

Influenzavaccinatie: hoe effectief is het beleid?

Gemeten aan werkzaamheid, veiligheid, kosten-effectiviteit en hanteerbaarheid is vaccinatie het beste instrument dat beschikbaar is in de preventieve gezondheidszorg.¹

In 1933 werd het influenzavirus voor het eerst geïsoleerd en sinds 1943 zijn influenzavaccins beschikbaar. Zeker al vanaf 1963 brengen gezaghebbende instanties in westerse landen jaarlijks advies uit over de samenstelling en toepassing van het influenzavaccin voor het komende seizoen.^{2,3} Huisartsen en verpleeghuisartsen zijn de belangrijkste groeperingen die het vaccin toedienen. Influenza is één van de weinige infectieziekten die regelmatig epidemieën en zelfs pandemieën veroorzaken. Nederlandse huisartsen leveren sinds 1970 een belangrijke bijdrage aan de influenza-surveillance met de wekelijkse rapportages van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland aan de Wereldgezondheidsorganisatie in Genève over de incidentie van influenza, samen met virologische en serologische uitslagen.⁴ Ondanks het natuurlijke bondgenootschap tussen huisarts en influenzavaccinatie moet tot 1972 worden teruggegaan in de jaargangen van dit tijdschrift om een artikel te vinden dat (mede) betrekking heeft op influenzavaccinatie.⁵

Vaccinatiegraad

Het lijkt er dus op dat huisartsen niet erg warm lopen voor dit onderwerp, en de vraag rijst hoe effectief het vaccinatiebeleid dan wel is. Ervan uitgaande dat in Nederland – evenals in de Verenigde Staten – een vijfde van de bevolking een indicatie voor vaccinatie heeft, is op basis van de verkoopcijfers voor influenzavaccins berekend dat ongeveer eenderde van de doelgroep wordt gevaccineerd.⁶ Dit stemt globaal overeen met de vaccinatiegraad van 35 procent die *Hofstra et al.* in deze aflevering vermelden.⁷ In bijvoorbeeld de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk bedraagt de vaccinatiegraad hoogstens 20 à 30 procent.^{8,9} Geconcludeerd moet worden dat het vaccinatiebeleid verre van effectief is, niet alleen in Nederland maar ook elders.

Is er dan een duidelijk beleid met een omschreven, gekwantificeerde doelstelling? De Amerikaanse overheid stelde begin jaren tachtig als doel een vaccinatiegraad van 80 procent, die dus bij lange na nog niet bereikt is.¹⁰ Dichter bij huis, in het 'Health for All'-programma voor de Europese regio, het Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid of het kwaliteitsbeleid van de huisartsen-organisaties, is aangaande influenzavaccinatie geen beleid te bespeuren. Dat is opmerkelijk. Is het ook een gemiste kans? Hoe zinvol is influenzavaccinatie eigenlijk?

Nut van influenzavaccinatie

Ernst en omvang van het probleem worden nogal eens onderschat door deze af te meten aan de vermelding van influenza of pneumonie als hoofddiagnose bij ontslag uit het ziekenhuis of als primaire doodsoorzaak.¹¹ Zoals bekend hebben patiënten met bepaalde chronische aandoeningen bij influenza een verhoogd risico op een ernstig tot letaal

beloop.¹² Gezien de systematiek van de registraties van ontslagdiagnosen en doodsoorzaken gaan influenza en pneumonie vaak schuil achter het basale lijden. Het is dus zaak ook influenza en pneumonie vermeld als neventiagnose te betrekken bij de analyse. In de Verenigde Staten is berekend dat er per 100.000 volwassenen tijdens een epidemie 5.000 à 7.000 extra arts-patiënt contacten, 80 à 100 ziekenhuisopnamen en 12 sterfgevallen zijn toe te schrijven aan influenza.^{11,12} Deze cijfers stemmen globaal overeen met recente Nederlandse bevindingen.¹³ De voorlopige resultaten van een onderzoek door het Rotterdamse Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg wijzen op een sterftetoename van 28 procent (circa 670 doden extra in heel Nederland) in de week waarin de top van de epidemie van begin 1986 viel [persoonlijke mededeling J.P. Mackenbach en A.E. Kunst, augustus 1990].

De oversterfte doet zich voor 80 à 90 procent voor in de snelst groeiende bevolkingsgroep, de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder. Voor de extra opnamen is dit percentage 55. De complicaties treffen mensen die weliswaar vaak een chronische aandoening hebben, maar overigens in het algemeen in stabiele gezondheid verkeren. Dit blijkt onder meer uit het ontbreken van een extra, compensatoire daling in de opnamen en sterftecijfers in aansluiting op een epidemische verheffing.^{11,13}

Hoe werkzaam is het vaccin? Doel van vaccinatie is het risico op ernstige ziekte en sterfte als gevolg van influenza te verminderen.³ Daarom moet de werkzaamheid van vaccinatie worden beoordeeld aan de hand van aantallen ziekenhuisopnamen, aangetoonde pneumonieën of sterfgevallen die zijn toe te schrijven aan influenza, en niet aan de hand van indicatoren zoals de immuunrespons of de attack rate.

De beschermingsgraad (ten aanzien van ernstige morbiditeit en mortaliteit) bedraagt blijkens gecontroleerde interventiestudies bij gezonde volwassenen 70 à 90 procent, mits er een goede antigene relatie is tussen het epidemische virus en het virus in het vaccin.¹⁰ Bij ouderen is de werkzaamheid nauwelijks op experimentele wijze onderzocht.¹⁴ Observatieel, dus niet-experimenteel onderzoek is vrij schaars, meestal retrospectief en te beperkt in omvang, en heeft vaak slechts betrekking op attack rates. Elk op zich bieden de observationele studies geen houvast voor duidelijke conclusies. Tegenover genomen tonen echter de beter opgezette studies onder bejaarden, al dan niet met chronische aandoeningen, een beschermingsgraad van circa 70 procent.^{15,16} De werkzaamheid bij bejaarden in verpleeghuizen is omstreden, maar onzekerheid lijkt hier deels in de hand gewerkt te worden door de zojuist geschetste methodologische tekortkomingen.¹⁷

Op enkele uitzonderingssituaties na is de veiligheid van vaccinatie hoog sinds de sterke verbetering van de vaccins in de jaren zeventig.^{3,13} Analyses van de kosten-effectiviteit, kosten-utiliteit of kosten-baten verhoudingen laten zonder uitzondering gunstige resultaten zien.^{6,9} Kritiek op deze methoden van medische technology assessment is zeker

mogelijk wegens onzekerheid over bepaalde aannamen die eraan ten grondslag liggen. De robuustheid van de uitkomsten voor alternatieve aannamen biedt echter voldoende vertrouwen in de conclusies van deze evaluaties.

Acceptatie

Waarom vaccineren artsen niet? Deze vraag is niet systematisch onderzocht. Vermoed wordt dat de volgende factoren een rol spelen: onzekerheid over indicaties; niet aan gedacht tijdens consult; twijfel over de werkzaamheid.¹⁰ Anderen hebben minder twijfel over de werkzaamheid, zien influenza als *the old man's friend* en voeren ethische bezwaren aan tegen vaccinatie.¹⁸ Hofstra *et al.* noemen terecht als praktische barrière dat voor influenzavaccinatie een systeem voor selectie en uitnodiging nodig is op basis van medische kenmerken, terwijl voor andere vaccinatie- of screeningsdoeleinden kan worden volstaan met persoonsgegevens, en men kan terugvallen op de bevolkingsadministraties.⁷

Helaas is ook nauwelijks iets bekend over de redenen waarom personen uit de doelgroep afzien van vaccinatie. De belangrijkste reden lijkt te zijn gebrek aan juiste informatie: het idee onvatbaar voor influenza te zijn, angst voor bijwerkingen, en de mening dat weinig bescherming is te verwachten.¹⁰ Dit laatste wordt in de hand gewerkt door de vele luchtweginfecties die klinisch niet zijn te onderscheiden van influenza.

Beleidsvragen

Waar kan het probleem nu precies worden gelokaliseerd en geëttacheerd?

Het eerste, denk ik, vooral in een gebrekkige acceptatie. Kennelijk 'werkt het' beleidsmatig niet te volstaan met een eenzijdig, voornamelijk uit virologen samengestelde commissie van de Gezondheidsraad met de beperkte opdracht om jaarlijks te adviseren over de samenstelling en toepassing van het influenzavaccin.³

Publieksvoorlichting is een noodzakelijke, maar niet voldoende remedie, die bovendien eerst nader gedragswetenschappelijk onderzoek vergt. Wanneer de winst van vaccinatie grotendeels moet worden gezocht bij de groep (betrekkelijk) gezonde bejaarden, is de betrokkenheid van de huisarts cruciaal. Hofstra en anderen bieden de huisarts een aanzet ter verbetering van de uitvoerbaarheid van de jaarlijkse aanbevelingen.⁷ Daarnaast verdienen de aanbevelingen zelf kritisch bezien te worden op uitvoerbaarheid. Wat is er tegen een vereenvoudiging conform de Noordamerikaanse aanbevelingen, waarbij de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder als geheel in aanmerking komt voor vaccinatie, en jongeren alleen als zij bepaalde chronische aandoeningen hebben.^{2,9} Als de acceptatie vooral wordt belemmerd door twijfel over de werkzaamheid van vaccinatie, zou overwogen moeten worden goed opgezet interventie-onderzoek te verrichten.

De huidige situatie is halfslachtig. Hernieuwde aandacht van de betrokken partijen voor een effectief beleid is op zijn plaats. Nu die aandacht bij het Ministerie is gewekt, onderzoek

ken in gang zijn gezet en uit de beroepsgroep betrokkenheid blijkt, lijken voldoende gunstige voorwaarden aanwezig om op korte termijn een doordacht beleid te ontwikkelen.

W.A. van Veen

- 1 Van Veen WA, Zielhuis GA. Preventieve technologieën. In: Habbema JDF, Casparie AF, Mulder JH, Rutten FFH, red. Medische technologie assessment en gezondheidsbeleid. Alphen: Samsom Stafleu 1989: 65-75.
- 2 ACIP. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Immunisation Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1990; 39: (No.RR-7): 1-15.
- 3 Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen influenza: seizoen 1990-1991. 's-Gravenhage: SUD, 1990.
- 4 Collette HJA, Bijkerk H. Vijftien jaar Peilstations Nederland, 1970-1984. Huisarts Wet 1985; 28: 207-10.
- 5 Schouwstra CP. Bijdrage tot de epidemiologie van influenza, zoals deze werd geobserveerd in Eindhoven in 1969 en 1970. Huisarts Wet 1972; 15: 50-2.
- 6 Sprenger MJW, Beyer WEP, Ament AJHA, Rutten FFH, Masurel N. Influenza-vaccinatie leidt tot kostenbesparing in de gezondheidszorg. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1987; 65: 222-5.
- 7 Hofstra ML, Ter Braak EM, Van der Werf GTh, Smith RJA. Een geautomatiseerd zoek- en oproepsysteem voor vaccinatie tegen influenza. Huisarts Wet 1990; 33(11): 429-32.
- 8 Centers for disease control. Influenza vaccination coverage levels in selected sites-United States, 1989. MMWR 1990; 39: (No. 10): 111-3.
- 9 Helliwell BE, Drummond MF. The costs and benefits of preventing influenza in Ontario's elderly. Can J Public Health 1988; 79: 175-80.
- 10 Williams WW, Hickson MA, Kane MA et al. Immunization policies and vaccine coverage among adults. Ann Intern Med 1988; 108: 616-25.
- 11 Barker WH. Excess pneumonia and influenza associated hospitalization during influenza epidemics in the United States, 1970-78. Am J Public Health 1986; 76: 761-5.
- 12 Barker WH, Mullooley JP. Impact of epidemic type A influenza in a defined adult population. Am J Epidemiol 1980; 112: 798-813.
- 13 Sprenger MJW, Van Naelten MAMG, Mulder PGH, Masurel N. Influenza mortality and excess deaths in the elderly, 1967-82. Epidem Inf 1989; 103: 633-41.
- 14 Ruben FL. Prevention of influenza in the elderly. Am Geriatr Soc 1982; 30: 577-80.
- 15 Barker WH, Mullooley JP. Influenza vaccination of elderly persons. JAMA 1980; 244: 2547-9.
- 16 Patriarca PA, Weber JA, Parker RA, et al. Efficacy of influenza vaccine in nursing homes. JAMA 1985; 253: 1136-9.
- 17 Horman JT, Stetler HC, Israel E, et al. An outbreak of influenza A in a nursing home. Am J Public Health 1986; 76: 501-4.
- 18 Lennox IM, MacPhee GJA, McAlphine CH, et al. Use of influenza vaccine in long-stay geriatrics units. Age Ageing 1990; 19: 169-72. ■