Ophogen van de pneumokokken-vaccinatiegraad binnen de praktijk 'De Merel' te Merelbeke

Haio: DE MEIJER Delphine , U.G.
Promotor: PETROVIC Mirko , U.G.
Praktijkopleider: DESIMPELAERE Patrick , HOUTMAN Anke , SAMYN Emmanuel , VAN RENTERGHEM Arne , VAN RENTERGHEM Eric , VLIEGHE Barbara

Context: De bevolking vergrijst en het aantal risicopatiënten voor het ontwikkelen van ernstige pneumokokkeninfecties neemt toe. Vaccinatie tegen de bacterie is erg van belang voor zowel patiënt als maatschappij. De Hoge Gezondheidsraad (HGR) rapporteert een vaccinatiegraad van 18,7-32% voor Vlaamse risicogroepen, wat laag is als we vergelijken met buurlanden en de Verenigde Staten. Huisartsenpraktijk De Merel te Merelbeke heeft een vaccinatiegraad van 20,7% voor mensen tussen 50-85 jaar met comorbiditeiten en 12,7% voor mensen tussen 65-85 jaar zonder comorbiditeiten. Daarom hebben we besloten hierrond een kwaliteitsverbeterproject te starten.

Onderzoeksvraag: 1. Wat is de vaccinatiegraad voor en na enkele motiverende acties van de praktijk, en hoe verhoudt deze zich t.o.v. de vaccinatiegraad van Vlaanderen? 2. Hoe kunnen we de acties in de praktijk verbeteren om zoveel mogelijk patiënten te bereiken in de toekomst? Dit doen we aan de hand van 3 sub-onderzoeksvragen: a. Wat is het verschil in profiel tussen de responders en de non-responders (geslacht, leeftijd, aantal comorbiditeiten, taal, verhoogde tegemoetkoming, jaarlijkse vaccinatie met griepvaccin)? b. Wat vonden de patiënten die gekomen zijn op de vaccinatiedagen van de acties en hoe vinden zij dat deze beter kunnen? c. Waarom zijn de non-responders niet ingegaan op de acties?

Methode: De risicogroepen waar wij ons op toespitsten waren enerzijds patiënten van 50-85 jaar met comorbiditeiten (N=429) en anderzijds patiënten van 65-85 jaar zonder comorbiditeiten (N=482), cfr. de definitie volgens de HGR. Om onze onderzoekspopulatie te bepalen, gebruikten we volgende exclusiecriteria: patiënten zonder GMD in de praktijk, patiënten die > 3 jaar niet meer op consultatie zijn geweest en palliatieve patiënten. We maakten gebruikt van het elektronisch medisch dossier ‘Daktari’. We pasten de FOCUSPDCA- methode toe en hanteerden volgende actieplannen: een informatiemail en herinneringsmail, een bewegend informatiescherm in de wachtzaal, informatiebrochures en opportunistische informering via de arts of verpleegkundige op consultatie. We organiseerden 4 vaccinatiedagen waarna de gevaccineerden een anonieme vragenlijst invulden. De mensen die niet gereageerd hadden op de informatiemail en herinneringsmail, belden we ad random op (N=20) en namen we telefonisch een vooraf gemaakte vragenlijst bij af.

Resultaten: De verschillende actieplannen brachten een verdubbeling (20,7% à 39,1%) teweeg van de vaccinatiegraad van de risicopatiënten tussen 50-85 jaar met comorbiditeiten en een verdrievoudiging (12,7% à 37,9%) van de vaccinatiegraad van de risicopatiënten tussen 65-85 jaar zonder comorbiditeiten. Vergelijking van responders en non-responders kon geen grote verschillen in geslacht, leeftijd of geboorteland aantonen, maar deed wel vermoeden dat patiënten die niet gevaccineerd werden voor griep vorig jaar of beroep doen op een verhoogde tegemoetkoming minder vaak reageren op de actieplannen dan patiënten die respectievelijk wel gevaccineerd werden en geen beroep doen hierop. Verder concludeerden we dat het artsenadvies en de mails de meest efficiënte informatiekanalen waren en dat een gebrek aan kennis de voornaamste reden was waarom patiënten zich niet eerder lieten vaccineren.

Conclusie: We kunnen stellen dat dit een succesvol kwaliteitsverbeterproject was voor huisartsenpraktijk De Merel. De praktijk besloot na dit project een vijfjaarlijks vaccinatiemoment te implementeren. We zijn ervan overtuigd dat het voor elke huisartsenpraktijk nuttig is om een kwaliteitsverbeterproject op te starten om tot een eigen intern vaccinatiebeleid te komen en zo uiteindelijk samen de vaccinatiegraad van Vlaanderen te verhogen.