

Zaventem, 22 januari 2021

Aan: Ministerie van Volksgezondheid

Geachte Minister Vandenbroucke, geachte kabinetmedewerkers,

's Lands grootste vaccinatiecampagne ooit is vertrokken. Die vraagt ongeziene inspanningen, van iedereen. Vanuit de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie (KBVR), de Belgian Health Professionals in Rheumatology (BeHPR) en patiëntenorganisaties ReumaNet en Clair, allen samen het ReumaHuis, willen we jullie van harte danken voor de inspanningen die jullie leveren om deze gezondheids crisis het hoofd te bieden.

Het opstellen van richtlijnen omtrent vaccineren van mogelijke risicogroepen is een monnikenwerk. Volgens de laatste berichten in de media zal het globaal medisch dossier bij de huisarts geraadpleegd worden. Ongetwijfeld een goede keuze voor een groot deel van de bevolking.

Toch willen wij de problematiek van inflammatoire reumatische aandoeningen aankaarten. Deze chronische ziektes, veroorzaakt door een fout in het immuunsysteem, vragen continue opvolging door een multidisciplinair team, onder leiding van een reumatoloog. Veel patiënten krijgen specifieke medicatie die alleen door de reumatoloog kan voorgeschreven worden. Een dossier bij de huisarts kan hierdoor wel eens achterophinken. Daarbovenop verhogen inflammatoire reumatische aandoeningen de kans op comorbiditeiten, wat deze mensen extra kwetsbaar maakt. Een reumatoloog kent het totale plaatje van elke patiënt.

Daarom willen we u vragen om ook reumatologen, en bij uitbreiding andere specialisten, het recht te geven om patiënten door te verwijzen voor een prioritaire inenting. Deze artsen kunnen op basis van de geschiedenis en medicatiegebruik van de patiënt gefundeerde beslissingen nemen, daar waar het GMD tekort schiet.

Wij willen er alles aan doen zodat niemand tussen de mazen van het net glipt. We vragen geen voorrang voor iedereen met een reumatische aandoening, maar willen wel aandacht voor hen die misschien minder bij de huisarts passeren omwille van een complex ziektebeeld.

Wij zijn beschikbaar voor overleg en willen mee nadenken over mogelijke oplossingen. Onze vertrouwde samenwerking binnen de reumatologie tussen patiënten en zorgverleners maakt dat wij een voorsprong hebben. Patiënten en zorgverleners bundelen al jarenlang de krachten om te komen tot een kwaliteitsvolle omkadering voor alle mensen met reumatische aandoeningen.

Alvast bedankt voor jullie inspanningen! Samen sterk!

ReumaNet, Clair, KBVR, BeHPR
Verenigd als ReumaHuis

Contact:

- Nele Caeyers, woordvoerder ReumaNet, nele@reumanet.be, 0498 32 03 05
- Jan Lenaerts, president-elect KBVR, jan.lenaerts@skynet.be, 0479 71 52 90



Wie zijn wij?

De **Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie** (KBVR) is de wetenschappelijke vereniging van reumatologen in België. Ze heeft tot doel de klinische en wetenschappelijke kennis in het veld van de reumatische aandoeningen te vergroten. www.r-euma.be

ReumaNet is het Vlaamse samenwerkingsplatform van reumapatiëntenorganisaties. De vzw ijvert voor de verbetering van de levenskwaliteit van alle mensen, jong en oud, met reumatische aandoeningen. www.reumanet.be

CLAIR is de Franstalige koepel van reumapatiëntenorganisaties. De vzw wil zich vooral richten op beleidsmatige thema's en wil op de regionale en nationale niveaus de rechten van mensen met reumatische aandoeningen verdedigen. www.clair.be

De **Belgian Health Professionals in Rheumatology** (BHPR) vzw groepeerde de Belgische paramedici met interesse in reumatologie. <http://www.behpr.be/>

Bovenstaande verenigingen vormen samen het **ReumaHuis**.
www.reumahuis.be

BIJLAGE

Uit [‘Vaccinatiestrategie tegen COVID-19 in België’](#), Hoge Gezondheidsraad, p.7

Bovendien was het risico van opname op ic bij personen jonger dan 65 jaar aanzienlijk hoger bij obesitas of diabetes en in grensgevallen aanzienlijk hoger bij cardiovasculaire comorbiditeit en hoge bloeddruk.

2 Risicofactoren voor het ontwikkelen van ernstige COVID-19: internationale publicaties

- Het ECDC meldde de volgende onderliggende gezondheidsproblemen bij patiënten met COVID-19 die op ic waren opgenomen: hoge bloeddruk, diabetes, hart- en vaatziekten, chronische aandoeningen van de luchtwegen, aantasting van het immuunsysteem, kanker en zwaarlijvigheid. Deze verhoudingen moeten worden gezien in het licht van de prevalentie van deze aandoeningen in de onderliggende populaties en kunnen niet rechtstreeks worden geïnterpreteerd als een risicofactor.
- In een Britse studie van Docherty et al. werden 20.133 gehospitaliseerde COVID-19-patiënten ingeschreven voor een prospectieve, observationele cohortstudie. De in deze studie gedefinieerde risicofactoren die in verband gebracht werden met een verhoogde ziekenhuissterfte waren chronische hartziekten, chronische, niet-astmatische longziekten, chronische nierziekten, obesitas, chronische neurologische aandoeningen (zoals beroerte), dementie, maligniteiten en leverziekten werden ook in verband (Docherty et al., 2020).
- Cecconi et al. bestudeerden 239 patiënten die met COVID-19 in het ziekenhuis waren opgenomen. 66,5% had ten minste één andere medische aandoening. Hypertensie (50,2%), diabetes type 2 (21,8%), coronaire hartziekte (16,7%), atriumfibrillatie (11,3%), actieve neoplasie (9,6%), chronische obstructieve longziekte (9,2%) en chronische nierziekte (8,4%) waren de meest voorkomende comorbiditeiten. Daarvan was alleen de gelijktijdige aanwezigheid van chronische hartziekten een statistisch significante voorspeller van klinische achteruitgang (opname op ic of overlijden) bij gehospitaliseerde COVID-19-patiënten, evenals een gevorderde leeftijd, maar niet de body mass index (Cecconi et al., 2020).
- Via het samenwerkingsplatform openSAFELY werd gekeken naar factoren die verband houden met COVID-19-gerelateerde ziekenhuissterfte in de gekoppelde elektronische medische dossiers van 17 miljoen volwassen patiënten van de Britse Nationale Gezondheidsdienst. De meeste comorbiditeiten werden geassocieerd met een hoger risico op ziekenhuissterfte door COVID-19, inclusief diabetes, astma, ademhalingsziekte, chronische hartziekte, leverziekte, beroerte/dementie, andere neurologische aandoeningen, verminderde nierfunctie, auto-immuunziekten (reumatoïde artritis, lupus of psoriasis) en andere immunosuppressieve aandoeningen.
Degenen met een geschiedenis van hematologische maligniteit liepen een meer dan drievoudig verhoogd risico tot 5 jaar na de diagnose en een bijna verdubbeld risico daarna. Voor andere vormen van kanker werd vooral een hoger risico waargenomen bij patiënten bij wie de diagnose tijdens het jaar ervoor gesteld was.
Er was geen verband tussen hypertensie en resultaat (HR 0,95, 0,89-1,01). In gevoeligheidsanalyses werd gediagnosticeerde hypertensie echter geassocieerd met een licht verhoogd risico (HR 1,07, 1,00-1,15), terwijl hoge bloeddruk ($\geq 140/90$ mmHg) bij de meest recente meting werd geassocieerd met een lager risico (HR 0,61, 0,56-0,67).

.be