zonder comorbiditeit.

Alle patiënten met kankers die reeds zijn behandeld, onder controle zijn, in remissie zijn en geen behandeling of follow-up meer nodig hebben (5 jaar na de diagnose), worden niet in de prioritaire groepen opgenomen.

2.2.2.9 Syndroom van Down

Uit gegevens uit de internationale literatuur blijkt dat dit syndroom een risicofactor vormt (ongeacht de leeftijdsgroep, van **18 tot 64 jaar**) en daarom recht heeft op een prioritaire plaats (eerste prioriteit) in het vaccinatieplan voor alle niet-geïstitutionaliseerde patiënten.

³ JNIV [Child-Pugh Classificatie voor ernst leverziekte | NIV \(internisten.nl\)](#)

2.2.2.10 Zeldzame ziekten

Gezien de ernst van deze ziekten worden patiënten tussen **18 en 64 jaar** in het eerste prioriteitsniveau opgenomen. Dit punt illustreert zeer goed het probleem van selectie/definitie door de ICPC-2-code. De input van de specialist is fundamenteel. Ter illustratie van het operationele aspect, merk op de grootte van deze specifieke populatiegroep zeer beperkt is.

2.2.2.11 Transplantatiepatiënten, recente transplantaties (orgaan, beenmerg)

Dit soort patiënten met een gecompromitteerd immuunsysteem (orgaan- of mergtransplantaties, auto- en heteroloog) vertegenwoordigen een risicofactor (omdat ze tijdelijk ernstig immuungecompromitteerd zijn als gevolg van de ondergane behandelingen); dit rechtvaardigt dan ook een prioritaire plaats in het vaccinatieplan voor **18- tot 64-jarigen** (zie ook het advies HGR 9158 "IC-patiënten en vaccinatie").

Patiënten op wachtlijsten (toekomstige ontvangers van transplantaten) mogen hierbij niet worden vergeten; zij moeten onmiddellijk worden gevaccineerd (met het oog op een plotselinge start van de immunosuppressieve therapie). Louter ter informatie: voor het centrum van Gent bedraagt het totale aantal personen dat een transplantatie onderging en wacht op een transplantatie minder dan 330 voor het jaar 2019.

De HGR is van mening dat het aan de zeven over heel België verspreide transplantatiecentra toekomt om voor de vaccinatie te zorgen (of dit eventueel via de huisarts te laten verlopen).

Transplantatiepatiënten zonder immunosuppressieve behandeling krijgen daarentegen geen voorrang.

2.2.2.12 Immuungecompromitteerde patiënten (met uitzondering van HIV⁴)

Deze selectieprocedure kan niet centraal worden uitgevoerd, maar moet onder toezicht gebeuren van de specialist die deze specifieke patiënten opvolgt.

Het is niet mogelijk om op een ad-hocbasis leeftijdsgrenzen vast te stellen voor elk type situatie. Gezien de klinische situaties die zich in België voordoen, moeten immuungecompromitteerde patiënten of patiënten die een immunosuppressieve behandeling ondergaan (zie advies HGR 9158) bij het eerste prioriteitsniveau worden behandeld, ongeacht de leeftijdsgroep (**18- tot 64-jarigen**), en dit steeds onder toezicht van een specialist.

Ter informatie: bijlage 1 bevat een lijst van immunosuppressieve behandelingen (kopie van advies 9158).

In dit zeer specifieke geval beveelt de HGR aan om, ondanks het ontbreken van klinische gegevens over de overdracht van het virus door gevaccineerde personen, bij wijze van voorzorgsmaatregel de vaccinatie van de "naaste contacten" van dit specifieke type patiënt te overwegen. Dit wordt niet aanbevolen voor andere comorbiditeiten.

2.2.2.13 HIV-patiënten

Op basis van de bijdragen van de geraadpleegde Belgische HIV-deskundigen, de realiteit op het terrein in België en recente internationale publicaties, beveelt de HGR - ongeacht de beoogde leeftijdsgroep (**18-64 jaar**) - een prioritaire vaccinatie van HIV-patiënten tegen COVID-19 aan volgens de volgende richtlijnen:

⁴ Humaan immunodeficiëntievirus

- Alle HIV-patiënten (met of zonder behandeling) met **CD4⁺ < 350 cellen/μL** (verhoogd risico op ziekenhuisopname en ernstige vormen).

- Alle HIV-patiënten (met of zonder behandeling) met **CD4⁺ < 200 cellen/μL** (risico op verhoogde mortaliteit).

Voorals er in beide gevallen andere comorbiditeiten aanwezig zijn. Zoals reeds bij de andere punten van dit document ter herinnering van de bevoegde instanties werd gebracht, moet de behandelende arts/specialist die de patiënt volgt, per geval afwegen of vaccinatie al dan niet voorrang moet krijgen (bijv. bij aanwezigheid van bepaalde comorbiditeiten).

2.2.2.14 Neurologische pathologieën

Patiënten van **18 tot 64 jaar** worden in het eerste prioriteitsniveau opgenomen. Dit is een risicofactor en verdient daarom een prioritaire plaats in het vaccinatieplan (ook voor patiënten met post-CVA nawerkingen).

Mensen met een neurologische pathologie die geïnstitutionaliseerd werden (RH-RVT, gespecialiseerde zorginstellingen) maken in ieder geval deel uit van de groepen patiënten die in een vroeg stadium gevaccineerd moeten worden, ongeacht hun leeftijd.

Bijzonder geval van epilepsie: op het moment dat dit document wordt opgemaakt, geldt epilepsie niet als een significante risicofactor volgens de beschikbare internationale en Belgische referenties.

2.2.2.15 Pathologieën met disfunctie van de milt (splenectomie of functionele asplenie)

Op basis van de beschikbare gegevens wordt deze bevolkingsgroep, afgezien van het specifieke geval van drepanocytose (sikkelcelziekte) op grond van de tot nu toe vergaarde kennis niet tot de prioritaire groepen gerekend.

2.2.2.16 Geestesziekten en mentale handicaps

Een meerderheid van deze patiënten is over het algemeen geïnstitutionaliseerd (d.w.z. reeds prioritair voor vaccinatie).

In deze groep is het voornaamste risico voor de jongeren onder de 18 jaar met comorbiditeiten de niet-naleving van de hygiëne-instructies of een ontoereikende perceptie van de ernst van de pathologie, alsook het uitstellen van de verzorging door deze bevolkingsgroep.

In dergelijke gevallen is het moeilijk om prioriteiten van leeftijdsgroepen vast te stellen; er is zeer weinig rationele wetenschappelijke argumentatie (bewijs) om voor de ene of de andere gradatie te pleiten.

Ter info, het Belgische Raadgevende Comité voor Bio-ethiek (BRCB) heeft zich eveneens over deze groep patiënten gebogen (Advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking).

Bijzondere aandacht moet worden besteed aan patiënten onder medicatie (bijv. antipsychotica) en met ernstige stoornissen (in het licht van de activiteiten van het dagelijks leven).

Anderzijds vallen diepgaande en ernstige leerstoornissen (zoals dyslexie, dyscalculie, enz.) en bepaalde psychische stoornissen (zoals lichte depressie, enz.) niet onder het eerste prioriteitsniveau voor de vaccinatie.

De behandelende arts/specialist die de patiënt volgt, moet geval per geval afwegen of vaccinatie al dan niet geprioriteerd dient te worden (risicobatenanalyse).

2.2.3 Contra-indicaties (afgezien van die welke reeds in bestaande standaardaanbevelingen zijn opgenomen)

2.2.3.1 **Anafylaxie**⁵ (zie bijlage 2 voor meer informatie)

<https://www.health.belgium.be/nl/advies-9618-vaccinatie-covid19-anafylaxie>

Voor vaccinatie: Screen potentiële ontvangers van het vaccin om personen met contra-indicaties en voorzorgsmaatregelen te identificeren en zorg ervoor dat passende medische behandeling en toezicht direct beschikbaar zijn om anafylaxie te beheersen.

In geval van symptomen van onmiddellijke overgevoeligheid na de eerste of de tweede dosis: bloedafname voor tryptase en complement tussen 60-180 minuten na het optreden van de symptomen wordt sterk aanbevolen.

Voor de eerste dosis

a) Vaccinatie is **volledig gecontra-indiceerd in geval van een bekende voorgeschiedenis van onmiddellijke allergische reactie of bekende overgevoeligheid** voor het werkzame bestanddeel of een van de bestanddelen ervan. Verwijzing naar een allergoloog wordt aanbevolen.

b) Er moeten **strikte voorzorgsmaatregelen getroffen worden** in geval van een bekende medische voorgeschiedenis van anafylactische reactie (met inbegrip van idiopathische anafylaxie), onmiddellijke ernstige allergische reactie op vaccins of een van de bestanddelen ervan, systemische mastocytose of ongecontroleerde astma. De injectie van de eerste dosis kan dan alleen worden uitgevoerd in een instelling en onder toezicht en verantwoordelijkheid van de allergoloog die deze patiënt reeds opvolgt (observatieperiode van 30 minuten).

c) In het geval van bepaalde allergie of immuunziekte met een laag risico (bijvoorbeeld atopische dermatitis, gecontroleerde astma, enz.) en voor niet-anafylactische allergische reacties (zoals die ten gevolge van latex, bepaalde voedingsmiddelen, insecten, huisdieren, enz.), is nauwlettend toezicht gedurende 15 minuten na de injectie aangewezen (**algemene voorzorgsmaatregelen**).

Na de eerste dosis

Het document in bijlage 2 bevat ook informatie en aanbevelingen over risicostratificatie na de injectie van de eerste dosis (afhankelijk van de situatie).

2.2.3.2 **Zwangerschap**

De kwestie van het (al dan niet) vaccineren van zwangere vrouwen, vrouwen die zwanger willen worden of vrouwen die borstvoeding geven, werd behandeld in een zeer recent afzonderlijk advies van de HGR (HGR-9622). De opvallendste punten zijn opgenomen in de tabel in Hoofdstuk 3 en via:

<https://www.health.belgium.be/nl/avis-9622-vaccinatie-tegen-covid-19-bij-de-zwangere-vrouw>

⁵ Op basis van het document van Pr. Jean-Michel Dogné, Tim De Cloet, Pr. Didier Ebo, Pr. Vito Sabato, Pr. Pierre Van Damme in samenwerking met Pr. Antoine Froidure (namens BelSACI, *Belgian Society for Allergy and Clinical Immunology*) op 25-01-2021.

3. AANBEVELINGEN EN SAMENVATTING

Om deze vaccinatieprioriteiten tegen COVID-19 meer operationeel te maken voor "fase Ib-patiënten die het risico lopen een ernstige COVID-19-pathologie te ontwikkelen", werden ze samengevat en zoveel mogelijk gekoppeld aan de officiële nomenclatuurcodes van de WHO: *International Classification of Primary Care, Second Edition* (ICPC-2). Aangezien deze nomenclatuur bekend is en door vele huisartsen wordt gebruikt in het kader van de opvolging van het GMD van de patiënten, zal het de huisarts en de autoriteiten vervolgens kunnen helpen om deze patiënten sneller te identificeren en te contacteren.

Algemene opmerkingen

1) Uit operationeel oogpunt is het van belang dat de bevoegde overheid alles in het werk stelt om de hier gedefinieerde subgroepen te selecteren; er moet echter van uitgegaan worden **dat het beter is prioriteit te geven aan de vaccinatie van een patiënt die niet aan de voorgestelde prioriteitscriteria voldoet, dan een patiënt die prioriteit bij de vaccinatie behoeft, links te laten liggen.**

2) De prioriteitsniveaus en voorbeelden van pathologieën **mogen niet worden beschouwd als strikte en vaste aanbevelingen.** Deze laatste zullen evolueren naargelang de beschikbare gegevens en de verschillende soorten vaccins. Er is enige flexibiliteit geboden en op het niveau van de Taskforce "Operationalisering van de vaccinatiestrategie COVID-19" kunnen wijzigingen worden aangebracht om het proces zo soepel en efficiënt mogelijk te laten verlopen overeenkomstig de operationele vereisten en de behoeften inzake voorraden en leveringen van vaccins. **Deze prioriteiten kunnen worden gezien als een "accordeon"** die kan worden samengedrukt (groepering van categorieën) in geval van grote voorraden, of uitgetrokken (meer beperkte prioriteiten waarbij bepaalde groepen vóór de andere komen) naargelang de operationele behoeften of voorraden bij beperkte voorraden.

In de volgende tabel:

- ➔ De kolom "**ATC en andere codes**" bevat andere codes dan de ICPC-2-codes wanneer deze laatste niet aanwezig of niet specifiek genoeg zijn en aangevuld moeten worden. Bijvoorbeeld: de ATC-codes (via de geneesmiddelen) of de codes met betrekking tot specifieke vormen van zorgverlening (RIZIV-code voor Multidisciplinair Oncologisch Consult - MOC). Deze kolom is niet uitputtend en zal in een later stadium moeten worden gecontroleerd en aangevuld door de bevoegde autoriteiten die voor deze andere registers verantwoordelijk zijn.
- ➔ De kolom "**ICPC-2-code(s)**" vermeldt de ICPC-2-code(s) wanneer deze zijn vastgesteld en overeenstemmen met de definities in de bestaande wetenschappelijke literatuur voor de verschillende comorbiditeiten. Deze kolom is niet uitputtend en zal in een later stadium moeten worden gecontroleerd en aangevuld door de bevoegde autoriteiten.
- ➔ De kolom "**Comorbiditeit**" vermeldt de in de bestaande wetenschappelijke literatuur vastgestelde definitie(s) van comorbiditeiten die een hogere prioriteit voor vaccinatie tegen COVID-19 verdienen.

→ De kolom "**Leeftijd**" vermeldt de prioritair leeftijds groepen voor fase Ib.

De volgende leeftijdsgroepen kregen groen licht voor *Emergency Use Authorization* (EUA) en komen in aanmerking voor vaccinatie: Pfizer-BioNTech: ≥ 16 jaar; Moderna: ≥ 18 jaar. Momenteel mogen kinderen en adolescenten jonger dan 16 jaar niet worden gevaccineerd tegen COVID-19 (gebrek aan gegevens over veiligheid en werkzaamheid).

Het gebruik van de geregistreerde vaccins buiten de officiële leeftijdsgebonden aanbevelingen voor elk vaccin, bijvoorbeeld voor patiënten jonger dan 18 jaar en met een hoog risico op ernstige complicaties (zie punt 2.2.2.1 tot en met 2.2.2.16) is altijd mogelijk op basis van het advies en onder de volledige verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts. Dit kan worden overwogen in het kader van onderzoeksprotocollen of voor individuele patiënten, waarbij zeer veel aandacht moet worden besteed aan de risicobatenverhouding en de geïnformeerde toestemming van de laatstgenoemden en/of hun wettelijke vertegenwoordiger.

In dit stadium heeft de Raad de minimumleeftijd voor zijn aanbevelingen vastgesteld op 18 jaar, om geen "discriminatie" te creëren naargelang het soort vaccin dat beschikbaar is en gebruikt wordt, en omdat de wettelijke implicaties voor de vaccinatie van minderjarigen verschillend zijn.

→ De kolom "**Prioriteit**" geeft een aanbeveling voor prioritering op basis van het verhoogde risico op het ontwikkelen van een ernstige vorm van COVID-19 (en/of sterfte).

Prioriteitsniveau 1: patiënten van 45-64 jaar met comorbiditeiten en patiënten van 18-44 jaar met specifieke comorbiditeiten die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een ernstige vorm van COVID-19 in vergelijking met patiënten van 45-64 jaar zonder comorbiditeiten.

Prioriteitsniveau 2: Patiënten van 45-64 jaar zonder comorbiditeiten. Leeftijd is inderdaad de belangrijkste drijvende factor van ernstige vormen en sterfte in verband met COVID-19, zowel in België als in alle internationale studies over dit onderwerp.

Prioriteitsniveau 3: Patiënten tussen 18 en 44 jaar met comorbiditeiten die leiden tot een verhoogd risico op het ontwikkelen van een ernstige vorm van COVID-19 in vergelijking met de algemene bevolking en personen die door de Belgische autoriteiten worden geïdentificeerd als behorend tot essentiële functies.

Ethische en maatschappelijke prioriteit – "grote kwetsbaarheid en zogenaamde essentiële functies waarvoor ethische en maatschappelijke overwegingen moeten gelden bij de vaststelling van het prioriteitsniveau door de autoriteiten": specifieke bevolkingsgroepen die moeilijker toegankelijk of identificeerbaar zijn en die in vergelijking met de algemene bevolking extreem precair en/of kwetsbaar zijn ten aanzien van ziekten en/of de toegankelijkheid tot de zorg in het algemeen. Voor deze groepen, geïdentificeerd in de internationale literatuur en in advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking (BRCB, 11/12/2020), is het aan de autoriteiten om hun prioriteitsniveau te bepalen, rekening houdend met de prioriteitsgraad aanbevolen in advies nr. 75 van het BRCB en de specifieke middelen die moeten worden ingezet om deze groepen prioritair toegang tot de vaccinatie tegen COVID-19 te bieden. Dit valt buiten de wetenschappelijke scope van de huidige vraag die in dit advies aan de HGR wordt gesteld, maar de Raad beveelt aan in aanmerking te nemen om deze personen in de algemene Belgische vaccinatiestrategie een hogere prioriteit te geven dan voor de essentiële functies en de algemene Belgische bevolking.

Voorzorgsmaatregelen en contra-indicaties voor de vaccinatie tegen COVID-19: deze categorieën en ICPC-2-codes houden verband met **een bekende belangrijke voorzorgsmaatregel of contra-indicatie of een bekend groot risico** in verband met vaccinatie in het algemeen. Het kan ook gaan om een voorzorgsmaatregel, een contra-indicatie of een bekend groot risico dat specifiek voor de COVID-19-vaccinatie werd geïdentificeerd door producenten en/of nationale en internationale agentschappen belast met de geneesmiddelenbewaking, bijvoorbeeld via de

samenvatting van de productkenmerken (SPC). Om de veiligheid van de vaccins te vergroten, is het van belang deze codes die verband houden met een mogelijke contra-indicatie, in de databanken te vergelijken met de codes die verband houden met een vaccinatie met een hogere prioriteit. De rol van de huisarts en/of de specialist om de risicobatenverhouding voor de patiënt in kwestie te bepalen, is dan nog fundamenteleler.

→ In de kolom "**Bewijzen en Referenties**" staan de belangrijkste bibliografische bronnen met betrekking tot deze groep. Verder geeft de kolom een beoordeling van het niveau van het wetenschappelijk bewijs en de consensus van de deskundigen voor deze groep. Dit bewijsniveau wordt in dit stadium hoofdzakelijk geleid door literatuur- en gegevensbeoordelingen van het CDC (VS), STIKO (Duitsland), JCVI (Verenigd Koninkrijk) en Clift et al. (oktober, 2020); gerelativeerd aan de hand van Belgische epidemiologische gegevens en het advies van deskundigen van de Belgische NITAG.

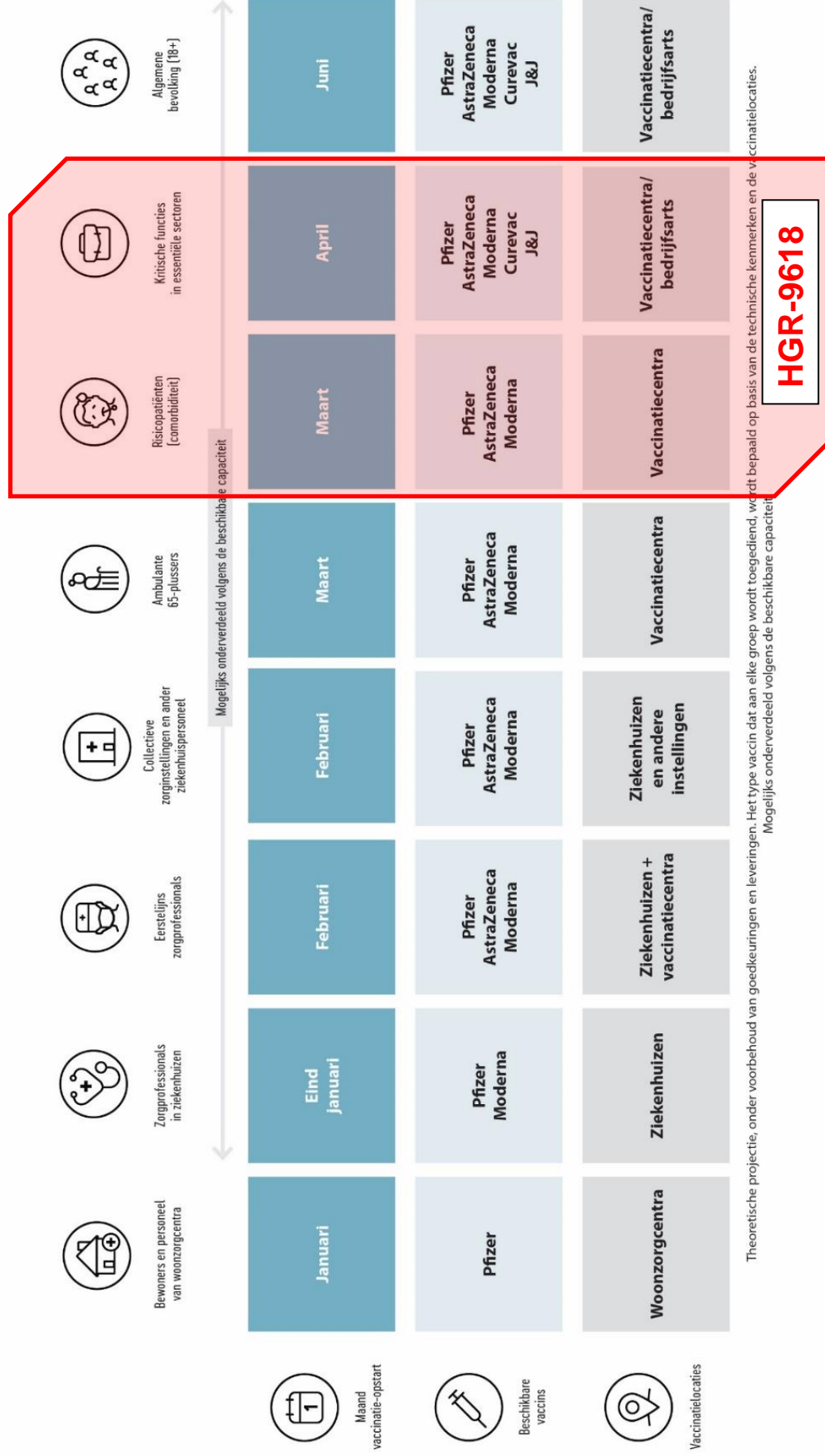
Bewijsniveau A: overvloedige en eensluidende biomedische wetenschappelijke literatuur; eensluidende internationale rapporten van andere NITAG's of erkende wetenschappelijke instellingen; consensus van de deskundigen die het rapport valideren; Belgische epidemiologische gegevens die eveneens dit significant verhoogd risico bevestigen.

Bewijsniveau B: biomedische wetenschappelijke literatuur en internationale rapporten met tegenstrijdige conclusies; weinig wetenschappelijk bewijs, maar gezien wat er bekend is, lijkt het logisch om het voor te stellen; de meerderheid van de deskundigen die het rapport valideren, is voorstander van de aanbeveling om deze patiënten tegen COVID-19 te vaccineren; de Belgische epidemiologische gegevens bevestigen dit verhoogd risico eveneens, maar de risicotoename is gematigder.

Bewijsniveau C: beperkte biomedische wetenschappelijke literatuur en/of niet-bestaande internationale rapporten; wetenschappelijk bewijs uit andere corpora (sociale en humane wetenschappen); bijzonder kwetsbare patiënten, zeldzame ziekten, enz.; vaccinatie tegen COVID-19 aanbevolen in het licht van wat bekend is over de vaccinatie van andere virale pathologieën van de luchtwegen; de meerderheid van de deskundigen die het rapport valideren, is voorstander van de aanbeveling om deze patiënten tegen COVID-19 te vaccineren; er zijn geen Belgische epidemiologische gegevens en het bewijsmateriaal is dus meer indirect, maar voldoende om de prioriteitsbepaling voor deze groep aan te bevelen.

- In de kolom "**Epidemiologie België**" worden de Belgische epidemiologische bijzonderheden vermeld (Belgische gecijferde gegevens afkomstig van Sciensano), die een ander prioriteitsniveau zouden kunnen verklaren dan bij internationale studies in andere landen wordt gehanteerd. Op basis van de Belgische epidemiologische gegevens die door Sciensano in ziekenhuizen werden verzameld, werd door de deskundigen van deze instelling een multivariabele analyse uitgevoerd om de grootorde van een ernstig COVID-risico – gedefinieerd als "opname op intensieve zorgen (ICU)" en/of "sterfte" – per comorbiditeit en leeftijdsgroep in te schatten.

VACCINATIE IN BELGIË: FASEPLAN



Theoretische projectie, onder voorbehoud van goedkeuringen en leveringen. Het type vaccin dat aan elke groep wordt toegediend, wordt bepaald op basis van de technische kenmerken en de vaccinatieplaatsen. Mogelijks onderverdeeld volgens de beschikbare capaciteit

Meer info op www.info-coronavirus.be

Informatie van het Commissariaat COVID-19.



ATC en andere codes	ICPC-2-code(s)	Comorbiditeit	Leeftijd	Prioriteit	Bewijzen Referenties	Epidemiologie België
R03	R95 R95 R96	Chronische longziekten Chronische obstructieve longziekte (<i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD</i>) Ernstige astma: alleen astma waarvoor behandeling nodig is met hoge dosis geïnhalede corticosteroiden plus een tweede controlemiddel (en/of systemische corticosteroiden) om te voorkomen dat het “ongecontroleerd” wordt of “ongecontroleerd” blijft ondanks de therapie → bewijsniveau B	45-64	1	A CSS-9597, 07-2020 JCVI, 12-2020 GR, 11-2020 HAS, 11-2020 STIKO, 12-2020 CDC, 11-2020 Hanon et al., 2020 Holguin et al., 2020	Risicofactor voor Sterfte
Belgisch Register van Ernstige Astma <i>Belgian Severe Asthma Registry</i>	R95 R95 K93 R04 R95 T99 --	Longfibrose: beschadigd longweefsel of met littekenweefsel Restrictieve longziekte Gevolgen van longembolie Ademhalingsmoeilijkheden Interstitiële longziekte: cf. Zeldzame ziekten Mucoviscidose: cf. Zeldzame ziekten Longtransplantatie: cf. Getransplanteerden Etc.				
C01 C02 C03 C04 C05 C07	K77 K74-K75-K76 K91 – K90 K84	Chronische hart- en vaatziekten Congestive heart failure Coronary artery disease Cerebrovascular disease, Stroke and Vascular dementia Cardiomyopathies	45-64	1	A CSS-9597, 07-2020 JCVI, 12-2020 STIKO, 12-2020 CDC, 11-2020 GR, 11-2020	Risicofactor niet significant in België De grote internationale studies, meta-analyses laten niettemin een sterke associatie voor deze

C08 C09 C10	K82 K83 --	Pulmonary Heart Disease: linked to COPD (R95) or pulmonary embolism (K93) Heart Valve Diseases with cardiac function effect Pulmonary hypertension Cardiovasculaire transplantatie: cf. Getransplanteerden Etc.			HAS, 11-2020 NACI, 12-2020 (+/-) STIKO: Arrhythmia: cluster analysis, arrhythmia and atrial fibrillation were associated with increased risk of hospitalization, but not of in hospital death.	comorbiditeit zien en de kleinere zijn inconsistent.
	P70 K91-K90 A07 N87 N99-N19-N87	Chronische neurologische aandoeningen Dementie Ziekte van Alzheimer Cerebrovasculaire ziekte, beroerte, vasculaire dementie Coma Ziekte van Parkinson Etc. Primary progressive aphasia, Creutzfeldt-Jakob Syndrome, Diffuse Neurofibrillary Tangles with Calcification, Frontotemporal Lobar Degeneration, Huntington Disease, Kluver-Bucy Syndrome, Lewy Body Disease, etc.	45-64	1	A STIKO, 12-2020 CDC, 11-2020 NACI, 12-2020 JCVI, 12-2020 Rutten et al., 2020 Vignatelli et al., 2020 Zhang et al., 2020 JCVI, 2020 - Clift et al., 2020 vermelden ook epilepsie (N88) « may be for admission »	Risicofactor voor Sterfte
A10 A10A A10B A10X	T90 T89	Diabetes Mellitus, Type 2 Diabetes Mellitus, Type 1	45-64	1	A CSS-9597, 07-2020 ; JCVI, 12-2020 ; STIKO, 12-2020 ; CDC, 11-2020 ; GR, 11-2020 ; HAS, 11- 2020 ; NACI, 12-2020	Risicofactor voor Sterfte

<p>Codes van het Belgisch Kankerregister</p>	<p>A79 - D74 - D75 -D76 - D77 - F74 - H75 - K72 - L71 - N74 - N76 - R84 -R85 - R92 - S77 - T71 - T73 - U75 - U76 - U77 - U79 -W72 - X75 - X76 - X77 - X80 - X81 -Y77 - Y78</p>	<p>Maligne neoplasma's (niet hematologisch) Tot 5 jaar na de diagnose</p> <p>Alle patiënten met solide kankers (5 jaar na de diagnose) die reeds zijn behandeld, onder controle zijn, in remissie zijn en geen immunosuppressieve behandeling of intensieve opvolging meer nodig hebben, worden niet in deze prioritaire groep opgenomen.</p> <p>Kanker hebben verhoogt het risico op ernstige COVID-19.</p> <p>Voor risicopatiënten met complexe medicatie en behandelingen, afhankelijk van het stadium van de pathologie, beveelt de Raad aan dat de vaccinatie wordt gevalideerd door de gespecialiseerde arts en/of de huisarts, met een eventuele aanpassing van het vaccinatieschema en de behandelingen. Er zijn namelijk verschillen in risico naargelang van de pathologie, het stadium en de intensiteit van de behandelingen.</p> <p>* De algemene vaccinatieregistratieprocedures moeten worden gevolgd voor het algemene toezicht op de vaccinatie, maar niet op een louter "geautomatiseerde" manier in de vorm van een eenvoudige opzoeking van codes en/of patiënten in de centrale registers.</p>	<p>45-64</p>	<p>1</p>	<p>A</p> <p>CSS-9597, 07-2020 STIKO, 12-2020 JCVI, 12-2020 CDC, 11-2020 HAS, 11-2020</p> <p>Azambuja et al., 2020</p>	<p>Risicofactor voor</p> <p>Sterfte</p> <p>Azambuja et al., 2020 : Mortalité, OR : 3,84 in patients > 60 years en Belgique</p>
<p>Codes van het Belgisch Kankerregister</p>	<p>B72 <i>Hodgkin Lymphoma</i> B73 <i>Leukaemia</i> B74 <i>Malignant neoplasm blood</i> B75</p>	<p>Hematologische neoplasma's</p> <p>Various types of leukemia of lymphoma and of the progressive, life-threatening forms of the myelodysplastic syndromes.</p> <p>Voor risicopatiënten met complexe medicatie en behandelingen, afhankelijk van het stadium van de</p>	<p>18-64</p>	<p>1</p>	<p>A</p> <p>CSS-9597, 07-2020 STIKO, 12-2020 CDC, 11-2020 HAS, 11-2020</p>	<p>Risicofactor voor</p> <p>Sterfte (18-64)</p>

	Neoplasm blood benign/unspecified	<p>pathologie, beveelt de Raad aan dat de vaccinatie wordt gevalideerd door de gespecialiseerde arts en/of de huisarts, met een eventuele aanpassing van het vaccinatieschema en de behandelingen. Er zijn namelijk verschillen in risico naargelang de pathologie, het stadium en de intensiteit van de behandelingen. Het aantal betrokken patiënten is laag, maar het totale risico is zeer hoog (OR: 15,28).</p> <p>* De algemene vaccinatieregistratieprocedures moeten worden gevolgd voor het algemene toezicht op de vaccinatie, maar niet op een louter "geautomatiseerde" manier in de vorm van een eenvoudige opzoeking van codes en/of patiënten in de centrale registers.</p>			
A05B	<p>D13 <i>Jaundice</i></p> <p>D97 D72</p>	<p>Chronische leverziekten - Child-Pugh score B en C</p> <p>Chronic liver disease (CLD) is a progressive deterioration of liver functions for more than six months. The condition may not be recognised unless there is clinical awareness of subtle signs and investigation of abnormal liver function tests. Testing for chronic liver disease involves blood tests, imaging including ultrasound and a biopsy of the liver.</p> <p>The Child-Pugh score is a system for assessing the prognosis — including the required strength of treatment and necessity of liver transplant — of chronic liver disease, primarily cirrhosis. It provides a forecast of the increasing severity of your liver disease and your expected survival rate. https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/ctp https://www.srbge.be/scores/</p> <p>Liver Cirrhosis, Liver failure Chronic hepatitis Biliary atresia</p>	18-64	<p>1</p> <p>A</p> <p>CSS-9597, 07-2020 JCVI, 12-2020 STIKO, 12-2020 NACI, 12-2020 CDC, 11-2020</p> <p>Donghee et al., 2020</p>	<p>Risicofactor voor</p> <p>Sterfte (18-64)</p>

D81 D97 D97 --	Alcohol-related liver disease Nonalcoholic fatty liver disease (NASH) Liver transplantation: cf. Getransplanteerden Etc.								
B03XA01 V03AE L04 A11CC03 Cnk 511642 Cnk 567396 Cnk 511659 Cnk 534727	Chronische nierziekten - CDK stages G3a tot G5 Chronische nierinsufficiëntie - Dialysepatiënten Chronic conditions in which the kidneys perform below the normal level for more than three months . Chronic kidney insufficiency is classified by five stages according to the decline in glomerular filtration rate and the degree of kidney damage. Markers of glomerular filtration GFR < 60 ml/min/1.73 m2 (cat. G3a-G5) Markers of kidney damage Albuminuria : AER ≥ 30 mg/24 uur ACR ≥ 30 mg/g ou ≥ 3 mg/mmol Chronic kidney failure Nephrotic syndrome Kidney transplantation: cf. Getransplanteerden Etc.	18-64	1	A CSS-9597, 07-2020 JCVI, 12-2020 STIKO, 12-2020 CDC, 11-2020 HAS, 11-2020 NACI, 12-2020 GNFB, 2020 Oeijens et al., 2020 KDIGO, 2013	Risicofactor voor Sterfte (45-64) Niet significant (18-44) GNFB, 2020 In januari 2020 telde België 8.537 dialysepatiënten en 6.648 transplantatiepatiënten. Sterfte van 18-20% van de dialysepatiënten met COVID in de eerste golf.				
Niet van toepassing	Obesitas (en morbide obesitas) BMI ≥ 30 kg/m ² De Body Mass Index (BMI) is de verhouding tussen het gewicht (kg) en de lengte (m) in het kwadraat.	45-64	1	A CSS-9597, 07-2020 ; STIKO, 12-2020 ; JCVI, 12-2020 ; CDC, 11-2020 ; NACI, 12-2020 ; HAS, 11- 2020	Risicofactor voor ICU-opname Gezondheidsenquête 2018 (45-64) +/- 20 % van de bevolking Vaak gaat obesitas gepaard met andere comorbiditeiten en daarom is de groepsmaat voor "obesitas alleen" beperkter				

<p>Ander identificatiesysteem via medische specialisten en/of behandelingen</p> <p>en/of behandelingen (ATC, enz.)</p>	<p>B84 <i>Unexplained abnormal white cells</i></p> <p>B82 <i>Anaemia unspecified</i></p> <p>B99 <i>Blood/lymph/spleen disease other</i></p> <p>Niet-specifieke en niet-uitputtende ICPC-2-codes</p> <p>van een zeer grote en zeer heterogene groep</p>	<p>Immuungecompromitteerde patiënten (niet HIV) Voor, tijdens en soms na behandeling</p> <p>Patient whose immunologic mechanism is deficient because of an immunodeficiency disorder or other disease or as the result of the administration of immunosuppressive drugs or radiation, included:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autoimmune conditions, neoplasms, transplantation, immune deficiencies, genetic disorders affecting the immune system (APECED, NFKB1, NFKB2, IRAK-4, NEMO, complement disorder, SCID, etc.), active systemic lupus erythematosus, enz. - And if administration of immunosuppressive drugs : rheumatoid arthritis, psoriasis, inflammatory rheumatological disease (STIKO, 2020), Chronic Inflammatory Bowel Diseases (Crohn disease, Ulcerative colitis – ICPC : D94), etc. <p>Voor risicopatiënten met complexe medicatie en behandelingen, afhankelijk van het stadium van de pathologie, beveelt de Raad aan dat de vaccinatie wordt gevalideerd door de gespecialiseerde arts en/of de huisarts, met een eventuele aanpassing van het vaccinatieschema en de behandelingen. Er zijn namelijk verschillen in risico naargelang de pathologie, het stadium en de intensiteit van de behandelingen.</p> <p>* De algemene vaccinatieregistratieprocedures moeten worden gevolgd voor het algemene toezicht op de vaccinatie, maar niet op een louter "geautomatiseerde" manier in de vorm van een eenvoudige opzoeking van codes en/of patiënten in de centrale registers.</p>	<p>18-64</p>	<p>1</p>	<p>A</p> <p>CSS-9158, 09-2019</p> <p><i>Vaccination of immunocompromised or chronically ill children and/or adults (september 2019)</i></p> <p>https://www.health.belgium.be/nl/advies-9158-ic-patienten-en-vaccinatie</p> <p>JCVI, 12-2020 STIKO, 12-2020 CDC, 11-2020 GR, 12-2020 EMA, 12-2020</p> <p>Hachulla et al., 2020 Gao et al., 2020</p> <p><i>Belgian Inflammatory Bowel Disease Research and Development group (BIRD)</i></p> <p>Ungaro et al., 2020 Brenner et al., 2020a Brenner et al., 2020b Agrawal et al. 2020</p>	<p>Risicofactor niet significant in België</p> <p>Waarschijnlijk houdt dit verband met gegevens die nog ontoereikend of niet gedetailleerd genoeg zijn om op Belgisch niveau conclusies te trekken</p>
--	---	--	--------------	----------	---	--

<p>L01 L02 L03 L04</p>		<p>1) Underlying chronic diseases, close contacts of the immune deficient patients should be taken into considerations too. At this stage, there is no evidence yet for reduction of transmission by SARS-CoV-2 vaccines but considering the experience with other vaccines for this group, the council recommends to consider the vaccination of close contacts of these patients only, as a precaution. This is not, at this time, recommended for other comorbidities.</p> <p>2) No lived vaccines (not on the market for now).</p> <p>3) Additional vaccines or additional doses of vaccines are often required to offer the best possible protection and some immunomodulating therapy could have a protective effect against COVID-19. A complete benefit/risk balance must be evaluated for this group according to current scientific evidence and uncertainties.</p> <p>4) Chemotherapy leading to immunosuppression</p> <p>5) Radical radiotherapy</p> <p>6) Immunosuppressive or immunomodulating biological therapy</p> <p>For example, steroids therapy: Individuals treated with or likely to be treated with systemic steroids for more than a month at a dose equivalent to prednisolone of 20 mg or more per day.</p>		<p>Bewijsniveau C</p> <p>CSS-9158 <i>molecules and doses (Annexe 1)</i></p> <p><i>Chapter 5. List of (potentially) immunosuppressive medication</i></p> <p><i>5.2. List of medication not considered</i> <i>immunosuppressive</i></p> <p><i>5.3 List of medication probably not immunosuppressive</i></p>	
------------------------------------	--	--	--	---	--

	<p>7 transplantatiec entra hebben gegevens voor Eurotransplant</p> <p>Vaccinatie moet worden georganiseerd in de Belgische centra of na contact met de huisarts in een centrum dicht bij de patiënt</p>	<p>Getransplanteerden (en patiënten op de wachtlijst)</p> <p>Patients on the waiting list to get a solid organ, bone marrow, stem cell transplant.</p> <p>and</p> <p>Patients receiving cells, tissues or organs transferred from another individual of the same or different species, or from within the same individual with an immunocompromised state (weakened immune system during acute and chronic phases of the treatment* . * CSS-9158, 09-2019, for molecules and doses</p> <p>Less pronounced with an autograft.</p> <p>Voor risicopatiënten met complexe medicatie en behandelingen, afhankelijk van het stadium van de pathologie, beveelt de Raad aan dat de vaccinatie wordt gevalideerd door de gespecialiseerde arts en/of de huisarts, met een eventuele aanpassing van het vaccinatieschema en de behandelingen. Er zijn namelijk verschillen in risico naargelang de pathologie, het stadium en de intensiteit van de behandelingen. Het aantal betrokken patiënten is laag, maar het totale risico is zeer hoog</p> <p>* De algemene vaccinatieprocedures moeten worden gevolgd voor het algemene toezicht op de vaccinatie, maar niet op een louter "geautomatiseerde" manier in de vorm van een eenvoudige opzoeking van codes en/of patiënten in de centrale registers.</p>	18-64	1	<p>A</p> <p>JCVI, 12-2020 STIKO, 12-2020 CDC, 11-2020 HAS, 11-2020</p> <p>Raja et al., 2021 Mahalingasivam et al., 2021</p>	<p>Geen specifieke Belgische gegevens maar risicofactor in de reeksen in het buitenland</p> <p>Relatively small group that is relatively easy to reach via transplants centers</p> <p>Louter ter informatie: voor het centrum van Gent bedroeg het aantal orgaantransplantaties in 2019 106 en voor hetzelfde jaar 2019 bedroeg het aantal mensen dat op een transplantatie wachtte 221.</p>
--	--	--	-------	---	---	--

<p>Centraal register Zeldzame ziekten Sciensano</p>	<p>A90</p>	<p>Syndroom van Down A chromosome disorder associated either with an extra chromosome 21 or an effective trisomy for chromosome 21. Moderate to severe intellectual disability, cardiac and gastrointestinal malformations, a marked increase in the incidence of leukemia and the early onset of Alzheimer disease are also associated with this condition and could play a role for the sensitivity to COVID-19.</p>	<p>18-64</p>	<p>1</p>	<p>A JCVI, 12-2020 STIKO, 12-2020 HAS, 11-2020 Clift et al., 2020</p>	<p>Geen specifieke Belgische gegevens maar risicofactor in de reeksen in het buitenland</p>
<p>C02</p>	<p>K87 <i>Hypertension complicated</i> K86 <i>Hypertension uncomplicated</i></p>	<p>Hypertensie Systolische bloeddruk is constant hoger dan 140 mmHg of diastolische bloeddruk is constant 90 mmHg of meer.</p>	<p>45-64</p>	<p>1</p>	<p>B CSS-9597, 07-2020 STIKO, 12-2020 CDC, 11-2020 HAS, 11-2020 NAC: There was moderate certainty evidence for no important increase in risk of hospitalization apart for heart failure.</p>	<p>Risicofactor voor ICU-opname</p>

	B90	<p>Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS – HIV) CD4+ < 350 cellen/μL</p> <p>Voorals er andere comorbiditeiten aanwezig zijn</p> <p>An acquired defect of cellular immunity associated with infection by the human immunodeficiency virus (HIV), a CD4+ T-lymphocyte count under 200 cells/microliter or less than 14 % of total lymphocytes, and increased susceptibility to opportunistic infections and malignant neoplasms.</p> <p>The current review considers 6 months of data across geographic regions with a range of healthcare quality and access and ART regimens to generate a wider view of COVID-19 outcomes in PWH. Taken together, these studies indicate that HIV infection may be associated with increased risk of COVID-19 diagnosis, but comorbidities appear to play a larger role than HIV-specific variables in outcomes of COVID-19 among PWH. ART does not appear to protect from COVID-19 disease acquisition, progression or death (Johnston et al., 2020).</p> <p>Alle patiënten (met of zonder behandeling) met HIV met CD4+ < 350 cellen/μL (verhoogd risico op ziekenhuisopname en ernstige vormen).</p> <p>HIV-patiënten (met of zonder behandeling) met CD4+ < 200 cellen/μL hebben een verhoogd risico op sterfte.</p>	18-64	1	<p>B</p> <p>EACS, 08-2020 → Oui GR, 12-2020 → Oui NACI, 12-2020 → +/- Experts belges → +/-</p> <p>Johnston et al., 2020</p>	Geen specifieke Belgische gegevens maar risicofactor in de reeksen in het buitenland
--	-----	--	-------	---	--	--

<p>Centraal register Zeldzame ziekten Sciensano ORPHANET --</p>		<p>Zeldzame ziekten</p> <p>A very heterogeneous and complex group of diseases which are characterized by a low prevalence in the population (affects less than 1 in 2.000 people). They frequently are associated with problems in diagnosis and treatment. There are between 6.000 and 8.000 rare diseases affecting a total of 6 to 8 % of Belgian population.</p> <p>Voor risicopatiënten (soms veel minder) met complexe medicatie en behandelingen, afhankelijk van het stadium van de pathologie, beveelt de Raad aan dat de vaccinatie wordt gevalideerd door de gespecialiseerde arts, met een eventuele aanpassing van het vaccinatieschema en de behandelingen. Er zijn namelijk verschillen in risico naargelang de pathologie, het stadium en de intensiteit van de behandelingen. Het aantal betrokken patiënten is laag en soms is het totale risico zeer hoog.</p> <p>* De algemene vaccinatieprocedureprocedures moeten worden gevolgd voor het algemene toezicht op de vaccinatie, maar niet op een louter "geautomatiseerde" manier in de vorm van een eenvoudige opzoeking van codes en/of patiënten in de centrale registers.</p> <p>Rare diseases associated with severe impairment of neurological, respiratory, cardiac or another organ dysfunction. Categories mentioned above including severe primary immunodeficiencies (IEI - inborn errors of immunity) and metabolic disease (inborn errors of metabolism).</p> <p>More than 30% of patients with IEI had mild coronavirus disease 2019 (COVID-19) and risk factors predisposing to severe disease/mortality in the general population also seemed to affect patients with IEI, including more younger patients (Meyts et al., 2020).</p>	<p>18-64</p>	<p>1</p>	<p>C</p> <p><i>Expert opinion based</i></p> <p>Overwegingen van ethische aard en grote kwetsbaarheid</p> <p>CCBB-CSS, 12-2020 CCBB, 12-2020 (n°75)</p>	<p>Weinig of geen epidemiologische gegevens beschikbaar in de Belgische en internationale literatuur</p> <p>Minstens 2.550 tot 3.000 PID-patiënten ('Primaire Immunodeficiëntie' primary immunodeficiency) in België, waarschijnlijk meer kinderen dan volwassenen</p>
---	--	---	--------------	----------	---	--

<p>COPID is een internationaal register van PID-patiënten met een Covid-19-infectie.</p> <p>T99 via</p> <p>* Belgisch Mucoviscidose Register</p> <p>* BCFA Mucovereniging</p> <p>* IMA databases 775913 - 775924, 775935 - 775946</p>	<p>B78 N85 T99* N99 A90 N99 N99 T99 N86 N99 ? ? ?</p>	<p>In comparison to the general population, adult patients with PID and symptomatic SID display greater morbidity and mortality from COVID-19. This increased risk must be reflected in public health guidelines to adequately protect vulnerable patients from exposure to the virus (Shields et al., 2021).</p> <p>Het gebruik van geregistreerde vaccins buiten de officiële leeftijdsgebonden aanbevelingen voor elk vaccin, bijvoorbeeld voor patiënten jonger dan 18 jaar en met een hoog risico (hematologische kankers, transplantaties en wachtlijsten, kinderen jonger dan 18 jaar met ernstige genetische mutaties {bijvoorbeeld interferondeficiëntie} en alle kinderen die op de ICU belanden met een ernstige acute virale infectie {zonder genetisch defect}, enz.) is altijd mogelijk op grond van het advies en onder de volledige verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts.</p> <p>Sikkelcelanemie Spina bifida Mucoviscidose Ziekte van Huntington Neurofibromatosis type I Amyotrophic lateral sclerosis Duchenne muscular dystrophy Phenylketonuria Multiple Sclerosis Myasthenia Gravis Primary Ciliary Diskinesia SMAX (Maladie de Kennedy) Progeria Etc.</p>		<p>JCVI, 2020 ; CDC, 2020</p> <p>JCVI, 2020 ; CDC, 2020</p> <p>CDC, 2020</p>	
---	---	---	--	--	--

Op basis van het Nationaal Register	Niet van toepassing	Alle personen tussen 44 en 65 jaar zonder comorbiditeiten Leeftijd is inderdaad de belangrijkste drijvende factor van ernstige vormen die verband houden met COVID-19, zowel in België als in alle internationale studies over dit onderwerp. In de tweede week van januari 2021, het geschatte totale sterftecijfer sinds het begin van de epidemie bedroeg 174 per 100.000 inwoners, variërend van 0,2 per 100.000 in de leeftijdsgroep < 25 jaar; 3 per 100.000 in de leeftijdsgroep 25-44 jaar; 35 per 100.000 in de leeftijdsgroep 45-64 jaar; 208 per 100.000 in de leeftijdsgroep 65-74 jaar; 830 per 100.000 in de leeftijdsgroep 75-84 jaar tot 3194 per 100.000 in de leeftijdsgroep ≥ 85 jaar.	45-64	2	A	18-44-jarigen met comorbiditeit hebben in het algemeen geen hoger risico voor of opname in ICU of sterfte dan 45-65-jarigen zonder comorbiditeiten
Cf. supra	Cf. supra	Chronische longziekten	18-44	3	B	Risicofactor niet significant in België. Waarschijnlijk houdt dit verband met nog onvoldoende gegevens.
Cf. supra	Cf. supra	Chronische hart- en vaatziekten	18-44	3	B	Risicofactor voor ICU-opname
Cf. Supra	Cf. supra	Chronische neurologische aandoeningen - Dementie	18-44	3	B	Risicofactor niet significant in België. Waarschijnlijk houdt dit verband met nog onvoldoende gegevens.
Cf. Supra	Cf. supra	Diabetes Mellitus, Type 1 & 2	18-44	3	B	Risicofactor voor Sterfte
Cf. supra	Cf. supra	Maligne neoplasma's (niet hematologisch)	18-44	3	B	Risicofactor voor Sterfte
Cf. supra	Cf. supra	Obesitas (en morbide obesitas): BMI ≥ 30 kg/m2	18-44	3	B	Risicofactor voor ICU-opname
Cf. supra	Cf. supra	Hypertensie	18-44	3	B	Risicofactor niet significant in België. Waarschijnlijk houdt dit verband met nog onvoldoende gegevens.

	<p>P72 P73 - P80</p> <p>P28 – N28</p>	<p>Ernstige mentale stoornissen</p> <p>Psychiatric illness or diseases manifested by breakdowns in the adaptational process expressed primarily as abnormalities of thought, feeling, and behavior producing either distress or impairment of function (patient with antipsychotic medication, etc.).</p> <p>Personen die door hun pathologie niet in staat zijn voor hun eigen bescherming te zorgen.</p> <p>Schizofrenie Bipolair stoornis</p> <p>Zoals in DSM-5: neurocognitieve stoornissen, unipolaire depressieve stoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen, enz.</p> <p>Specifieke psychische stoornissen die leiden tot ernstige functionele beperkingen moeten worden beoordeeld door de medisch specialist, bijvoorbeeld voor ernstige depressie (P73-P76), rekening houdend met de specifieke kwetsbaarheid van de patiënt en de intensiteit van de bestaande psychofarmacologische en psychotherapeutische behandeling.</p>	18-64	Ethiek	<p>B</p> <p><i>Expert opinion based</i></p> <p>Overwegingen van ethische aard en grote kwetsbaarheid</p> <p>CCBB-CSS, 12-2020 CCBB, 12-2020 (n°75)</p> <p>JCVI, 12-2020 Severe mental illness</p>	Niet van toepassing
--	---	---	-------	--------	--	---------------------

	<p>N28 – N85 P28 – P85</p>	<p>Ernstige en diep verstandelijke beperking Severe neurodevelopmental disorders Severe neurological impairment</p> <p>Personen die door hun pathologie niet in staat zijn voor hun eigen bescherming te zorgen.</p> <p>Subnormal intellectual (neurological) functioning which originates during the developmental period. This has multiple potential etiologies, including genetic defects and perinatal insults. Intelligence quotient (IQ) scores are commonly used to determine whether an individual has an intellectual disability. IQ scores between 70 and 79 are in the borderline range. Scores below 67 are in the disabled range.</p> <p>Ernstig → IQ 20–35 / Diep → IQ 19 of lager</p>	18-64	Ethiek	<p>B</p> <p><i>Expert opinion based</i></p> <p>Overwegingen van ethische aard en grote kwetsbaarheid</p> <p>CCBB-CSS, 12-2020 CCBB, 12-2020 (n°75) Turk et al., 2020</p> <p>JCVI, 12-2020 Severe and profound learning disability (P24)</p>	Niet van toepassing
	<p>Z01 armoede</p> <p>Z02 water/voedsel</p> <p>Z03 huisvesting</p> <p>Z07 <i>opvoeding</i></p> <p>Z09 legal problem</p> <p>Z11 P. door ziekte /compliance</p>	<p>Kwetsbare bevolkingsgroepen (moeilijke toegang tot gezondheidszorg)</p> <p>Personen die erg dicht op elkaar wonen (buiten gemeenschappen die reeds als prioritair zijn aangemerkt) en/of in precaire sanitaire omstandigheden en/of niet in staat zijn voldoende barrièremaatregelen te nemen en/of beperkte toegang hebben tot gezondheidszorg, in vergelijking met de algemene bevolking.</p> <p>Personen met lichamelijke handicaps, geestelijke gezondheidsproblemen en leerproblemen (zie hierboven), personen die tot minderheden behoren, daklozen, personen die in armoede leven of aan een drugsverslaving</p>	18-64	Ethique	<p>C</p> <p><i>Expert opinion based</i></p> <p>Overwegingen van ethische aard en grote kwetsbaarheid</p> <p>CCBB-CSS, 12-2020 CCBB, 12-2020 (n°75) DH-BIO, 01-2021</p>	Niet van toepassing

	<p>Z12 - Z13 - Z25 Assault/harmful event problem</p>	<p>lijden, personen met een laag kennis- en inzichtsniveau, personen die van hun vrijheid zijn beroofd, migrerende werknemers met een laag inkomen en personen zonder verblijfplaats of met een onzekere rechtspositie, zoals vluchtelingen, asielzoekers en migranten zonder papieren, enz. (DH-BIO/Raad van Europa - 22.01.2021).</p> <p>Those who are socioeconomically disadvantaged, disabled, underinsured, discriminated or facing domestic violence (children and adults), etc. (Kuy et al., 2020)</p> <p>Niet-uitputtende lijst van kwetsbare bevolkingsgroepen (ter informatie en in alfabetische volgorde)</p> <p>Adult Survivors of Child Abuse or Adverse Events, Adult Children, Alcoholics, Bedridden Persons, Crime Victims, Disaster Victims, Drug Users, Emigrants and Immigrants, Homebound Persons, Homeless Persons, Minorities (Sexual and Gender, ethnic, etc.), Medically Uninsured, Prisoners, Refugees, Sex Workers, Survivors (Cancer, HIV Long-Term, etc.), Terminally ill, Working Poor, etc.</p>			<p>Tobolowsky et al., 2020 (Homeless) Lewer et al., 2020 (Homeless) Roederer et al., 2020 (precarious situations) Cohen et al., 2021 (Vulnerable Youth) Kluge et al., 2020 (Refugee) Etc.</p> <p>Kuy et al., 2020</p>	
--	--	---	--	--	---	--

<p>Functionies met een verhoogd risico op besmetting met SARS-CoV-2 in activiteitensectoren die door de Belgische autoriteiten als "essentieel" worden beschouwd.</p> <p>De HGR-CSS is van mening dat de bevoegdheid voor het definiëren of bepalen van kritieke of essentiële beroepen bij de beleidsinstanties ligt. Het lijkt ons echter duidelijk dat, binnen deze te definiëren structuren, de aanwezige personen niet allemaal hetzelfde risico lopen. Om deze definitie te ondersteunen, is de HGR-CSS van mening dat de bedrijfsarts binnen deze instellingen er rechtstreeks bij betrokken moet zijn. De bedrijfsarts is immers de meest geschikte gezondheidswerker om te bepalen – naargelang de werkomstandigheden die regelmatig lokaal voorkomen – welke "specifieke subgroepen" moeten worden beschouwd als prioritaire doelgroepen voor vaccinatie.</p> <p>De inventaris van deze functies moet worden opgemaakt door verschillende expertises bijeen te brengen en rekening te houden met de realiteit van de organisatie van het werk in bepaalde sectoren. Hierbij is op zijn minst de deskundigheid van de betrokken ministeries vereist: Volksgezondheid en Sociale Zekerheid, Werkgelegenheid, Economie, Binnenlandse Zaken, Defensie, enz. (voor de vaststelling van de strategische sectoren) en de arbeidsgeneeskunde voor de toepassing van de risicocriteria van de verschillende functies.</p> <p>Zo kan deze selectie voor de prioritering van "specifieke subgroepen" volgens ons bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Het feit of de beroepsactiviteit (al dan niet uitsluitend) plaatsvindt in de buitenlucht / binnen met goede verluchting / binnen zonder verluchting / enz.; ➔ Het feit dat de beroepsactiviteit wordt uitgeoefend zonder de aanbevolen veiligheidsmaatregelen in acht te nemen (bijv. fysieke afstand van 1,50 m, bezettingsdichtheid, dragen van een masker, enz.); ➔ Het feit of de beroepsactiviteit soms / zelden / vaak / altijd plaatsvindt in aanwezigheid van personen die wel of geen mondkapje dragen, aantal verschillende personen, type van ontmoete personen, enz.; ➔ De vaststelling van het individuele overdrachtsrisico, uitwisseling van materieel, kruisbesmetting, gekoelde omgeving, enz. (bijv. het specifieke geval van "meat packers" – werknemers die vlees uitsnijden in slachthuizen); 	<p>Prioriteit</p> <p>leeftijd 18-44</p> <p>en</p> <p>blootstelling</p> <p>Taken van de arbeidsgeneesheer</p>	<p>Maatschappelijk</p>	<p>C</p> <p>CSS-9597, 2020 Bijlage</p>	<p>Niet van toepassing</p>
---	---	------------------------	--	----------------------------

<p>Tot deze categorie behoren, voor zover ze niet op afstand kunnen worden verricht, activiteiten die bijdragen tot de veilige instandhouding van de basisfuncties van het gemeenschapsleven. Niet-uitputtende en niet-prioritaire lijst die verfijnd moet worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De voorzienings- en beschikbaarheidskanalen: voedingsproducten en andere essentiële goederen (gas, water, elektriciteit, toegang tot het digitale netwerk); - De vuilnisophaal- en hygiënediensten; - De hulp- en veiligheidsdiensten; - De diensten voor sociale bijstand, waaronder: OCMW's, ziekenfondsen, consultaties ONE/Kind & Gezin, centra voor gezinsplanning, diensten voor thuiszorg, sociale diensten, enz.; - De diensten voor opvang, begeleiding en onderwijs van kinderen en adolescenten, met name voor de meest kwetsbare groepen; - De opvang- en verzorgingsdiensten voor mensen met een handicap en mensen met speciale behoeften, met name voor de meest kwetsbare groepen; - De diensten voor dringend justitieel welzijnswerk, alsmede diensten binnen de gerechtelijke sector die niet kunnen worden opgeschort zonder de gemeenschap aan een ernstig risico van schade aan personen en/of goederen bloot te stellen; - De begrafenisdiensten (begrafenis en crematie); - Enz. - De openbaarvoerdiensten (input HGR) - De diensten voor wetenschappelijk onderzoek, biofarmaceutica (input HGR) - De logistieke COVID-diensten voor vaccinatie, tracering, enz. (input HGR) - Enz. <p>De telling van deze activiteitensectoren wordt hier ter informatie gegeven. De overheidsinstaties blijven uiteraard bevoegd om de relevantie te beoordelen van de integratie van andere soorten diensten en kritieke functies. De transparantie over de criteria en de motivering van de uiteindelijke keuzes en de duidelijke communicatie van de autoriteiten over dit onderwerp zijn op dit gebied van fundamenteel belang om te voorkomen dat de sociale spanningen toenemen en ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen het gevoerde beleid steunen met het oog op een optimale sociale cohesie. De steun van ethici en juristen voor beleidsmaatregelen is in dit verband een van de te bewandelen paden.</p>	<p>CCBB, 12-2020 (n°75)</p>	
---	---------------------------------	--

		Algemene voorzorgsmaatregelen bij vaccinatie		0	C	Niet van toepassing
	<p>W78 - W79 – W84</p> <p>W80 - W81 - W82 - W83 – W85</p> <p>W19 S/P van de borst/ post-partum lactatie</p> <p>W95 Andere borstziekte zwangerschap/ lactatie</p>	<p>Zwangerschap</p> <p>Beperkte gegevens, maar weinig risico verwacht met boodschapper-RNA-vaccins</p> <p>Zwangere vrouwen</p> <p>De HGR beveelt de HGR momenteel geen systematische vaccinatie aan van zwangere vrouwen. Vaccinatie van zwangere vrouwen kan echter op individuele basis worden overwogen als de baten-risicoverhouding gunstig is voor vaccinatie. De rol van de specialist en/of de huisarts bij de beoordeling van deze baten-risicoverhouding is essentieel.</p> <p>Vrouwen die zwanger willen worden</p> <p>Gezien het beperkte aantal gegevens in dit materie en gelet op het feit dat uit de gegevens over dieren geen effect van de vaccinatie op de lopende zwangerschap of in de preconceptiefase blijkt, heeft de HGR geen bezwaar tegen de systematische vaccinatie van vrouwen in de vruchtbare leeftijd en die zwanger willen worden, indien het niet mogelijk is de zwangerschap uit te stellen tot na de tweede vaccindosis, met name voor gezondheidswerkers met een hoog blootstellingsrisico en vrouwen met co-morbiditeiten waardoor zij tot een risicogroep voor een ernstige COVID-19 behoren. Het is echter belangrijk om duidelijk te maken dat de toediening van één van de vaccins in geen geval een indicatie is voor een zwangerschapsafbreking.</p> <p>Moeders die borstvoeding geven</p> <p>Ondanks het gebrek aan beschikbare klinische gegevens, is de aannemelijkheid van een toxisch effect bij zuigelingen die borstvoeding krijgen gering, zo niet onbestaande. Zoals vermeld in de meest recente aanbevelingen van de WHO, heeft de HGR in dit verband geen bijzondere bedenkingen. Alle vrouwen die borstvoeding geven kunnen dus worden gevaccineerd, zeker als zij in de gezondheidszorg werken of tot de prioritaire groepen voor vaccinatie behoren</p>	> 18		<p>HGR-9622, 01-2021</p> <p>Aanbevelingen inzake SARS-CoV-2-vaccinatie met behulp van een boodschapper RNA-vaccin van zwangere vrouwen, vrouwen die zwanger willen worden of vrouwen die borstvoeding geven (januari 2021)</p> <p>https://www.health.belgium.be/nl/avis-9622-vaccinatie-tegen-covid-19-bij-de-zwangere-vrouw</p> <p>JCVI, 30-12-2020 WHO-SAGE, 08-01-2021 CDC, 06-01-2021 EMA-faq, 21-01-2021</p>	

	<p>A92 Allergie/ allergische reactie NCA</p> <p>A12 Allergic Reaction NOS</p>	<p>Hypersensitiviteit - Anafylaxis</p> <p>We stress that the benefit of an effective vaccine against COVID-19 far outweighs the risk of a severe allergic reaction. The risk of anaphylaxis exists with all medicines, including vaccines, but is low enough in view of the expected benefits (1 case per million in general to of 11 cases per million doses for Pfizer-BioNTech vaccine – no such data for Moderna and other vaccines)</p> <p><u>Interacties:</u> De HGR raadt aan deze vaccinatie onafhankelijk van andere toe te dienen en een wachttijd van 14 dagen in acht te nemen indien een andere vaccininjectie moest/moet worden toegediend.</p> <p><u>Before vaccination:</u> Screen potential vaccine recipients to identify persons with contra-indications and precautions and ensure that appropriate medical treatment and supervision are readily available to manage anaphylaxis.</p> <p><u>In case of symptoms of immediate hypersensitivity after the first and second dose: blood sampling for tryptase and complement between 60-180 minutes after onset of symptoms is strongly recommended.</u></p> <p>Voor meer toelichting, zie bijlage 2 of via: https://www.health.belgium.be/nl/advies-9618-vaccinatie-covid19-anafylaxie</p> <p>Anafylaxis Hypersensitiviteit voor geneesmiddelen</p>	0	<p>B</p> <p>Bijlage 2</p> <p>Dankzij Pr. Vito Sabato Tim De Cloet Pr. Didier Ebo Pr. Pierre Van Damme Pr. Jean-Michel Dogné Pr. Antoine Froidure</p> <p>op 21/01/2021</p> <p>Door de NITAG gevalideerd tijdens de zitting op 21/01/2021</p> <p>Statement of the Belgian Society for Allergy and Clinical Immunology (BeISAC)</p> <p>Version 1 – January 2021</p>	<p>Severe hypersensitivity or allergy reactions (anaphylaxis) following vaccination (in general) are rare, estimated at around 1 case per million.</p> <p>In the two main studies that evaluated the effect of RNA vaccines against COVID-19, the same number of possible allergic reactions were observed in the treated groups and the placebo groups.</p> <p>The Food and Drug Administration (FDA) identified a weak signal suggesting more cases of hypersensitivity reactions in the vaccine group, but none of these reactions were severe or required the administration of adrenaline.</p> <p>Note that patients with documented allergies to one of the vaccine components were excluded from the studies.</p> <p>Real-life immunization data were recently released by the CDC: out of nearly 2 million doses of Pfizer-BioNTech vaccine administered in the United States, 175 cases of possible allergic reaction have been reported. However, only 21 severe allergic reactions (anaphylaxis) have been documented, a rate of 11 cases per million doses.</p> <p>It should be noted that at this stage we do not have such complete data for the Moderna vaccine.</p>
--	---	---	---	--	---

Op basis van het Nationaal Register	Niet van toepassing	<p>Adolescent – Kind – Zuigeling</p> <p>Voor onderzoek of voor patiënten jonger dan 18 jaar met een hoog risico (hematologische kankers, transplantaties en wachtlijsten, enz.) → regulering van "off label"-gebruik.</p>	< 18	0	C	Niet van toepassing
Niet van toepassing	Niet van toepassing	<p>Aanvulling van zink (en vitamine D)</p> <p>1) Zink: met betrekking tot de vaccinatie moet elke chronische behandeling met matige doses die voorafgaand aan de vaccinatie wordt toegepast, ongewijzigd worden gehandhaafd. Om mogelijke interferentie met de vaccinrespons te voorkomen, zal echter binnen 2 tot 3 weken vóór en na de vaccinatie geen nieuwe aanvulling of dosiswijziging plaatsvinden.</p> <p>2) Vitamine D: met betrekking tot de vaccinatie moet elke chronische behandeling die voorafgaand aan de vaccinatie wordt toegepast, ongewijzigd worden gehandhaafd.</p>	18-64	0	C CSS-9620 https://www.health.belgium.be/en/report-9620-vitamin-d-zink-and-covid-19	Niet van toepassing

Comorbiditeit	Leeftijd	Prioriteit	Niveau	Epidemio
Chronische longziekten	45-64	1	A	Sterfte
Chronische hart- en vaatziekten	45-64	1	A	Sterfte
Chronische neurologische aandoeningen - Dementie	45-64	1	A	Sterfte
Diabetes Mellitus, Type 1 & 2	45-64	1	A	Sterfte
Maligne neoplasma's (niet hematologisch)	45-64	1	A	Sterfte
Hematologische neoplasma's	18-64	1	A	Sterfte
Chronische leverziekten (Child-Pugh score B en C)	18-64	1	A	Sterfte
Chronische nierziekten - CDK stages G3a tot G5	18-64	1	A	Sterfte
Chronische nierinsufficiëntie - Dialysepatiënten				
Obesitas (en morbide obesitas)	45-64	1	A	ICU
Immuungecompromitteerde patiënten (niet HIV)	18-64	1	A	-
Getransplanteerden (en patiënten op de wachtlijst)	18-64	1	A	-
Syndroom van Down	18-64	1	A	-
Hypertensie	45-64	1	B	ICU
Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS – HIV) CD4+ < 350 cellen/µL	18-64	1	B	-
Zeldzame ziekten	18-64	1	C	-
Alle personen tussen 44 en 65 jaar zonder comorbiditeiten	45-64	2	A	nvt
Chronische longziekten	18-44	3	B	-
Chronische hart- en vaatziekten	18-44	3	B	? ICU ?
Chronische neurologische aandoeningen - Dementie	18-44	3	B	-
Diabetes Mellitus, Type 1 & 2	18-44	3	B	? Sterfte ?
Maligne neoplasma's (niet hematologisch)	18-44	3	B	? Sterfte ?
Obesitas (en morbide obesitas): BMI ≥ 30 kg/m2	18-44	3	B	? ICU ?
Hypertensie	18-44	3	B	-
Ernstige psychische stoornissen	18-64	Ethiek	B	nvt
Ernstige en diep verstandelijke beperking	18-64	Ethiek	B	nvt
Kwetsbare bevolkingsgroepen met moeilijke toegang tot gezondheidszorg	18-64	Ethiek	C	nvt.
Functies met een verhoogd risico op besmetting met SARS-CoV-2 in activiteitensectoren die door de Belgische autoriteiten als "essentieel" worden beschouwd.	18-44	Maatschappelijk	C	nvt
Algemene voorzorgsmaatregelen bij vaccinatie				
Hypersensitiviteit - Anafylaxis	18-64	0	B	nvt
Zwangerschap	> 18	0	C	nvt
Adolescent – Kind – Zuigeling	< 18	0	C	nvt
Aanvulling van zink (en vitamine D)	18-64	0	C	nvt.

4. REFERENTIES

- Agrawal *et al.* Characteristics and Outcomes of IBD Patients with COVID-19 on Tofacitinib Therapy in the SECURE-IBD Registry. *Inflamm Bowel Dis* • Volume XX, Number XX, XX 2020.
- Brenner *et al.* IBD in the COVID-19 era: the value of international collaboration. *thelancet* Vol 5 October 2020, 887.
- Brenner *et al.* Benign Evolution of SARS-Cov2 Infections in Children With Inflammatory Bowel Disease: Results From Two International Databases. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2021;19:394–396.
- Castells et al. Maintaining Safety with SARS-CoV-2 Vaccines. *NEJM* 30 dec 2020.
- CCBB-BRCB (Comité consultatif de bioéthique – Belgische raadgevende comité voor bio-ethiek):
 - * Avis n° 75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge – Advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking. 2020.
 - * Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19. Recommandations du 21 décembre 2020. – Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19. Aanbevelingen van 21 december 2020.
<https://www.health.belgium.be/fr/comite-consultatif-de-bioethique-de-belgique>
<https://www.health.belgium.be/nl/belgisch-raadgevend-comite-voor-bio-ethiek>
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention - Interim Considerations: Preparing for the Potential Management of Anaphylaxis at COVID-19 Vaccination Sites. Published 22/12/2020. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/anaphylaxis-management.html>
- CDC-MMWR (USA) - Centers for Disease Control and Prevention - Morbidity and Mortality Weekly Report - Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Allocating Initial Supplies of COVID-19 Vaccine. Published 11/12/2020. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6949e1.htm>
- Chile. Priorización provisoria de grupos de adultos sanos o con comorbilidad controlada de 18 años de edad y más a vacunar contra sars-cov-2 en contexto de suministro limitado de vacunas. 02 Dec 2020. https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/Fig1_CAVEI_priorizacio%CC%81n-adultos-sanos-comorbilidades-18-y-mas_2Dic2020-1.pdf
- Clift AK, Coupland CAC, Keogh RH, Hemingway H, Hippisley-Cox J. COVID-19 Mortality Risk in Down Syndrome: Results From a Cohort Study Of 8 Million Adults. *Ann Intern Med.*2020; M20-4986. doi: 10.7326/M20-4986.
- Clift AK, Coupland CAC, Keogh RH, Diaz-Ordaz K, Williamson E, Harrison EM *et al.* Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study. *BMJ.* 2020;371:m3731 [Living risk prediction algorithm \(QCOVID\) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study | The BMJ](https://doi.org/10.1136/bmj.m3731)
- Coll E. *et al.* COVID-19 in transplant recipients: The Spanish experience. *Am J Transplant.* 2020;00:1–13.

- CSS-HGR. Conseil Supérieur de la Santé – Hoge Gezondheidsraad.
 - 9158 : Vaccination of immunocompromised or chronically ill children and/or adults (Sept 2019) <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9158-patients-id-et-vaccination>
 - 9592 : Vaccination contre la grippe et pandémie Covid-19 (April 2020, confidential)
 - 9597 & 9611 : Vaccination strategy against Covid-19 in Belgium (July-Oct 2020) <https://www.health.belgium.be/en/report-9597-vaccination-strategy-covid-19>
 - 9622 : Aanbevelingen inzake SARS-CoV-2-vaccinatie met behulp van een boodschapper RNA-vaccin van zwangere vrouwen, vrouwen die zwanger willen worden of vrouwen die borstvoeding geven
- de Azambuja E, Brandao M, Wildiers H, Laenen A, Aspeslagh S, Fontaine C *et al.* Impact of solid cancer on in-hospital mortality overall and among different subgroups of patients with COVID-19: a nationwide, population-based analysis. *ESMO Open.* 2020;5:e000947.
- De Meester J *et al.* Incidence, Characteristics, and Outcome of COVID-19 in Adults on Kidney Replacement Therapy: A Regionwide Registry Study. *JASN* 32: , 2021.
- Di Sabatino A, Brunetti L, Maffè GC, Giuffrida P, Corazza CG. Is it worth investigating splenic function in patients with celiac disease? *World J Gastroenterol.* 2013;19(15):2313-8.
- DH-BIO. Council of Europe. Covid-19 and vaccines - ensuring equitable access to vaccination during the current and future pandemics. 22 Jan 2021.
- Donghee *et al.* Predictors of Outcomes of COVID-19 in Patients with Chronic Liver Disease: US Multi-center Study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020 Sep 17;S1542-3565(20)31288-X
- EACS - European AIDS Clinical Society - BHIVA, DAIG, EACS, GESIDA & Polish Scientific AIDS Society. Statement on risk of COVID-19 for people living with HIV (PLWH). Published 05/08/20.
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control - Prioritisation among priority groups for Covid-19 vaccination 1st joint meeting HSC/EU-EEA NITAG Collaboration meeting Dec 8 2020.
- EMA - European Medicines Agency - Comirnaty. Covid-19 mRNA vaccine (nucleoside-modified). Updated on 29/12/2020. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty>
- Epilepsy Action. Coronavirus (COVID-19) and epilepsy. 21/12/2020. [Coronavirus \(COVID-19\) and epilepsy | COVID-19 | Epilepsy Action](#)
- FAI2R/SFR/SNFMI/SOFREMIP/CRI/IMIDIATE consortium and contributors. Severity of COVID-19 and survival in patients with rheumatic and inflammatory diseases: data from the French RMD COVID-19 cohort of 694 patients. *Ann Rheum Dis.* 2020. 0 :1-2. [annrheumdis-2020-218310](#).
- Fung M, Babik JM. COVID-19 in Immunocompromised Hosts: What We Know So Far [published online ahead of print, 2020 Jun 27]. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa863. doi:10.1093/cid/ciaa863
- Gao Y, Chen Y, Liu M, Shi S, Tian J. Impacts of immunosuppression and immunodeficiency on COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Infect.* 2020;81(2):e93-95.

- GNFB. Groupement des néphrologues francophones de Belgique. Recommandations COVID-19 – Dialyse 19-03-2020. <https://www.gnfb.be/covid-19/recommandations-gnfb/>
- GOV.UK. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Confirmation of guidance to vaccination centres on managing allergic reactions following COVID-19 vaccination with the Pfizer/BioNTech vaccine. Published on 9/12/2020. <https://www.gov.uk/government/news/confirmation-of-guidance-to-vaccination-centres-on-managing-allergic-reactions-following-covid-19-vaccination-with-the-pfizer-biontech-vaccine>.
- GR - Gezondheidsraad Nederlands - COVID-19-vaccinatie: BioNTech/Pfizer. Advies 2020/29. Published 24/12/2020.
- Hachulla *et al.* Severity of COVID-19 and survival in patients with rheumatic and inflammatory diseases: data from the French RMD COVID-19 cohort of 694 patients. *Ann Rheum Dis* 2020;0:1–12.
- Hanon S, Brusselle G, Deschamphelleire M, Louis R, Michils A, Peché R *et al.* COVID-19 and biologics in severe asthma: data from the Belgian Severe Asthma Registry. *Eur Respir J.* 2020; 56(6):2002857. [COVID-19 and biologics in severe asthma: data from the Belgian Severe Asthma Registry | European Respiratory Society \(ersjournals.com\)](https://doi.org/10.1183/1399-6638.02857-2020)
- HAS - Haute Autorité de Santé France. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. 27 Nov 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3221338/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-recommandations-preliminaires-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner
- Holguin *et al.* Management of severe asthma: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J.* 2020 Jan 2;55(1):1900588.
- JCVI - Joint Committee on Vaccination and Immunisation - Advice on covid-19 vaccination. Advice from the Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) on the groups that should be prioritised for vaccination. 03 Dec 2020 <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-2-december-2020>
Annex A: COVID-19 vaccine and health inequalities: considerations for prioritisation and implementation: <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-2-december-2020/annex-a-covid-19-vaccine-and-health-inequalities-considerations-for-prioritisation-and-implementation>
- JNIV - Junior Nederlandse Internisten vereniging. Nederland - Child-Pugh Classificatie voor ernst leverziekte. [Child-Pugh Classificatie voor ernst leverziekte | NIV \(internisten.nl\)](https://www.internisten.nl/child-pugh-classificatie-voor-ernst-leverziekte)
- Johnson R *et al.* The first 6 months of HIV-SARS-CoV-2 coinfection: outcomes for 6947 individuals. *Current Opinion in HIV and AIDS: January 2021 - Vol 16 - Issue 1 - p 54-62*
- KDIGO. Kidney disease Improving global outcomes. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Vol 3 Issue 1 Jan 2013 https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
- Kluge *et al.* Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet.* Vol 395 April 18, 2020, 1237.
- Kuy *et al.* Focusing on Vulnerable Populations During COVID-19. *Letters to the Editor. Academic Medicine, Vol. XX, No. X / XX XXXX*

- Lenti MV, Aronico N, Pellegrino I, Boveri E, Giuffrida P, Borrelli de Andreis F *et al.* Depletion of circulating IgM memory B cells predicts unfavourable outcome in COVID-19. *Sci Rep.* 2020;10(1):20836.
- Lewer *et al.* COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study. *Lancet Respir Med* 2020; 8: 1181–91
- Liang W, Guan W, Chen R, *et al.* Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020;21(3):335-337.
- Mahalingasivam V, Craik A, Tomlinson LA, Ge L, Hou L, Wang Qi *et al.* A Systematic Review of COVID-19 and Kidney Transplantation. *Kidney Int Rep.* 2021;6(1):24-45.
- McGurnaghan SJ, Weir A, Bishop J, Kennedy S, Blackburn LAK, McAllister DA *et al.* Risks of and risk factors for COVID-19 disease in people with diabetes: a cohort study of the total population of Scotland. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020. Published 23/12/2020.
- McNeil M, DeStefano F. Vaccine-associated hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunol.* 2018 Feb;141(2):463-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29413255/>
- Meyts *et al.* Coronavirus disease 2019 in patients with inborn errors of immunity: An international study. *J allergy clin immunol.* 2020 (article in press)
- NACI - National Advisory Committee on Immunization – Canada. Preliminary guidance on key populations for early COVID-19 immunization. 3/11/2020. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-key-populations-early-covid-19-immunization.html>
- Oetjens M *et al.* Electronic health record analysis identifies kidney disease as the leading risk factor for hospitalization in confirmed COVID-19 patients. *Plos One.* 12 Nov 2020
- Raja MA, Mendoza MA, Villavicencio A, Anjan S, Reynolds JM, Kittipibul V *et al.* COVID-19 in solid organ transplant recipients: A systematic review and meta-analysis of current literature. *Transplant Rev (Orlando).* 2020;35(1):100588.
- Robilotti, EV *et al.* Determinants of COVID-19 disease severity in patients with cancer. *Nature Medicine.* 2020. 26(8): p. 1218-1223. doi:10.1038/s41591-020-0979-0
- Roeder *et al.* High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Ile de France. *MSF.* Oct 2020.
- Rutten *et al.* Clinical Suspicion of COVID-19 in Nursing Home Residents: Symptoms and Mortality Risk Factors. *JAMDA* 21 (2020) 1791e1797 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7598901/pdf/main.pdf>
- Sciensano. Gezondheidsenquête - Enquête de santé. 2018 https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2018.pdf
- Shields AM, Burns SO, Savic S, Richter AG, on behalf of the UK PIN COVID-19 consortium, COVID-19 in patients with primary and secondary immunodeficiency: the United Kingdom experience. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2021).
- Silliman Cohen RI and Bosk EA. Vulnerable Youth and the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics.* 2020;146(1): e20201306.

- STIKO. Ständige Impfkommission. Robert Koch Institut. Prioritisation among selected priority groups for COVID-19 vaccination - experiences from STIKO (Germany) . 08 December 2020.
- Tobolowsky *et al.* COVID-19 Outbreak Among Three Affiliated Homeless Service Sites — King County, Washington, 2020. MMWR / May 1, 2020 / Vol. 69 / No. 17.
- Todak A. Sickle cell disease may increase risk for COVID-19 complications, death. Published on 4/12/2020. HemOncToday. Healio News
<https://www.healio.com/news/hematology-oncology/20201204/sickle-cell-disease-may-increase-risk-for-covid19-complications-death>
- Turk *et al.* Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: TriNetX analysis. Disability and Health Journal 13 (2020) 100942
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7245650/pdf/main.pdf>
- Ungaro RC, Brenner EJ, Geary RB, et al. Effect of IBD medications on COVID-19 outcomes: results from an international registry. Gut 2020;0:1–8.
- Vignatelli *et al.* Risk of Hospitalization and Death for COVID-19 in People With Parkinson’s Disease or Parkinsonism. Movement Disorders, 2020.
- Vourli G. *et al.* Human Immunodeficiency Virus Continuum of Care in 11 European Union Countries at the End of 2016 Overall and by Key Population: Have We Made Progress? HIV Continuum of Care in 11 EU Countries in 2016. cid 2020:71 (1 December)
- Wadman M. COVID-19 is 10 times deadlier for people with Down syndrome, raising calls for early vaccination. AAAS, 15 dec 2020
<https://www.sciencemag.org/news/2020/12/covid-19-10-times-deadlier-people-down-syndrome-raising-calls-early-vaccination>
- WHO ETAGE - World health Organization- 20th Meeting of the European Technical Advisory Group of Experts on Immunization Regionalization of the WHO SAGE Roadmap for prioritizing population groups for COVID-19 vaccination. Living document. 11-12 nov 2020.
- WHO - World health Organization - WHO SAGE roadmap for prioritizing uses of covid-19 vaccines in the context of limited supply. 13 Nov 2020.
- WHO - World health Organization - Questions and Answers during WHO European Regional Webinar for NITAGs. 19 Nov 2020.
- Zhang H, Wang L, Chen Y, et al. Outcomes of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection in 107 patients with cancer from Wuhan, China. Cancer. 2020. 126(17): p. 4023-2031.
- Zhang *et al.* Coronavirus disease 2019 case fatality and Parkinson’s disease. International Parkinson and Movement Disorder Society. Movement Disorders, Vol. 35, No. 11, 202
<https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mds.28325>

5. BIJLAGEN

Bijlage 1

List of (potentially) immunosuppressive medications

In order to find the brand names of the various medications, see:

Gecommentarieerd Geneesmiddelen Repertorium (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische informatie; www.bcfi.be)

Répertoire Commenté des Médicaments (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique; www.cbip.be)

The list of immunosuppressive medication is long. There is a continuous introduction of new monoclonal antibodies. The best moment for vaccination is **before** the start of immunosuppressive medication. At that moment, the function of the immune system is still intact and there will be an optimal response to vaccination. In addition, live-attenuated vaccines are contra-indicated during immunosuppressive therapy. The interval after which a live-attenuated vaccine can safely be given after cessation of immunosuppressive therapy is dependent on pharmacokinetic and pharmacodynamics characteristics of the medication in question.

Pharmacokinetics: As a rule of thumb there are no significant concentrations of a medication present after five times the elimination half-life.

Pharmacodynamics: The suppressive effect on the immune system can last longer than the presence of detectable concentrations in the blood. In anti-cytokine drugs the immunosuppressive effects after clearance in the serum will be of shorter duration than in drugs that inhibit cell division and cell function. As a rule of thumb the immunosuppressive effect after stopping a drug will be waned 2 weeks after elimination of anti-cytokine drugs and 4 week after elimination of other drugs, unless there are other data found in the literature.

Table 2 summarizes the safe interval after which a live-attenuated vaccine can safely be given, taken the above considerations into account,

There are several drugs known that can lead to prolonged suppression of T and B lymphocytes: Obinutuzumab, Rituximab, Alemtuzumab. In the table there is a minimum duration indicated before a live-attenuated vaccine can be given, provided that the absolute CD4+ T-lymphocytes, CD8+ T-lymphocytes and B-lymphocytes are within the normal range.

Table: Safe interval after stop ISD medication: to consider the injection live-attenuated vaccines (if no other possibilities)

Medication	Elimination half-life	Safety margin (in weeks)	Recommended interval: 5 xt 1/2 + safety margin before vaccination
high dose prednisone > 1mg/kg/d, > 14 days (children) > 20 mg/d, > 14 days (adults)	6 hours	4	1 month
Methotrexate low dose: ≤0.4 mg/kg/week or ≤20 mg (adults)	3-17 hours		Individual assessment*
Methotrexate high dose	3-17 hours	4	1 month

Medication	Elimination half-life	Safety margin (in weeks)	Recommended interval: 5 xt 1/2 + safety margin before vaccination
>0.4 mg/kg/week or >20 mg (adults)		4	1 month
6-mercaptopurine	5 hours	4	1 month
Azathioprine	5 days	4	2 month[¶]
Basiliximab	4-10 days	4	3 month
Belatacept	8-10 days	4	3 month
Cyclosporine	6 hours	4	1 month
Everomilus	30 hours	4	6 weeks
Fotemustine	83 hours	4	6 weeks
Leflunomide			2 years**
Mitotranxone	12 days	4	3 month
Mycophenolate mofenil	12-18 hours	4	1 month
Sirolimus	50-70 hours	4	6 weeks
Tacrolimus	12-15 hours	4	1 month
Medications for IMID			
Abatacept	13 (8-25) days	2	3-4 months
Alemtuzumab			6 months[‡]
Anakinra	6 hours	2	2 weeks
Apremilast	9 hours	2	2 weeks
Baricitinib	12,5 hours	2	2 weeks
Belimumab	19 days	4	4 months
Canakinumab	26 days	2	5 months
Daclizumab	21 days	4	6 months
Eculizumab	8-20 days	4	6 months[°]
Fingolimod	6-9 days	4	3 months
Ixekizumab	13 days	4	3 months
Natalizumab	16 days	4	3 months
Secukinumab	27 (18-46) days	4	9 months
Siltuximab	16 days	2	4 months
Teriflunomide	19 days	4	6 months
Tocilizumab	6-23 days	4	3 months
Tofacitinib	3 hours	4	1 month
Ustekinumab	15-32 days	4	4 months
Vedolizumab	25 days	4	5 months
TNF inhibitors			
Adalimumab	2 weeks	2	3 months
Certolizumab	14 days	2	3 months
Golimumab	12 days	2	3 months
Etanercept	70 hours	2	1 month
Infliximab	12 weeks	2	4 months
Alkylating medication			

Medication	Elimination half-life	Safety margin (in weeks)	Recommended interval: 5 xt 1/2 + safety margin before vaccination
Melfalan	1 hours	4	1 month
Busulfan	3 hours	4	1 month
Cyclophosphamide	9 hours	4	1 month
Ifosfamide	22 hours	4	6 weeks
Chloorambucil	2 hours	4	1 month
<u>Other alkylating medication</u>			
Bendamustine	0,5 h	4	1 month
Dacarbazine	5 h	4	1 month
Estramustine	110 h [#]	4	2 months
Temozolomide	1,8 h	4	1 month
Thiotepa	4 h	4	1 month
Monoclonal antibodies / cytokines			
Brentuximab	5d		3 months
Elotuzumab	8d	4	3 months
Ipilimumab	15d	4	4 months
Obinutuzumab	37 d	4	6 months**
Rituximab			1 year**
Treatment for MS			
Alemtuzumab			6 month [‡]
Daclizumab	21d	4	6 month
Dimethyl fumarate	1 h	2	2 weeks [‡]
Fingolimod	6-9d	4	3 month
Glatiramer acetate	21d	4	6 month
Natalizumab	16d	4	3 month
Teriflunomide	19d	4	4 month

*Live attenuated vaccines are probably safe in low dose methotrexate. Decision to vaccinate should be guided by individual risk assessment, [†] varicella vaccination possible in low dose azathioprine : >3 mg/kg/day

** therapeutic drug monitoring Possibility for 'wash-out' procedure; ‡ decision guided by measuring lymphocyte count; ° TDM possible; # active metabolite

List of medication not considered immunosuppressive

- **Paracetamol, NSAID, Sulphasalazine, (hydroxy) chloroquine**
- **Corticosteroids**
 - Short treatment with corticosteroids (< 14 days) or long-term treatment with a daily dose
 - of < 10 mg prednisone (8 mg methylprednisolone) or equivalent in adults
 - < 0.3 mg/kg/d prednisone or equivalent in children
 - Physiological doses (substitution treatment)
 - Inhalation steroids
 - Topical steroids (skin, ears, eyes)
 - Intra-articular, bursal, or intra-tendon injection of steroids
 - Budesonide enteric coating (Entocort®, etc.)
- **Glatiramer acetate Copaxone®** (Sanofi-Aventis) (MS) (www.bcfi.be/www.cbip.be)

- **Selective Estrogen-receptor modulators** (treatment of hormone responsive breast cancer) Clomifen, tamoxifen, toremifen, raloxifen, fulvestrant (www.bcfi.be/<http://www.cbip.be>)
- **Aromatase-Inhibitors** (estrogen synthesis inhibitors; treatment of hormone responsive breast cancer) Anastrozol, exemestan, letrozol (www.bcfi.be/www.cbip.be)
- **Growth factors** Hematopoietic growth factors (Granulocyte colony- stimulating factors,G-CSF)
- **Antiviral therapy: HIV-drugs, ribavirin, interferon, inosine pranobex.**

Treatment with interferons can weaken the efficacy of some live-attenuated vaccines (because of the mode of action), but there is no increase in side effects.

List of medication probably not immunosuppressive

- Hydroxycarbamide (Hydrea®)*
- Monoclonal antibodies against:
 - VEGF (vascular endothelial growth factor)
 - EGFR (epidermal growth factor)
 - Growth factor HER-2

Anti GD2, AntiPD1, IL2 analogon

- Aflibercept (Eylea®, Zaltrap®)
- Aldesleukine (Proleukin®)
- Bevacizumab (Avastin®)
Cetuximab (Erbix®)
Dinutuximab
- Nivolumab (Opdivo®)
- Panitumumab (Vectibix®)
- Pembrolizumab (Keytruda®)
- Ramucirumab (Cyramza®)
Trastuzumab (Herceptin®)

* the underlying condition necessitating treatment with Hydroxycarbamide (Hydrea®) can be immunosuppressive.

Allergische reacties, inclusief anafylaxie na COVID-19-mRNA vaccinatie

Zorg ervoor dat de juiste medische voorzorgen en supervisie beschikbaar zijn om anafylaxie te behandelen (b.v. adrenaline)

Risicofraticatie voor de eerste dosis

NIET VACCINEREN

Geschiedenis van gediagnosticeerde onmiddellijke allergische reactie van eender welke ernst op polyethyleenglycol (PEG) of op polysorbaat (als gevolg van mogelijke kruisreactieve overgevoeligheid met het vaccinbestanddeel PEG)

Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen in het mRNA-vaccin*

Doorverwijzing naar een allergoloog wordt aangeraden

STRENGE VOORZORGSMAATREGELEN

OVERGAAN TOT VACCINATIE

Nauwgezette observatie gedurende minstens 30 minuten, bij voorkeur in een ziekenhuis

Geschiedenis van anafylaxie (incl. idiopathische anafylaxie)

Systemische mastocytose

Overweeg vaccinatie in allergologie-immunologisch centrum

Geschiedenis van een onmiddellijke allergische reactie op vaccins: als vaccins PEG/polysorbaat bevatten, overweeg dan een verwijzing naar een allergoloog vóór toediening

Ongecontroleerde astma

STANDAARD

VOORZORGSMAATREGELEN

OVERGAAN TOT VACCINATIE

Nauwgezette observatie gedurende ten minste 15 minuten

Allergie/immuunziekten met een zeer laag risico voor vaccinatie

Chronische spontane urticaria

Ademhalingsallergieën

Atopische dermatitis

Gecontroleerde astma

Geschiedenis van onmiddellijke allergische reacties (uitgezonderd anafylaxie) op voedsel, hymenoptera, latex, geneesmiddelen die geen PEG of polysorbaat bevatten

In geval van symptomen van onmiddellijke overgevoeligheid na de eerste dosis: bloedafname voor tryptase en complement tussen 60-180 minuten na het optreden van de symptomen wordt sterk aanbevolen

*Lijst van hulpstoffen: Pfizer/ BioNTech – COMIRNATY® ((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diy)bis(2-hexyldecanoate) (ALC-0315); 2-[(polyethyleen glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide (ALC-0159); 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-fosfophocoline (DSPC); Cholesterol; Potassium chloride; Potassium dihydrogen phosphate; Sodium chloride; Disodium phosphate dihydrate; Sucrose - Moderna – COVID-19 Vaccine Moderna: Lipid SM-102; 1,2-distearoyl-sn-glycero-3-fosfophocoline (DSPC); 1,2-Dimyristoyl-rac-glycero-3-methoxypolyethyleen glycol-2000 (PEG2000 DMG); Cholesterol; Tromethamo; Tromethamol hydrochloride; Acetic acid; Sodium acetate trihydrate; Sucrose.

Pr. Vito Sabato, Tim De Cloet, Pr. Didier Ebo, Pr. Pierre Van Damme, Pr. Antoine Froidure (namens de Belsaci), Pr. Jean-Michel Dogné

Versie goedgekeurd door NITAG Vaccinatie tijdens de sessie van 21/01/2021

Allergische reacties, inclusief anafylaxie na COVID-19-mRNA vaccinatie

Zorg ervoor dat de juiste medische voorzorgen en supervisie beschikbaar zijn om anafylaxie te behandelen (b.v. adrenaline)

Risicofratificatie na de eerste dosis

GEEF DE TWEEDE DOSIS NIET

Ernstige allergische reactie (bijv. anafylaxie) na een eerdere dosis van een mRNA COVID-19-vaccin of een van de bestanddelen ervan*

Negatief advies van een allergoloog in geval van een niet-anafylactisch voorval

* Een allergieconsultatie wordt aanbevolen om de oorzaak te achterhalen en een aanbeveling te doen voor andere vaccins

STRENGE VOORZORGSMAATREGELEN

OVERGAAN TOT VACCINATIE

Nauwgezette observatie gedurende minstens 30 minuten bij voorkeur in een ziekenhuis

Typische symptomen voor onmiddellijke overgevoeligheid die meer dan 6 uur na de eerste dosis verschijnen

Patiënten met onmiddellijke niet-anafylactische overgevoeligheid: allergieconsult en in geval van positief advies

In geval van onduidelijk advies

Overweeg vaccinatie in allergologie-immunologisch centrum

STANDAARD

VOORZORGSMAATREGELEN

OVERGAAN TOT VACCINATIE

Nauwgezette observatie gedurende ten minste 15 minuten

Geen symptomen

Symptomen die geen verband houden met overgevoeligheid

(Grote) lokale reacties

In geval van symptomen van onmiddellijke overgevoeligheid na de eerste dosis: bloedafname voor tryptase en aanvulling tussen 60-180 minuten na het optreden van de symptomen wordt sterk aanbevolen

Pr. Vito Sabato, Tim De Cloet, Pr. Didier Ebo, Pr. Pierre Van Damme, Pr. Antoine Froidure (namens de BelSACI), Pr. Jean-Michel Dogné

Versie goedgekeurd door NITAG Vaccinatie tijdens de sessie van 21/01/2021

6. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College en de lijst van de bij Koninklijk Besluit benoemde deskundigen zijn te vinden op de website van de HGR (pagina: [Wie zijn we](#)).

Alle deskundigen hebben **op persoonlijke titel** deelgenomen aan de werkgroep. De algemene belangenverklaringen van de deskundigen van de HGR en die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR (pagina: [Belangenconflicten](#)).

De volgende experts hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Yves VAN LAETHEM** en het wetenschappelijk secretariaat werd verzorgd door Jean-Jacques DUBOIS en Fabrice PETERS.

CORNELISSEN Laura	Gynecologie, epidemiologie	Sciensano
BOSSUYT Nathalie	Epidemiologie	Sciensano
GOVAERTS Frans	Huisartsgeneeskunde	Domus medica
HANQUET Germaine	Epidemiologie	KCE
HITES Maya	Interne geneeskunde, tropische infectieziekten, reisgeneeskunde	ULB Erasme BXL
MALI Stéphanie	Vaccinologie, epidemiologie.	AFMPS-FAGG
SOENTJENS Patrick	Interne geneeskunde, tropische infectieziekten, reisgeneeskunde	ITG & Defensie
SCHELSTRAETE Petra	Pediatrie, kinderpneumologie, infectiologie.	UZ Gent
SPODEN Julie	Huisartsgeneeskunde	SSMG
VAN DER HILST Jeroen	Infectiologie, Interne geneeskunde, reisgeneeskunde	JessaZH Hasselt
VAN LAETHEM Yves	Infectiologie, vaccinologie, reisgeneeskunde	CHU St-Pierre BXL
VANDERMEULEN Corinne	Epidemiologie, vaccinologie	KULeuven
WYNDHAM-THOMAS Chloé	Infectiologie, epidemiologie	Sciensano

Werden gehoord / geraadpleegd / hebben proactief hun gedachten kenbaar gemaakt :

BAERT Filip	Deel "Imuungecompromitteerde patiënten / Autoinflammatoire aandoeningen"	AZ Delta, Belgian Inflammatory Bowel Disease Research and Development group (BIRD)
BEELE Hilde	Deel "Enten/Transplant"	UZ Gent, Weefselbank
CAEYMANX Florence	Politieke filosofie, ethiek	Uliège, RCB, BRCB
DE MAESENEER Jan	Algemene aanpak	UGent, Taskforce opérationnelle stratégie de vaccination
DE WIT Stéphane	Deel "HIV"	Centre de référence HIV, CHU Saint-Pierre
DOGNE Jean-Michel, VAN DAMME Pierre	Deel "Anafylaxie"	UNamur, UZA Operationele Taskforce vaccinatiestrategie
FROIDURE Antoine	Allergologie, immunologie	BelSACI - Belgian Society for Allergy and Clinical Immunology
HAERYNCK Filomeen	Deel "auto-immuunziekten" (PID)	UZ Gent, Centrum voor Primaire Immunistoornissen Gent (CPIG)
RICOUR Céline	Epidemiologische punten o.a.	KCE
WISSING Karl Martin	Deel "Enten/Transplant" en "Nefrologie"	UZ Brussel, Nefrologie, Belgian Transplantation Society (BTS)

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de pool van benoemde experten). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be.

www.hgr-css.be



Deze publicatie mag niet worden verkocht.



federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**