



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Risico op gecompliceerd beloop van COVID-19 en prioritering bij COVID-19-vaccinatie

29 januari 2021

5.1.2e (RIVM-CIb), 5.1.2e (RIVM-CIb), 5.1.2e (RIVM-CIb), 5.1.2e (FMS, NVALT), 5.1.2e (FMS)

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 5.1.2e
14@rivm.nl

Samenvatting

In de twee grootste meta-analyses op dit moment wordt het hoogste risico op een gecompliceerd beloop van COVID-19 (ziekenhuisopname en/of overlijden) gezien bij ouderen vanaf 60 jaar, met een sterke toename in risico vanaf 70 jaar. Daarnaast zijn er personen met onderliggende aandoeningen die leiden tot een sterk verhoogd risico dat vergelijkbaar lijkt met personen rond 70 jaar. Op basis van de literatuur en in samenwerking met de FMS is de volgende selectie van hoog risicopatiënten gemaakt: hematologische maligniteit gediagnosticeerd in de laatste 5 jaar, nierfalen/dialyse, orgaantransplantatie, primaire immuundeficiënties, ernstige neurologische aandoeningen/dementie/CVA, personen met het syndroom van Down en bij morbide obesitas (BMI>40).

De huidige vaccinatiestrategie, zoals door de Gezondheidsraad geadviseerd, gaat uit van reductie van ernstige ziektelast en mortaliteit. Omdat het relatieve risico van complicaties van COVID-19 vooral door de factor leeftijd wordt bepaald, is prioritering voor vaccinatie gebaseerd op leeftijd 90⁺ → 60 jaar de aanbevolen strategie. Binnen de leeftijdsgroepen >60 jaar wordt nu geen nadere prioritering gemaakt op basis van onderliggende aandoeningen en is het doel zo snel mogelijk alle ouderen te vaccineren. Doordat een aantal van bovengenoemde aandoeningen vooral voorkomt bij ouderen, zullen de ouderen met deze comorbiditeiten op basis van hun leeftijd al zo spoedig mogelijk gevaccineerd worden.

Voor personen jonger dan 60 jaar is het risico op ernstige ziekte en sterfte laag vergeleken met ouderen, behalve voor bepaalde medische risicogroepen. De primaire strategie was om deze groepen te prioriteren volgens dezelfde indicatie als de jaarlijkse griepvaccinatie. Maar ook binnen deze medische risicogroepen is nadere prioritering gewenst vanwege het sterk verhoogde risico op een gecompliceerd beloop bij dezelfde selectie als eerder genoemd: hematologische maligniteit gediagnosticeerd in de laatste 5 jaar, nierfalen/dialyse, orgaantransplantatie, primaire immuundeficiënties, neurologische aandoeningen/dementie, personen met het syndroom en bij morbide obesitas (BMI >40). Voor deze hoogrisicogroepen zou op basis van hun relatief risico de vaccinatie geprioriteerd moeten worden naar vaccinatie gelijktijdig met personen van 70/79 jaar of 60/69 jaar. Heldere communicatie over deze prioritering is nodig naar patiënten,

behandelend specialisten, huisartsen en de vaccinatiecentra.

De selectie van deze hoogrisicopatiënten van 18-60 jaar kan grotendeels worden gemaakt in samenwerking met de medisch specialisten (FMS) die bovenstaande patiëntengroepen behandelen en kunnen identificeren. Bij vaccinatie van de personen met ernstige immuunsuppressie (hematologische maligniteiten, nierfalen/dialyse, orgaantransplantatie, primaire immuundeficiënties) dient bij voorkeur een mRNA-vaccin gebruikt te worden vanwege de gemelde hoge effectiviteit, die dan bij de GGD kan worden toegediend. Personen beneden de 60 jaar met morbide obesitas of het syndroom van Down (die nog niet in een instelling zijn gevaccineerd) zouden moeten worden ingelicht door hun huisarts, patiëntenvereniging of via publiekscommunicatie dat zij kwalificeren voor prioritering van vaccinatie bij de huisarts of GGD met een van de daar beschikbare vaccins.

Bij een aantal andere aandoeningen dan bovengenoemde, die ook vallen onder de indicaties voor de jaarlijkse influenzavaccinatie, lijkt het relatieve risico op ernstig beloop van COVID-19 verhoogd, maar meer overeenkomstig met dat van de risicofactor van leeftijd >50 jaar. Bij weer andere aandoeningen is dat (nog) niet bekend. Gezien de gewenste snelheid om te vaccineren en de complexiteit van nadere prioritering binnen het bestaande influenzavaccinatieselectiesysteem bij huisartsen, is er veel voor te zeggen om de overige categorieën van personen van 18-60 jaar met een medische indicatie die valt onder de jaarlijkse influenzavaccinatie, te vaccineren in hetzelfde tijdsbestek als dat van het leeftijdscohort 50-60 jaar met de beschikbare vaccins.

Bij personen beneden de 60 jaar die nu niet jaarlijks worden geselecteerd voor de influenzavaccinatie maar wel een verhoogd risico op gecompliceerd beloop van COVID-19 lijken te hebben, wordt primair gekozen voor de standaardbenadering op basis van leeftijdsselectie, tenzij er mogelijkheden zijn voor selectieve oproep voor vaccinatie van deze personen.

Bij ernstig immuungecompromiteerde patiënten waarbij een slechte vaccinatierespons voor de hand ligt, kan ringvaccinatie van toepassing zijn. Dit wordt pas mogelijk in de fase van vaccinatie van gezonde personen beneden de 60 jaar. In die fase kunnen directe (huishoud)contacten van deze zeerhoogrisicopatiënten kwalificeren voor vervroegde vaccinatie via de GGD of huisarts met een van de beschikbare vaccins.

Doelstelling: verheldering of en hoe prioritering voor COVID-19-vaccinatie kan worden gemaakt binnen patiëntengroepen.

Inleiding

Sommige patiëntengroepen hebben bij infectie met SARS-CoV-2 meer risico op een gecompliceerd beloop van COVID-19: ziekenhuisopname, opname op de IC en/of overlijden. De Gezondheidsraad heeft als vaccinatiestrategie geadviseerd om te kiezen voor reductie van de morbiditeit en mortaliteit van COVID-19. Daarom moeten in de [vaccinatiestrategie](#) die patiëntengroepen worden geprioriteerd die het meeste risico hebben op gecompliceerd beloop van COVID-19. De afweging van de risico's tussen verschillende patiëntengroepen is daarbij van belang. Na die afweging komen ook praktische zaken naar voren:

- Hoe kunnen deze groepen worden geïdentificeerd en geselecteerd?
- Wat is de omvang van deze groepen?
- Zijn er vaccintypes die bij voorkeur bij specifieke groepen moeten worden geadviseerd?
- Wat is een optimale vaccinatieplaats gezien de bewaarcondities van sommige vaccins?
- Zijn de vaccins beschikbaar?
- Hoe vertaalt zich dat naar een heldere vaccinatiestrategie inclusief prioritering?
- Hoe kan hier over gecommuniceerd worden met behandelaars en patiënten?

Deze vragen zullen hier worden geadresseerd. Dit document is opgesteld 29 januari 2021 door het RIVM-CIb samen met vertegenwoordigers van de FMS. Dit zal worden gedeeld met de Gezondheidsraad.

Verschil in risico op gecompliceerd beloop van COVID-19

Vanaf het begin van de epidemie werd duidelijk dat met toename van de leeftijd het risico op een gecompliceerd beloop progressief toenam. Daarnaast waren er additionele factoren, zoals cardiovasculaire aandoeningen, hypertensie en diabetes, die leken bij te dragen aan dat risico. Hoeveel dat was, bleef onbekend. Pas met grote cohorten en door koppeling van patiëntengegevens met uitkomsten na infectie lukte het meer helderheid te krijgen over het relatieve risico van onderliggende aandoeningen die naast leeftijd ook het risico verhogen. De bekendste analyse is uit het Verenigd Koninkrijk door het OpenSafely-initiatief, die de mortaliteit na COVID-19-infectie tijdens de eerste golf kon relateren aan onderliggende aandoeningen en demografische data van patiënten (Williamson et al. Nature, 2020). Een aanvullende analyse naar het risico op ziekenhuisopname is nog niet gepubliceerd. Na toepassen van statistische correctie was vooral leeftijd boven de 60 jaar de meest bepalende factor voor overlijden. Daarnaast bleek een aantal andere aandoeningen te leiden tot een odds ratio van >2,0 (zie onderstaand fig. 3): hematologische maligniteit in de laatste 5 jaar of in laatste 1 jaar gediagnosticeerd; nierfalen (eGFR <30); orgaantransplantatie; dementie, CVA, neurologische (degeneratieve/neuromusculaire) aandoeningen

(neurologische aandoeningen die ademhaling bemoeilijken) en primaire immuundeficiënties (exclusief patiënten met reumatoïde artritis, lupus of psoriasis).

Bij bovenstaande patiëntengroepen is er sprake van een ernstig verhoogd risico op mortaliteit die vergelijkbaar is met dat van personen rond de 70 jaar.

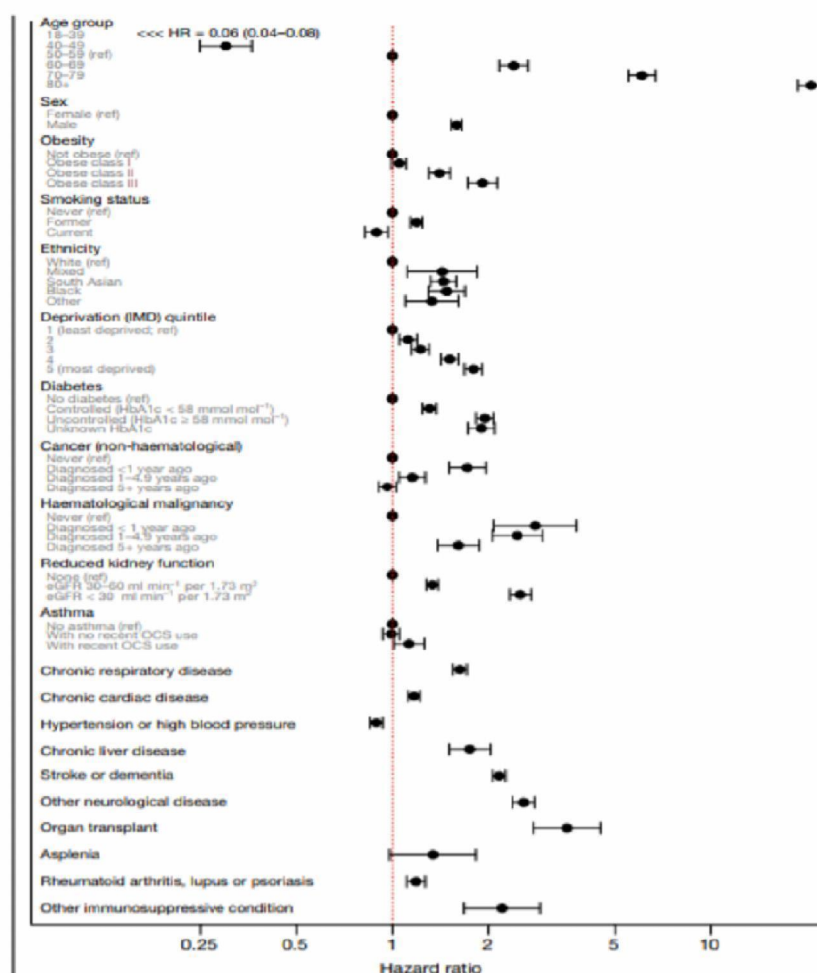
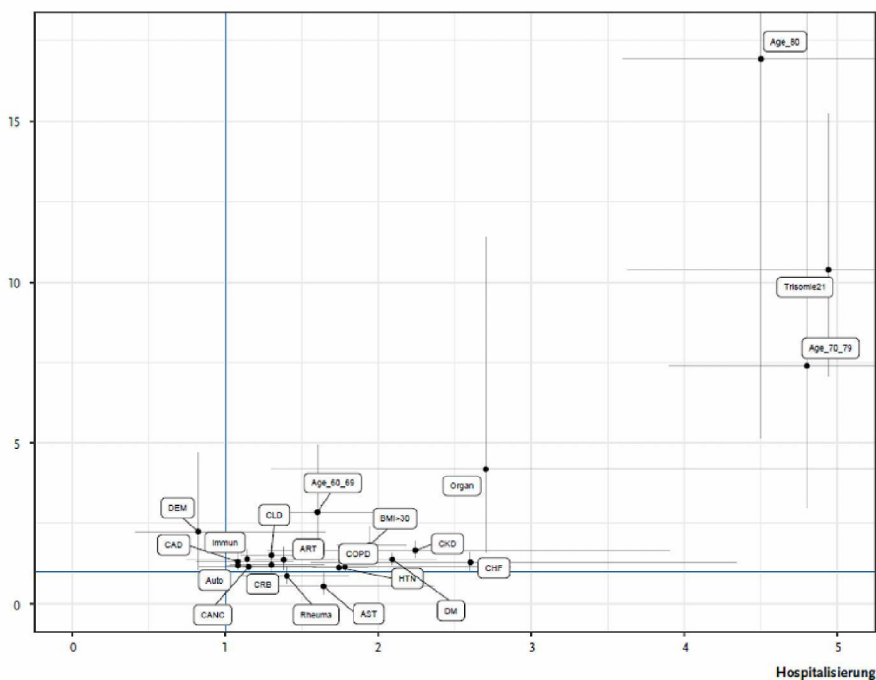


Fig. 3 | Estimated hazard ratios for each patient characteristic from a multivariable Cox model. Hazard ratios are shown on a log scale. Error bars represent the limits of the 95% confidence interval for the hazard ratio. IMD, index of multiple deprivation; obese class I, BMI 30–34.9; obese class II, BMI 35–39.9; obese class III, BMI ≥ 40; OCS, oral corticosteroid; ref, reference group. All hazard ratios are adjusted for all other factors listed other than ethnicity. Ethnicity estimates are from a separate model among those individuals for whom complete ethnicity data were available, and are fully adjusted for other covariates. Total $n = 17,278,392$ for the non-ethnicity models, and 12,718,279 for the ethnicity model.

Daarna werd er een meta-analyse verricht door het Robert Koch Instituut die gepubliceerd werd in het Duitse Epidemiologische Bulletin 14 januari (STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung). Daarbij werd gekeken naar risico's op ziekenhuisopname en overlijden bij verschillende patiëntengroepen. Van alle onderzoeken werden alleen 32 onderzoeken beoordeeld met patiëntenpopulatie die overeenkomstig waren met patiënten in een Europese context.

Krankenhausmortalität



ART, arrhythmia or atrial fibrillation; CHF, congestive heart failure; CAD, coronary artery disease; HTN, hypertension; DM, diabetes; BMI > 30, obesity and overweight; CANC, cancer; AST, asthma; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; CKD, chronic kidney disease; CLD, chronic liver disease; CRB, cerebrovascular or stroke; DEM, dementia; Auto, autoimmune condition; Immun, immunodeficiency or immuno-suppressed state; Rheuma, rheumatological disease; Organ, organ transplant history (Down-Syndrom wegen der besseren Übersichtlichkeit nicht dargestellt, s. Abb. 8)

Ook hierin komt duidelijk naar voren dat de meest bepalende factor voor ongunstige uitkomst de leeftijd is: leeftijd > 70 jaar. Alleen de medische aandoening Downsyndroom werd overeenkomstig gekwalificeerd. In een lager risiconiveau (mortaliteitsrisico OR > 1,5) werden geschaald orgaantransplantatie, adipositas (BMI > 30, niet verder uitgewerkt voor nog hogere categorieën van BMI) en chronische nierziekten. Hematologische maligniteiten werden niet apart beoordeeld. Daarnaast zijn er andere aandoeningen die voorkomen in de lijst van medische indicaties voor de jaarlijkse influenzavaccinatie die in deze analyses geen sterk verhoogd risico op gecompliceerd beloop van COVID-19 tonen. Veel risicoschattingen in deze analyse komen overeen met dat van de risicofactor van leeftijd van > 50 jaar. Mogelijkerwijs volgt daarom vaccinatie van iedereen binnen deze risicogroepen met een leeftijd 18-60 jaar gelijktijdig met het leeftijdscohort van 50-60 jaar zonder medische indicaties, nadat iedereen ouder dan 60 jaar is gevaccineerd.

Concluderend: leeftijd is de meest bepalende factor voor ziekenhuisopname en/of overlijden ten gevolge van COVID-19, maar een aantal onderliggende aandoeningen hebben eveneens, onafhankelijk van leeftijd, een sterk verhoogd risico op gecompliceerd beloop van COVID-19: downsyndroom, degeneratieve neurologische/neuromusculaire aandoeningen/CVA en dementie, orgaantransplantatie, nierfalen, hematologische maligniteit gediagnosticeerd in de laatste 5 jaar, morbide obesitas en primaire immuundeficiënties.

Selectie van hoogrisicopatiënten voor vaccinatie

Gezien het bovenstaande wordt door de Gezondheidsraad geadviseerd bij de vaccinatiestrategie met een focus op reductie van morbiditeit en mortaliteit de ouderen te vaccineren, beginnend bij de oudsten. Door vaccinatie van ouderen worden ook de patiënten met degeneratieve neurologische/neuromusculaire aandoeningen, CVA en dementie en vaak ook morbide adipositas al geselecteerd voor vaccinatie, want deze aandoeningen komen met name voor op oudere leeftijd. Ook onder de patiënten met andere aandoeningen met een zeer hoog risico op complicaties bij COVID-19 (orgaantransplantatie, nierfalen, hematologische maligniteit gediagnosticeerd in de laatste 5 jaar) zijn veel ouder dan 60 jaar, zodat zij op basis van leeftijd al bij voorrang zullen worden gevaccineerd.

Bovenstaande medische aandoeningen bij personen jonger dan 60 jaar hebben een hoger risico op gecompliceerd beloop van COVID-19 dan andere aandoeningen, maar vallen wel alle onder de huidige indicaties voor de jaarlijkse influenzavaccinatie. Deze groepen zouden moeten worden geprioriteerd binnen de groep 'mensen van 18-60 jaar met een medische indicatie' qua timing voor vaccinatie. Op dit moment worden volwassenen met downsyndroom in instellingen al gevaccineerd, dus alleen thuiswonende volwassenen met het syndroom van Down zijn dan nog niet beschermd door bescherming. Deze laatste groep valt buiten de prioritering, omdat momenteel onder de 'medische indicatie' zoals gebaseerd op de groepen die in aanmerking komen voor griepvaccinatie, enkel de groep intramurale personen wordt gerekend. Vaccinatie van bovengenoemde hoogrisicogroepen kan gelijktijdig met personen van 60-69 of 70-75 jaar (ernstig verhoogd risico). Daarvoor is een uitspraak van de GR essentieel.

Omvang van de hoogrisicogroepen in Nederland.

Hoog-risicogroep	Aantal patiënten/jaar	Aantal patiënten daarvan <60 jaar	Cumulatief in leeftijdsgroep <60 jaar	Ernstige immuun-suppressie
Downsyndroom per jaar		13.000 (?)	13.000	Nee
Hematologische maligniteit in laatste 5 jaar	10.000	25%: 2.500 per jaar	12.500	Ja
Orgaan-transplantatie	1.300 (alle leeftijden)	Gemiddelde leeftijd niertransplantatie: 57 jaar	Minimaal 10.000	Ja
Dialyse		Totaal 6.500 dialysepatiënten	6.200 dialysepatiënten	Ja
Pre-dialysepatiënten (in afwachting van dialyse en/of transplantatie)	2.000 (alle leeftijden)		2.000	
Primaire immuun-deficiënties		Onbekend, totaal in Nederland 2.000	2.000	Ja
Morbide obesitas		BMI >30 35-49 jr.: 15,2% 50-64 jr.: 18,8% BMI >40: onbekend	?	Nee
Totaal			Min. 45.700	

Bronnen: Nknl.nl; Nierstichting.nl; Volksgezondheidszorg.nl; leefstijlmonitor.

Praktische implicaties van selectie van hoog-risico patiënten

Patiënten ouder dan 60 jaar

Gezien de uitkomsten van bovenstaande analyses hebben de genoemde patiëntengroepen een risico op gecompliceerd beloop van COVID-19 dat gelijk is aan dat van personen van 70 jaar of ouder. Dat berekende risico kan vertekend zijn, omdat deze patiëntengroepen zichzelf waarschijnlijk vanaf het begin van de COVID-19-epidemie heel strikt aan de maatregelen hebben gehouden om zo geen infectie op te lopen. Aannemelijk is ook dat zij deze maatregelen hebben verlangd van hun huisgenoten. Hoeveel het risico hoger is door die aandoening dan alleen door leeftijd bepaald, is niet goed vast te stellen. In elk geval zal bij een leeftijdsspecifieke benadering van vaccinatie iedereen, ongeacht onderliggende aandoening, bij voorrang gevaccineerd wordt. Een openstaande vraag is nog welk vaccin bij voorkeur aan deze personen wordt toegediend, omdat vaccintypes onderling verschillen in effectiviteit en een deel van de patiënten ernstig immuungecompromitteerd is. Daarom is gebruik van de meest effectieve vaccins bij hen aan te bevelen (op dit moment mRNA-vaccins). In de toekomst is daarnaast ook ringvaccinatie aan te bevelen van volwassen huisgenoten en directe contacten, zoals mantelzorgers (ongeacht welk vaccin). Dit omdat deze hoogrisicogroepen ondanks dat zij bij uitstek bescherming nodig hebben tegen de gevolgen van COVID-19, naar verwachting wegens de immuun-suppressie vaak beperkte bescherming door vaccinatie krijgen.

De groep 'hematologische maligniteit in de laatste 5 jaar' is niet door de huisartsen te selecteren uit hun databestand voor de griepvaccinatie. De vraag is daarom dat de behandelend specialist deze mensen selecteert, zodat deze patiënten met mRNA-vaccins kunnen worden gevaccineerd.

Patiënten jonger dan 60 jaar

De selectie voor de jaarlijkse griepvaccinatie gaat via de codering van de betreffende diagnose bij de huisarts (ICPC-codering). Daardoor is het bijvoorbeeld niet mogelijk om morbide obesitas (BMI >40) te selecteren, omdat daarvoor geen codering met die kwantitatieve maat bestaat in de huisartsregistratie. Dat speelt ook bij chronische nierinsufficiëntie met specifiek een klaring van <30 ml/min, terwijl er voor de algemene diagnose wel een codering bestaat (U99.01 nierfunctiestoornis/nierinsufficiëntie). Voor het syndroom van Down bestaat die wel (A90.01). Voor de selectie van deze hoogrisicogroepen is er dus het risico dat er te ruim geselecteerd wordt en het is bij de schaarste van vaccins nu nog niet mogelijk iedereen met overgewicht maar zonder een BMI >40 of met milde nierinsufficiëntie al te vaccineren. Afgezien van deze beperkingen is het computerteknisch bewerkelijk door de huisartsen een verdere selectie te laten maken uit de bestaande selectie van patiënten met een standaardindicatie voor jaarlijkse influenzavaccinatie. Vooral voor bovengenoemde patiëntencategorieën is het eenvoudiger via de behandelend specialisten hen een oproep tot vaccinatie te laten verkrijgen. Daarbij kunnen de patiëntenverenigingen een ondersteunende rol spelen. De categorieën waar het hier om gaat zijn:

- orgaantransplantatie (via nefrologen, longartsen, cardiologen, MDL-artsen);
- nierfalen (via de dialysecentra en pre-dialyse-poliklinieken);
- hematologische maligniteit inclusief stamcel-/beenmergtransplantatie in de laatste 5 jaar (via hematologen);
- primaire immuundeficiënties (via internist-immunologen).

Door een snelle en effectieve identificatie via deze behandelaren is het mogelijk patiënten te laten verwijzen naar de GGD voor vaccinatie, omdat zij daar mRNA-vaccins toegediend kunnen krijgen. De logistiek rond aanmelding moet daarvoor nog wel worden afgestemd met GGD GHOR. Verder inplannen van een afspraak is daarna mogelijk via de bestaande route.

Keuze van vaccintype en locatie van vaccinatie

Op het moment van opstellen van dit document (29 januari 2021) is er sprake van vaccinschaarste en zijn andere vaccins dan de mRNA-vaccins nog niet beschikbaar. Bij beschikbaarheid van voldoende mRNA-vaccins voor mensen onder de 60 jaar betekent dat dat vaccinatie van deze patiëntengroepen via de GGD zou kunnen worden aangeboden met het Pfizer/BioNTech-vaccin. Andere opties zijn via de huisarts met het Moderna-vaccin of in het ziekenhuis met een van beide vaccins.

Er is bij patiënten met ernstige immuunsuppressie de voorkeur hen te vaccineren met mRNA-vaccins. Deze vaccins hebben ook bij ouderen een hoge effectiviteit getoond. Normaal hebben ouderen een lagere effectiviteit na toediening van het influenzavaccin, pneumokokkenvaccin

en herpes-zostervaccin. Nu blijkt dat de mRNA-vaccins ook bij ouderen een hoge effectiviteit hebben, is het aannemelijk dat bij ernstig immuungecompromitteerde patiënten er ook meer effectiviteit verwacht mag worden ten opzichte van andere minder effectieve vaccins, maar hoe goed het werkt is nog niet bekend. Wel is de verwachting dat de bijwerkingen acceptabel zijn in deze groep en dat het vaccin veilig is: er is geen risico op vaccinvirusinfectie bij immuungecompromitteerde patiënten, omdat mRNA-vaccin geen levend (verzwakt) virus bevat. Van de andere vaccintypes is nog niet goed bekend hoe effectief deze zijn in de oudere populatie. Daarom is het pas een optie andere vaccintypen te gebruiken in deze specifieke patiëntengroepen als

- er bewijs is voor gelijke vaccineffectiviteit als van mRNA-vaccins; of
- als er specifieke problemen met de veiligheid zouden opspelen bij mRNA-vaccins, waardoor er voorkeur zou zijn andere vaccintypen te gebruiken; of
- als er dermate grote tekorten aan vaccins zijn dat er gekozen gaat worden voor andere vaccintypen dan de mRNA-vaccins omdat spoedig bereiken van (enige mate van) bescherming belangrijker is dan hoe veel meer die bescherming precies wordt.

Voor de uitvoering zijn diverse mogelijkheden. Het zou kunnen via de GGD, waar patiënten zich kunnen melden met een brief via de specialist met de vaccinatie-indicatie. Ook is het mogelijk dialysepatiënten te vaccineren in de dialysecentra van de ziekenhuizen, omdat daar ook de centrale opslag van de mRNA-vaccins mogelijk is en de patiënten daar wekelijks meermaals aanwezig zijn. Op die manier is spoedige vaccinatie en goede registratie van vaccinatie mogelijk via het elektronisch patiëntendossier van de dialysecentra.

Bij patiënten met morbide obesitas of het syndroom van Down is geen sprake van (ernstige) immuunsuppressie. Zij zouden daarom ook in aanmerking kunnen komen voor niet-mRNA vaccins zoals virusplatform-vaccins (o.a. Astra Zeneca-vaccin). Dat zou vaccinatie in de huisartspraktijk mogelijk maken, indien de huisarts deze patiënten weet te selecteren of indien patiënten of hun belangenbehartigers de huisarts verzoeken om vaccinatie.

Concluderend: er is bij de groep ernstig immuungecompromitteerde patiënten een voorkeur voor mRNA-vaccins vanwege een goede effectiviteit bij ouderen. Daarom zou vaccinatie via een verwijzing vanuit de behandelend specialist naar de GGD een goede strategie kunnen zijn in deze fase. Voor personen met morbide obesitas en thuiswonende personen met het syndroom van Down kan ook gekozen worden voor de route via de huisarts, mits vaccins beschikbaar zijn en uitvoering past in de lopende vaccinatie-activiteiten daar.

Overige groepen van 18-60 jaar met een medische indicatie

In de bovengemelde analyses zijn er aandoeningen, die nu onder de medische indicaties voor de jaarlijkse influenzavaccinatie vallen, waarbij er verhoogd risico op gecompliceerd beloop van COVID-19 is dat overeenkomt met dat van de leeftijd 50-59 jaar. Deze personen van 18-60 jaar zouden daarom geprioriteerd moeten worden voor vaccinatie,

nadat iedereen ouder dan 60 jaar gevaccineerd is. De Gezondheidsraad moet bepalen of dat gelijktijdig met het leeftijdscohort 50-59 jaar moet of eerder dan dat leeftijdscohort, waarbij beschikbaarheid van vaccins en aanwezige infrastructuur voor vaccinatie van grote groepen ook een bepalende rol spelen. Een openstaande vraag daarbij is welke van de groepen van 18-60 jaar met een medische indicatie voor COVID-19-vaccinatie bij voorkeur een mRNA-vaccin toegediend moeten krijgen, als blijkt dat er sprake is van immuunsuppressie. Die keuze lijkt nu aannemelijk omdat deze vaccins de hoogste effectiviteit tonen ook bij ouderen en dus waarschijnlijk ook bij immuungecompromitteerden een redelijke mate van effectiviteit zullen tonen.

Ringvaccinatie van contacten van hoogrisicocontacten

Bij selecte groepen is er op dit moment een indicatie om gezinscontacten te vaccineren tegen influenza. Gezien de COVID-19-vaccinschaarste is het nog niet mogelijk breed te vaccineren rond personen die ernstig immuungecompromitteerd zijn. Daarbij speelt ook de vraag of vaccinatie de virustransmissie weet te voorkomen, wat mogelijk in 2021 helderder wordt. Selectie van deze volwassen contacten door de GGD of huisarts kan plaatsvinden nadat gedefinieerd is wat onder huishoudcontacten of mantelzorg wordt verstaan, op basis van de bestaande eerdere selectie van de hoogrisicopatiënten voor vaccinatie door medisch specialisten en registratie van hun vaccinatie in CIMS. Of bij beschikbaarheid van vaccins daar aanvang mee kan worden gemaakt indien personen met een leeftijd <60 jaar opgeroepen gaan worden, is nu onbekend. Uiteindelijk komen alle personen <60 jaar in aanmerking voor vaccinatie, dus bescherming binnen het huishouden is in 2021 naar verwachting voor ernstig immuungecompromitteerden mogelijk.

Communicatie

Verheldering van prioritering van specifieke patiëntengroepen jonger dan 60 jaar binnen de groepen die standaard voor influenzavaccinatie in aanmerking komen, is snel nodig.

- Door publicatie van een Gezondheidsraadadvies over prioritering van risicogroepen wordt de afweging daarbij verhelderd via de standaardprocedure voor advisering die daarbij geldt.
- Huisartsen moeten op de hoogte zijn dat er bij latere vaccinatierondes die gebaseerd zijn op de selectiecriteria voor de jaarlijkse influenzavaccinatie ('medische indicatie voor vaccinatie') bij personen onder de 60 jaar er een select aantal patiënten is (hematologische maligniteiten, nierfalen/dialyse, orgaantransplantatie, immuundeficiënties) die al gevaccineerd zijn via de GGD met het mRNA-vaccin.
- Medisch specialisten moeten worden ingelicht dat hun patiënten jonger dan 60 jaar met
 - nierfalen/(pre-)dialyse;
 - hematologische maligniteit in de laatste 5 jaar;
 - orgaantransplantatie; of
 - immuundeficiëntie
 kwalificeren voor spoedige vaccinatie. Zij kunnen dan via een standaardbrief, die nog ontwikkeld moet worden, hun patiënten

inlichten dat zij kwalificeren voor voorrang bij vaccinatie die door de GGD wordt uitgevoerd op vertoon van die indicatiestelling.

- Patiënten met hematologische maligniteiten in de laatste 5 jaar, inclusief beenmerg of stamceltransplantatie, of met een getransplanteerd orgaan en (pre-)dialysepatiënten en hun patiëntenverenigingen moeten worden ingelicht over de rationale van prioritering, vaccinkeuze en daaraan gerelateerde vaccinatie locatie. Op deze manier kunnen zij hun behandelend artsen benaderen met het verzoek tot het verkrijgen van de standaard vaccinatie-verwijsbrief, mochten zij bij een initiële selectie over het hoofd zijn gezien.
- Eventueel moet worden gecommuniceerd met de dialysecentra, zodat deze via de ziekenhuisapothekers kunnen melden aan DVP-RIVM welke aantallen dialysepatiënten zij behandelen, zodat de mRNA-vaccins in de dialysecentra geleverd kunnen worden.
- Personen die een oproep krijgen voor de jaarlijkse influenzavaccinatie en die vallen onder de groep van personen met een medische indicatie voor COVID-19-vaccinatie, moeten op de hoogte gebracht worden dat er binnen die groep personen zijn met een zeer hoog risico op complicaties. Daarom zullen die bovenstaande groepen geprioriteerd worden in de vaccinatiecampagne. Daarbij is het mogelijk dat zij een ander vaccin krijgen toegediend dan anderen met een minder ernstige immunestoornis of afwezige immunestoornis.
- Personen jonger dan 60 jaar met morbide obesitas (BMI>40) en thuiswonende personen met het syndroom van Down (en/of hun vertegenwoordigers), moeten worden ingelicht dat zij kwalificeren voor spoedige vaccinatie met een van de beschikbare vaccins, waarbij vaccinatie in de huisartspraktijk een mogelijkheid is. Als alternatief kan ook voor de GGD worden gekozen.