Griepvaccinatie in een multiculturele praktijk

Gebruik van SMS en cultuureigen boodschappen

Hendrikx Tom, UGent

Promotor: De Sutter An, UGent

Co-promotoren: Dewitte Harrie, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Griepvaccinatie in een multiculturele praktijk

Haio: Tom Hendrikx

Universiteit: UGent

Promotor: An De Sutter

Co-promotor: Harrie Dewitte

Praktijkopleider: An De Sutter

Context:
In het wijkgezondheidscentrum (WGC) Rabot werd er voor de jaarlijkse griepvaccinatiecampagne gebruik gemaakt van een call-recall systeem. We haalden slechts een vaccinatiegraad van 32%. Dit staat in contract met de rest van Vlaanderen, waar men gemiddeld een vaccinatiegraad van 60% haalt bij 65+ers en van 46% bij de risicogroep (niet-65+), en met praktijken waar een call-recall systeem bestaat die 80% halen. We vermoeden dat de belangrijkste reden voor dit verschil het grote aantal kansarmen en mensen van Oost-Europese (o.a. Roma) en Turkse afkomst in de praktijk is.

Onderzoeksvraag:
Hoe kunnen wij de vaccinatiegraad voor influenza in onze praktijk verhogen?

Methode (literatuur & registratiewijze):

1. Literatuuronderzoek:
    a. call-recall systemen voor (griep)vaccinatie
    b. griepvaccinatie en culturen
    c. vaccinatie en sms
2. Kwalitatief onderzoek
    a. beschrijving van de populatie
    b. diepte-interviews voor het aanmaken van taal en cultuurspecifieke boodschappen
3. Kwantitatief onderzoek
    a. Toepassen resultaten diepte-interviews
    b. vergelijken vaccinatiegraad dit jaar met vaccinatiegraad vorig jaar
4. RCT rond de bijdrage van sms

Resultaten:
De literatuur toont dat alle reminders effectief zijn. Over sms is op dit moment nog niet veel bekend. Etnische groepen hebben een lagere vaccinatiegraad maar door interventies kan deze verbeterd worden. Op basis van de diepte-interviews pasten we de brieven en taal aan en namen we contact op met groepen. We stuurden ook sms'en naar een deel van de risicogroep. Hierdoor zijn we er in geslaagd in onze praktijk de vaccinatiegraad significant te verhogen van 32% naar 57%. ($p<0.001$) De groep die sms'en kreeg had op het einde van de vaccinatiecampagne een vaccinatiegraad van 63% vergeleken met 49% voor de groep die geen sms kreeg. ($p=0,069$)

Conclusies:
Door het gebruik van aangepaste communicatie is het mogelijk de vaccinatiegraad in een multiculturele praktijk significant te verhogen. Er is een duidelijke trend dat het gebruik van sms de vaccinatiegraad verhoogt. Hiervoor is nog verder onderzoek in grotere groepen nodig. Belangrijk voor een goede vaccinatiecampagne is een goed bijgehouden en gecodeerd EMD. Dit zorgt ervoor dat de griepvaccinatie niet te arbeidsintensief is.

E-mail: hendrikx_tom@hotmail.com

ICPC-code: R80

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 3
Inleiding 6
Griep en griepvaccinatie 6
Waarom dit onderwerp 6
Onderzoeksvraag 6
Methodologie 7
Literatuurstudie 7
Call-recall systemen 7
Sms en oproepen i.v.m. gezondheidszorg 8
Vaccinatie en cultuur/ Vaccinatie en stadspopulaties 9
Zoeken naar cultuureigen boodschappen 9
Patiëntenpopulatie van ons WGC? 9
Welke ervaringen zijn er al 9
Welke mogelijke nieuwe invalshoeken 10
Organisatie 11
Planning 11
Lijsten trekken en planning maken in EMD 11
Vaccinatie 12
Motiveren van de praktijk 12
Opvolging 12
Oproepsystemen 13
EMD en Consultatie 13
Brieven 13
SMS 13
Telefonische recall 13
Genereren van cijfers 14

Resultaten 14
Literatuurstudie 14
Call-recall systemen 14
Sms en oproepen i.v.m. gezondheidszorg 16
Vaccinatie en cultuur/ Vaccinatie en sociodemografische groep 18
Zoeken naar manier van organisatie met cultuureigen insteekpunten 21
Hoe zit onze praktijk in elkaar? 21
Welke ervaringen zijn er al? 22
Welke nieuwe invalshoeken kunnen wij gebruiken? 23
Organisatie en praktijk 26
Vaccinatie 26
Motiveren van de praktijk 27
Oproepsystemen 27
EMD en consultatie 27
Brieven (zie bijlage 1) 27
SMS (zie blijlage 2) 28
Telefonische recall 29
Vaccinatiegraad 30
Algemeen 30
Vergelijking naar nationaliteit/ leeftijd/ sociale statuut 30
Vergelijking met vorig jaar 31
Vergelijking SMS/geen SMS 32
Discussie 34
Belangrijkste resultaten 34
Literatuur 34
Organisatie en cultuur 34
Vaccinatiegraad 34
Sterkten en zwakten 34

Zwakten 34
Sterkten 35
Vergelijking met vorig jaar 36
Vergelijking met andere praktijken/literatuur 36
Praktijkrelevantie 38
Besluit 38
Referenties 39
Bijlagen 43
Bijlage 1 43
Bijlage 2 45
Bijlage 3 46
Bijlage 4 47

Inleiding

Griep en griepvaccinatie

Griep blijft een belangrijke virale infectie die ons elke winter weer treft. Bij jonge gezonde mensen is deze ziekte meestal zelflimiterend. In de **risicogroepen** echter is er door complicaties een belangrijke **mortaliteit en morbiditeit**. De belangrijkste complicaties zijn pneumonie en myocarditis. Griepvaccinatie van doelgroepen wordt in de westerse wereld als een belangrijke preventieve maatregel gezien en wordt in vele richtlijnen beschreven. (1-3) De **doelgroepen** verschillen van richtlijn tot richtlijn, maar degene die het meeste terugkomen zijn: **65+ers**, mensen met **chronische aandoeningen** waaronder astma, COPD, doorgemaakt AMI, nierinsufficiëntie, verminderde weerstand en diabetes mellitus. Voor sommige doelgroepen zijn de bewijzen van de effectiviteit overtuigender dan voor andere. (1) Vaccinatie zou de morbiditeit terugdringen met 30% tot 70% en de complicaties met 20% tot 50%. (2) Ook de mortaliteit zou dalen, toch zijn de **studies hierover niet zo sterk**.(4-7) Door een goede vaccinatiestrategie van de doelgroepen, en dan vooral van de mensen met comorbiditeit, zouden een 15-tal overlijdens voorkomen kunnen worden in België. (4) De werkzaamheid van het vaccin is wel afhankelijk van de overeenkomst tussen de virusstammen en de virusstammen die de griep dat jaar veroorzaken. Dit valt nooit op voorhand te voorspellen.

Waarom dit onderwerp

Onze praktijk slaagde er **vorige jaren** onvoldoende in de doelgroep te bereiken. Er werd een **vaccinatiegraad van 32%** gehaald. Nu is het moeilijk dit te vergelijken met de rest van Vlaanderen aangezien hier geen goede cijfers bekend zijn. De ziekenfondsen spreken over een vaccinatiegraad van 62% van de 65+ers.(8) Bij de volledige risicogroep blijkt de vaccinatiegraad voor Vlaanderen ongeveer 47% te zijn. (1) Dit terwijl in de meeste praktijken geen extra inspanningen geleverd worden om de griepvaccinatie bekend te maken, wat in onze praktijk wel reeds gebeurde.

Onderzoeksvraag

De basisvraag van deze thesis is hoe kunnen wij voor onze praktijk de **vaccinatiegraad voor griep verhogen**.

Wij denken dat de lage vaccinatiegraad te wijten is aan onze **patiëntenpopulatie** die veelal kansarm en Oost-Europees of Turks is. Bij een deel van deze groep is zeker de taalbarrière belangrijk. Daarnaast is er ook een cultuurverschil, o.a. met betrekking tot het omgaan met brieven, maar ook hun kijk op heden en toekomst en ‘zorgen voor je gezondheid’ is anders.

Met dit in het achterhoofd hebben wij gezocht naar een andere manier van communicatie naar deze groep. Hierbij dachten wij in de eerste plaats aan de **InterCultureelBemiddelaars (ICB)** van de praktijk. Met hen willen we zoeken naar **cultuurspecifieke manieren** om onze doelgroep te bereiken. Daarnaast dachten wij aan het gebruik van **sms**, omdat dit ergens tussen geschreven en gesproken communicatie ligt en bijna heel onze patiëntenpopulatie een GSM gebruikt. Het gebruik van sms is ook een nieuwe manier van werken waar, in dit kader, nog bijna geen ervaring mee is. Om het effect van sms na te kijken willen we de doelgroep in randomiseren in twee groepen. Het enige verschil tussen de twee groepen zou erin bestaan dat de tweede groep ook sms'en krijgt. Verder willen wij beide groepen op eenzelfde manier informeren.

Deze thesis zal rond volgende **onderzoeksvragen** opgebouwd zijn:

literatuuronderzoek

- Welke call-recall systemen zijn het efficiëntste?
- Is er al iets bekend over het oproepen per SMS?
- Is er iets bekend rond cultuur/socio-economische status en vaccinatie?

Beschrijvend

- Hoe kunnen we het op onze praktijk toepassen?
  - Hoe zit onze praktijk in elkaar?
  - Met welke populatie hebben we te maken?
- Wat zijn mogelijke cultuurspecifieke benaderingen die wij kunnen gebruiken bij onze griepvaccinatiecampagne?
  - Zijn er al pogingen ondernomen in andere WGC
  - Wat denken Intercultureel bemiddelaars en referentiepersonen in de buurt hierover?

Interventie

- Zorgt het gebruik van SMS voor een hogere vaccinatiegraad?
- Zorgt het gebruik van cultuurspecifieke benadering voor een hogere vaccinatiegraad?

Methodologie

Literatuurstudie

Call-recall systemen

Welke manier van patiënten oproepen voor de griepvaccinatie is het efficiëntst en hoeveel evidentie bestaat hiervoor?

P: patiënten die in aanmerking komen voor griepvaccinatie
I: oproepsysteem voor griepvaccinatie
C: geen oproepsysteem voor griepvaccinatie/ ander oproepsysteem voor griepvaccinatie
O: vaccinatiegraad

Hier werd eerst gezocht in de richtlijnen. Zowel CKS, NHG als Domus Medica hebben hier een richtlijn over. Daarnaast consulteerde ik ook de cochrane database met als zoekterm 'influenza vaccination'. Hieruit werden, op basis van de titel, twee relevante artikels weerhouden.

Sms en oproepen i.v.m. gezondheidszorg

Is er al geprobeerd mensen op te roepen met sms voor vaccinatie of opvolging? Zo ja, heeft dit goede resultaten gehad?

P1: patiënten die gevaccineerd moeten worden
P2: patiënten die aan chronische ziekten lijden en hiervoor opgevolgd worden
P3: patiënten die een afspraak hebben voor consultatie
I: versturen van sms
C: niet versturen van sms
O1: vaccinatiegraad
O2: succes van de chronische opvolging
O3: opkomst bij consultatie

Op Medline via Pubmed werd gezocht met de zoekstring (("vaccination"[MeSH Terms]) AND (SMS[Text Word]) OR "text message"[Text Word]). Deze levert 125 hits op. Slechts een viertal hiervan gingen echt over sms en vaccinatie. Daarna zocht ik in de referenties van deze artikels verder. Zo vond ik nog drie relevante artikels.

Ook zocht ik op TRIP database via volgende zoekstring (influenza vaccination) (Reminder or telephone or email or letter or call or recall) (not swine or pandemic) from:2000. Ook hier werden maar een drietal relevante artikels gevonden. Deze kwamen echter overeen met de artikels die gevonden werden via PubMed.

Daarna werd op PubMed gezocht met de zoekstring (SMS[Text Word]) OR "text message"[Text Word]) AND "Reminder Systems"[Mesh]. Hieruit kwamen 46 resultaten. Ook hier sorteerden we op titel en als de titel onduidelijk was op abstract. Zo vonden we 22 relevante artikels.

Ook werd er in de cochrane database gezocht met de termen "SMS", "text message" en "mobile phone". Hier vonden we een aantal protocollen en één relevante studie.

Vaccinatie en cultuur/ Vaccinatie en stadspopulaties

Zijn er verschillen in vaccinatiegraad tussen verschillende groepen of culturen? Zo ja, zijn er in bepaalde culturen bepaalde vooroordelen of ideeën over vaccinatie? Werd al geprobeerd deze op te vangen? Is er een andere soort communicatie nodig?

P: cultuur/ sociodemografische groep
O: vaccinatiegraad/ gedachten over vaccinatie

Er werd gezocht op PubMed via Medline met zoekstring: "Culture"[Mesh] AND "Influenza Vaccines"[Mesh]. Hierbij vonden we 27 artikels. Hiervan bleken op basis van de titel vijftien relevant. Een deel hiervan gaat specifiek over cultuurverschillen een ander deel legt eerder de nadruk op sociodemografische factoren. In de referenties van deze artikels werden nog twee relevante artikels gevonden.

Zoeken naar cultuureigen boodschappen

Patiëntenpopulatie van ons WGC?

Er werd een overzicht gemaakt van de afkomst, taal en socio-economische situatie van onze patiënten. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een continu up-to-date gehouden Excel document over de praktijk. Hierin worden het aantal **ingeschreven patiënten, hun taal en nationaliteit, en hun statuut** (normale terugbetaling, WIGW, voorkeursregeling of combinatie) bijgehouden.

Welke ervaringen zijn er al

Andere WGC

Er werd gebeld naar de **gezondheidspromotoren** van de andere WGC's. Hen werd gevraagd naar de verantwoordelijken voor de griepvaccinatie en er werd gevraagd hoe hun griepcampagnes **georganiseerd** werden en of er **maatregelen** genomen waren om de vaccinatiegraad te verhogen. Van de meeste WGC's ontvingen we de **protocollen** via mail. Met WGC Brugse Poort, een wijkgezondheidscentrum dat het dichts bij onze praktijk ligt en een vergelijkbare populatie heeft, is ook een overleg geweest.

Eigen praktijk

Het onderzoek naar protocollen in de eigen praktijk gebeurde op basis van interview met een **arts en de gezondheidspromotor** over vorig jaar. Ook werd gekeken naar de evaluaties en de lijsten van vorig jaar.

Welke mogelijke nieuwe invalshoeken

Intercultureel Bemiddelaar (ICB)

De ICB in onze praktijk hebben als belangrijkste doel de **kloof tussen patiënten en de zorgverstrekkers zo klein mogelijk** te maken. Dit gebeurt op verschillende manieren. Een deel van hun werk bestaat uit **tolken** tijdens consultaties. Dit is meer dan louter vertalen, zij geven ook de **gedachten en verwachtingen** van de patiënten, die voor groot deel cultureel bepaald zijn, door aan de zorgverstrekker. Zo kan de zorgverstrekker veel gerichter werken. De ICB hebben de sterkte in de beide culturen inzicht te hebben zodat ze de communicatie veel vlotter kunnen laten verlopen. Een derde taak van de ICB is bekijken hoe deze **groepen patiënten betrokken of geïnformeerd** kunnen worden over bepaalde problemen.
Met de intercultureel bemiddelaars werd een **open interview** afgenomen waar geprobeerd werd hen zo veel mogelijk inbreng te geven.

Gezondheidspromotor

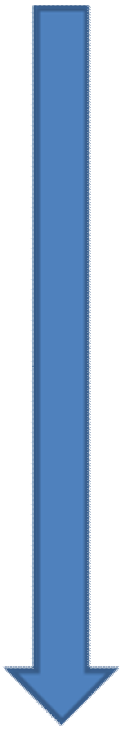
Aan onze gezondheidspromotor werden regelmatig de nieuwe plannen voorgelegd en vanuit haar ervaringen bekeken. Zij hielp mee in het uitwerken van het protocol naar een haalbaar project. Ook hielp zij mee met het leggen van contacten met organisaties in de buurt.

Organisaties in de buurt

Er werd met diverse personen en organisaties contact opgenomen na tips van de ICB, de gezondheidspromotor en de coördinator van onze praktijk. De organisaties die we initieel contacteerden konden ons vaak ook in contact brengen met andere relevante organisaties. Er vond steeds een **telefonisch contact plaats** en indien mogelijk werd ook een **overleg** gepland. Er werd telkens gevraagd naar de manier waarop zij proberen **doelgroepen te bereiken**. Ook vroegen we wat zij als mogelijkheden zagen met hun ervaringen en werd er gekeken of er **projecten/groepen** waren die wij in onze campagne konden betrekken.

Organisatie

Planning



Tot juli	Literatuuronderzoek
Juli	Contact met ander WGC
	Interviews met ICB: 'cultuureigen boodschappen'
Augustus	Lijsten voor griepvaccinatie trekken en controleren
	definitieve lijst maken en randomiseren
September	vaccinatie in planning EMD inbrengen
	Brief en evt. folder opstellen (+vertaling)
	sms'en opstellen
	Tijdens consultatie aandacht voor griep met folder
	Brieven klaarmaken
Oktober	versturen eerste sms (groep 2)
	versturen brief met voorschrift griepvaccinatie (groep 1+2)
	versturen tweede sms(groep 2)
	start vaccinatie
	Opvolgen van vaccinatie
November	Versturen van derde sms (groep 2)
	definitieve cijfers zonder telefonische recall
	telefonische recall (groep 1+ 2)
Januari	cijfers over de vaccinatie uit EMD halen

Lijsten trekken en planning maken in EMD

In WGC Rabot wordt Pricare gebruikt als EMD zoals in de meeste wijkgezondheidscentra. De lijsten werden getrokken met P5-reporting. Dit programma is gekoppeld aan Pricare.

Voorlopige lijst

De lijsten waaruit we de doelgroep geselecteerd hebben trokken we met een **programma van UGC Nieuw-Gent**. Hier bleken echter een aantal **fouten** in te zitten. Zo waren veel zogezegde zwangere vrouwen al lang niet meer zwanger en er stonden ook veel niet actieve patiënten in de lijst (uitgeschreven of eenmalige patiënten).

Planning

Daarna werd bij iedereen waar het nodig van geacht werd in de **planning van het EMD 'griepvaccinatie'** ingebracht. Dit eerst op basis van de **belangrijkste ICPC codes** DM?(DM, 65+). Daarna werden **alle dossiers geopend** van mensen die op de lijst 'te vaccineren patiënten' stonden. Ook hier werd in de planning 'griepvaccin' opgenomen als de patiënt daadwerkelijk tot de risicogroep behoorde.

Definitieve lijst

We trokken dan de lijst van de patiënten waar **griepvaccin in de planning** stond**.** Hieruit werden eerst de 'eenmalige' patiënten verwijderd. Zo bekwamen we een **definitieve lijst met 185 personen**. Dit waren zowel de patiënten die in het **forfaitair systeem** zaten als mensen met een **medische kaart**.

Bij deze definitieve lijst werd bij elke persoon nagekeken **waarom hij een vaccin nodig** had.

Hier werd de volgende onderverdeling gemaakt: hartziekte, suikerziekte, zwangerschap, longziekte, maligniteit, vasculair probleem, 65+, verminderde weerstand (alcoholverslaving, HIV).

SMS

Daarna werd vanuit deze definitieve lijst de lijst gemaakt voor de mensen die een SMS zouden krijgen. Dit deden we door de personen waarvan we een GSM-nummer hadden ad random te verdelen in twee groepen.

Hiervoor werden eerst de twintig personen waarbij er **geen GSM-nummer** in het dossier stond uit de definitieve lijst **verwijderd**. De overblijvende 165 personen werden **gerandomiseerd** met de Excel functie =ASELECTTUSSEN(0;1). Zo kreeg elke persoon de code 1 of 0. Bij patiënten die op hetzelfde adres woonden werd de code van de vader van het gezin overgenomen door de andere gezinsleden. Als de vader niet inwoonde, werd de code van de moeder overgenomen. Naar de 80 mensen die de **code 1 kregen werden sms'en gestuurd** . Naar de 85 personen die de code 0 kregen werden geen sms'en gestuurd. Verder was er geen verschil tussen deze groepen.

Vaccinatie

Er werden in overleg **vaccinatie momenten** bij de **verpleging** georganiseerd. Ook hier werd gekeken naar de ervaringen van de andere wijkgezondheidscentra en de tips van de ICB's.

Motiveren van de praktijk

Er werd geprobeerd om van griepvaccinatie een praktijkproject te maken waar alle medewerkers zich bij betrokken voelden. Ook was er aandacht voor het op gang trekken van de campagne door een sms te sturen naar het personeel.

Opvolging

De opvolging gebeurde aan de hand van lijsten die zeer regelmatig getrokken werden (20/9, 10/10, 31/10, 7/11, 14/11, 27/11, 12/01).

Oproepsystemen

EMD en Consultatie

Bij alle mensen die een vaccin moesten krijgen stond vanaf half september in de **planning van het EMD** 'griepvaccinatie' zodat de arts hierop attent gemaakt werd op het moment dat hij het dossier van een patiënt opende. Op deze manier werd de arts aangemoedigd om dit met de patiënt te **bespreken** en als mogelijk de patiënt te overtuigen **tijdens de raadpleging**.
In de wachtzaal werden **griepinfoplaten** (zie bijlage 3) die in alle WGC's gebruikt worden, opgehangen, net zoals andere posters over de griep.

Brieven

Aan de hand van de ervaringen van andere wijkgezondheidscentra, de gesprekken met onze ICB's en met andere personen en organisaties in de buurt werd een brief opgesteld. Deze werd daarna voorgelegd op het gezondheidspromotieoverleg in de praktijk. Met de reacties die we hierbij werd de brief verder aangepast.

SMS

Opmaak

De sms'en werden opgesteld rekening houdend met de literatuur en de raadgevingen van de ICB's. Daarna werden de sms'en voorgelegd aan andere leden van de praktijk, en mensen met veel ervaring met de doelgroepen. Aan de hand van hun opmerkingen werden de sms'en verder aangepast.

Versturen

De sms'en werden verstuurd via de website **www.budget-sms.be**. De lijst van patiënten werd op de site ingeladen vanuit een Excel document. Per SMS werd 1 credit (9 cent) betaald. Deze credits konden we enkel per 250 aankopen. Dit brengt de totale **kost** voor het sms'en op een **25 euro**.
In de lijst van mensen die een sms moesten krijgen waren er veertien personen met een telefoonnummer identiek aan een ander telefoonnummer uit de lijst. Spijtig genoeg diende telkens één van deze personen verwijderd te worden omdat het programma dat we gebruikten om te sms'en eenzelfde nummer niet twee keer kon inladen. Zo bleven er van de 80 nummers **73 unieke nummers** over.

Telefonische recall

Ook bij de telefonische recall werd rekening gehouden met de tips van ICB en ervaringsdeskundigen. Hier was echter ook veel overleg met het onthaal, dat deze recall uitvoerde.

Genereren van cijfers

Om de vaccinatiegraad op te volgen trokken we regelmatig lijsten. Deze lijsten werden vergeleken met de oorspronkelijke lijst. Op de oorspronkelijke lijst werd aangeduid wie op 14/11 en op 12/1 gevaccineerd was, wie geweigerd had om een vaccin te laten zetten, wie in het buitenland zat en wie er een contra-indicatie had. In die lijst was terug te vinden wie een sms gekregen had, welke nationaliteit de persoon had, welke leeftijd en welk statuut. Op basis van de uitgefilterde lijst werden tabellen gemaakt: één met de algemene vaccinatiegraad dit jaar, één opgesplitst naar de groepen sms en geen sms, één naar leeftijd, één naar nationaliteit en één naar statuut. Ook werd er een vergelijking gemaakt met vorig jaar. Vanuit deze tabellen werd met de website http://www.physics.csbsju.edu de chi-kwadraat en de p-waarde berekend.

Resultaten

Literatuurstudie

Call-recall systemen

De **NHG standaarden** raden aan om eerst lijsten te trekken met het medisch programma en deze daarna te controleren. De volgende stap is de betrokken patiënten **aanspreken en voorlichting** hierover geven. Daarnaast raden zij aan naar al deze mensen een brief te sturen **met voorlichtingsmateriaal (folder)**. Deze brief dient **persoonlijk** te zijn. Dit wilt zeggen dat de naam van de ontvanger vermeld wordt in de aanspreking. Daarna kan vaccinatie gebeuren, zowel door arts als door praktijkassistent. (2)

De richtlijn van **Domus Medica** wijkt hier niet zo veel van af. Zij wijzen er wel op dat vaccinatie van risicogroepen belangrijker is dan die van 65+ers. Zij raden aan zowel op basis van ICPC als op basis van medicatie de doelgroep te selecteren. Hier wordt als eerste stap aangeraden om in het **EMD** bij patiënten in de doelgroep 'griepvaccinatie' te zetten, dit om de aandacht van arts te trekken. Zij stellen voor om eind oktober de mensen die nog niet gevaccineerd zijn een **brief te sturen**. **Half november** zouden de risicopatiënten die dan nog niet gevaccineerd zijn opgebeld moeten worden**.** Volgende elementen zouden in de brief aan bod moeten : de vatbaarheid voor influenza, de ernst van een infectie met influenza, de verwachte baten van het vaccin en de mogelijke nadelen van vaccinatie. Ook zou een brief altijd vergezeld moeten zijn van een **folder**. (1)

In de richtlijn van de **NHS** wordt **geen vaccinatiestrategie** vooropgesteld. (3) Op de site van NHS is wel terug te vinden dat de meeste artsen in Groot-Brittannië een vaccinatiecampagne organiseren in de herfst. (9)

Er zijn twee belangrijke cochrane reviews: één over vaccinatie in het algemeen en een tweede over influenza vaccinatie bij 60+ers.

De eerste cochrane review bespreekt call-recallsystemen om de vaccinatiegraad te verhogen. (10) Het blijkt dat **elke techniek om de patiënt te herinneren of op te roepen effectief** is. Een **telefoongesprek** blijkt het **effectiefste** te zijn. Dit is echter ook de duurste methode. Voor welk systeem gekozen wordt is zeer **afhankelijk van regio en cultuur**. Factoren die hier een rol in spelen zijn beschikbaarheid van verschillende communicatiemiddelen, personeelsbezetting, computersysteem, juistheid van adressen/telefoonnummers en het effect van de verschillende manieren om patiënten op te roepen. Er wordt gesuggereerd een oproep te sturen samen met de jaarlijkse factuur (in een Amerikaanse situatie). Verder wordt er ingegaan op de mogelijkheden tot het selecteren van de patiënten die een vaccin moeten krijgen, eventueel met behulp van een nationaal systeem. Als er een herinneringssysteem is voor vaccinatie blijken **ook andere preventieve acties beter gevolgd** te worden. Het systeem van herinneringen geldt vooral voor westerse landen waar patiënten door één bepaalde arts of één centrum gevolgd worden, in ontwikkelingslanden zijn er andere strategieën nodig.

In de tweede review zijn er veel studies geïncludeerd met een **hoog risico op bias**. (11) Toch kan aangenomen worden dat het sturen van een **reminder** naar patiënten boven de 60 tot een **hogere vaccinatiegraad** voor influenza leidt. Hoewel dit **niet significant** blijkt met een betrouwbaarheidsinterval van 95%. Als de **gepersonaliseerde reminders gepooled** worden met de **telefonische recall** en vergeleken worden met geen interventie blijkt dit **wel significant** te zijn. Hierbij is het moeilijk het verschil te maken tussen de verschillende soorten reminders. Een **gepersonaliseerde brief** in vergelijking met een standaardbrief blijkt geen significant effect te hebben. Ook een **folder** toevoegen aan een brief in **vergelijking met alleen de brief blijkt geen significant effect** te hebben in kleine groepen (<100 personen). **Patiënten educatie** blijkt wel effectief, in de studies spelen de verpleegkundigen een belangrijke rol in. Ook **huisbezoeken** en het voorlichten over griepvaccinatie in groep blijkt **significant beter** te zijn dan de gebruikelijke zorg of geen interventie. Ook het **gratis aanbieden** van een vaccin blijkt een **positief effect** te hebben. Herinneringen om te vaccineren naar de artsen sturen blijkt geen significante verbetering van het vaccinatiepercentage te geven. Enkel bij een **financiële compensatie voor de artsen stijgt de vaccinatiegraad significant**. Over het opzetten van een competitieve vergelijking tussen de verschillende artsen zijn de resultaten onduidelijk.

Sms en oproepen i.v.m. gezondheidszorg

87% van de patiënten zou open staan voor het ontvangen van een reminder voor vaccinatie via SMS van dokter/verpleging. Wel zou maar een **klein gedeelte (20%) hiervoor willen betalen.**(12) De inhoud van de sms zou best bestaan uit: de **naam van de persoon, de naam van het vaccin, datum wanneer het toegediend moet worden en informatie over de arts (naam en telefoonnummer)**. Deze sms'en mogen ook **niet te lang** zijn. Hier is mogelijk wel een verschil tussen verschillende bevolkingsgroepen. (13)
Ook een ander artikel stelt dat als de sms'en **eenvoudig, kort en persoonlijk** zijn, de patiënten hiervoor open staan. Slechts een kleine groep kon niet genoeg overweg met GSM. Hier ging het om de leeftijdsgroep tussen 30 en 64 jaar. Als er zou verwacht worden dat de patiënt terugstuurt zou dit een grotere drempel zijn voor deze groep. (14) Toch zouden de **artsen** eerder **sceptisch staan** tegenover het gebruik van sms, vooral de **tijd en het geld** die erin zou gestoken moeten worden houdt hen tegen. Als dit via **automatische systemen** georganiseerd zou worden, zouden zij hier wel voor open staan. (15) In één artikel wordt de oproep voor het tweede en derde Humaan Papilloma Virus vaccin gedaan via sms. Van deze patiënten zouden zich 16% meer laten vaccineren na de herinnering per sms. (16) Ook in een studie over Hepatitis A en B vaccinatie werden gelijkaardige resultaten bereikt. Er was hier een **verhoging van de vaccinatiegraad** tussen de 10 en 25%. Al bleven de resultaten voor het toedienen van de derde dosis ondermaats (47%). (17) Een studie rond Hepatitis B vaccinatie bij homoseksuele mannen toonde aan dat onder andere met behulp van sms een succesvol vaccinatieprogramma opgezet kan worden. (18)

Naast vaccinatie werd sms in veel studies gebruikt voor **uiteenlopende interventies**. Een eerste voorbeeld is het verhogen van de **aanwezigheid van patiënten bij afspraken**. In een Braziliaanse studie kwamen meer mensen op hun afspraak na herinnering via sms. (19) Gelijkaardige verhogingen van mensen die op hun afspraak kwamen werden vastgesteld in een aantal studies, waarvan meerdere in de eerste lijn. (20-23) Het moment van versturen van de sms wisselde van studie tot studie. Ook in een studie over de eerste lijn in Genève, waar zowel gebruikt gemaakt werd van telefoon, sms als brieven toont het gebruik van sms een significant verschil in opkomst. (24) Een studie van de NHS geeft dan weer wisselende resultaten. Bij een eerste afspraak zorgt sms hier voor een hogere opkomst, bij vervolgafspraken niet. Er zouden 50 sms'en gestuurd moeten worden om één afwezigheid te vermijden. (25) Een andere studie over de eerste lijn kon geen verschil aantonen door het gebruik van sms. (26) Verder werd aangetoond dat homoseksuele mannen die negen maanden na een HIV test een herinnering kregen voor een nieuwe test via sms, vier keer vaker een nieuwe HIV test lieten uitvoeren in vergelijking met de controle groep. (27) Weer een andere studie

toont aan dat het effectiever is te bellen dan te sms'en. (28) In een andere studie werden verschillende reminders vergeleken die als doel hadden de opkomst op consultatie bij een orthodontist te verhogen. De deelnemers werden ook opgebeld om te vragen welke reminder ze verkozen. De reminders met brief werden het meest geapprecieerd, daarna telefoon en tot slot sms. In deze studie kon geen verhoogde aanwezigheid op consultatie vastgesteld worden. (29)

Een tweede groep studies gaat over **de verhoogde therapiecompliantie**, dit bij zeer diverse, vooral chronische, ziekten. 60% van de mensen die er niet in slagen hun medicatie voor depressie goed te nemen zouden ervoor open staan sms'en te krijgen om hun compliantie te verhogen. (30) In Uganda werd geprobeerd een hogere compliance te bereiken bij HIV patiënten. Hier botsten ze op gebied specifieke problemen zoals gemeenschappelijk bezitten van een GSM en hierdoor een tekort aan privacy. (31) In een andere studie kon wel een consequenter nemen van de antiretrovirale therapie aantonen. (32) Een overige studie bij astma patiënten werkte interactief. Elke dag moesten de patiënten hun piekflowmeting doorsturen. Hier was er een hoge patiënten-tevredenheid. Omdat deze studie maar vier deelnemers telde zijn de resultaten weinig representatief. (33) Een andere studie over sms-reminders bij astmapatiënten bewees ook een beter innemen van de medicatie. Echter omdat ook dit bij een kleine groep plaatsvond (26 deelnemers) wordt aan de waarde van deze studie getwijfeld. (34, 35). De anticonceptiepil lijkt niet beter genomen te worden als hieraan herinnerd wordt door sms. Hier werden wel ook in de controlegroep dikwijls herinneringen gebruikt. (36) Een andere studie stelt dat bij HIV sms sociale ondersteuning en 'directly observed therapy' niet kan vervangen. (37) Over het effect sms om het nemen van orale antidiabetica te verhogen lopen nu studies. (38)

Verder blijkt dat sms'en ook als **preventieve** tool gebruikt kunnen worden. Een cochrane review kon een significant verschil op korte en lange termijn aantonen voor rook stop. (39) Ook smeren mensen zich vaker in met zonnecrème als ze sms'en krijgen over het weer en het smeren van zonnecrème. Het personaliseren van de sms'en vormt hier een opportuniteit. (40) Ook zelfonderzoek van de borsten zou duidelijk meer gebeuren als hieraan herinnerd wordt door sms. (41) Daarnaast werd sms ook met succes gebruikt voor diabetes educatie. (42)
Ook **artsen** handelen meer volgens de richtlijnen als ze hier door sms toe aangezet worden. (43)

Een onderzoek naar **aanvaardbaarheid** van sms'en bij HIV en tuberculose patiënten toont aan dat het merendeel open staat voor sms als herinnering aan consultatie. Slechts één derde zou open staan voor sms als herinnering aan het nemen van medicatie. Lagere inkomensgroepen en andere

etnische groepen zouden hier meer open voor staan. (44) In een studie bij mensen die hun afspraak gemist hadden blijkt 34% open te staan voor sms'en om hen te herinneren aan afspraken. (45)
In bijna alle studies worden enkele belangrijke **voordelen** naar voren geschoven: de lage kostprijs en het gemak van het versturen. Als **nadeel** wordt naar voren gebracht dat veel ouderen geen GSM hebben. Bepaalde mensen zijn ook bang voor een grotere ongelijkheid in gezondheidszorg aangezien vooral de hogere socio-economische klasse een gsm zou hebben. (46) Een belangrijke vraag blijft de betaling, kan deze zomaar bij de patiënt gelegd worden? Of moet de dienst hiervoor opdraaien? (47)

Vaccinatie en cultuur/ Vaccinatie en sociodemografische groep

Al de studies werden uitgevoerd in de Verenigde Staten. Er werd gezien dat als patiënten de **taal** van de zorgverstrekker niet goed spreken, er meer verwarring is rond medicatie en ze hun medische situatie minder goed begrijpen. Ook als deze patiënten een zorgverstrekker krijgen die dezelfde taal spreekt (voor de niet-Engelstaligen), blijkt er nog steeds meer onduidelijkheid te zijn dan bij de wel-Engelstaligen, al is er al minder onduidelijkheid dan wanneer de niet-Engelstalige groep een Engelstalige zorgverstrekker heeft. (48) Het is het belangrijk erbij stil te staan dat niet enkel de vertaling van belang is, maar dat er dikwijls veel meer achter zit. Letterlijk vertaalde woorden kunnen in een achtergrond van een andere cultuur of afkomst heel anders overkomen. Dit probleem wordt al snel duidelijk wanneer we het woord 'kanker' vertalen; in niet-Westerse landen heeft dit vaak de connotatie van 'dood' Dus er is niet alleen nood aan vertaling maar ook aan interpretatie. Hierin wordt het belang van de culturele dimensie duidelijk. (49) Verder blijken mensen die geen Engels spreken een **andere houding te hebben tegenover vaccinatie**. Zo zouden zij er eerder voor kiezen om bij hen thuis het vaccin te krijgen.
We kunnen stellen dat het niet spreken van Engels, in een Amerikaanse situatie, voor een **slechtere arts-patiënt communicatie en culturele misverstanden zorgt. Het niet spreken van Engels blijkt dan ook één van de belangrijkste voorspellers te zijn voor het niet krijgen van een griepvaccin**. Er werd dan ook geopperd om via bepaalde ouderen en studenten directe informatie te geven over influenza. (50)

Bij mensen met een **lager inkomen lager** blijkt de **vaccinatiegraad** lager te zijn dan bij mensen met een hoger inkomen. (11, 51) De oorzaak hiervan is waarschijnlijk een andere kijk op vaccinatie. Mensen met een hogere opleiding zien een vaccin vaker als veilig dan een groep met lagere opleiding. Ook mensen die in de stad woonden en zwarten beschouwden vaccins eerder als onveilig. Ze pleiten voor communicatiecampagnes aangepast aan sociale klasse, etniciteit en overtuiging. (52) Dit zou de vaccinatiegraad voor influenza verhogen (53)

In een andere studie werd nagegaan of er een verschil was **tussen verschillende etnische groepen in acceptatie** van het vaccin. Afrikaanse Amerikanen zouden er meer van overtuigd zijn dat ze ziek worden van het vaccin, ook zijn ze meer bezorgd over onbekende componenten van het vaccin. (54) . Als redenen om zich niet te laten vaccineren werden deze vooral gegeven: angst voor bijwerkingen, angst voor naalden en de overtuiging dat je een ziekte kreeg door het vaccin. (55) Toch waren er in deze groep niet meer weigeringen als de zorgverlener vaccinatie voorstelde. 'Hispanic' Amerikanen zouden meer open staan voor een vaccin dan de 'niet-hispanic' Amerikanen. Verschillen in toegang tot zorg blijken geen significant verschil te maken. Wel bleek dat, van de groep die open stond voor een vaccin, de zwarte Amerikanen de helft minder een vaccin kregen in vergelijking met de blanke Amerikanen. Hier ligt dus een hele opdracht bij de zorgverleners. De reden voor dit verschil zou de motivatie van de patiënt te zijn. Blanken gingen veel vaker naar de arts met als enige doel het vaccin te krijgen. Publieke campagnes zouden hier een verschil kunnen maken. Uiteindelijk werd gesteld dat **moeilijk veranderbare gewoontes en overtuigingen** de belangrijkste factoren zijn voor de raciale verschillen in influenza vaccinatie. (56) Ook in een andere studies bleken de blanken meer initiatief te nemen. (51, 54)

Ook **vertrouwen en een goed conta**ct met de zorgverleners draagt bij tot een hogere vaccinatiegraad. Deze factor blijkt bij etnische minderheidsgroepen extra belangrijk. (55, 57)
Als een goede gezondheidsinfrastructuur beschikbaar is, kan de vaccinatiegraad van lage inkomensklassen en, in het geval van deze studie, Vietnamese immigranten in de VS, ook hoog zijn.(58)

Het beschreven **verschil in vaccinatiegraad van de verschillende etnische groepen blijkt door interventies verminderd en soms weggewerkt te kunnen worden.** Hiervoor werden verschillende soorten interventies gebruikt.
Een dikwijls terugkomende interventie is overtuiging door de zorgverstrekkers. Hier is het belangrijk dat patiënten persoonlijk aangesproken worden. (57) Hierbij is het aanraden beter dan het gewoon aanspreken. (59) De interventies die hiervoor gebruikt worden zijn zeer verschillend. Een eerste is de **zorgverstrekkers sensibiliseren** voor vaccinatie door een campagne, affiches en opvolging. (54, 55)
Een paar studies zetten zorgverleners die de taal van de doelgroep spreken of die uit de doelgroep komen in om de patiënten makkelijker te overtuigen. Bij twee studies had dit effect, bij een andere niet. (51, 57, 60) Ook communicatietraining voor de zorgverstrekkers werd met succes geprobeerd. (51)

Een andere interventie om de vaccinatiegraad te verhogen is het gebruik van **protocollen**. Zo wordt bij iedereen die op consultatie komt in een praktijk nagekeken of hij gevaccineerd moet worden, gevaccineerd is en wordt deze patiënt ook onmiddellijk gevaccineerd als het nodig is. Dit gebeurt meestal door de verpleegkundigen. Dit lijkt een zeer efficiënte techniek te zijn. (55, 61) Op deze manier wordt het vaccin ook aangeboden en moet de patiënt er niet zelf naar vragen. Dit zorgt voor een sterkere verhoging van de vaccinatiegraad in de etnische minderheidsgroepen in vergelijking met de autochtone bevolking. (51)
Een derde groep interventies focust op actieve **promotie van vaccinatie bij de patiënten**. Dit gebeurt meestal door folders of posters met aandacht voor de taal en culturele achtergrond van de patiënten. Ook vaccinatiemomenten en reminders werden bij deze interventies gebruikt. Dit gebeurde in beide studies met significant effect. (55, 59)
Andere interventies waren: het aanbieden van geld als iemand gevaccineerd werd (57) en het organiseren van een recall. Bij dit laatste werd gesteld dat dit altijd zou moeten gebeuren in gebieden met grote allochtone populatie. (51)

Interventies of vaccinatieprogramma's blijken de gezondheidsongelijkheid terug te dringen. Dit gebeurt omdat, na vaccinatie, het aantal sterfgevallen door influenza vooral daalt in armere wijken. (62)

Er lijken ook een aantal andere factoren de vaccinatiegraad te beïnvloeden. De belangrijkste factor is **leeftijd;** hoe ouder, hoe hoger de vaccinatiegraad blijkt te zijn. (55) Er blijken ook andere overtuigingen en factoren te zijn afhankelijk van de leeftijd. Voor de jongere groep geldt dat als je je arts meer bezoekt, werkeloos bent of een slechtere gezondheid hebt, de kans groter dat je gevaccineerd wordt. Deze groep laat zich vooral vaccineren uit angst voor het virus. In de oudere groep werden de gezondere personen die niet rookten eerder gevaccineerd. Bij mensen boven de 65 was de idee dat anderen vonden dat ze zich moesten laten vaccineren het meest overtuigend om zich te laten vaccineren. (59) Voor beide groepen geldt dat het aanraden door een zorgverstrekker de belangrijkste stimulans is. Als conclusie wordt gesteld dat een andere benadering van de verschillende leeftijdsgroepen nodig is. (55)

Andere factoren die tot een hoger vaccinatiegraad leiden zijn **de tijd** die een arts maakt **per patiënt** en of de gegeven vaccins goed worden **geregistreerd**. (61)

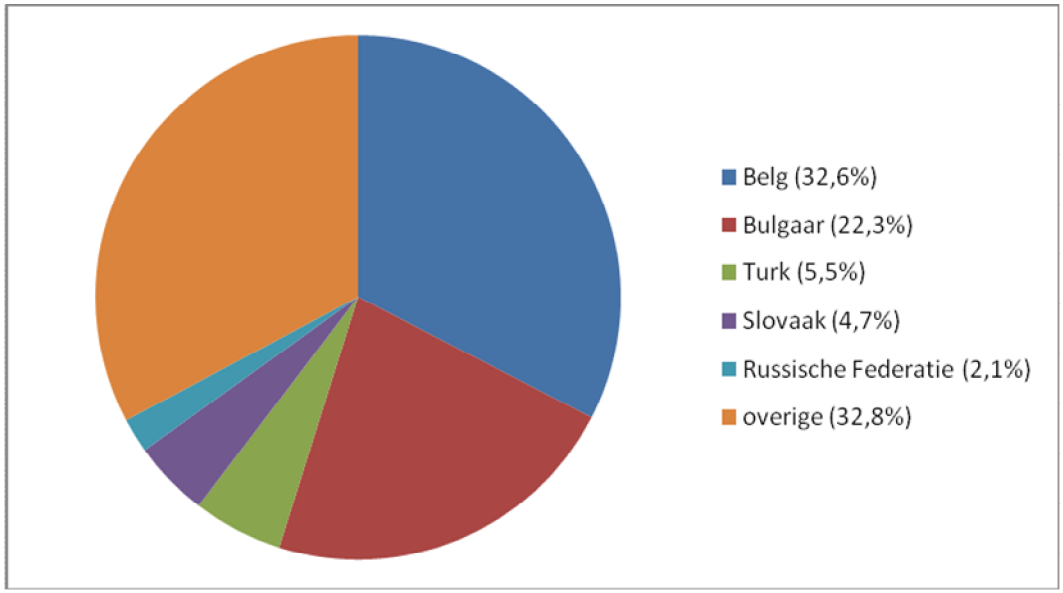
Zoeken naar manier van organisatie met cultuureigen insteekpunten

Hoe zit onze praktijk in elkaar?

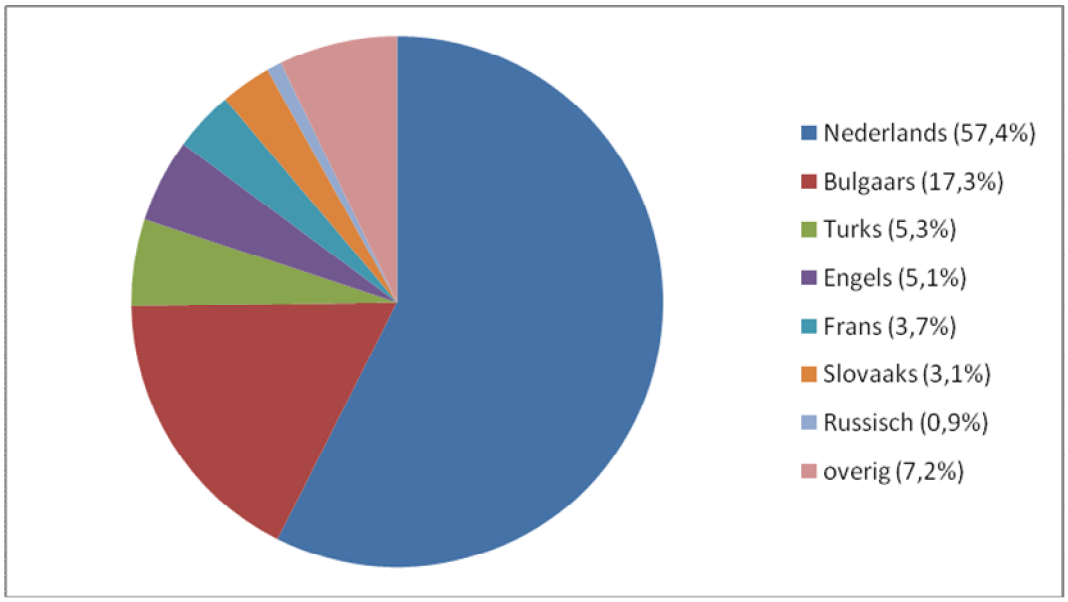
Er zijn een aantal verschillen tussen onze praktijk en een Vlaamse normpraktijk.

- er zijn en onze praktijk zeer **weinig ouderen**. Slechts 22 patiënten van de 1500 zijn ouder dan 65 jaar. Waarschijnlijk komt dit omdat onze praktijk nog maar een tweetal jaar bestaat;
- wij zijn een stadspraktijk in de **kansarmste buurt** van Vlaanderen;
- wij zijn een **wijkgezondheidscentrum**. Ook dit zorgt ervoor dat kansarmen/mensen met financiële problemen eerder naar onze praktijk zullen komen. **49.2%** van de patiënten in het forfait heeft een **voorkeurregeling**, 7.2% valt onder het WIGW statuut. Daarnaast valt er een 20% van de patiënten buiten het forfait. De helft daarvan is niet verzekerd (vooral **illegalen**, dikwijls met medische kaart) en 10% is 'éénmalig'.
- Daarnaast zien wij in onze praktijk **veel allochtonen**, met een grote groep uit Oost-Europa. (zie figuur 1) Zowel van de groep Bulgaren als van de groep Slovaken zou een groot deel tot de Roma etnie behoren. Belangrijk hierbij is te vermelden dat het grootste deel van deze groep de laatste jaren pas naar België gekomen is.
- Van deze allochtonen spreekt een groot deel **weinig of geen Nederlands**. In figuur 2 staat de taal die zij opgaven bij inschrijven. (Bij de eerste groep die inschreef werd hier minder aandacht aan besteed, daardoor is het aandeel van het Nederlands hier overschat.)

Figuur 1: Diagram nationaliteit



Figuur 2: Diagram taal



Welke ervaringen zijn er al?

Andere WGC's

Veelal wordt een standaardprotocol gevolgd. Dit houdt in: **artikel in krantje, infoplaten in wachtzaal, in planning van EMD zetten en een brief sturen met voorschrift** naar de patiënten die in aanmerking komen. De infoplaten die gebruikt worden zijn bij alle WGC's dezelfde. **WGC Brugse Poort** heeft om bepaalde doelgroepen te bereiken op de achterkant van de brief een **korte vertaling** gedrukt in de meest voorkomende talen in het gebied waar zij werken (Turks, Albanees, Engels, Frans en Slovaaks). De vaccinatiegraad in de meeste WGC's ligt tussen de 50 en de 60%.

Enkel **UGC Nieuw-Gent** werkt heel verschillend. Zij steunen wel op het EMD en aanspreken door de dokter, maar zij sturen **geen brieven**. Zij maken in de wachtzaal gebruik van een LCD scherm om griep aan te kondigen. Wel **bellen zij eind oktober** iedereen die nog niet geweest is voor zijn vaccinatie op. Ze doen dit als ze iemand onmiddellijk bereiken één maal, als ze iemand niet bereiken een eerste keer, proberen ze nog een tweede keer, daarna wordt gestopt. Ook geven zij na vaccinatie aan de patiënt een klein **briefje mee met mogelijke bijwerkingen**. Op dit moment halen zij een vaccinatiegraad van 60%.

Bij verschillende praktijken van Geneeskunde voor het volk wordt gewerkt met gepersonaliseerde brieven. Dit betekent dat de aanspreking bovenaan de brief direct aan de patiënt gericht is. Ook wordt in de brief specifiek melding gemaakt waarom de patiënt tot de risicogroep behoort.

Eigen praktijk

Het beleid in onze praktijk was vrij gelijkend op dat van de andere WGC's. Ten eerste werd de patiënt tijdens de **consultatie aangesproken** over de griepvaccinatie. Om de arts hieraan te herinneren stond 'griepvaccinatie' in de planning van het EMD van de doelgroep. Daarnaast werd naar alle patiënten dien in aanmerking kwamen een **brief met voorschrift** gestuurd. In 2009 is ook een beperkte **telefonische recall** geweest. Dit is in 2010 niet herhaald omdat het in 2009 maar een klein effect had en omdat het in andere WGC's dit ook **weinig effectief** bleek.

Welke nieuwe invalshoeken kunnen wij gebruiken?

ICB

We hebben eerst nagedacht over de vraag: Waar loopt de **communicatie** mis, en dan vooral de communicatie naar de allochtonen? Welke overtuigingen hebben deze mensen over vaccinatie? Het blijkt dat deze groepen dikwijls **slecht geïnformeerd** zijn. Hier blijken twee redenen voor te zijn. Ten eerste blijft de **taal** een probleem, zodat zeker de oudere groep die het Nederlands niet goed machtig is geen informatie krijgt. Een deel van deze groep is ook analfabeet. Dit is ook de groep waarbij een brief over de griep niet zal werken. Een tweede probleem blijkt dat ze een aantal **misverstanden over de griepvaccinatie** bestaan. Elke virale infectie wordt onmiddellijk griep genoemd. Als ze als ze gevaccineerd zijn en een virale infectie krijgen werkt de griepspuit dus niet volgens hen. Een groep Roma blijken ook vaccinatie niet te vertrouwen.

Verder hebben we bekeken wat we zouden kunnen doen om de communicatie te verbeteren. Welke communicatiemiddelen en welke boodschap?
Een **brief** blijkt een **goed** instrument, zeker als we er een voorschrift voor het vaccin bij kunnen insluiten. In de culturen van 'onze allochtonen' is mondelinge informatieoverdracht veel belangrijker dan schriftelijke. Dikwijls worden brieven dan ook snel als reclame geklasseerd en weggegooid. Daarom is het belangrijk dat van in het begin heel duidelijk is dat de brief van onze praktijk komt. Zo is het belangrijk brieven te gebruiken met ons **logo en onze naam**. Omdat een deel van de allochtonen, en zeker van de oudere groep analfabeet is, kunnen we **pictogrammen** gebruiken. Daarnaast zou het helpen als de brief officieel overkomt, bvb als er een **stempel** onder staat. De brief kan ook best ondertekend zijn met de **namen van de artsen**. Ook een **foldertje met uitleg in eigen taal** kwam als idee. Wel is de vraag wat er dan in de brief en wat in de folder moet staan. Er moet zeker genoeg informatie in de brief staan, toch moet hij **kort en duidelijk** zijn. In deze groepen zijn veel mensen gewend aan een meer **dirigerende aanpak**. Zo kan de brief ook kort en duidelijk gehouden worden.

Het sturen van **sms**'en is niet ideaal voor de ouderen. Ze kunnen dikwijls niet goed overweg kunnen met deze technologie en vanwege analfabetisme. Dat betekent dat er zeker niet alleen sms'en mogen gestuurd worden. Wel kan sms gebruikt worden **ter ondersteuning van een brief**, om bvb de brief aan te kondigen of als herinnering.
Het ter sprake brengen van dit vaccinatie tijdens de **consultatie** en dan ook de nodige uitleg geven zien de ICB als **belangrijkste manier** om mensen te bereiken. De arts heeft zowel in de Turkse als de Bulgaarse cultuur een belangrijke positie. Eventueel kan ook tijdens de consultatie met een **folder** gewerkt worden.
Ook van **bellen** verwachten ze een **belangrijk effect**, zeker als het in eigen taal is, aangezien de mensen dan **persoonlijk** aangesproken worden. Wel moet hier opgepast worden omdat dit zeer arbeidsintensief is. Zeker als naar heel de doelgroep belt.
Als in de **wachtzaal** aandacht is voor de campagne, evt. met affiches in verschillende talen, kan dit ook helpen.

Daarnaast is het zowel in de Turkse als de Bulgaarse cultuur belangrijk om de **gemeenschap** mee te krijgen. Als je belangrijke personen in de gemeenschap (zoals de **imam**) kan overtuigen is het veel gemakkelijker om ook de rest van de groep mee te krijgen. Dit is bvb mogelijk via vrijdaggebed of vrouwengroep van de moskee. Ook handwerkgroepen met oudere vrouwen kunnen een goede ingangspoort zijn. Voor de groep **Bulgaren** is dit wel moeilijker aangezien zij **minder georganiseerd** zijn en zij ook geen duidelijke leidersfiguur hebben.
Misschien is het ook mogelijk met de **scholen** samen te werken. Zeker de lagere scholen zorgen dikwijls voor veel informatie naar de ouders toe. Ook verwijzen de ICB naar een aantal **andere organisaties** met specifieke ervaringen naar de doelgroepen of die met groepen werken. De organisaties die we hebben kunnen gebruiken worden verder besproken.

Gezondheidspromotor

Hier werden vooral een aantal van de ideeën genuanceerd. Het beleid rond griepvaccinatie moet ook passen in het **beleid** dat wij met de **praktijk** willen voeren. Zo kan er zeker gewerkt worden met aankleding van de wachtzaal, maar er moet opgepast worden dat de wachtzaal geen prikbord wordt. Het gebruik van de infoplaten die andere WGC's gebruikt worden lijkt wel een goede optie. Verder moet we ook oppassen met **bellen** omdat de **tijdsinvestering** hiervoor niet te onderschatten valt.
Een ander belangrijk punt is het gebruik van **andere talen**. In de praktijk **willen we patiënten aanzetten om** Nederlands te leren om zo hun zelfredzaamheid te verhogen. Daarom willen we het gebruik van andere talen zo veel mogelijk beperken.

Ervaringsdeskundige

Harrie De Witte werkt al meer dan 30 jaar met allochtonen. Dit doet hij in een groepspraktijk van Geneeskunde voor het volk in Genk. Zij hebben in hun beginjaren een grote stroom allochtonen, vooral uit Turkije en Italië, zien komen. Belangrijk is wel te vermelden dat de groep allochtonen niet gelijkaardig is, toch denken we dat de volgende opmerkingen waardevol kunnen zijn.
Hij legt de nadruk op het **personaliseren**, ook voor de taal die bij de patiënten in het dossier staat. Op de achterkant van de brief kan een folder afdrukt worden, ook in de taal van de patiënt. Als mogelijk de brief laten **steunen door een belangrijke persoon**. Zo kan bvb onder de brief komen 'met steun van imam' (of andere belangrijke persoon in de groep). Ook moet het Nederlands zo **eenvoudig** mogelijk zijn en dirigerend. Bij sms kan expliciet de vraag gesteld worden: 'Waarom bent u nog niet ingeënt?'.
Bellen mag zeker niet de eerste optie zijn en kan ook half november gebeuren. Dan kan ook gevraagd worden waarom bepaalde mensen nog niet gekomen zijn.

Andere organisaties uit de wijk

De eerste organisatie is de **moskee**. Zij bereiken het grootste deel van de Turkse bewoners van de wijk. Vooral naar het vrijdaggebed en naar de vrouwengroepen komt wel wat volk. De drukste periode was tijdens de ramadan die op dat moment juist voorbij was. Zij wilden aan ons project meewerken, uiteindelijk is dit niet gelukt door toevallige omstandigheden.
Een tweede organisatie is **Rocsa vzw**. Zij organiseren voor iedereen die wil handwerkgroepjes. Vooral oudere Turks vrouwen komen hier naartoe. Hierbij zijn we erin geslaagd aan de meest geschikte (oudere, Turkse groep met veel obesitas) groep kort informatie te geven over griep en griepvaccinatie. Het ging om een groep van een tiental personen.
Ook met **straathoekwerk** namen we contact op. Zij verwezen naar de andere organisaties die wel al kenden. Ook zij hebben het moeilijk de groep Bulgaren te bereiken, vooral omdat deze weinig georganiseerd zijn. Er zou wel een hele groep Bulgaren naar de voedselbedeling gaan. Een groot deel hiervan is dakloos en dus niet ingeschreven bij ons.
In het **CAW inloopcentrum** komt ook een grote groep Bulgaren o.a. voor de soepbedeling. Een groot deel is dakloos. Het CAW heeft ooit een campagne proberen opzetten rond TBC. Dit is toen geen groot succes geweest. Ten eerste is er een groot taalprobleem maar een andere belangrijke reden is dat deze mensen elke dag bezig zijn met te overleven. Ze zijn niet bezig met problemen binnen enkele maanden te voorkomen, ze zoeken eten en een dak voor de volgende nacht. Daarom is dit zeker een moeilijke groep om preventief mee te werken.

Het **buurtcentrum** heeft haar taak naar heel de bevolking toe. Ze zijn niet echt een hulpverleningsinstantie. Bij hen komen vooral mensen met specifieke vragen. Zij zien ook niet veel insteekpunten naar gezondheidszorg om een campagne mee op te zetten. Ook hier komt elke morgen een zelfde groep (dakloze) Bulgaren.

Opreh Roma is een vzw, opgericht door Martin Balogh, een Slowaakse Roma. Hij heeft o.a. een voetbalploegje. Hij heeft ook veel ervaring met Roma en hulpverlening en geeft hier ook infosessies over. Ook hij benadrukt het gebrek aan organisatie, zeker bij de Roma groep. Ook het feit dat ze zich niet welkom voelen in Gent zorgt voor veel wantrouwen, ook naar zorgverleners. In verband met griepvaccinatie spreekt hij vooral over brieven, dan wel met korte vertaling. Zij werken zelf vooral met jongeren, deze behoren slechts zelden tot de doelgroep.

De **integratiedienst met Roma bemiddelaars** is nog maar juist opgericht. Zij zijn zelf nog aan het zoeken naar een manier van werken. Zij zien dat vooral huisbezoeken effectief zijn. Maar wel tijdrovend. Zij verwijzen ook naar het boek met pictogrammen dat door het Intercultureel Netwerk Gent (ING) voor de gezondheidszorg gemaakt werd.

Ook **Samenlevingsopbouw** drukt erop dat persoonlijk aanspreken, huisbezoeken het effectiefste zijn. Maar dat grotere groepen moeilijk te bereiken blijven.

Een **Bulgaarse moeder** die veel moeite doet om andere Bulgaren in het Gentse te helpen, o.a. met vertalingen, vertelt dat de groep Bulgaren bezig is met te overleven. Voor de rest zijn ze niet zo geïnteresseerd tenzij ze iets kunnen krijgen. Hierbij geeft ze het voorbeeld van een info avond over school, hier zouden een aantal Bulgaren naartoe gaan omdat ze dan schoolgerief krijgen voor hun kinderen, niet voor het informatieve.

Organisatie en praktijk

Vaccinatie

De vaccinatie gebeurde op vier **vaste vaccinatiemomenten** bij de verpleging. Er werd telkens vijf minuten per patiënt voorzien. Hierbij werd ook uitleg gegeven over bijwerkingen en **een briefje** met de belangrijkste informatie meegegeven (zie bijlage 4). Daarna werd aan de patiënt gevraagd nog een kwartier in de wachtzaal te wachten.

Voor deze vaccinatiemomenten zijn **65 afspraken** gegeven. Deze mensen waren ofwel tijdens de consultatie aangesproken en/of hadden een brief en/of sms gekregen en hadden een afspraak gemaakt. Van deze 65 personen kwamen er **55 op hun afspraak**.

In **2010** werden geen afspraken gemaakt voor de griepvaccinatie, de patiënten konden komen op vier vastgelegde momenten. Toen kwamen er **16 personen** naar deze **vaccinatiemomenten**.

De patiënten die hun **vaccin** niet bij zich hadden en ook niet meer konden gaan halen, konden dit tegen betaling van 6 euro in **de praktijk kopen**. Hiervoor hadden we een overeenkomst met de apotheek. Slechts vier mensen maakten gebruik van deze mogelijkheid.

Motiveren van de praktijk

De griepcampagne, samen met het opzet van de studie werd op een **teamvergadering** voorgesteld aan de hand van een Powerpoint presentatie. **Iedereen** in de praktijk was ook **nauw betrokken**. Het onthaal bij het maken van de afspraken en de telefonische recall, de artsen in het motiveren van de patiënten, gezondheidspromotie bij de brieven en wachtkamer, ICB bij het beleid naar bepaalde doelgroepen, vertalingen en telefonische recall, verpleging bij het toedienen van de vaccins, administratie ter ondersteuning en brieven. Zodoende was er een continue interactie. Om de campagne echt op gang te trekken werd er een **mail** naar iedereen gestuurd maar ook een **sms** op 16 oktober met als inhoud: 'Beste 'voornaam' 'achternaam', De eerste griepvaccins worden vandaag gegeven! Laten we er samen voor gaan!! Dank u voor uw medewerking. WGC Rabot'

Oproepsystemen

EMD en consultatie

Hier werd niets aan veranderd in vergelijking met vorig jaar. Dit was een belangrijk middel om mensen te overtuigen. Concrete cijfers hebben we niet aangezien dat we de resultaten niet kunnen uitsplitsen naar de verschillende interventies.

Brieven (zie bijlage 1)

Opmaak

We kozen ervoor een aantal ideeën van andere WGC samen te brengen en verder uit te werken. Zo werd gekozen te werken met **gepersonaliseerde** brieven. Zowel de **naam** als de **aandoening** waarom die persoon een griepvaccinatie zou moeten krijgen werden per persoon aangepast. Dit gebeurde door onze brief, in word formaat, te koppelen aan het Excel document met namen en aandoeningen. Bovenaan de brief stond duidelijk het **logo** van de praktijk zodat het voor de patiënt direct duidelijk was dat de brief van de praktijk kwam. De tekst werd bewust **kort** gehouden, was in eenvoudig Nederlands geschreven en was nogal **dirigerend**. Kort en in eenvoudig Nederlands om mensen die taalkundig minder sterk zijn niet te ontmoedigen. Dirigerend omdat uit de interviews kwam dat men in de Turkse en Roma cultuur hier dikwijls meer gewoon aan is. Daarnaast was er een **korte vertaling** in de meest courante talen die bij ons in de praktijk gebruikt worden (Bulgaars, Turks, Slovaaks,

Engels en Frans). Hiervoor werden vertalingen van WGC Brugse Poort gebruikt, waarbij een nieuwe vertaling naar het Bulgaars gemaakt werd. De vertalingen stonden op de tweede pagina en waren niet gepersonaliseerd omdat we duidelijk wilden maken dat Nederlands voor ons de voertaal is. Wegens het analfabetisme in de doelgroep werd gebruik gemaakt van **pictogrammen**. Voor de duidelijkheid gebruikten we de pictogrammen die ook bij kinderen met autisme gebuikt worden. Deze pictogrammen werden op voorhand aan personen uit de doelgroep voorgelegd. Hen werd gevraagd of ze aan de pictogrammen konden zien waar de boodschap over ging. Het merendeel slaagde hierin. Toch hebben we aan de hand daarvan de pictogrammen nog wat verder bijgewerkt. De brieven werden ook **ondertekend met de namen van de dokters**. Dit aangezien wij verwachtten dat dit meet effect zou hebben dan 'het team'.

Versturen

Hiervoor werden enveloppen gebruikt met **logo** van de praktijk, zodat de patiënt niet denkt dat het reclame is (zie ICB). Bij de brief zat naast de brief die hierboven beschreven staat ook een **voorschrift** dat op eenzelfde manier als de brieven **gepersonaliseerd** werd. Er werd beslist **geen folder** bij de brief te steken omdat dit voor de groep die het moeilijkst bereikt wordt te verwarrend zou zijn.
Als de brief niet besteld kon worden, werden deze mensen opgebeld. Dit om het juiste adres in ons dossier te hebben en om te kijken of ze nog in ons werkingsgebied woonden. Als we het nieuwe adres vonden werd hiernaar dezelfde brief gestuurd.

Resultaat

De 185 brieven werden gepost op 10 oktober. Hiervan kwamen er **9 terug** omdat ze niet te bestellen waren. Achteraf bleek dat ook een aantal andere brieven niet aangekomen waren wegens verhuizing.

SMS (zie blijlage 2)

Opstellen

Uit de interviews kwamen enkele belangrijke punten in verband met de sms'en naar voren. Ze moesten in **heel eenvoudig Nederlands** zijn, ze moesten verwijzen naar de brief, deze eventueel aankondigen en ook het telefoonnummer moest er duidelijk instaan. Verder mag de patiënt **rechtstreeks aangesproken** worden. Ook moest duidelijk zijn dat de sms van de praktijk kwam. Dit alles hebben we proberen integreren.

Versturen

De dag dat de brief verstuurd werd (**10 oktober**), werd volgende sms boodschap verstuurd: ‘’’voornaam’ ‘achternaam’, U krijgt een brief van de dokter met een voorschrift voor de griepspuit. Haal de spuit bij de apotheek. Maak een afspraak op 09/277 10 77.”
Één week later, op het moment dat de vaccinaties begonnen (**17 oktober**), werd volgende boodschap verstuurd: “Beste ‘achternaam’ ‘voornaam’.De griepspuiten worden vanaf nu gezet.Hebt u al een afspraak?Vergeet hem niet!Hebt u nog geen afspraak?Bel 09/277.10.77.WGC Rabot”
Op **2 november** werd een derde SMS verstuurd naar de groep die op 31/10 nog niet ingeënt was. Deze keer was de boodschap: “Beste ‘achternaam’ ‘voornaam’, Waarom bent U nog niet ingeent tegen de GRIEP? Dit is belangrijk voor Uw gezondheid. Maak een afspraak bij de dokter.09/277.10.77”
Als verzender kwam steeds ‘WgcRabot’ op het schermpje.

Resultaat

De eerste SMS werd naar 73 nummers verstuurd Deze sms kwam aan bij 72 nummers. De tweede sms werd naar dezelfde nummers gestuurd. Deze keer kwamen 71 sms’en aan. De derde en laatste sms werd naar 37 nummers gestuurd. 36 van deze sms’en kwamen deze keer aan. We ontvingen geen negatieve reacties over deze sms’en. Enkele mensen die het Nederlands niet genoeg machtig waren kwamen aan het onthaal voor meer uitleg.

Telefonische recall

Organisatie

Op basis van de lijst die getrokken werd op **7 november** werd naar alle patiënten die op de definitieve lijst stonden, **nog niet ingeënt** waren en waar we een telefoonnummer van hadden **gebeld**. Naar de Turken in het **Turks**, naar de Bulgaren in het **Bulgaars**. De andere gesprekken gebeurden in het Nederlands, met soms Frans of Engels. Dit gebeurde op 7 en 8 november. Al deze personen werden uitgenodigd op verschillende **vaccinatiemomenten** in de **week van 14 november**. Als ze vaccinatie weigerden werd gevraagd naar de reden hiervoor.

Resultaat

Er waren **90 personen** die we wilden bereiken met de telefonische recall. Hiervan hebben we 34 personen niet kunnen bereiken. Bij 26 personen hebben we alleen iets op de voicemail ingesproken. 30 personen hebben we wel kunnen bereiken. Van deze groep waren er dertien die effectief een afspraak gekregen hebben. Zeven waren nog in het buitenland, tien weigerden vaccinatie omdat ze

het niet vertrouwden of niet nodig vonden. Van de dertien die effectief nog een afspraak gekregen hadden, zijn er **negen op hun afspraak gekomen**.

Vaccinatiegraad

Algemeen

Van de oorspronkelijke groep van 185 personen bleken er 7 uitgeschreven te zijn.

Tabel 1: totaal aantal gevaccineerden op 11/1/2012

	Totaal	%
Totaal	185	
Niet/ uitgeschreven	7	
Totaal zonder uitgeschreven	**178**	
Gevaccineerd	**102**	**57%**
Niet/ geen info	51	29%
Niet/ weigering	17	10%
Niet/ in buitenland	7	4%
Niet/ contraindicatie	1	1%

We zien dat van de oorspronkelijke groep 57% gevaccineerd is. Daarnaast zijn er ook nog belangrijke percentages patiënten die weigerden (10%) en die in het buitenland waren (4%).

Vergelijking naar nationaliteit/ leeftijd/ sociale statuut

Nationaliteit

Tabel 2 opgesplitst naar nationaliteit

Nationaliteit	Gevaccineerd/totaal	%
Belg	39/73	53%
Bulgaar	18/34	53%
Turk	10/16	63%
Slowaak	7/8	88%
Andere	28/55	51%

Hier zien we dat de **verschillen** tussen de verschillende nationaliteiten **klein** is. Ze schommelen allemaal rond de 50 à 55%. Enkel de Turken en de Slovaken doen het hier veel beter, al zijn hun aantallen te klein om significante verschillen aan te tonen (p-waarde is 0.37).

Voor **2010** hebben we enkel cijfers opgesplitst naar taal. Belangrijk is dat het ook hier gaat om kleine groepen. Toen was er slechts een zeer **klein verschil** tussen de personen die Nederlands als taal opgegeven hadden en degene die een andere taal opgegeven hadden (34% tegen 32%).

Leeftijd

Tabel 3:vaccinatie opgesplitst naar leeftijd

Leeftijd	Gevaccineerd/totaal	%
>=65	14/22	64%
<65	88/156	56%

Hier zien we een klein verschil. Dit is echter te klein om significant te zijn (p-waarde is 0.52).

Statuut

Tabel4: vaccinatie opgesplitst naar statuut

Status	Gevaccineerd/totaal	%
Medische kaart	5/14	36%
Voorkeursregeling	58/97	60%
Niet voorkeur	48/67	72%

p-waarde= 0.002

Tabel 5: vaccinatie opgesplitst naar statuut

Status	Gevaccineerd/totaal	%
Medische kaart	5/14	36%
WIGW	26/39	67%
Niet WIGW	69/125	55%

p-waarde= 0.015

Hier zijn duidelijk wel significante verschillen te zien.

De patiënten met medische kaart bereiken we duidelijk minder goed. Verder lijkt er weinig verschil te zijn naar tussen de verschillende groepen.

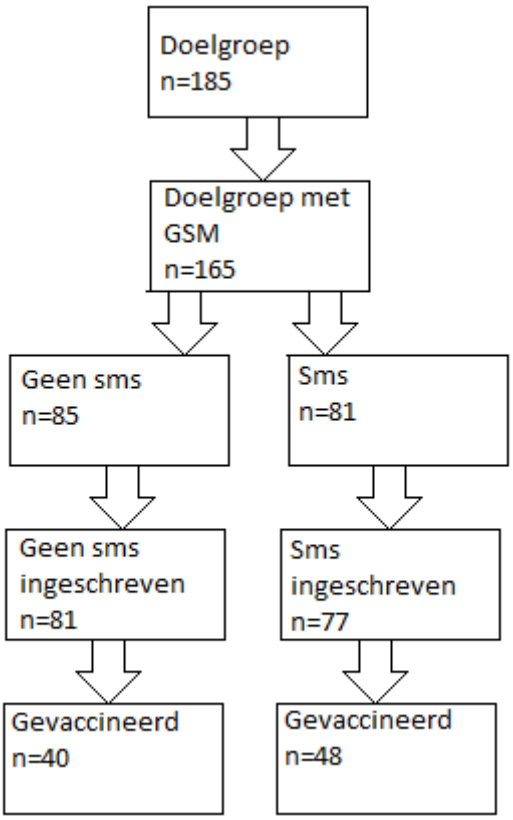
Vergelijking met vorig jaar

Tabel 6: vaccinatiegraad in 2010 en 2011

	2010		2011	
	totaal	%	totaal	%
Totaal	108		185	
niet- uitgeschreven	0		7	
totaal zonder uitgeschreven	108		178	
Gevaccineerd	35	32%	102	57%
niet- geen info	70	65%	51	29%
niet- weigering	3	3%	17	10%
niet- in buitenland	0	0%	7	4%
niet- contraindicatie	0	0%	1	1%

In **2010** is **32%** van de vastgestelde doelgroep gevaccineerd. We wisten ook slechts van 3% dat ze geweigerd hadden. In **2011** is het gelukt onze vaccinatiegraad te verhogen tot **57%**. Ook weten we beter waarom een aantal personen niet gevaccineerd zijn. De p-waarde is <0.001

Vergelijking SMS/geen SMS



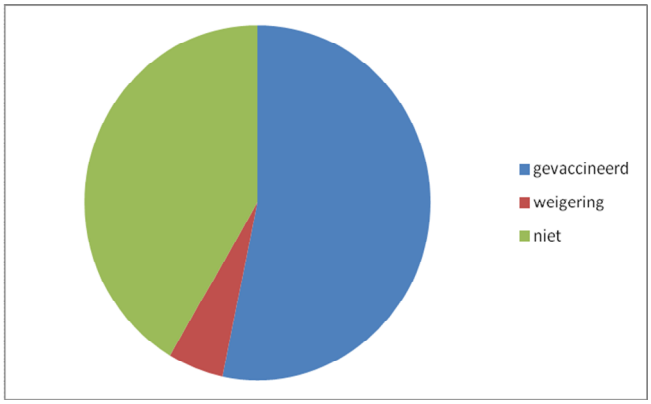
Voor deze vergelijking gebruiken we de cijfers van **14 november**. Op dat moment zijn de mensen die erbij komen door de telefonische **recall** nog niet **in de cijfers opgenomen**. Dit betekent wel dat deze cijfers niet beschouwd kunnen worden als definitieve cijfers. Mogelijks had een aantal van hen zich nog laten vaccineren hierna, zelfs zonder recall.

Vijf personen van de groep bleken op dat moment uitgeschreven te zijn. Zo bleven we met een groep van 83 die geen sms'en kreeg en 77 die wel sms'en kregen.

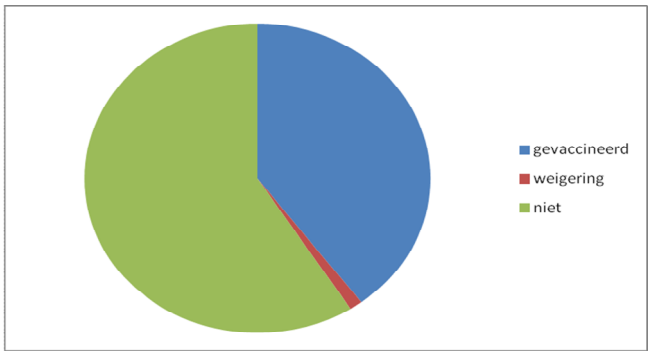
Tabel 7: resultaten op 14/11/2011 opgesplitst naar SMS/ geen SMS

	SMS		Geen sms	
Totaal	81		85	
Niet/ uitgeschreven	4		3	
Totaal zonder uitgeschreven	77		83	
Gevaccineerd	41	53%	33	40%
Niet/ geen info	32	42%	49	59%
Niet/ weigering	4	5%	1	1%
Niet/ in buitenland	0	0%	0	0%
Niet/ contraindicatie	0	0%	0	0%

Figuur 3: Diagram wel sms op 14/11/2011



Figuur 4: Diagram geen sms op 14/11/2011



Hierbij lijkt het dat de sms'en enig verschil hebben gemaakt. De p-waarde is 0.087, wat op een duidelijke trend wijst ondanks dat het niet statistisch significant is.

Op het einde van heel de griepcamagne, dus ook na de recall, hebben we een tweede keer dezelfde cijfers berekend. Zowel in de groep met sms als in de groep zonder sms was er één uitschrijving meer.

Tabel 8: resultaten op 11/1/2012 opgesplitst naar SMS/geen SMS

	SMS		Geen sms	
Totaal	80		85	
niet- uitgeschreven	4		3	
totaal zonder uitgeschreven	76		82	
Gevaccineerd	48	63%	40	49%
niet- geen info	18	24%	29	35%
niet- weigering	5	7%	10	12%
niet- in buitenland	5	7%	2	2%
niet- contraindicatie	0	0%	1	1%

Hier bedraagt de p-waarde 0.069. Ook hier zien we een duidelijke trend.

Discussie

Belangrijkste resultaten

Literatuur

Alle soorten van reminders verhogen de vaccinatiegraad. De reminder moet vooral aangepast zijn aan de cultuur en mogelijkheden. Daarnaast zijn ook educatie en huisbezoeken efficiënt.
Sms is nog zeer weinig gebruikt als **reminder voor vaccinatie**. De gegevens van de **weinige studies** hierover zijn wel hoopgevend. Studies over het gebruik van sms om therapietrouw te verhogen of als reminder voor afspraken geven wisselende resultaten.
Etnische minderheidsgroepen blijken over het algemeen een **lagere vaccinatiegraad** te hebben. De belangrijkste redenen hiervoor zijn een slechtere arts-patiënt relatie (taal), moeilijk veranderbare gewoonten en overtuigingen en het minder nemen van initiatief. **Dit verschil is grotendeels weg te werken door interventies** (sensibilisering van en door zorgverstrekker, protocollen en cultureel aangepaste educatie).

Organisatie en cultuur

We vonden dat **onze praktijk jong, allochtoon en eerder kansarm** is. Vergelijkbare centra gebruiken voor de griepvaccinatie info tijdens consultatie, brieven, hun krantje en soms werd er gebeld.
Uit de interviews met ICB kwam naar voren dat de **allochtonen** dikwijls **slecht geïnformeerd** waren en dat **taal** een barrière was. Ze deden een aantal voorstellen om de gebruikte reminders toegankelijker te maken voor de allochtone groep. Ook kwam het idee met groepen te werken.
Bij interviews met ervaringsdeskundigen kwam naar voren dat vooral huisbezoeken en het **persoonlijk aanspreken** effectief zijn. Het bereiken van groepen bleek moeilijk haalbaar.

Vaccinatiegraad

Door een aantal interventies konden we de **vaccinatiegraad significant verhogen** in vergelijking met vorig jaar. Ook hadden we meer informatie over waarom mensen niet gevaccineerd werden. Het sturen van **sms**'en toont een duidelijke trend naar het verhogen van de vaccinatiegraad, maar is **underpowered**.

Sterkten en zwakten

Zwakten

De eerste belangrijke zwakte is dat de **vergelijking met vorig jaar niet optimaal is**. Er zijn, ook naast de in deze thesis beschreven interventies, ook nog andere veranderingen geweest. Zo werd er vorig

jaar op een andere manier gewerkt om de doelgroep vast te leggen en werden de brieven eerder verstuurd. Ook werden voor de registratie toen papieren lijsten gebruikt. Hier zit dat ook een belangrijke mogelijkheid tot bias.
Een tweede zwakte is dat wij **niet iedereen hebben kunnen bereiken**. Er is 30% die zich niet heeft laten vaccineren en waarvan we geen enkele reden kennen waarom dit niet gebeurd is. Vooral de patiënten met medische kaart bleken we minder te bereiken. Hier valt op te merken dat zij niet vast bij ons ingeschreven zijn en zij dus ook andere huisartsen kunnen raadplegen. Zij hebben ook niet de nood uit te schrijven op het moment dat zij verhuizen. Dit is ook de groep nieuwkomers die de grootste taalbarrière heeft.
Verder is een zwak punt dat we slechts één kleine **groep educatie** hebben kunnen geven. Dit omdat de tijd die nodig is om groepen te bereiken niet opweegt tegen de kleine groep patiënten die we mogelijk bereiken. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat de doelgroepen zo divers zijn dat de patiënten die tot de doelgroep behoren zelden samen zitten in één groep. Daarnaast zijn de groepen gemengd met onze en andere patiënten. Ook hebben de groepen in de wijk allemaal hun eigen doel en is het niet gemakkelijk om hierin andere informatie binnen te brengen. Een laatste reden is dat een groot deel van de populatie, zoals de Bulgaren, op geen enkele manier georganiseerd blijken te zijn.
Verder is een zwak punt dat we **huisbezoeken**, iets wat als efficiënt naar voren kwam, niet konden uitvoeren. Dit bleek in de praktijk te arbeidsintensief. Ook zou het vreemd overkomen om huisbezoeken te doen zonder hulpvraag van de patiënt.
Verder was het aantal te vaccineren patiënten in onze praktijk beperkt. Hierdoor is de studie **underpowered** en konden we net geen significant effect aantonen. Het zou daarom nuttig zijn deze studie te herhalen in een grotere praktijk of in meerdere praktijken. Dit zou ook de mogelijkheid geven uit te zoeken welke groep het meest bereikt wordt met sms om zo bvb. na te kijken of dit ook effect heeft bij ouderen.

Sterkten

Een eerste sterke punt is dat we voor dit onderzoek de **gegevens van iedereen die in onze praktijk** ingeschreven was en in aanmerking kwam voor griepvaccinatie hebben kunnen gebruiken.
Dat in het medisch **dossier gecodeerd** geregistreerd werd gaf de mogelijkheid om op een redelijk efficiënte manier de doelgroep te selecteren.
Een tweede sterke punt is dat we door deze studie van de mensen die **niet gevaccineerd** zijn een veel beter idee hebben over **waarom** dit niet gebeurde. Dit in tegenstelling tot vorig jaar. Zo weten we dat een aantal patiënten die tijdens de vaccinatiecampagne in het buitenland verbleven en dat 10% vaccinatie weigerde.

Een ander sterk punt is **dat alle culturele aspecten ruim bevraagd** zijn bij zeer veel verschillende ervaringsdeskundigen.
Verder is een sterk punt dat dit project door **heel de praktijk gedragen** werd. Echt iedereen heeft er zijn bijdrage in gehad.
Door dit onderzoek hebben we **contact gekregen met veel buurtorganisaties**. Dit kan de samenwerking alleen ten goede komen.
Het belangrijkste sterke punt van deze studie is het gebruik van **sms**. Dit gebruiken voor griepvaccinatie is vernieuwend. We hebben hierover geen studies teruggevonden. Wel hebben we in de literatuur duidelijke richtlijnen gevonden over het opstellen van de sms'en, die we dan ook goed hebben kunnen toepassen. Door sms konden we voor een **lage prijs** een aantal mensen extra bereiken. Zelfs de telefonische recall achteraf blijkt dit effect niet weg te nemen. De telefoonnummers bleken zo goed als allemaal correct en waar dit niet was, gaf het ons de kans om deze aan te passen. Het **versturen van sms'en bleek ook heel eenvoudig**.
Een laatste sterke punt is dat we mensen die **normaalgezien moeilijk bereikt werden konden bereiken** door aangepaste brieven met vertaling maar ook door ze te bellen in eigen taal. Ook het gebruik van **pictogrammen** hierbij is vernieuwend.

Vergelijking met vorig jaar

De vaccinatiegraad lag dit jaar duidelijk hoger dan vorig jaar. Het versturen van **sms**'en is hier waarschijnlijk een **factor** in. Toch bleek ook in de groep die geen sms kreeg een duidelijk verschil te zijn met vorig jaar (32% in vergelijking met 49%).Dit wijst erop dat de **andere interventies** ook succes gehad hebben. Hier denken we o.a. aan de **brief** die **kort voor het begin** van de **vaccinatie**s werd gestuurd. Dit zorgde er waarschijnlijk mee voor dat **de opkomst op de vaccinatiemomenten hoog** was. Daarnaast denken we ook dat de **opmaak en personalisatie** van de brief verschil maakte. Maar ook dat het een campagne was die door **heel de praktijk gedragen** werd en de **telefonische recall** die waarschijnlijk voor een 5% extra vaccinaties heeft gezorgd, hebben waarschijnlijk bijgedragen aan de hogere vaccinatiegraad. Door de aard van de studie kunnen we, met uitzondering van sms, niet uitmaken welke van de interventies juist effectief waren.
We zagen de vaccinatiegraad zowel bij de Belgen als bij de allochtonen in dezelfde mate stijgen.

Vergelijking met andere praktijken/literatuur

Hoewel we onze **vaccinatiegraad** konden **verhogen**, ligt onze vaccinatiegraad maar iets boven **gemiddeld voor Vlaanderen** en vergelijkbaar met andere wijkgezondheidscentra waar we gegevens over hebben.

Voor de **65+-ers** hebben wij ongeveer dezelfde vaccinatiegraad als **gemiddeld voor Vlaanderen**. Als we kijken naar de **risicogroepen** kijken, scoren we beduidend **beter** dan het **gemiddelde in Vlaanderen**.
We merken hierbij op dat onze patiënten zijn ook eerder **arm zijn**. Dit blijkt uit het feit ongeveer 50% van onze patiënten voorkeurstatuut heeft. Dit zorgt ervoor dat zij eerst andere (o.a. financiële) zorgen hebben. Gezondheid staat niet altijd op de eerste plaats. Ook in de literatuur staat beschreven dat in een armere bevolking de vaccinatiegraad lager is. Toch konden wij geen duidelijk verschil maken tussen de patiënten met en zonder voorkeurregeling.
In onze praktijk konden wij geen grote verschillen zien tussen de verschillende **nationaliteiten**. Dit ondanks het feit dat 7% van de allochtonen in de doelgroep voor griepvaccinatie in het buitenland zat tijdens de vaccinatiecampagne en dus onmogelijk door ons gevaccineerd kon worden. Deze resultaten komen overeen met de bevindingen in de literatuur. Daar werd aangetoond dat als er interventies zijn, het verschil in vaccinatiegraad tussen de nationaliteiten vermindert en dikwijls verdwijnt.
Er valt op te merken dat een groot aantal patiënten vaccinatie weigeringen (10%).
Dit maakt dat we voor een **jonge, eerder kansarme, allochtone praktijk** een **goede vaccinatiegraad** hebben bereikt.

Het versturen van **sms**'en voor vaccinatie lijkt in studies telkens een succes te zijn, toch is dit nog weinig onderbouwd. Ook wij konden een duidelijke trend aantonen. Ondanks het feit dat in de literatuur weinig goede gegevens te vinden waren over het sturen van **brieven** bij griepvaccinatie, was dit toch een belangrijke interventie in onze campagne. Ook kon in de literatuur geen verschil aangetoond worden met gepersonaliseerde brieven of een extra folder. Toch hebben we er voor onze campagne voor gekozen te personaliseren. De folder hebben we weggelaten omdat dit te verwarrend zou zijn. Het effect van de veranderingen in de brief is zeer moeilijk te bepalen. Dit omdat er tegenover vorige griepcampagne veel veranderingen zijn geweest. Toch lijkt het één van de factoren die geholpen hebben. De **telefonische recall** werd ook naar voor geschoven in de literatuur. In de praktijk bleek dit haalbaar. Toch was de extra opkomst hierdoor beperkt. Waarschijnlijk aangezien er al een aantal andere interventies waren en dit pas op het laatst kwam. Op dat moment waren de meest gemotiveerde patiënten reeds gevaccineerd. In de literatuur kwam naar voren dat het geven van **patiënteneducatie** effectief is om de vaccinatiegraad te verhogen. Dit was in onze praktijk enkel tijdens de individuele consultaties haalbaar. Dit in groepen uitvoeren bleek niet haalbaar. Ook **huisbezoeken** bleken effectief in de literatuur maar niet haalbaar in de praktijk.

Praktijkrelevantie

Dit jaar hebben we met de praktijk **heel veel tijd geïnvesteerd** in de griepvaccinatie. Er waren veel nieuwe interventies zoals de interviews en het opstellen en aanpassen van de brieven/sms'en. Dit kostte zeer veel tijd. Ook het trekken van lijsten en het controleren vroeg zeer veel tijd, dit omdat het programmatje hiervoor niet goed werkte. Het sturen van **sms'en** kostte weinig tijd omdat deze **geautomatiseerd** verstuurd konden worden. De recall bleek mee te vallen wat betreft tijdsinvestering, al moeten we hierbij rekening houden met de beperkte meerwaarde. Het proberen bereiken van groepen blijkt arbeidsintensief en met maar beperkte meerwaarde.
Het **kosten**plaatje bleef redelijk beperkt als er geen rekening gehouden werd met de werkuren. De grootste kosten waren brieven sturen en een zeer **kleine kost voor de sms'en**.
Op deze manier hebben we een **goed resultaat** bereikt. Bij een herhaling van deze campagne zal het ook veel minder tijd kosten. Zowel de interviews, het opstellen van de brief en het proberen bereiken van de groepen zou wegvallen. Vooral voor het trekken van lijsten en het selecteren van de doelgroep zoeken wij naar een betere, minder arbeidsintensieve manier. We proberen hiervoor tegen volgend jaar een goed computerprogramma te ontwikkelen. Het sturen van brieven, sms'en en eventueel een recall zouden dan met een redelijke tijds- en kosteninvestering mogelijk moeten zijn. We kunnen dus besluiten dat belangrijke elementen naar de toekomst gemakkelijk terug toepasbaar zijn. Sms werd al opnieuw gebruikt voor de oproep voor GMD+.

Besluit

Wij zijn er in geslaagd in onze praktijk, waar de vaccinatiegraad voor de griep zeer laag was, de **vaccinatiegraad significant te verhogen** van 32% tot 57%. Om dit te bereiken hebben we onze **communicatie aangepast en een nieuw informatiekanaal** gebruikt, namelijk sms.
Er is een duidelijke **trend dat het gebruik van sms de vaccinatiegraad verhoogt**.
Als het **EMD** goed bijgehouden en **goed gecodeerd** wordt biedt dit enorme voordelen bij het trekken van lijsten. Met het programma dat wij nu gebruikten kostte het trekken van de lijsten veel tijd. Er moet naar een **minder arbeidsintensieve** manier gezocht worden om lijsten te trekken.

Referenties

1. Govaerts F, Van de Vyver N, Pilaet A. Preventie van influenza. Huisarts Nu. 2005;35(1):4-18.
2. 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. Huisarts Wet. 2008;51(4).
3. Immunizations - seasonal influenza Internet site van de NHS. NHS Evidence; 2009; Available from: http://www.cks.nhs.uk/immunizations_seasonal_influenza/evidence/references#376441004.
4. Hanquet G, Jonckheer P, Vlayen J, Vrijens F, Thiry N, Beutels P. Vaccinatie tegen seizoensinfluenza: prioritaire doelgroepen - Deel I. Good Clinical Practice (GCP) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor
de Gezondheidszorg(KCE). 2011;KCE Reports 162A(D/2011/10.273/43).
5. Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary Lubna A, Ferroni E, Thorning S, Thomas Roger E. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2010; (2). Available from: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004876/frame.html.
6. Cates Christopher J, Jefferson T, Rowe Brian H. Vaccines for preventing influenza in people with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2008; (2). Available from: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000364/frame.html.
7. Poole P, Chacko Emme E, Wood-Baker R, Cates Christopher J. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2006; (1). Available from: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002733/frame.html.
8. Bronckaers JP, De Baerdeùaeker E, Vanoverloop J. De griepvaccinatie tijdens de winter van 2006-2007. Internetsite van het intermutualistisch agentschap. 2007; Available from: http://www.nic-ima.be/library/documents/health_monitoring/griepvaccinatie_%20NL%20winter%202006-2007.pdf.
9. Getting your flu vaccination. Internet site van de NHS. NHS; 2011; Available from: http://www.nhs.uk/Conditions/Flu-jab/Pages/When-should-it-be-done.aspx.
10. Jacobson Vann Julie C, Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2005; (3). Available from: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003941/frame.html.
11. Thomas Roger E, Russell M, Lorenzetti D. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2010; (9). Available from: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005188/frame.html.
12. Ahlers-Schmidt CR, Chesser A, Hart T, Paschal A, Nguyen T, Wittler RR. Text messaging immunization reminders: feasibility of implementation with low-income parents. Preventive medicine. 2010;50(5-6):306-7. Epub 2010/02/25.
13. Ahlers-Schmidt CR, Hart T, Chesser A, Paschal A, Nguyen T, Wittler RR. Content of text messaging immunization reminders: what low-income parents want to know. Patient education and counseling. 2011;85(1):119-21. Epub 2010/09/14.
14. Kharbanda EO, Stockwell MS, Fox HW, Rickert VI. Text4Health: a qualitative evaluation of parental readiness for text message immunization reminders. American journal of public health. 2009;99(12):2176-8. Epub 2009/10/17.
15. Hart T, Ahlers-Schmidt CR, Chesser A, Jones J, Williams KS, Wittler RR. Physician impressions of using text message technology to increase vaccination compliance. Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association. 2011;17(6):427-30. Epub 2011/05/27.
16. Kharbanda EO, Stockwell MS, Fox HW, Andres R, Lara M, Rickert VI. Text message reminders to promote human papillomavirus vaccination. Vaccine. 2011;29(14):2537-41. Epub 2011/02/09.

17. Vilella A, Bayas JM, Diaz MT, Guinovart C, Diez C, Simo D, et al. The role of mobile phones in improving vaccination rates in travelers. Preventive medicine. 2004;38(4):503-9. Epub 2004/03/17.
18. Warwick Z, Dean G, Carter P. B safe, B sorted: results of a hepatitis B vaccination outreach programme. International journal of STD & AIDS. 2007;18(5):335-7. Epub 2007/05/26.
19. da Costa TM, Salomao PL, Martha AS, Pisa IT, Sigulem D. The impact of short message service text messages sent as appointment reminders to patients' cell phones at outpatient clinics in Sao Paulo, Brazil. International journal of medical informatics. 2010;79(1):65-70. Epub 2009/09/29.
20. Downer SR, Meara JG, Da Costa AC. Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. The Medical journal of Australia. 2005;183(7):366-8. Epub 2005/10/06.
21. Perry JG. A preliminary investigation into the effect of the use of the Short Message Service (SMS) on patient attendance at an NHS Dental Access Centre in Scotland. Primary dental care : journal of the Faculty of General Dental Practitioners (UK). 2011;18(4):145-9. Epub 2011/10/05.
22. Geraghty M, Glynn F, Amin M, Kinsella J. Patient mobile telephone 'text' reminder: a novel way to reduce non-attendance at the ENT out-patient clinic. The Journal of laryngology and otology. 2008;122(3):296-8. Epub 2007/05/02.
23. Foley J, O'Neill M. Use of mobile telephone short message service (SMS) as a reminder: the effect on patient attendance. European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry. 2009;10(1):15-8. Epub 2009/03/04.
24. Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A, et al. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. BMC family practice. 2010;11:79. Epub 2010/10/27.
25. Milne RG, Horne M, Torsney B. SMS reminders in the UK national health service: an evaluation of its impact on "no-shows" at hospital out-patient clinics. Health care management review. 2006;31(2):130-6. Epub 2006/05/02.
26. Fairhurst K, Sheikh A. Texting appointment reminders to repeated non-attenders in primary care: randomised controlled study. Quality & safety in health care. 2008;17(5):373-6. Epub 2008/10/10.
27. Bourne C, Knight V, Guy R, Wand H, Lu H, McNulty A. Short message service reminder intervention doubles sexually transmitted infection/HIV re-testing rates among men who have sex with men. Sexually transmitted infections. 2011;87(3):229-31. Epub 2011/02/08.
28. Nelson TM, Berg JH, Bell JF, Leggott PJ, Seminario AL. Assessing the effectiveness of text messages as appointment reminders in a pediatric dental setting. Journal of the American Dental Association (1939). 2011;142(4):397-405. Epub 2011/04/02.
29. Bos A, Hoogstraten J, Prahl-Andersen B. Failed appointments in an orthodontic clinic. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics. 2005;127(3):355-7. Epub 2005/03/19.
30. Sahm L, MacCurtain A, Hayden J, Roche C, Richards HL. Electronic reminders to improve medication adherence--are they acceptable to the patient? Pharmacy world & science : PWS. 2009;31(6):627-9. Epub 2009/09/05.
31. Haberer JE, Kiwanuka J, Nansera D, Wilson IB, Bangsberg DR. Challenges in using mobile phones for collection of antiretroviral therapy adherence data in a resource-limited setting. AIDS and behavior. 2010;14(6):1294-301. Epub 2010/06/10.
32. Pop-Eleches C, Thirumurthy H, Habyarimana JP, Zivin JG, Goldstein MP, de Walque D, et al. Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. AIDS (London, England). 2011;25(6):825-34. Epub 2011/01/22.
33. Holtz B, Whitten P. Managing asthma with mobile phones: a feasibility study. Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association. 2009;15(9):907-9. Epub 2009/11/19.

34. Razykov I, Newton EG, Lober J, Thombs BD. Daily SMS reminders for asthma treatment adherence: A comment on Strandbygaard et al. Respiratory medicine. 2010;104(8):1234-5; author reply 6. Epub 2010/05/11.
35. Strandbygaard U, Thomsen SF, Backer V. A daily SMS reminder increases adherence to asthma treatment: a three-month follow-up study. Respiratory medicine. 2010;104(2):166-71. Epub 2009/10/27.
36. Hou MY, Hurwitz S, Kavanagh E, Fortin J, Goldberg AB. Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: a randomized controlled trial. Obstetrics and gynecology. 2010;116(3):633-40. Epub 2010/08/25.
37. Kelly JD, Giordano TP. Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. AIDS (London, England). 2011;25(8):1137; reply 8-9. Epub 2011/05/04.
38. Vervloet M, van Dijk L, Santen-Reestman J, van Vlijmen B, Bouvy ML, de Bakker DH. Improving medication adherence in diabetes type 2 patients through Real Time Medication Monitoring: a randomised controlled trial to evaluate the effect of monitoring patients' medication use combined with short message service (SMS) reminders. BMC health services research. 2011;11:5. Epub 2011/01/12.
39. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin Ruey B, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2009; (4). Available from: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006611/frame.html.
40. Armstrong AW, Watson AJ, Makredes M, Frangos JE, Kimball AB, Kvedar JC. Text-message reminders to improve sunscreen use: a randomized, controlled trial using electronic monitoring. Archives of dermatology. 2009;145(11):1230-6. Epub 2009/11/18.
41. Khokhar A. Short text messages (SMS) as a reminder system for making working women from Delhi Breast Aware. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP. 2009;10(2):319-22. Epub 2009/06/23.
42. Wangberg SC, Arsand E, Andersson N. Diabetes education via mobile text messaging. Journal of telemedicine and telecare. 2006;12 Suppl 1:55-6. Epub 2006/08/04.
43. Zurovac D, Sudoi RK, Akhwale WS, Ndiritu M, Hamer DH, Rowe AK, et al. The effect of mobile phone text-message reminders on Kenyan health workers' adherence to malaria treatment guidelines: a cluster randomised trial. Lancet. 2011;378(9793):795-803. Epub 2011/08/09.
44. Person AK, Blain ML, Jiang H, Rasmussen PW, Stout JE. Text messaging for enhancement of testing and treatment for tuberculosis, human immunodeficiency virus, and syphilis: a survey of attitudes toward cellular phones and healthcare. Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association. 2011;17(3):189-95. Epub 2011/04/05.
45. Casey RG, Quinlan MR, Flynn R, Grainger R, McDermott TE, Thornhill JA. Urology out-patient non-attenders: are we wasting our time? Irish journal of medical science. 2007;176(4):305-8. Epub 2007/04/25.
46. Fahey D. Reminding patients by text message: text reminders could lead to increased health inequalties. BMJ (Clinical research ed). 2003;327(7414):564. Epub 2003/09/06.
47. Callaghan W. Reminding patients by text message: try reverse billing. BMJ (Clinical research ed). 2003;327(7414):564. Epub 2003/09/06.
48. Wilson E, Chen AH, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. Journal of general internal medicine. 2005;20(9):800-6. Epub 2005/08/25.
49. Gregg J, Saha S. Communicative competence: a framework for understanding language barriers in health care. Journal of general internal medicine. 2007;22 Suppl 2:368-70. Epub 2007/11/28.

50. Farmer GC, Papachristou T, Gotz C, Yu F, Tong D. Does primary language influence the receipt of influenza and pneumococcal immunizations among community-dwelling older adults? Journal of aging and health. 2010;22(8):1158-83. Epub 2010/07/28.
51. Fiscella K. Commentary--anatomy of racial disparity in influenza vaccination. Health services research. 2005;40(2):539-49. Epub 2005/03/15.
52. Galarce EM, Minsky S, Viswanath K. Socioeconomic status, demographics, beliefs and A(H1N1) vaccine uptake in the United States. Vaccine. 2011;29(32):5284-9. Epub 2011/05/31.
53. Santibanez TA, Mootrey GT, Euler GL, Janssen AP. Behavior and beliefs about influenza vaccine among adults aged 50-64 years. American journal of health behavior. 2010;34(1):77-89. Epub 2009/08/12.
54. Lindley MC, Wortley PM, Winston CA, Bardenheier BH. The role of attitudes in understanding disparities in adult influenza vaccination. American journal of preventive medicine. 2006;31(4):281-5. Epub 2006/09/19.
55. Zimmerman RK, Nowalk MP, Raymund M, Tabbarah M, Hall DG, Wahrenberger JT, et al. Tailored interventions to increase influenza vaccination in neighborhood health centers serving the disadvantaged. American journal of public health. 2003;93(10):1699-705. Epub 2003/10/10.
56. Hebert PL, Frick KD, Kane RL, McBean AM. The causes of racial and ethnic differences in influenza vaccination rates among elderly Medicare beneficiaries. Health services research. 2005;40(2):517-37. Epub 2005/03/15.
57. Gonzalez EW, Gardner EM, Murasko D. Recruitment and retention of older adults in influenza immunization study. J Cult Divers. 2007;14(2):81-7. Epub 2007/07/01.
58. Daniels NA, Gildengorin G, Nguyen TT, Liao Y, Luong TN, McPhee SJ. Influenza and pneumococcal vaccination rates among Vietnamese, Asian, and non-Hispanic white Americans. Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health. 2010;12(3):370-6. Epub 2008/10/08.
59. Nowalk MP, Zimmerman RK, Tabbarah M, Raymund M, Jewell IK. Determinants of adult vaccination at inner-city health centers: a descriptive study. BMC Fam Pract. 2006;7:2. Epub 2006/01/13.
60. Nowalk MP, Zimmerman RK, Lin CJ, Raymund M, Tabbarah M, Wilson SA, et al. Raising adult vaccination rates over 4 years among racially diverse patients at inner-city health centers. J Am Geriatr Soc. 2008;56(7):1177-82. Epub 2008/06/13.
61. Zimmerman RK, Nowalk MP, Tabbarah M, Hart JA, Fox DE, Raymund M, et al. Understanding adult vaccination in urban, lower-socioeconomic settings: influence of physician and prevention systems. Ann Fam Med. 2009;7(6):534-41. Epub 2009/11/11.
62. Antunes JL, Waldman EA, Borrell C, Paiva TM. Effectiveness of influenza vaccination and its impact on health inequalities. International journal of epidemiology. 2007;36(6):1319-26. Epub 2007/11/06.

Bijlagen

Bijlage 1

wijkgezondheidscentrum Rabot

24 april 2012

ORGANISATIE
NAAM
ADRES
STAD

Aanspreking,

Een griepspuit is belangrijk voor u omdat u suikerziekte/ longziekte/ hartziekte/ kanker hebt/ ouder dan 65 bent. Zo hebt u minder kans dat u door de griep ziek wordt of in het ziekenhuis terecht komt.

Wat moet je doen?

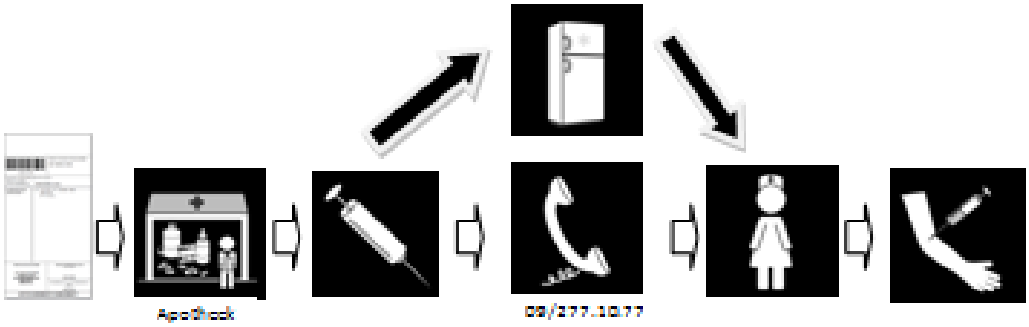
- Ga met het voorschrift in deze envelop naar de apotheek.
- Leg de spuit in de ijskast.
- Maak een afspraak via 09/277.10.77 op één van de volgende momenten:

Dinsdag 18 oktober	van 10u00 tot 12u00
Donderdag 20 oktober	van 15u00 tot 18u00
Dinsdag 25 oktober	van 10u00 tot 12u00
Vrijdag 28 oktober	Van 16u00 tot 17u00

- Als u op deze momenten niet kan komen, bel naar het onthaal.

Tot binnenkort!

Dr. De Sutter, Dr. Avet, Dr. De Cannière, Dr. Hendrikx, Dr. Goubin



Raaijnhoflaan 43, 9000 Gent • 09/277.10.77 • 09/277.10.70 • www.wgcrabot.be • info@wgcrabot.be
Ondernemingsnummer: 0896.532.495 • BTW-nummer: 1840588-50 • RIZIV-nummer: 8/44505/74/111
Rekening: VDK 890-7341474-60 • IBAN: BE73890734147460 • BIC: VDSPBE91

Cher patient,

Dear patient,

Уважаеми пациенти

Sayın Hasta,

Vážení pacienti,

Vous pouvez être gravement malade si vous avez une grippe. On vous conseille de faire une piqûre contre la grippe entre le 15/10 et le 15/11. Pour cela, il est conseillé de prendre un rendez-vous avec nous. Avec la prescription inclue, vous pouvez acheter la seringue chez le pharmacien (prix 6,50 euro). Il est conseillé de la garder dans votre frigo jusqu'au moment où vous venez chez nous au centre pour faire vacciner. On vous souhaite un hiver en bonne santé!

You belong to the group of patients that could become seriously ill when infected with the flue. To prevent this we advise you to receive a vaccination against the flue in the period between 15/10 and 15/11. Please contact our health centre for an appointment. With the prescription included you are able to buy an injection at the pharmacy (price: 6.50 euro). Keep it in the fridge until you visit our centre to be vaccinated. We wish you a healthy winter!

Вие принадлежите към една група хора, които сериозно могат да се разболеят от грип. Ние ви препоръчваме между 15/10 и 15/11 да си поставите имунизация против грип. Свържете се с WGC Rabot за да си уговорите час. С рецептата която е в това писмо можете да си закупите ваксината от аптекатаза (цена 6,5 евро). Съхранявайте ваксината в хладилник до денят на ваксинирането. Пожелаваме ви една здравословна зима!

Siz grip dolayısıyle ağır hasta olabilecek risk grubundasınız. Biz size 15/10 ve 15/11 tarihleri arasında gripe karşı aşı yaptırmanızı öneriyoruz. Randevu alabilmek için WGC Rabot'a müracaat edebilirsiniz. Bu mektubun içindeki reçeteyle eczaneden aşıyı alabilirsiniz (fiyatı 6,50 euro). Aşıyı sağlık merkezine gelip aşı olana kadar buzdolabında muhafaza edebilirsiniz. Size sağlıklı bir kış geçirmenizi diliyoruz!

Patríte ku skupine l'undí, ktorí by v prípade prekonania chrípky mohli vážne ochoriet'. Aby sa tomu predišlo, radíme vám aby ste sa v období od 15 októbra do 15 novembra dali zaočkovat' proti chrípke. Objednajte sa za týmto účelom na našej vrátnici. S predpísaným receptom si môžete v lekárni vyzhvihnút potrebnú inekciu na zaočkovanie (cena: 6.50€). Inekciu uschovanjte v chladničke až dovtedy kým nepôjdete do zdravotného centra na zaočkovanie. Želáme vám zdravé prežitie zimy!

Bijlage 2

Datum	Sms tekst	Aantal	Succesvol	Ontvangers	
02-11-2011 13:09	Beste {achternaam} {voornaam}, Waarom bent U nog niet ingeent tegen de GRIEP? Dit is belangrijk voor Uw gezondheid. Maak een afspraak bij de dokter.09/277.10.77	37	36	patiënten 2	
18-10-2011 08:52	Beste {voornaam} {achternaam}, De eerste griepvaccins worden vandaag gegeven! Laten we er samen voor gaan!! Dank u voor uw medewerking. WGC Rabot	20	20	Aangepaste selectie	
17-10-2011 18:03	Beste {achternaam} {voornaam}.De griepspuiten worden vanaf nu gezet.Hebt u al een afspraak?Vergeet hem niet!Hebt u nog geen afspraak?Bel 09/277.10.77.WGC Rabot	74	72	Alle contactpersonen	
10-10-2011 19:08	{voornaam} {achternaam}, U krijgt een brief van de dokter over griep. Haal de griepspuit met het voorschrift bij de apotheek en maak een afspraak.09/2771077	74	73	Alle contactpersonen	

Bijlage 3

GRIEP



WAT IS GRIEP?

Een besmettelijke ziekte veroorzaakt door een virus waarbij je je erg ziek kan voelen.

KLACHTEN:

Hoge koorts, keelpijn, spierpijn.
Soms een droge, pijnlijke hoest en neusloop.

WAT KAN JE ER ZELF AAN DOEN?

- Veel rusten
- Voldoende drinken
- Een koortswerend middel nemen
- Eventueel een hoestremmer nemen

WANNEER NAAR DE DOKTER?

- als je te ziek bent
- als je plots veel zieker wordt

Antibiotica helpen hier niet!

GRIEPVACCINATIE



DE GRIEPSPUIT:

beschermt je tegen de echte griep, niet tegen griepachtige ziekten.

VOOR WIE?

Mensen met een hogere kans op een verwikkeling bij het doormaken van griep:

- mensen ouder dan 65
- mensen met suikerziekte
- mensen met longziekten
- mensen met hartziekten
- mensen met nierziekten
- mensen met een verminderde weerstand door bvb aids, kanker, …

Gezonde mensen hebben geen griepspuit nodig!

Bijlage 4

Griepvaccinatie

Waar kan u nog last van hebben?

- Lichte koorts, wat hoofdpijn, spierpijn voor enkele dagen (niet zo erg als de echte griep)
- Een pijnlijke arm

Waar moet u nog op letten?

- Nog 15 minuten in de wachtzaal wachten.
  Heel weinig mensen krijgen een reactie op de spuit.
  Maar dan moeten we er wel snel bij zijn.

Zijn er andere mensen die je kent die ook een brief gekregen hebben? Stuur ze zeker naar ons!