

Van aanbeveling naar bestelling: Hoe apothekers een doordachte keuze maken voor het volgende griepseizoen

Nieuwsbericht

25/02/2026



Marleen Haems en Isabel Leroux-Roels

Het griepvaccinatieseizoen 2025–2026 is nog maar net afgerond, en apothekers worden nu al uitgedaagd om vooruit te kijken. Terwijl de winter nog nazindert, moeten zij nu beslissingen nemen over hun vaccinbestellingen voor het volgende seizoen. Dat is geen eenvoudige opdracht. Het toenemende aanbod aan vaccins, de wetenschappelijke evoluties, wisselende adviezen en de verwachtingen van patiënten en artsen maken de procedures elk jaar complexer.

Daarnaast wordt onze gezondheidszorg steeds meer bepaald door de vergrijzing. De groep 65-plussers groeit en is kwetsbaarder voor influenza. Dat verhoogt de zorgdruk en maakt goede keuzes van de apotheker belangrijker.

Om beter te begrijpen hoe apothekers hierin hun weg vinden, gingen we in gesprek met Isabel Leroux-Roels, hoofddocent aan UGent en expert in vaccinologie, en Marleen Haems, algemeen directeur van VAN. Zij duiden welke wetenschappelijke inzichten vandaag richting geven, hoe je aanbevelingen vertaalt naar een bestelling, en welke aandachtspunten apothekers helpen om zich goed voor te bereiden op het volgende seizoen.



1. Een veranderende context: waarom apothekers meer dan ooit richting nodig hebben

VAN: Het vaccinatieseizoen is amper voorbij en toch moeten apothekers al opnieuw vooruitplannen. Waarom blijft dit zo'n moeilijke oefening?

Marleen Haems: Omdat het speelveld elk jaar verandert. Je hebt niet alleen te maken met het aanbod en de beschikbaarheid, maar ook met nieuwe studies, aangepaste adviezen, en soms zelfs nieuwe technologieën. Bovendien is de verantwoordelijkheid van apothekers groot, 80% van de griepvaccins in Vlaanderen wordt door hen voorgeschreven. De keuzes die zij maken, in overleg met de lokale huisartsen, heeft dus rechtstreeks impact op de volksgezondheid.

VAN: En speelt de vergrijzing hierbij een rol?

Isabel Leroux-Roels: Een heel grote rol. De vergrijzing van de bevolking zorgt dat er meer risicopersonen zijn voor ernstige influenza. Tegelijk presteren standaardgriepvaccins bij hen minder goed dan bij jongere volwassenen. Dat heeft onder meer te maken met immunosenescentie. Dus een doordachte vaccinatiestrategie is zeer nodig.

Vanuit volksgezondheid is het essentieel om ouderen en andere risicogroepen zo lang mogelijk gezond te houden en complicaties te voorkomen.

Voor apothekers betekent dit dat de bestelling meer vraagt dan een snelle keuze. Je weegt verschillende factoren af: wat de wetenschappelijke evidentie zegt, hoe vaccins geprijsd en terugbetaald worden, wat artsen en patiënten verwachten, en wat er effectief beschikbaar is. Bij het vorige seizoen was er enige verwarring over richtlijnen. Daarom is het voor het komende seizoen belangrijk om alle elementen goed te bekijken en te vertrekken van een evidence-based strategie.

2. Wat betekent immunosenescentie voor de keuze van het vaccin?

VAN: U verwijst vaak naar immunosenescentie. Wat moeten apothekers daar precies van begrijpen?

Leroux-Roels: Immunosenescentie is de veroudering van het immuunsysteem. Het werkt minder efficiënt, reageert minder krachtig op antigenen en bouwt minder robuuste immuniteit op. En dus beschermen gebruikelijke griepvaccins minder goed bij ouderen. Daarom zoekt men al jarenlang naar manieren om het immuunsysteem van ouderen beter te prikkelen.

VAN: En dat heeft geleid tot de zogenaamde 'versterkte vaccins'?

Leroux-Roels: Inderdaad. Vandaag zijn er twee types versterkte vaccins beschikbaar. Het hooggedoseerde vaccin bevat vier keer meer antigeen. Het geadjuvanteerde vaccin bevat de standaarddosis antigeen, maar voegt een immuunstimulerende stof toe, MF59, om de respons te versterken.

Beide aanpakken hebben het doel om een sterker adaptief immuunantwoord uit te lokken bij een immuunsysteem dat minder vlot reageert. Dat is geen luxe, maar een noodzakelijke stap om ouderen beter te beschermen.



3. Hoe werken de versterkte vaccins precies?

VAN: Apothekers stellen zich vragen over deze versterkte vaccins. Hoe werken ze precies?

Leroux-Roels: Bij het geadjuvanteerde vaccin wordt aan de standaarddosis antigeen een immuunstimulerende stof toegevoegd. Dat is MF59, een olie-in-wateremulsie. Je kan dat zien als een alarmsignaal. Het veroorzaakt een korte lokale ontstekingsreactie, waardoor immuuncellen sneller naar de injectieplaats worden aangetrokken.

Vervolgens zet je een kettingreactie in gang. Er komen meer immuuncellen naar de injectieplaats, die het antigeen efficiënter opnemen en zich ontwikkelen tot antigeenpresenterende cellen. Die cellen migreren daarna naar de drainerende lymfeklier, waar ze T-cellen en B-cellen sterker activeren dan bij een standaardvaccin. Het resultaat is een krachtiger adaptief immuunantwoord, met meer en vaak bredere antistoffen, en dus betere bescherming. Dit type vaccin is bovendien al langer in gebruik, geregistreerd sinds 1997.

Het hooggedoseerde vaccin werkt volgens een eenvoudiger principe, het bevat simpelweg meer antigeen. Concreet gaat het om 60 µg in plaats van 15 µg. Dat lijkt misschien een klein verschil, maar voor een verouderd immuunsysteem is het essentieel. Door die hogere dosis wordt sneller de drempel gehaald die nodig is om een effectieve immuunreactie op gang te brengen.

VAN: Is het ene dan beter dan het andere?

Leroux-Roels: Nee. Een systematische review en meta-analyse van tien studies toont aan dat zowel het geadjuvanteerde vaccin als het hoge dosis vaccin **even** werkzaam zijn (Domnich A, et al. Int J Infect Dis 2022). Ook een recente pragmatische gerandomiseerde studie bij 430.000 65-plussers kon geen superioriteit van het ene boven het andere aantonen (Hsiao et al. Presented at: ID Week 2024. 16–19 October, 2024. Los Angeles, USA). Daarom kunnen beide vaccins als gelijkwaardig worden beschouwd en zijn ze onderling inwisselbaar.

4. De recente evidentie, visie van de Hoge Gezondheidsraad en internationale context

VAN: In de klinische eindpunten die je al vermeldde, zie je een hogere werkzaamheid. Wat weten we vandaag precies?

Leroux-Roels: In tientallen studies zien we voor versterkte griepvaccins een 10% tot 30% hogere relatieve werkzaamheid (t.o.v. standaard griepvaccins) tegenover verschillende klinisch relevante uitkomsten, zoals labobevestigde influenza, influenzagerelateerde hospitalisaties, bezoeken aan de spoeddienst en hospitalisatie voor pneumonie. De Flunity HD-studie toonde daarnaast ook een beperkte, maar significante bescherming tegen hospitalisatie door cardiorespiratoire ziekte (6,3%) en tegen all-cause hospitalisatie (2,2%). Dat illustreert dat de impact van griepvaccinatie verder reikt dan het voorkomen van de infectie alleen.



VAN: De Hoge Gezondheidsraad was vroeger wat terughoudender over versterkte vaccins. Wat is er veranderd?

Leroux-Roels: Het standpunt van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) is de afgelopen jaren geëvolueerd door nieuwe wetenschappelijke inzichten. Versterkte vaccins stonden al langer vermeld in adviezen, maar een echte voorkeursaanbeveling bleef aanvankelijk uit, deels uit voorzichtigheid en deels uit vrees voor tekorten. Intussen is de wetenschappelijke basis duidelijk sterker.

Sinds seizoen 2025-2026 heeft de HGR voor 65-plussers een voorkeursaanbeveling geformuleerd voor deze versterkte vaccins. Die aanbeveling steunt op verschillende soorten bewijs. Placebo-gecontroleerde studies zijn bij ouderen niet meer ethisch, omdat griepvaccinatie voor hen als standaardzorg geldt. Gerandomiseerde studies waarin een versterkt vaccin wordt vergeleken met een standaardvaccin zijn voorlopig wel nog mogelijk, maar ze zijn zeer duur en worden doorgaans slechts één keer uitgevoerd per vaccin. Bovendien zijn ze meestal enkel gepowered voor labobevestigde influenza en niet voor zeldzamere, maar klinisch zeer relevante uitkomsten, zoals hospitalisatie of cardiovasculaire complicaties. Daarom zijn ook observationele studies belangrijk, zoals test-negative case-control ontwerpen.

We hebben een combinatie van de twee nodig. Real-world evidence laat toe om in grote populaties effectiviteit te meten op zeldzamere - uitkomsten om hoogrisicogroepen te evalueren, zoals mensen met comorbiditeiten of immuungecompromitteerden, die vaak ondervertegenwoordigd zijn in klassieke RCT's.

Daarnaast zien we meer pragmatische gerandomiseerde studies die het beste van beide werelden combineren. Om het risico op bias te verminderen, wordt een patiënt via randomisatie toegewezen aan de ene of de andere studiearm bijvoorbeeld een versterkt vaccin versus een controlevaccin. Verder verloopt de studie in een realistische context: de routinezorg blijft gewoon doorgaan en wordt niet gestuurd door onderzoekers. De uitkomsten, zoals PCR-bevestigde griep, complicaties en hospitalisaties, worden nadien verzameld via gezondheidsdossiers en gekoppelde databanken.

Zo kunnen er veel grotere klinische studies uitgevoerd worden, zoals de Flunity HD-studie (Johansen et al., Lancet 2025). In een populatie van 466.000 personen toonde die aan dat het hooggedoseerde griepvaccin 32% relatief werkzamer was dan een standaardvaccin in het voorkomen van labobevestigde influenzahospitalisatie. Dat is een klinische significante meerwaarde, resultaten die we niet meer naast ons kunnen neerleggen.

Haems: Bovendien zijn we niet het enige land dat deze richting uitgaat. De VS, het VK, Nederland, Duitsland en Frankrijk waren ons al voor. België volgt dus een internationale trend, gebaseerd op robuuste data.

Leroux-Roels: Inderdaad. Verschillende landen hebben, op basis van de beschikbare evidentie, al een voorkeursaanbeveling voor versterkte vaccins, en dat aantal blijft toenemen naarmate nieuwe efficaciteitsdata beschikbaar komen.



5. De verwarring van vorig seizoen: kan dat opnieuw gebeuren?

VAN: Was er tijdens het vorige seizoen niet heel wat verwarring door tegenstrijdige adviezen en late communicatie?

Haems: Klopt. Er waren veel verschillende stemmen tegelijk. Het advies van de HGR en dat van BCFI, communicatie vanuit de RMG en de aanbeveling van VAN samen met Domus Medica. Dat maakte het niet altijd duidelijk wat nu precies de lijn was.

Leroux-Roels: De communicatie is inderdaad niet goed verlopen. Het advies van de HGR kwam laat en werd ook verkeerd geïnterpreteerd. Het leek alsof de voorkeursaanbeveling voor versterkte griepvaccins op één nieuwe studie gebaseerd was. Dat klopte niet, maar het leidde wel tot een ander advies van BCFI en zorgde zo voor veel verwarring in het werkveld. Voor het komende seizoen zal dit niet opnieuw gebeuren. BCFI is bovendien ook vertegenwoordigd binnen de HGR.

Haems: Omdat we wisten dat de voorraad versterkte vaccins vorig seizoen niet volstond voor de volledige doelgroep, hebben we samen met Domus Medica aanbevolen om de versterkte vaccins prioritair te gebruiken bij de patiënten met het hoogste risico. Dit jaar zou dat niet nodig zijn. De communicatie komt vroeger en producenten kunnen hun productie nog bijsturen als apothekers tijdig bestellen.

6. Bijwerkingen: wat moeten apothekers vertellen aan patiënten?

VAN: Zijn er meer bijwerkingen bij versterkte vaccins?

Leroux-Roels: Ja, meestal zien we iets vaker lokale bijwerkingen, zoals pijn of gevoeligheid aan de injectieplaats. Soms is er ook wat vermoeidheid of veralgemeende spierpijn. Dat komt omdat deze vaccins het immuunsysteem meer stimuleren. Doorgaans zijn deze reacties mild en ze verdwijnen na één tot twee dagen. Voor veel ouderen zijn dit aanvaardbare ongemakken, zeker wanneer je uitlegt waarom ze kunnen optreden.

Zien we een verschil in de vaccinatiegraad tussen landen waar wel of niet wordt gevaccineerd met de nieuwere vaccins?

Leroux-Roels: In landen waar versterkte griepvaccins al langer worden aanbevolen en gebruikt, zien we geen aanwijzingen dat ze leiden tot een lagere vaccinatiebereidheid. De vaccinatiegraad wordt in de meeste contexten vooral bepaald door hoe sterk zorgverleners de vaccinatie aanbevelen. Een volledige overstap naar versterkte vaccins verloopt meestal geleidelijk. In landen met een duidelijke voorkeursaanbeveling is het aandeel versterkte vaccins in de doelgroep vaak hoog, maar standaarddosise vaccins zijn niet overal volledig verdwenen. Hoe snel die verschuiving gebeurt, hangt sterk samen met terugbetaling, beschikbaarheid en hoe de zorgpraktijk georganiseerd is.



7. De opkomst van nieuwe technologieën

VAN: Er is heel wat nieuwe technologie in opmars in de apotheek. Wat betekent dat voor de keuze van vaccin?

Leroux-Roels: Vanaf het volgende seizoen komt ook een celgekweekt griepvaccin beschikbaar in België, Flucelvax^R. Het belangrijkste verschil is dat er geen ei-adaptatie van het griepvirus nodig is. Daardoor zien we minder antigeenveranderingen die de immuunrespons kunnen verzwakken, vooral bij H3N2. Het kan ook een alternatief zijn voor mensen met een ei-allergie die in het verleden een ernstige allergische reactie kregen na vaccinatie.

We zien ook een iets hogere relatieve werkzaamheid bij kinderen en volwassenen jonger dan 65 jaar, ook in risicogroepen. Voor die doelgroep is dit dus ook een waardevol alternatief. Bij 65-plussers blijft een versterkt griepvaccin nog steeds de beste keuze.

Een bijkomend voordeel is dat de productie niet afhankelijk is van kippen. Dat kan relevant zijn bij uitbraken van hoogpathogene vogelgriepvirussen, zoals H5N1.

Daarnaast verwachten we binnenkort ook een mRNA-griepvaccin. Dat wordt momenteel geëvalueerd door het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA). In een fase 3-studie werd een hogere werkzaamheid aangetoond tegenover een standaardgriepvaccin, bijna 27%. Er wordt bovendien intensief gewerkt aan combinatievaccins tegen griep en covid.

8. De gezondheids-economische dimensie: wat is verantwoord?

VAN: Versterkte vaccins zijn wel duurder. Is die meerkost verantwoord?

Leroux-Roels: Ja. In Europa zijn er heel wat kosten-effectiviteitsanalyses uitgevoerd voor versterkte griepvaccins. Bij ouderen ligt de kost meestal rond 5.000 tot 15.000 euro per gewonnen quality-adjusted life-year (QALY), wat ruim binnen de gangbare normen valt. De grootste economische winst komt vooral door minder hospitalisaties. Ook een Belgische analyse bevestigt dit (Marbaix et al., Expert Review of Vaccines, 2023).

9. Hoe bepalen apothekers een verstandige voorraadstrategie?

VAN: Wat raad je concreet aan voor apothekers die nu hun bestelbeslissingen nemen?

Haems: Volgend seizoen hebben apothekers in de praktijk meerdere opties. Enerzijds is er het standaardgedoseerde vaccin, waarvan de toegevoegde waarde, evenals de plaats in de aanbevelingen duidelijk is: ze worden aanbevolen voor alle doelgroepen en risicopersonen onder de 65 jaar. Anderzijds zijn er twee types versterkte vaccins die als evenwaardig worden beschouwd en aanbevolen zijn voor mensen vanaf 65 jaar. Tot slot is er ook een celgekweekt vaccin, dat vooral bij personen jonger dan 65 jaar een betere werkzaamheid kan geven.

Al deze vaccins kunnen voorgeschreven worden door zowel huisartsen als apothekers en ze kunnen door elke vaccinator worden toegediend. In de praktijk blijft de kostprijs wel een factor. Versterkte vaccins zijn voor de patiënt ouder dan 65 jaar iets duurder.



	Standaardgedoseerde griepvaccins	Versterkte griepvaccins	Celgekweekt griepvaccin
Publieksprijs	17,74	30,87	17,74
Remgeld	4,08	7,92 (vanaf 65 jaar)	4,08
Remgeld bij verhoogde tegemoetkoming	2,45	4,71 (vanaf 65 jaar)	2,45
	Alpharix ^R Influvac ^R Vaxigrip ^R	Effuelda ^R Fluad ^R	Flucelvax^R

Een doordachte bestelstrategie begint met een korte analyse van de eigen patiëntenpopulatie.

Breng in eerste instantie in kaart hoeveel 65-plussers je in je apotheekbestand hebt. Voor hen wordt een versterkt griepvaccin aanbevolen. Hoeveel werden er vorig jaar gevaccineerd? Is er potentieel om dit nog verder uit te breiden? Schat in hoeveel er in het nieuwe seizoen de overstap zullen maken naar een versterkt vaccin.

Vervolgens kijk je naar de patiënten tussen 50 en 65 met risicofactoren voor griep. Voor hen kan, afhankelijk van het individuele profiel, gekozen worden.

Het geadjuvanteerde vaccin is op dit ogenblik reeds geregistreerd vanaf 50 jaar. Voor het hooggedoseerde vaccin, dat nu vergund is vanaf 60 jaar, wordt een uitbreiding naar de leeftijdsgroep vanaf 50 jaar verwacht. Onder de leeftijd van 65 jaar zijn deze versterkte vaccins niet terugbetaald, waardoor de kostprijs voor sommige patiënten een rol kan spelen, ook al kunnen ze relevant zijn voor immuungecompromitteerde personen of voor personen met chronische nierinsufficiëntie.

Voor personen jonger dan 65 jaar zonder specifieke indicatie blijft het standaardvaccin de referentie. Een celgekweekt vaccin kan in deze leeftijdsgroep een alternatief zijn; het heeft in sommige studies een hogere werkzaamheid laten zien dan een ei-gebaseerd standaardvaccin, maar er is momenteel geen voorkeursaanbeveling voor dit type vaccin.

Tot slot is het nuttig om ook te kijken hoeveel mensen jonger dan 65 zonder risicofactoren toch een griepvaccin kiezen of nodig hebben.

Alle producenten geven aan dat er voor het komende seizoen geen productieproblemen te verwachten zijn en dat er, op voorwaarde van tijdige voorbestelling, voldoende vaccins zullen worden voorzien. De ervaring leert echter dat bij dergelijke complexe productieprocessen onvoorziene elementen niet volledig kunnen worden uitgesloten.



Het is handig om te weten dat het aantal afgeleverde griepvaccins vorig jaar in Vlaanderen bijna 5% steeg. Zo'n sterke stijging verwachten we natuurlijk niet elk jaar, ook al is de ambitie groot. In het kader van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling wordt tegen 2030 gemikt op een vaccinatiegraad tegen griep van 80% bij 65-plussers, 90% bij zwangeren en 90% bij gezondheidswerkers.

De evolutie binnen de eigen eerstelijnszone kan opgevolgd worden via de cijfers die de kringverantwoordelijke ontvangt van de lokale beroepsvereniging. Al vele jaren wordt meer dan 80% van de griepvaccins in Vlaanderen door de apotheker voorgeschreven. Dat geeft apothekers een belangrijke stem in de keuze van het product. Tegelijk blijft de lokale afstemming met huisartsen belangrijk, zodat men tot gedragen afspraken komt over de aanpak in de regio. Dat kan met een MFO, maar evengoed via een informeel overleg. Zo groeit een gezamenlijke en consistente strategie.

Leroux-Roels: In landen waar men al langer met een voorkeursaanbeveling werkt, stijgt het aandeel versterkte vaccins in de doelgroep vaak naar meer dan 80%. Ik verwacht dat dat hier ook zal gebeuren. Niet omdat het moet, maar omdat het logisch is, gezien de demografie en de beschikbare evidentie.

10. Tot slot: hoe begeleiden we de patiënt in deze evolutie?

VAN: Wat is de belangrijkste boodschap voor apothekers naar hun patiënten toe?

Leroux-Roels: Leg rustig en duidelijk uit waarom het vaccin dat je aanbeveelt past bij iemands leeftijd of gezondheidsstatus. Als mensen begrijpen waarom je voor een bepaald type kiest, groeit het vertrouwen. En ze aanvaarden lichte, tijdelijke bijwerkingen meestal makkelijker wanneer je uitlegt dat die vaak samenhangen met een sterker immuunsignaal.

Haems: En benadruk dat griep geen banale ziekte is, zeker niet bij ouderen. Door de vergrijzing stijgt de kwetsbaarheid, het risico op complicaties en wordt de impact op de zorg groter. Daarom is het waardevol dat we vandaag betere vaccins hebben en gerichter kunnen kiezen. Dat kan echt het verschil maken.

Uiteindelijk blijft het belangrijkste dat mensen effectief gevaccineerd worden.



Domnich A, et al. *Comparative effectiveness of adjuvanted versus high-dose seasonal influenza vaccines for older adults: a systematic review and meta-analysis.* Int J Infect Dis **2022**;22:55-863
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35878803/>

Hsiao et al. *Effectiveness of adjuvanted inactivated influenza vaccine versus high-dose inactivated influenza vaccine against PCR-confirmed influenza among adults ≥65 years: a pragmatic randomized study.* _ Open Forum Infect Dis 2025; Vol 12, February **2025** <https://doi.org/10.1093/ofid/ofae631.001> Presented at: ID Week 2024. 16-19 October, 2024. Los Angeles, USA.

Johansen et al., *Effectiveness of high-dose influenza vaccine against hospitalisations in older adults (FLUNITY-HD): an individual-level pooled analysis.* Lancet **2025** Volume 406, Issue 10518P2425-2434 DOI: [10.1016/S0140-6736\(25\)01742-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01742-8)

Marbaix et al. *Cost-effectiveness of the adjuvanted quadrivalent influenza vaccine in the elderly Belgian population* Expert Rev Vaccines **2023** Jan-Dec; 22(1):608-619. doi: 10.1080/14760584.2023.2229917.

Het gebruik van de versterkte vaccins, gezondheidseconomische studies met de verschillende griepvaccins en studies over het gebruik van de beschikbare vaccins tegen griep in diverse landen is ruim gedocumenteerd in de wetenschappelijke literatuur. Een lijst met referenties kan opgevraagd worden bij de contactpersonen.

Contact

MARLEEN HAEMS
Algemeen directeur Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)
0484 50 25 12
directie@vlaamsapothekersnetwerk.be

ISABEL LEROUX-ROELS
Hoofddocent aan UGent en expert in vaccinologie
0474 60 49 59
Isabel.LerouxRoels@uzgent.be

DENNIS AMSTERS
Communicatiemedewerker Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)
0494 90 09 02
dennis.amsters@vlaamsapothekersnetwerk.be

VAN is het representatief netwerk van de Vlaamse apotheker dat fungeert als aanspreekpunt en spreekbuis van de apotheker voor de Vlaamse overheid en alle organisaties betrokken bij de gezondheids- en welzijnszorg in Vlaanderen. VAN is een samenwerkingsverband van de apothekersverenigingen in de Vlaamse gemeenschap en brengt hun standpunten samen. VAN omkadert en versterkt de positie van de apotheker als actieve partner binnen een Vlaams gezondheidsbeleid en bevordert de ontwikkeling van Farmaceutische Zorg, preventie- en gezondheidsprojecten. VAN ondersteunt de Vlaamse apotheker in zijn dagdagelijkse praktijk en ontwikkelt en valoriseert het beroep van apotheker. VAN benut hiervoor de complementariteit die heerst binnen de apothekersverenigingen in de Vlaamse gemeenschap. Voor meer informatie zie: www.vlaamsapothekersnetwerk.be.

