

# De grieprik: dat kan beter

Ted van Essen

Na de publicatie van de NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie in 1993 steeg de vaccinatiegraad onder risicopatiënten tot 77%. Inmiddels is de vaccinatiegraad gezakt naar 50%. Oorzaken lijken de aanhoudende discussie over de effectiviteit van het vaccin en de achterblijvende innovatie van het vaccinatieprogramma. Elders zijn er talloze innovaties in de griepvaccinatie geweest, die aan Nederland zijn voorbijgegaan. We zullen het programma moeten aanpassen.

Sinds het begin van deze eeuw is de vaccinatiegraad voor influenza gedaald van 75% naar 50% van de doelgroep [figuur]. In het algemeen lijkt de vaccinatiebereidheid af te nemen, maar voor influenza is de daling veel groter dan in het Rijksvaccinatieprogramma voor kinderen (RVP). De staatssecretaris van VWS heeft plannen aangekondigd om deze trend te keren, maar wat betreft de grieprik zijn die beperkt.<sup>1</sup>

Sommigen denken dat de daling binnen het RVP komt doordat de kinderziekten waartegen de vaccinaties beschermen tegenwoordig niet meer zichtbaar zijn. Voor influenza ligt dat anders. De influenza-epidemie van de

winter van 2018 duurde 18 weken en er waren meer dan 900.000 griepgevallen. Huisartspraktijken en ziekenhuizen waren overbelast. De oversterfte tijdens de epidemie bedroeg 9500 doden, meest ouderen.<sup>2</sup> Dat zou omgerekend betekenen dat de dodelijkheid van influenza 1% bedraagt, maar niet alle sterfgevallen zullen door influenza zijn veroorzaakt.

Mogelijk speelt het vertrouwen in de werkzaamheid van het vaccin een rol bij de daling.<sup>3</sup> Vaccinaties bij kinderen beschermen vrijwel volledig. Vanwege de verouderende afweer ligt de werkzaamheid van vaccins bij ouderen vaak rond de 50%. Dat geldt voor herpes zoster en voor

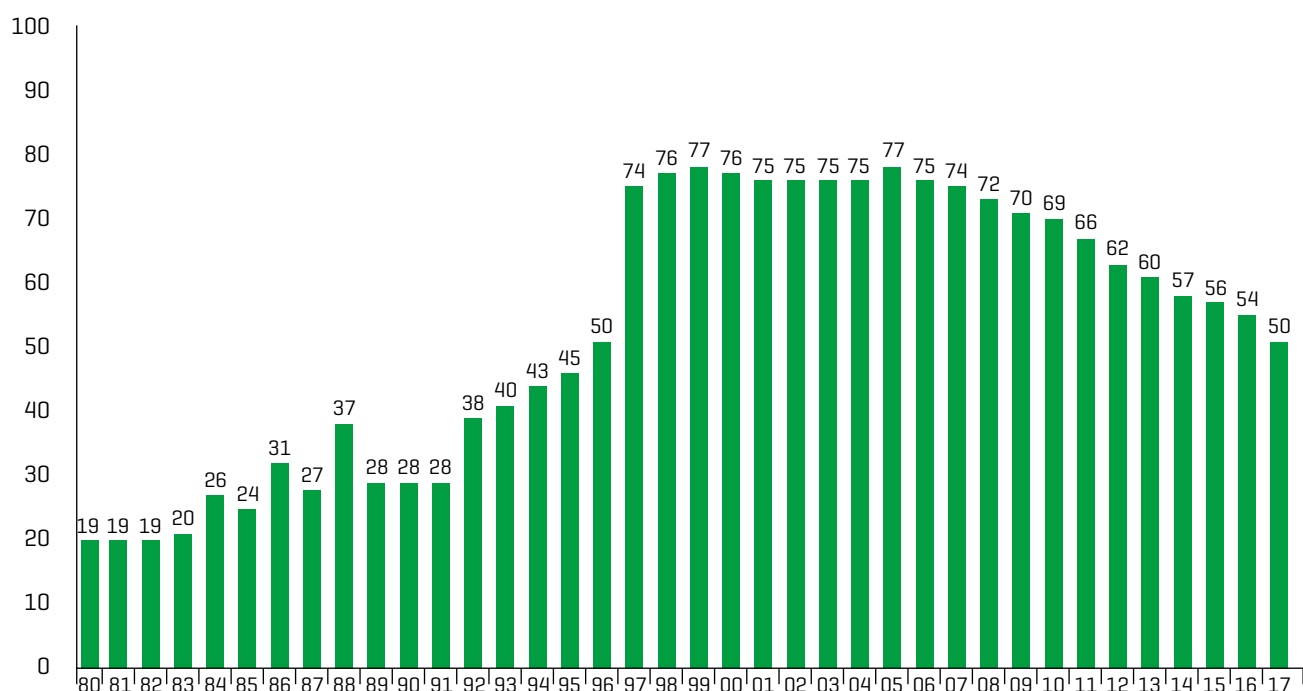


Huisartsen moeten het nut van [griep]vaccinatie blijven benadrukken.

Foto: Hollandse Hoogte

## Figuur

Vaccinatiegraad in risicogroepen voor influenza in Nederland; 1980-2018 (percentages) [mede gebaseerd op: Monitor Vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2017, NIVEL]



de binnenkort in te voeren pneumokokkenprik. Bij influenza muteert het virus bovendien voortdurend, waardoor er in sommige jaren sprake is van een zogenaamde mismatch tussen het circulerende virus en de vaccinstam. Het influenzavaccin bestaat al meer dan vijftig jaar. In die periode zijn er bij ouderen maar weinig gerandomiseerde patiëntcontroleonderzoeken (RCT's) uitgevoerd en de uitvoering daarvan is volgens de huidige maatstaven wellicht niet optimaal geweest.<sup>4</sup> De daarin gevonden effectiviteit van circa 50% wordt in alle observationele onderzoeken bevestigd.<sup>5</sup> Zo wordt in test-negatief patiëntcontroleonderzoek gemiddeld over de afgelopen tien jaar een effectiviteit van 40% gevonden, ook voor de jaren met een mismatch.<sup>6</sup>

Het is lastig uit te leggen dat een vaccin met een matige werkzaamheid bij een zeer veelvoorkomende aandoening toch tot een hoge absolute bescherming leidt. Zo werd voor Nederland berekend dat in de periode 2003-2015 bij een vaccinatiegraad in de gehele bevolking van (toen nog) 21%, er per jaar gemiddeld 2075 ziekenhuisopnames en 1108 sterfgevallen werden voorkomen.<sup>7</sup> Het zou zinvol zijn om voortaan in plaats van de jaarlijks wisselende relatieve effectiviteit alleen die gemiddelde absolute bescherming te rapporteren.<sup>8</sup>

Het is alsof de huisarts zich door het aanvankelijke succes van de grieprik in slaap heeft laten sussen. In de vorige eeuw gaven patiënten aan dat een uitnodiging voor de grieprik van de eigen huisarts de belangrijkste reden was om hem te gaan halen. De huidige generaties hebben meer toelichting nodig dan een meegestuurde folder. Huisartsen zouden vaker

moeten ingaan op vragen en zich meer kunnen laten horen in de (sociale) media. Aanpassingen in het Nationale Programma Grieppreventie zou de alertheid van de huisarts kunnen prikkelen. Wellicht leidt de toevoeging van de pneumokokkenprik later dit jaar daartoe.

## INNOVATIES

Een andere vernieuwing zou het vaccineren van alle zwangere kunnen zijn. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft dat al in 2012 geadviseerd, om de zwangere en de vrucht te beschermen en om de pasgeborene afweerstoffen mee te geven.<sup>9</sup> Bovendien voorkomt het dat de moeder griep krijgt en de pasgeborene baby zelf met influenza besmet (*cocooning*). Nederland is het laatste land in Europa dat dit advies nog moet implementeren. De WHO breidde de aanbevelingen uit naar kinderen tussen de zes maanden en zes jaar, omdat zij met de hoogste ziektelast kampen en bovendien een bron van besmetting voor ouderen vormen.

Ook zijn er verbeteringen in het vaccin gekomen. Er kwam een intranasaal toegediend, levend vaccin, vooral toegepast bij kinderen. En er werd een extra B-stam aan het vaccin toegevoegd (het quadrivalente influenzavaccin; QIV).<sup>10</sup> Bovendien lijken de toevoeging van een adjuvans<sup>11</sup> en ook een vaccin met vier keer zoveel antigeen ouderen beter te beschermen.<sup>12</sup> De Gezondheidsraad heeft daarover nog niet geadviseerd. Wel heeft de staatssecretaris in zijn brief aan de Tweede Kamer gemeld dat het QIV vanaf het seizoen 2019-2020 zal worden verstrekt. Het wachten is op een universeel vaccin dat

de problemen met verminderde immuniteit én de frequente mutaties omzeilt. De vraag is of een dergelijk nieuw vaccin voor ouderen in een RCT vergeleken moet worden met het huidige vaccin, en of vergelijking met een placebo ethisch te rechtvaardigen is.<sup>13,14</sup>

In het Verenigd Koninkrijk zien we geen of nauwelijks een daling van de vaccinatiegraad.<sup>15</sup> Daar zijn de genoemde innovaties wel ingevoerd. De vaccinatie van kinderen leidt tot een lagere oversterfte bij ouderen.<sup>16</sup> De apothekers kregen een rol bij het toedienen van het vaccin. In het Verenigd Koninkrijk gaat het vaccineren door tot 1 april of ten minste tot de epidemie over het hoogtepunt heen is.<sup>17</sup>

De vaccinatiegraad bij zorgverleners wordt in het Verenigd Koninkrijk nauwkeurig gevolgd. Die blijkt daar even hoog als in de risicogroepen.<sup>18</sup> In Nederland is slechts anekdotische informatie beschikbaar over de vaccinatiegraad onder dokters en verpleegkundigen. Met een flinke campagne van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en soms kleine beloningen is het gelukt om de vaccinatiegraad onder zorgmedewerkers het afgelopen jaar te laten groeien van 13 naar 24%.<sup>19</sup> Het ethische besef om als zorgverlener geen besmettingsrisico voor je patiënt te willen vormen (*primum non nocere*), lijkt hier nauwelijks te leven.<sup>20</sup> Onlangs heeft de World Organization of Family Doctors (WONCA) een position paper aangenomen met het advies om behalve de risicopatiënten ook het praktijkpersoneel te vaccineren, zoals de NHG-Standaard al in 2008 adviseerde.<sup>21</sup> De staatssecretaris van VWS heeft een onderzoek aangekondigd naar de verplichting om zorgverleners tegen griep te vaccineren.

## HET PROGRAMMA MOET OP DE SCHOP

Ook in de jaren negentig van de vorige eeuw maakte de overheid zich zorgen over de lage vaccinatiegraad voor griep. Enkele influenzawetenschappers richtten de Nederlandse Influenza Stichting (NIS) op, gefinancierd door het toenmalige Ministerie van WVC en de vaccinindustrie.<sup>22</sup> Doel was om de organisatie van de vaccinatie te verbeteren en risicogroepen actief te benaderen. De activiteiten van die stichting en de NHG-Standaard leidden in de eerste helft van de jaren negentig tot een verdubbeling van de vaccinatiegraad [figuur].<sup>23</sup> De NIS is in 1997 wegens het behaalde succes opgeheven.

Terugkijkend is dit een verkeerde beslissing geweest. Het nut van (griep)vaccinatie moet blijvend worden benadrukt. De tijden zijn veranderd, er zijn nieuwe middelen en mogelijkheden voor communicatie beschikbaar, die een grote reikwijdte en breed effect hebben. Deze mogelijkheden zijn door de antivaxers en griepvaccinatiecritici veelvuldig en met succes gebruikt, terwijl de overheid onvoldoende heeft gedaan om deze geluiden tegen te spreken. Het Nederlandse griepvaccinatieprogramma moet opnieuw op de schop wat betreft indicaties, vaccintype, implementatiekanalen, het tijdstip van vaccinatie, voorlichting en de vaccinatie van zorgmedewerkers. Voor de zekerheid is de NIS inmiddels opnieuw opgericht.<sup>24</sup> ■

## LITERATUUR

1. Staatssecretaris Blokhuis (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Kamerbrief Verder met vaccineren. 19-11-2018.
2. Bremmer D. Sterftcijfers schieten omhoog door griep en kou. *Algemeen Dagblad* 1-3-2018.
3. Bijl D. Werkzaamheid en effectiviteit van influenzavaccinatie. *Ge-Bu* 2011;45:109-17.
4. Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knottnerus JA. The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial. *JAMA* 1994;272:1661-5.
5. Beyer WE, McElhaney J, Smith DJ, Monto AS, Nguyen-Van-Tam JS, Osterhaus AD. Cochrane re-arranged: support for policies to vaccinate elderly people against influenza. *Vaccine* 2013;31:6030-3.
6. Belongia EA, Simpson MD, King JP, Sundaram ME, Kelley NS, Osterholm MT, et al. Variable influenza vaccine effectiveness by subtype: a systematic review and meta-analysis of test-negative design studies. *Lancet Infect Dis* 2016;16:942-51.
7. Backer JA, Wallinga J, Meijer A, Donker GA, Van der Hoek W, Van Boven M. The impact of influenza vaccination on infection, hospitalisation and mortality in the Netherlands between 2003 and 2015. *Epidemics* 2018;pii:S1755-4365(17)30189-5.
8. Palache AM. Global seasonal influenza disease and vaccination: a paradox with substantial public health implications. *Int Med Rev* 2018;4:1-20.
9. World Health Organization. Vaccines against influenza. WHO position paper – November 2012. *Weekly Epidemiological Record* 2012;87:461-76.
10. World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2018-2019 northern hemisphere influenza season. Geneva: WHO, 2018.
11. Black S. Safety and effectiveness of MF-59 adjuvanted influenza vaccines in children and adults. *Vaccine* 2015;33 Suppl 2:B3-5.
12. DiazGranados CA, Dunning AJ, Kimmel M, Kirby D, Treanor J, Collins A, et al. Efficacy of high-dose versus standard-dose influenza vaccine in older adults. *N Engl J Med* 2014;371:635-45.
13. Verhees RAF, Dondorp W, Thijs C, Dinant GJ, Knottnerus A. Effect influenzavaccinatie op sterfte onder ouderen. Is placebo-gecontroleerd onderzoek hiernaar ethisch te rechtvaardigen? *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D3177.
14. Ekkelenkamp MB, Van Werkhoven CH, Bruijning-Verhagen PCJ, Bonten MJM. Een trial naar het effect van influenzavaccinatie bij ouderen. Ethisch, uitvoerbaar en hard nodig. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D3285.
15. Public Health England. Seasonal influenza vaccine uptake in GP patients: winter season 2016 to 2017. London: PHE Publications, 2017:15.
16. Pebody RG, Green HK, Andrews N, Zhao H, Boddington N, Bawa Z, et al. Uptake and impact of a new live attenuated influenza vaccine programme in England: early results of a pilot in primary school-age children, 2013/14 influenza season. *Euro Surveill* 2014;19. pii:20823.
17. Caini S, Andrade W, Badur S, Balmaseda A, Barakat A, Bella A, et al. Temporal patterns of influenza A and B in tropical and temperate countries: what are the lessons for influenza vaccination? *PLoS One* 2016;11:e0152310.
18. Public Health England. Seasonal influenza vaccine uptake amongst frontline healthcare workers (HCWs) in England. London: PHE Publications, 2018:2.
19. Van den Brink R. Zorgmedewerkers halen vaker griep prik, maar vaccinatiegraad blijft laag. *Nos.nl*. Geraadpleegd 25 januari 2019.
20. Van Delden JJ, Ashcroft R, Dawson A, Marckmann G, Upshur R, Verweij MF. The ethics of mandatory vaccination against influenza for health care workers. *Vaccine* 2008;26:5562-6.

21. Van Essen GA, Bueving HJ, Voordouw ACG, Berg HF, Van der Laan JR, Van Lidth de Jeude CP, et al. NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie (eerste herziening). In: Wiersma Tj, Boukes FS, Geijter RMM, Goudswaard AN (redactie). NHG-Standaarden voor de huisarts editie 2010. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010:995-1013.
22. Sprenger MJW, Masurel N. Influenzavaccinatie en de Postbus 51-campagne. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:1968-70.
23. Van Essen GA, Sorgedragter YCG, Salemink GW, Govaert ThME, Van den Hoogen JPH, Van der Laan JR. Influenza en influenzavaccinatie. NHG-Standaard. Huisarts Wet 1993;36:342-6.
24. [www.influenzastichting.nl](http://www.influenzastichting.nl).



Lees ook: 'De grieprik: wetenschappelijk falen, belangenverstremgeling en de gevolgen voor de volksgezondheid' van Dick Bijl. Huisarts Wet 2019;62:DOI10.1007/s12445-019-0041-y.

Van Essen GA. De grieprik: dat kan beter. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0038-6.  
 Amersfoort: G.A. van Essen, huisarts n.p., [gavessen@paladijnenweg.nl](mailto:gavessen@paladijnenweg.nl).  
 Mogelijke belangenverstremgeling: onbezoldigd voorzitter Nederlandse Influenza Stichting [[www.influenzastichting.nl](http://www.influenzastichting.nl)]. Lid van het executive committee van de European Scientific Working group on Influenza [[www.ESWI.org](http://www.ESWI.org)]; de ESWI-leden zetten zich onbezoldigd in voor het vergroten van de kennis over influenza; de bureaustkosten worden gefinancierd uit bijdragen van alle vaccinproducenten en van de Europese Commissie. Ontving vergoedingen als spreker van Sanofi Pasteur en als lid van een adviesraad voor RS-vaccinatie van Novavax.