

• 2494
BEKEKEN
• 677
GEDEELD
• 5
BEWAARD

De influenza-carroussel

Open

Stand van zaken

28-05-2015

Joost Zaat

Deze maand bestellen circa 9000 huisartsen griepvaccins bij de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG). In oktober en november enten zij daarmee circa 3,5 miljoen Nederlanders in, gezonde 60-plussers en patiënten met risicoaandoeningen zoals COPD, hart-vaatziekten en diabetes mellitus. Het advies van de SNPG is elk jaar hetzelfde: 'Bestel ongeveer zoveel vaccins als vorig jaar tenzij u veel overhield.' Met een druk op de knop kiezen praktijkondersteuners het aantal vaccins en de gewenste afleverdatum. In september gaan de standaarduitnodigingen met een voorlichtingsfolder vrijwel automatisch de deur uit en te zijner tijd komt een busje de vaccins afleveren. Middagje prikken, uitnodigingsbrieven scannen en aan het eind van het jaar declareren. In 2014 kreeg de huisarts 10,46 euro per prik en dat is 1,43 euro meer dan voor een consult van 10 min. Het is allemaal routine, zoals zoveel in de zorg. De totale campagne kost elk jaar 57 miljoen euro.

Helemaal geruisloos is die vaccinatieroutine niet: al jaren is er een polemische discussie over het nut bij gezonde ouderen, en dit jaar was er niet alleen een lange griepgolf maar bleek het vaccin ook niet goed te matchen met het circulerende virus. Dat kan consequenties hebben voor de vaccinatiebereidheid en dus op het aantal te bestellen vaccins. Tijd om opnieuw naar de discussie over griep te kijken. Is het een strijd tussen gelovigen en ongelovigen? Hoe komen we verder?

De discussie

De discussie over influenzavaccinatie is een toneelstuk in vele bedrijven. Rond 1960 kwamen de Gezondheidsraad (GR) en Ziekenfondsraad (voorloper van het huidige Zorginstituut) met een advies over griepvaccinatie. De voorhoede van de huisartsen zag vaccinatie destijds ook als hun taak, maar de doelgroepen waren in vergelijking met nu zeer beperkt; slechts < 2% van de praktijkpopulatie.¹ In al die jaren daarna vaccineerden huisartsen risicogroepen maar was er geen vast programma. De opkomst was met circa 28% in 1991 relatief laag. In 1993 verschijnt de eerste NHG-standaard 'Influenza' met een sterk pleidooi voor vaccinatie:² 'De reductie van de morbiditeit wordt geschat op 70-80%.' Bij ouderen is de reductie lager namelijk 30-70%. De complicaties ten gevolge van influenza worden echter bij ouderen met 70-80% gereduceerd.' De standaard gaf geen absolute cijfers. In 1995 is er een kantelpunt waardoor in vrij korte tijd een landelijke organisatie ontstaat en alle huisartsen massaal gaan vaccineren. Inhoudelijke argumenten speelden daarbij vrijwel geen rol, politieke en financiële des te meer (zie verder het artikel 'Preventie in de eerste lijn: van een individuele naar een systematische aanpak' in dit nummer). Het gaat daarna jarenlang vrij geruisloos. In 2007 stelt de GR voor om de risicogroepen uit te breiden naar iedereen vanaf 60 jaar in plaats van vanaf 65. Ook zij worden dus vanaf 2008 opgeroepen. In 2008 legt de nieuwe NHG-standaard dit vast.³ Van de NHG-commissie zaten 3 leden ook in de GR-commissie.

De discussie over de effectiviteit van vaccins is jarenlang vooral een wetenschappelijk discours, aangejaagd door enkele Cochrane-reviews. Met de Mexicaanse griep in 2009 ontstaat er openbaar rumoer. De media besteedt veel aandacht aan de dreiging van de griep en griepdeskundigen trekken parallellen met de Spaanse griep van 1918-1919 (tabel). Worden risico's overdreven, zijn er te veel belangen, de media smullen er wekenlang van. Het bleek allemaal minder erg dan door deskundigen gevreesd. De discussie over de nogal dure extra vaccinaties en de achteraf verkeerde inschatting over de ernst, is echter een opmaat voor het volgende bedrijf.

TABEL Spaanse Griep in Nederland 1918-1920

De oorsprong van het virus lag in de VS begin 1918. Besmette Amerikaanse soldaten namen het virus in april mee naar de Europese slagvelden. Hoewel het virus heel besmettelijk was, had de epidemie aanvankelijk een gering beloop. De griep werd in juni 1918 vermoedelijk door Nederlandse arbeiders uit Duitsland geïmporteerd. De ziekte trof vooral gezonde mannen tussen 20 en 40 jaar. In Nederland waren er 3 golven: zomer 1918, najaar en winter 1918 met een uitloop naar 1919 en voorjaar 1920. In juli-september 1918 overleden 815 mensen aan de griep, in oktober 3.208, november 10.645 en december 2.885. Totaal waren er 17.553 doden op een bevolking van 6,7 miljoen. Er waren grote verschillen per provincie, zo waren er in de slechtste maand in Drenthe 77 doden per 1.000 inwoners en in Amsterdam in de slechtste week 52 per 1.000 inwoners. In 21 van de 34 gemeenten was de sterfte groter dan 50 per 1.000, 1 op 20. Topgemeenten zijn Zuidlaren 189, Odoorn 110, Emmen 104 en Gieten 103 per 1.000 inwoners. Een gunstige uitzondering vanwege de aanwezige medische zorg is het strafkolonie Veenhuizen. De hoge sterftecijfers worden wel verklaard door de armoede en ondervoeding in de veenkolonies.

De sterftecijfers liggen vermoedelijk hoger omdat complicaties en of gevolgen als longontsteking niet altijd meegeteld zijn, ongeveer 38.000. Over het algemeen is het platteland meer aangedaan dan de steden. Uitzondering is Den Haag met een hoge relatieve sterfte.

Literatuur

Quanjer AAJ. De griep in Nederland in 1918 tot 1920. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad; 1921.

Gooyer AC de. De Spaanse griep van '18. Amsterdam: Philips-Duphar; 1968.

Vugs R. In veel huizen wordt gerouwd. De Spaanse griep in Nederland. Soesterberg: Aspekt; 2002.

Oktober 2011, bij de start van de griepvaccinatiecampagne publiceert het onafhankelijke *Geneesmiddellenbulletin (Gebu)* een overzichtsartikel over de effectiviteit van de influenzavaccinatie. Dick Bijl, de hoofdredacteur die het artikel onder medeverantwoordelijkheid van de redactiecommissie schreef, baseert zich voor een belangrijk deel op de Cochrane-review uit 2010. Hij concludeert op de nogal afstandelijke toon die het *Gebu* eigen is: 'Voor influenzavaccinatie zou behoren te gelden dat de werkzaamheid en veiligheid moeten worden aangetoond met onderzoeken van de hoogste categorie van wetenschappelijk bewijs, namelijk het gerandomiseerde onderzoek of meta-analyses daarvan. Een groot deel van het bewijs over de werkzaamheid en effectiviteit van influenzavaccinatie is afkomstig uit een lagere categorie van wetenschappelijk bewijs, waarvan de conclusies grotendeels lijken te zijn vertekend door versturende factoren. Dat geldt overigens ook voor de meta-analyses waar in de meeste na 2007 verschenen herziene versies andere en minder positieve conclusies worden getrokken dan die uit het begin van deze eeuw. Derhalve kan worden vastgesteld dat er geen valide bewijs is uit gerandomiseerd onderzoek of meta-analyses dat de jaarlijkse

influenzavaccinatie bij ouderen en risicopatiënten werkzaam en effectief is. Dat geldt ook voor de in 2007 door de GR toegevoegde doelgroepen.’⁴

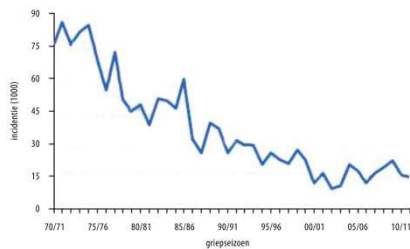
Het verwijt van het *Gebu* dat er geen goed onderzoek is komt hard aan, zowel in de media als bij de adviseurs en beleidsmakers. Zo gaat het tv-programma *Radar* op 23 oktober in op de oproer. De toon is in het programma negatief over de vaccinatie (http://www.npo.nl/radar/24-10-2011/TROS_1256260). Een dag later slaat Ted van Essen, eerste auteur van de NHG-standaard en voormalig voorzitter van het NHG, bij *Omroep MAX* juist een uitermate geruststellende toon aan. Het is allemaal oud nieuws en omdat de vaccinatie helpt is het volgens hem onethisch om een RCT te doen (http://www.npo.nl/tijd-voor-max/25-10-2011/POW_00414080/POMS_MAX_110789). In beide uitzendingen worden nauwelijks (*Radar*) tot geen (*Omroep MAX*) getallen over effectiviteit van de vaccinatie genoemd.

Veel betrokkenen reageren in het openbaar of naar het *Gebu*: van hoogleraren virologie tot de groep auteurs van een Nederlandse trial. De GR verwijt in een brief aan het *Gebu* de redactie van onzorgvuldig gedrag. Het gaat al snel niet meer om de feiten maar om de mogelijke belangenverstremming van adviseurs van de GR en de directeur van het Centrum voor Infectieziektenbestrijding. Hans van der Linden, huisarts en luis in de pels van de industrie, krijgt zelfs een proces van het RIVM aan zijn broek. Het *Gebu* antwoordt in januari 2012 met een uitgebreid stuk waarin de redactie stelt dat ze vaccinatie niet ontraden heeft en nog eens uitlegt waarom naar haar idee het bewijs voor effectiviteit niet sluitend is.⁵

Een aarzelende Gezondheidsraad

De GR belegt in de zomer van 2012 een werkconferentie met voor- en tegenstanders. Die discussie leidt in de zomer van 2014, op aanvraag van de minister, tot een nieuw advies getiteld ‘Grip op griep’,⁶ geschreven door een commissie die naar verluid speciaal is samengesteld zonder de ‘usual suspects’. Volgens de GR ‘fluctueert de totale jaarlijkse oversterfte door griep in de groep gezonde ouderen van enkele honderden tot één- à tweeduizend,’ waarbij 9 van de 10 mogelijk aan griep overleden patiënten ouder dan 65 jaar waren. De oversterfte is echter een schatting, omdat ‘aan de sterftcijfers onzekerheden blijven kleven die onvermijdelijk voortvloeien uit de onnauwkeurigheid in de toewijzing van doodsoorzaken.’ Volgens de GR is de effectiviteit van de vaccinatie op opname en sterfte niet precies bekend en is ‘de bewijskracht van de beschikbare gegevens beperkt.’ De gemiddelde kosteneffectiviteit van het vaccinatieprogramma is volgens de GR

‘hoogstwaarschijnlijk minder gunstig dan eerder gedacht, maar lijkt zich nog altijd te bewegen binnen inter- en nationaal genoemde of geaccepteerde grenzen voor doelmatigheid.’ De GR haalt nog 2 andere motieven aan om het advies om gezonde ouderen te vaccineren te handhaven: 1) de dalende trend in de piekincidentie van influenza-achtige ziektebeelden (figuur 1) en de incidentie van officieel geregistreerde sterfte door griep pleitten voor het effect van vaccinatie, en 2) de verwachting dat er betere vaccins komen. Volgens de GR is het daarom belangrijk dat de infrastructuur om te vaccineren intact blijft.



FIGUUR 1 Incidentie van influenza-achtig ziektebeeld van het seizoen 1970-1971 tot het seizoen 2011-2012. Een griepseizoen loopt van 1 juli-30 juni. Deze grafiek is gebaseerd op het aantal huisartsconsulten voor influenza-achtig ziektebeeld (bron: CMR-Peilstations).

Voor het goede begrip van de dalende incidentie in figuur 1 zijn echter een paar feiten van belang. In 1994 werden gezonde ouderen > 65 jaar voor het eerst als extra doelgroep genoemd. In de periode 1995-1996 is het nationaal programma ingevoerd, waarna de vaccinatiegraad onder specifieke doelgroepen steeg van ongeveer 28% in 1991 naar > 75% vanaf 1996,⁷ maar de forse daling in piekincidentie zit ruim daarvoor. De vaccinatiegraad loopt al jaren langzaam terug. In de totale doelgroep (32% van de hele bevolking) daalde die van 62,4% in 2012 naar 59,6% in 2013. Driekwart van patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus en COPD blijft zich laten vaccineren, maar vooral de groep van 60 tot 65 jaar heeft er mogelijk minder zin in: 56,2% in 2011, 49,8% in 2012 en 47,1% in 2013.⁸ De cijfers over 2014 zijn nog niet bekend.

Minister Schippers schrijft 25 november 2014 in een brief aan de Tweede Kamer dat ze instemt met het advies van de GR om het programma voorlopig niet te veranderen, dat ze vindt dat burgers goed geïnformeerd moeten worden en dat ze verwachtingsvol uitkijkt naar nieuwe vaccins. Desgevraagd bevestigt het ministerie per email dat er geen plannen zijn het programma te veranderen en dat ook de vergoeding aan huisartsen niet ter discussie staat.

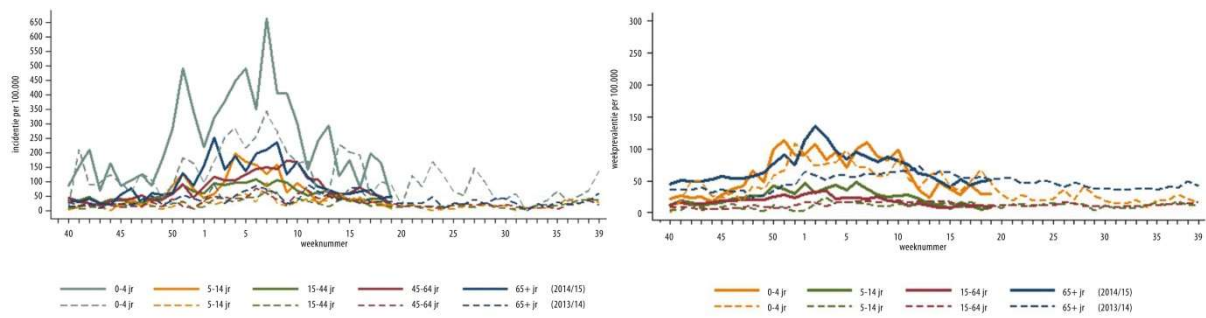
‘Het is een verstandig advies van de GR. Als er nog geen vaccinatieprogramma zou zijn, zou dat er nu ook moeten komen’, volgens Theo Verheij, hoogleraar huisartsgeneeskunde en verbonden aan het Julius Centrum van het UMCU. Verheij geldt als deskundige op het gebied van luchtweginfecties. ‘Wetenschap heeft altijd met geloof te maken, interpretaties

van onderzoeksresultaten zijn in zekere zin subjectief', legt hij uit. 'Er zijn uit observationele onderzoeken echt sterke aanwijzingen dat de oversterfte en de morbiditeit daalt als je vaccineert.' Dat oversterfte een indirecte maat is, vindt hij niet zo erg: 'Ik heb nog nooit gelezen dat de oversterfte in de winter niet te maken heeft met influenza. Ik geloof in die relatie.' Volgens Verheij zou een keer een grote RCT wel een goed idee zijn, 'gezien de twijfels die er op basis van de bestaande observationele studies natuurlijk blijven bestaan.'

Jako Burgers, huisarts en hoofd van de afdeling Standaarden en Wetenschap van het NHG, vertelt dat het NHG bij bevolkingsonderzoek en preventie vrijwel altijd het advies van de GR volgt. 'De nuancering dat er beperkt bewijs is, staat wel in het notenapparaat van de standaard, maar we gaan niet zeggen dat vaccinatie geen nut heeft. We willen de Nederlandse bevolking niet lastig vallen met tegenstrijdige adviezen.' Het NHG heeft naar aanleiding van discussie in de werkgroep over de net herziene NHG-standaard 'Astma' bij de GR wel een verzoek ingediend om nog eens te kijken naar het advies over vaccineren bij astma. Volgens Burgers volgt het NHG het bewijs op de voet en zal er binnen 2 jaar een nieuwe standaard of praktijkadvies over vaccinatie verschijnen. Een nieuwe trial? 'Ik weet niet of die de mening van de verschillende partijen gaat veranderen.' Er is volgens hem 'kennisbelang' waardoor de standpunten kunnen blijven verschillen. 'Als je al geruime tijd hetzelfde vindt, ga je niet zo makkelijk van mening veranderen.'

2015: een lange griepgolf en een mismatch

Sinds eind december 2014 is er een langdurige griepgolf die na een piek in januari weken lang net boven de norm van een epidemie (51/100.000) bleef hangen (figuur 2). Het is met 21 weken de langste griepgolf ooit. Aanvankelijk kwam er vooral H3N2 voor (63%), maar de laatste maanden van de epidemie is het vooral influenza B. Een van de verklaringen dat de griep langer duurt dan normaal is dat er meerdere stammen rondwaren en er een mismatch is tussen het vaccin en het circulerende H3N2-virus. Hoewel het verleidelijk is de lange griepgolf dit seizoen te wijten aan deze mismatch en daarin een bewijs te zien voor de effectiviteit van vaccineren, is dat te kort door de bocht. Het zijn immers vooral jonge kinderen die ziek worden. Het aantal pneumonieën bij ouderen piekte begin januari in de huisartsenregistratie even, maar daalde daarna weer tot niveaus die vergelijkbaar zijn met voorgaande jaren (figuur 3). Bij pneumonieën gaat het vooral ook om jonge kinderen. Weliswaar duurde de epidemie, volgens Gé Donker, huisarts en epidemioloog bij het NIVEL, veel langer dan voorgaande jaren, maar omdat er geen echt hoge piek was, bleef de invloed op het maatschappelijk functioneren beperkt.



FIGUUR 2 Incidentie van influenza-achtig ziektebeeld per leeftijdsgroep in heel Nederland. Weergegeven is de incidentie per week in aantallen per 100.000 personen voor 2 griepseizoenen (bron: NIVEL 12 mei 2015).

FIGUUR 3 Prevalentie van pneumonie per leeftijdsgroep in heel Nederland. Weergegeven is de weekprevalentie in aantallen per 100.000 personen voor 2 griepseizoenen (bron: NIVEL 12 mei 2015).

Hoewel er in de media berichten verschenen over toenemende druk op ziekenhuizen en aparte ‘griepafdelingen’ zijn er geen betrouwbare cijfers over influenza als verwekker van een pneumonie die opname of sterfte tot gevolg heeft. De oversterfte in Nederland en een aantal andere landen die meedoen aan de European Monitoring of Mortality (EuroMoMo; www.euromomo.eu) is deze winter wat hoger dan normaal, maar dat betekent volgens de onderzoekers niet automatisch dat die oversterfte door de influenza of mismatch komt. In de UK, waar er iets minder griep was, is de oversterfte deze winter wel iets lager dan normaal. Volgens Schotse onderzoekers komt dat vooral door het zachte seizoen in Schotland waar ze alle kinderen tussen de 2-11 jaar inenten. Overzichten over incidentie in Europa zijn te vinden op de website: www.flunewseurope.org.

Openstaande vragen

Influenzavaccinatie kan besmetting voorkomen. Het ene seizoen lukt dat wat beter dan het andere, maar de effectiviteit schommelt meestal zo tussen de 30 en 70%. Daarover gaat de echte discussie niet. In de discussie over het maatschappelijk nut van de vaccinatie draait het meer om andere, onderliggende vragen: hoe zit het met sterftcijfers en met de daadwerkelijke morbiditeit en kun je toch niet een allesbeslissende RCT doen?

Sterftcijfers

In de discussie gaat het over sterfte aan griep, in het GR-rapport uitgedrukt als ‘oversterfte in een periode’. Jan Kardaun, hoogleraar registratie en statistiek van doodsoorzaken aan de Universiteit van Amsterdam en verbonden aan het CBS, stelt dat ‘oversterfte interpreteren iets anders is dan doodsoorzaken vastleggen. Oversterfte kan door iedereen geclaimd worden die daar een oorzaak voor bedenkt. Als het belangrijk is, zou dat echt uitgezocht moeten worden. Mensen doen in verschillende seizoenen verschillende dingen en het is dan niet makkelijk seizoensgebonden oversterfte aan een oorzaak toe te schrijven. Daarvoor heb je extern gevalideerde argumenten nodig.’ Volgens

hem komt het ook niet zo heel veel voor 'dat iemand die een week eerder nog gezond wandelde een week later door griep overlijdt. Het is vaak een combinatie van allerlei factoren waarvan influenza er een kan zijn. Het komt maar heel weinig voor dat influenza als rechtstreekse doodsoorzaak opgegeven wordt.' Een sluitende registratie lijkt hem lastig: 'Alle gevolgen die zeldzaam zijn, zijn lastig te meten.'

Ontbreken van harde ziekenhuisgegevens

De ziektelast van influenza is een schatting. In Nederland ontbreekt immers een surveillancesysteem voor acute ernstige luchtweginfecties in ziekenhuizen. Merkwaardig genoeg is dat er in een aantal voormalige Oostbloklanden wel. Ziekenhuissurveillance is na de Mexicaanse griep in 2009 beleidsprioriteit volgens Rianne van de Gageldonk-Lafeber, senior-epidemioloog bij het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Financiering was een probleem waardoor er nu pas een proef met een surveillancesysteem start waarbij 'real time' in het LUMC en het Jeroen Bosch Ziekenhuis de ernstige respiratoire infecties inclusief influenza worden vastgelegd en gevolgd. Van Gageldonk: 'Elk ziekenhuis heeft zijn eigen systeem en daar zijn data niet real time uit te krijgen. Het is bij ziekenhuizen minder makkelijk dan het lijkt, want je wilt de dagelijkse gang van zaken ook niet teveel verstoren.' De proef loopt tot 2019 en pas daarna kan mogelijk een landelijk surveillancesysteem worden opgezet. 'De gegevens uit de Dutch Hospital Data-database zijn niet real time beschikbaar wat wel nodig is om tijdig het beleid aan te kunnen passen. Bovendien wordt het merendeel van de pneumonieën geregistreerd als 'verwekker onbekend', waardoor niet duidelijk is wat het precieze aandeel van influenza is.'

Ethiek van een RCT

Critici zijn niet tevreden zonder een nieuwe grote gerandomiseerde trial, maar voorstanders en de auteurs van het GR-rapport zeggen dat het ethisch niet kan. Er is immers al bewijs uit observationeel onderzoek dat vaccinatie beter is. Volgens Suzanne van de Vathorst, UHD ethiek aan het ErasmusMC, is dat te kort door de bocht. De ethici van het ErasmusMC hebben nooit het verzoek gehad eens mee te denken over een RCT over griep. 'Ik denk dat een RCT wel kan. Je dwingt mensen toch niet om aan een RCT mee te doen. Mensen hebben buiten die RCT toch de mogelijkheid om zich te laten vaccineren?' Het is misschien wel net als bij chirurgische RCT's waarbij we wel observaties hadden, maar geen bewijs. 'Ik denk wel dat we hele grote aantallen nodig hebben om effectiviteit aan te tonen, want hoe kleiner het effect hoe groter de trial.' Het probleem bij het afwegen of vaccinatie nuttig is, is volgens Vathorst

ook het antwoord op de vraag welke mensen je er mee redt. 'Zijn dat de mensen voor wie de redding het meest gewenst is? Dat weet ik niet zo goed. Toen mijn schoonmoeder in het verpleeghuis de griep prik moest krijgen, zou de griep voor haar wellicht niet erg zijn, maar voor de rest van de bewoners misschien wel, en zeker voor de mensen die er werken. De herd-immunity is nog een bijzonder probleem bij vaccinaties.' Van de Vathorst pleit voor een duidelijkere voorlichting. 'Je kunt maar beter eerlijk zijn'.

Grote vaccinatietrials blijken mogelijk. Onlangs werd een grote pneumokokkenvaccinatietrial door onder andere het UMCU uitgevoerd die naar verluidt meer dan 100 miljoen euro heeft gekost en waarin bijna 85.000 mensen werden ingesloten. Ook bij de pneumokokken was er uit andere landen van tevoren wel observationeel bewijs dat vaccinatie zou kunnen helpen. Miquel Ekkelenkamp, arts-microbioloog in het UMCU, rekende in de al genoemde GR-bijeenkomst in 2012 uit dat een RCT wel mogelijk is en ongeveer de kosten van 1-2 jaar vaccineren bedraagt.

Slotakte?

Zijn we al aan een slotakte toe? De GR is in de loop der jaren wel ietsje opgeschoven van een ferme stellingname tot een iets aarzelend advies dat vaccineren nuttig is. Het NHG volgt en zet de aarzeling alleen in de zijlijn. 'De toon van het hele GR-advies is wat weifelender dan in het advies uit 2007, maar uiteindelijk heeft men het in de commissie niet aangedurfd om uitsluitend aan de minister te vertellen dat er geen bewijs voor of bewijs tegen was en dat ze vooral zelf een besluit moest nemen,' zo vertelt Frans Meijman, huisarts en lid van de GR-commissie. Het kwartje had dus heel misschien ook de andere kant op kunnen vallen, maar eenmaal lopende programma's stoppen is nu eenmaal een aanzienlijk moeilijker beslissing dan een advies om door te gaan in de hoop dat het beter wordt.

De mismatch dit jaar doet het beeld ook niet kantelen. Of de ervaringen deze winter de vaccinatiebereidheid van de bevolking voor het komend seizoen beïnvloeden, is nog onbekend.

We hebben voorlopig geen harde gegevens over influenzamorbiditeit uit ziekenhuizen en moeten het doen met schattingen en de wel accurate cijfers uit de huisartsenpraktijk. Een uitgang voor de patstelling in de discussie komt voorlopig dus niet hier vandaan, hoewel er wel pogingen worden ondernomen alle gegevens slim te combineren om toch iets over de oversterfte te zeggen.⁹

Onethisch of onhaalbaar lijkt een grote trial niet te zijn, maar de vraag is alleen of zo'n trial de discussie ook daadwerkelijk beslist. Zou bij een negatieve uitkomst zowel Europa als Nederland stoppen met collectieve vaccinatieprogramma's? Laten voor- én tegenstanders zich door één prachtige trial overtuigen? Als dat op voorhand niet zo is, is investeren in zo'n trial niet zinvol.

Hoe zouden we verder komen?

De discussie over griepvaccinatie is inmiddels bijna net zo oud als de 60-plusser die komend jaar voor het eerst wordt ingeënt. Het bewijs over het nut mag dan wel ietsje steviger zijn dan bij het eerste advies eind jaren 50, maar we weten ook heel veel nog steeds niet zeker. Of die onzekerheid de slinger doet doorslaan naar wel of naar niet massaal vaccineren heeft weinig met wetenschap en veel met overtuiging te maken. Bij de georganiseerde anarchie die besluitvorming volgens de Amerikaanse politicoloog John Kingdon is, gaat het om het gelijktijdig samenvallen van de maatschappelijke discussie, mogelijke alternatieven én een politieke gebeurtenis of uitruil. Als al die 'luikjes' in die 3 stromen tegelijk openstaan komt er een besluit, zo beschrijft hij in een klassieke studie over besluitvorming in het Amerikaanse congres.⁵ Bij de start van het Nationale programma in 1995 ging het ook niet om het bewijs maar waren zowel de agendasetting, de alternatieven en het politieke moment precies tegelijk rijp voor invoering. De kans dat in deze 3 onderstromen van politieke besluitvorming de luikjes opnieuw tegelijk open gaan om weer terug te kunnen kruipen naar 'facultatief vaccineren', lijkt niet groot.

Verbeterpunten

Het debat is en blijft dus voorlopig onbeslist. Aan een echte slotakte lijken we niet toe, maar er zouden wel wat 'simpele dingen' aan te pakken zijn. Geen van de 4 heeft iets met wetenschap en bewijs te maken maar wel met informatie geven, gegevens verzamelen, en met het voeren van een maatschappelijk debat over adviesstructuren en ideeën over wat we nu echt zuinige, zinnige en optimale zorg vinden.

Verbeterpunt 1

De huidige informatiefolder van het RIVM en de informatie op Thuisarts.nl (www.thuisarts.nl) bevat geen feitelijke informatie, er staat geen enkel cijfer in. Dat zou dus en misschien zelfs dit seizoen al, gemakkelijk beter kunnen, zowel NHG als de minister zijn immers al voor. Jako Burgers van het NHG denkt dat meer feitelijke informatie over de vaccinatie als een beslishulpmiddel

goed is. 'De beslissing om je te laten vaccineren kan dan beter door de burger zelf worden genomen. De neiging bestaat nu om bij preventie en screening te streven naar een zo hoog mogelijke opkomst, maar dat kan nooit het doel zijn. Het zou moeten gaan om een goed geïnformeerde besluitvorming.'

Verbeterpunt 2

Ook zonder trial kunnen er meer harde gegevens komen over morbiditeit en mortaliteit door influenza. Onder andere door het versneld invoeren van een ziekenhuissurveillancesysteem. Een dergelijk systeem kost waarschijnlijk maar een fractie van de jaarlijkse griepvaccinatie en is zeker goedkoper dan een trial.

Verbeterpunt 3

Het zou volgens insiders kunnen helpen als adviesorganen en wetenschappelijke verenigingen zich strikter houden aan een opdracht om bewijs te verzamelen en te wegen en het formuleren van een besluit over vaccineren over te laten aan de politiek. Een minister kan volgens Ab Klink, de vorige minister van VWS, bij adviezen over screenen en vaccineren immers weinig anders doen dan een GR-advies opvolgen. Het luistert dus nauw wat een dergelijk adviesorgaan opschrijft. Bij de samenstelling van commissies gaat het ook niet alleen om mogelijke belangenverstrengeling met de farmaceutische industrie, maar vooral ook om de aanwezigheid van niet teveel deskundigen met een intellectuele belangenverstrengeling.

Verbeterpunt 4

Wellicht zouden we als artsen en als maatschappij nog eens moeten kijken naar het telkens berekenen van kosteneffectiviteit per ziekte, waarbij we ons ook nog eens baseren op modellen met veel onzekere factoren. Hoe houden we het totale plaatje in de gaten? Kunnen we de 57 miljoen euro van de vaccinatie bijvoorbeeld niet beter investeren in betere hygiëne in verpleeghuizen, stoppen-met-roken-programma's massaal invoeren of meer ruimte creëren voor thuishulpen zodat kwetsbare ouderen langer thuis kunnen blijven wonen? Ook maatschappelijk geld kunnen we maar 1 keer uitgeven. Het griepdebat moet naar een algemener debat over optimale zorg getild worden.

Ten slotte

Bij gebrek aan bewijs valt geen advies te geven of u als huisarts deze maand meer of minder vaccinaties dan vorig jaar moet bestellen, maar even nadenken lijkt verstandig.

Literatuur

1. Van Westreenen E en Hofmans A. Organisatie influenzavaccinatie in de algemene praktijk. *Huis Wet* 1961;4:87-8.
2. Van Essen GA, Sorgedragger YCG, Salemink GW, Govaert ThME, Van den Hoogen JPH, van der Laan JR. NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie. *Huisarts Wet* 1993;36:342-6.
3. Van Essen GA, Bueving HJ, Voordouw ACG, Berg HF, Van der Laan J, Van Lidth de Jeude CP et al. NHG-Standaard influenza en influenzavaccinatie. *Huisarts Wet* 2008;51:4.
4. Bijl D. Werkzaamheid en effectiviteit van influenzavaccinatie. *Geneesmiddelenbulletin* 2011;45:109-117.
<http://gebu.artsennet.nl/Archief/Tijdschriftartikel/Werkzaamheid-en-effectiviteit-van-influenzavaccinatie-1.htm>
5. Bijl D. Terugblik op het artikel over influenzavaccinatie in het *Geneesmiddelenbulletin*. *Geneesmiddelenbulletin* 2012;46:8-12.
(<http://gebu.artsennet.nl/Archief/Tijdschriftartikel/Terugblik-op-het-artikel-over-influenzavaccinatie-in-het-Geneesmiddelenbulletin.htm>).
6. Gezondheidsraad. Grip op griep. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr.2014/16. <http://www.gr.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/preventie/grip-op-griep>.
7. Davidse W, Perenboom EJM. Verhoging van de vaccinatiegraad tegen influenza bij risicopatiënten door gerichte uitnodiging in de eerste lijn. *Ned Tijdschr Geneeskunde* 1995;139:2149-52.
<https://www.ntvg.nl/artikelen/verhoging-van-de-vaccinatiegraad-tegen-influenza-bij-risicopati%C3%ABnten-door-gerichte>.
8. Tacken M, Jansen B, Mulder J, Tiersma W, Braspenning J. Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2013. Nijmegen IQ_healthcare. LINH, ISBN: 978-94-6279-001-8.
9. Van den Wijngaard C, Van Asten L, Meijer A, Van Pelt W, Nagelkerke NJD, Donker GA et al. Detection of excess influenza severity; associating respiratory hospitalization and mortality data with reports of influenza-like illness by primary care physicians. *Am J Public Health* 210;110:2248-54.
<http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/100/11/2248>.
10. Kingdon JW. *Agenda's, alternatives and public policies*. Boston: Longman, updated 2th edition 2011.

Gerelateerde artikelen

- [Preventie in de eerste lijn*](#)

Open

Onderzoek

Hedwig M.M. Vos

- [De discussie](#)
- [Een aarzelende Gezondheidsraad](#)
- [2015: een lange griepgolf en een mismatch](#)
- [Openstaande vragen](#)
- [Verbeterpunten](#)
- [Ten slotte](#)
- [Literatuur](#)
- [Gerelateerde artikelen](#)

Ontvangt u onze nieuwsbrief al?

[Aanmelden](#)

- [Twitter](#)
- [Facebook](#)
- [LinkedIn](#)
- [RSS](#)

- [Colofon](#)
- [Contact](#)
- [Copyright](#)
- [Privacy](#)
- [Service](#)
- [Disclaimer](#)
- [About us](#)
- [Adverteren](#)
- [Sitemap](#)

[Uitklappen](#) Om u beter van dienst te kunnen zijn maakt NTVG.nl gebruik van cookies [Meer info](#)