Samen een prik voor de griep

Wat zijn de huidige hindernissen en drijfveren van individuele artsen voor het gemeenschappelijk organiseren van de influenzavaccinatie in de gemeente Kontich?

Busschots Marianne (Universiteit Antwerpen)

Promotor
Dr. Michiels Barbara (Universiteit Antwerpen)

Copromotor/Praktijkopleider
Dr. Dieleman Peter (Universiteit Antwerpen)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2015-2016

Abstract

Samen een prik voor de griep. Wat zijn de huidige hindernissen en drijfveren van de individuele artsen voor het gemeenschappelijk organiseren van de influenzavaccinatie in de gemeente Kontich?

HAIO: Marianne BUSSCHOTS
Promotor: Barbara MICHIELS
Copromotor / Praktijkopleider: Peter DIELEMAN
Universiteit Antwerpen

Context: De griepvaccinatie van de risicogroepen is een jaarlijkse uitdaging en een goed voorbeeld van de toenemende werkbelasting die wordt veroorzaakt door meer aandacht voor preventie. De vaccinatiegraad voor griep is in België nog steeds onvoldoende, en interventies die de vaccinatiegraad verhogen, gaan gepaard met een nog hogere werkbelasting voor de huisarts. Is het een oplossing om de griepvaccinatie op een gemeenschappelijke manier te organiseren: buiten de eigen praktijk, op een centrale locatie en met vaste vaccinatiemomenten?
Onderzoeksvragen: Hoe wordt de griepvaccinatie momenteel in Kontich georganiseerd? Zijn de huisartsen tevreden? Wat zijn de drijfveren en hindernissen voor het organiseren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie? Hoe zou een gemeenschappelijke griepvaccinatie in Kontich georganiseerd kunnen worden?
Methode: De demografie van de huisartsen in Kontich werd in kaart gebracht. 17 huisartsen uit Kontich werden door middel van een diepte-interview gepeild naar hun manier van werken en gedachten rond de griepvaccinatie (kwalitatief onderzoek). Daarnaast vulden ze een schriftelijke vragenlijst in over de voor- en nadelen van een gemeenschappelijke griepvaccinatie (kwantitatief onderzoek).
Resultaten: Het demografisch onderzoek toont aan dat de huisartsenpopulatie in Kontich representatief is voor de situatie in België. Er is een tendens tot vergrijzing en vervrouwelijking en jongere huisartsen vestigen zich in duo- of groepspraktijken. Geen enkele huisarts organiseert de griepvaccinatie momenteel volgens een systematische aanpak. De huisartsen zijn vrij tevreden over de huidige aanpak van de griepvaccinatie, maar vooral de oudere huisartsen vinden de werkdruk rond de vaccinatieperiode erg hoog.
De interesse bij de Kontichse huisartsen om een gemeenschappelijke griepvaccinatie te organiseren, is zeer wisselend en afhankelijk van leeftijd en praktijkvorm. De belangrijkste motivaties om mee te doen, zijn dat de huisartsen de vaccinatiegraad willen verhogen, ervaring willen opdoen voor andere samenwerkingsinitiatieven en meer dynamiek in de gemeente willen creëren rond griepvaccinatie en preventie. De grootste hindernissen zijn de extra kosten voor administratieve ondersteuning en praktische en financiële organisatie van het gemeenschappelijke vaccinatiemoment.
Conclusie: De huisartsen in Kontich zijn nog niet klaar voor een andere, gemeenschappelijke vorm van de griepvaccinatie. Er werden in het onderzoek voorstellen geformuleerd om de hindernissen te overkomen zodat in de toekomst het draagvlak hopelijk groter wordt.

ICPC-code: R44 Influenzavaccinatie / R80 Influenza

Inhoudstafel

Abstract 2

Inhoudstafel 3

1. Inleiding 5

2. Onderzoeksvragen 5

3. Literatuuronderzoek 6

3.1. Zoekstrategie 6

3.2. Vlaamse richtlijnen griepvaccinatie 7

3.3. Internationale verschillen in richtlijnen en organisatie van vaccinatiecampagne 8

3.4. Vaccinatiegraad 9

3.5. Verhogen vaccinatiegraad 9

3.6. H1N1-vaccinatie en vaccinatie bij grieppandemie 10

3.7. Vaccinatiemomenten en vaccinatiekliniek 11

3.8. Samenwerking tussen huisartsen 12

3.9. Samenwerken met de lokale overheid 13

3.10. Conclusie oriënterend literatuuronderzoek 13

4. Methodologie 14

4.1. Studieverloop en datacollectie 14

4.2. Analyse 14

4.3. Ethische commissie 15

5. Resultaten en bespreking huidige werkwijze griepvaccinatie 16

5.1. Demografie huisartsen Kontich 16

5.2. Praktische aanpak 16

5.3. Vaccinatiegraad 17

5.4. Tevredenheid over huidige systeem 19

5.5. Voor- en nadelen van huidige systeem 20

5.6. Ervaringen met een vast vaccinatiemoment in buurgemeente Lint 20

5.7. Ervaringen met een vast vaccinatiemoment ten tijde van de Mexicaanse Griep 21

5.8. Conclusie huidige situatie 21

6. Op weg naar een gemeenschappelijke organisatie van de griepvaccinatie? 22

6.1. Algemene interesse? 22

6.2. Drijfveren/voordelen 24

6.3. Hindernissen/nadelen 26

6.4. Verdere analyse van de diepte-interviews 27
6.5. Ideeën rond praktische aanpak van een gemeenschappelijke griepvaccinatie 28
7. Aanvullende discussiepunten 32
7.1. Besluit ten aanzien van het organiseren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie 32
7.2. Werkpunten voor de toekomst 32
7.3. Vaccinatie door andere zorgverleners 33
7.4. Zwakten van dit onderzoek 34
7.5. Verder onderzoek 34
8. Conclusie 35
9. Dankwoord 36
10. Referenties 37
11. Bijlagen 39
11.1. Bijlage 1 Overzicht weerhouden artikels literatuurstudie per zoekactie 39
11.2. Bijlage 2 Vragenlijst voor het diepte-interview met de huisartsen van Kontich 42
11.3. Bijlage 3 Schriftelijke vragenlijst voor de huisartsen van Kontich 43
11.4. Bijlage 4 Filteranalyses demografie huisartsen Kontich voor geslacht, leeftijd en praktijkvorm 44
11.5. Bijlage 5 Goedkeuring Ethische Commissie 47
11.6. Bijlage 6 Protocol Masterproef 48

1. Inleiding

De eerstelijnsgezondheidszorg in België staat onder druk door een dreigend tekort aan huisartsen en een toenemende zorgvraag. Dit spanningsveld doet de vraag stijgen naar een andere manier van organiseren en (multidisciplinair) samenwerken.

Het rapport "Jaarstatistiek met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België" van de FOD Volksgezondheid toont dat er op 31 december 2014 in België 15274 erkende huisartsen waren. Hiervan blijkt 65,3% 50 jaar of ouder te zijn. Met het oog op de toekomst is deze vergrijzing van de populatie huisartsen eerder verontrustend. Ook ziet men een vervrouwelijking van het beroep: 37,2% van de huisartsen is vrouw. Dit getal neemt ook jaarlijks toe en bij de jongere artsen is zelfs het merendeel vrouwelijk: in de leeftijdsgroep 25-44 jaar is 69,4% vrouwelijk ten opzichte van 36,7% in de categorie 45-64 jaar (1).

De takenlast van de huisarts stijgt op zijn beurt door de veroudering van de bevolking, de multimorbiditeit, complexere zorgsituaties en de verschuiving van acute naar meer chronische en preventieve zorg.

De jaarlijkse griepvaccinatie is een goed voorbeeld van de toenemende werkbelasting veroorzaakt door meer aandacht voor preventie. Het nut en de effectiviteit van het griepvaccin is aangetoond, maar elk jaar is het een logistieke en organisatorische uitdaging om alle risicogroepen te vaccineren (2, 3).

Kontich is een gemeente in de provincie Antwerpen met ruim 20000 inwoners, verdeeld over Kontich (13130 inwoners) en zijn twee deelgemeenten: Kontich-Kazerne (4923 inwoners) en Waarloos (1783 inwoners)(4). Er zijn 18 huisartsen, waarvan het merendeel werkt in solo-of duopraktijken. In het verleden werd door sommige huisartsen al eens de vraag gesteld om meer samen te werken, maar die theoretische ambities werden tot op heden nooit in de praktijk omgezet.

Het doel van dit onderzoek is om de griepvaccinatie in Kontich in beeld te brengen: hoe organiseren de huisartsen van Kontich hun jaarlijkse griepvaccinatie, wat zijn de pijnpunten en zien ze eventuele oplossingen? Verder wil deze masterproef nagaan of het haalbaar is om de griepvaccinatie in Kontich op een andere, collectieve, manier te organiseren, met alle huisartsen samen, om zo de werkdruk voor de individuele huisarts te kunnen verminderen.

2. Onderzoeksvragen

- Hoe wordt de griepvaccinatie momenteel in Kontich georganiseerd? Zijn de huisartsen tevreden?
- Wat zijn de drijfveren voor het organiseren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie?
- Wat zijn de hindernissen voor het organiseren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie in Kontich?
- Hoe zou een gemeenschappelijke griepvaccinatie in Kontich georganiseerd kunnen worden?

3. Literatuuronderzoek

3.1. Zoekstrategie

Volgens het watervalprincipe werd een systematische literatuurzoektocht verricht. Deze literatuurzoektocht vond plaats tussen 1 december 2014 en 15 januari 2015. Bijlage 1 toont een overzicht van alle weerhouden artikels per zoekactie.

In eerste instantie werd gezocht naar bestaande praktijkrichtlijnen rond griepvaccinatie. Via de CEBAM Digital Library of Health (CDLH) werden de websites van Domus Medica, NHG, National Clearinghouse Guidelines (Verenigde Staten) en NHS Evidence (Verenigd Koninkrijk) geraadpleegd. De keuze viel op deze richtlijnen omdat ze ofwel heel relevant zijn voor onze praktijkvoering (België en Nederland) of omdat het merendeel van de (Engelstalige) wetenschappelijke literatuur werkt met deze richtlijnen (Verenigde Staten en Verenigd Koninkrijk). De richtlijnen van NHS Evidence waren vanuit België niet raadpleegbaar, dus werd via Google gezocht met de zoekterm “NHS guideline influenza immunisation” en werd zo het “National flu immunisation programme NHS England” gevonden. Via een zoekactie op de EBM Search van CDLH werden met de zoekterm “Influenza Vaccination” ook twee rapporten van het Federaal Kenniscentrum over Vaccinatie tegen seizoensinfluenza weerhouden.

Daarna werd de Cochrane Database geraadpleegd voor systematische reviews. De zoektermen “vaccination” en “influenza” leverden samen 23 resultaten op, waarvan na lezen van titel en abstract twee relevant blijken voor onze onderzoeksvragen. Beide artikels zijn uitgebreide systematische reviews over interventies die de influenza vaccinatiegraad verhogen. Ook op de combinatie van zoektermen “vaccination” en “general practitioner” werd gezocht: 30 resultaten, waarvan vier relevant op basis van titel en abstract. Drie van deze artikels betroffen onderzoeken die reeds opgenomen en besproken werden in de twee systematische reviews die bij de eerste zoekactie bekomen werden. Uit de referentielijsten werden nog drie andere artikels weerhouden.

In het buitenland bestaan er vaccinatieklinieken: locaties waar patiënten naartoe kunnen gaan, enkel en alleen voor hun vaccinaties. Omdat dit een relevant concept is voor dit onderzoek werd er gezocht naar artikels over het gebruik van vaccinatieklinieken met de zoekterm “immunization clinic”. Dit leverde zes artikels op, waarvan twee reeds gevonden waren en de anderen niet relevant waren voor onze onderzoeksvragen.

De medline database werd doorzocht met behulp van Ovid. De gebruikte limieten waren: guideline, meta-analyse, RCT, review en systematic review. Door een combinatie van de MESH-termen “Influenza, Human/pc [Prevention & Control]”,” Vaccination” of “Mass Vaccination” en “Immunization Programs” werden 42 artikels gevonden. Hiervan werden na screening van titel en abstract zes nieuwe artikels relevant bevonden voor onze onderzoeksvragen. Toch werden nog drie extra artikels verworpen: van twee was er reeds een recentere richtlijn bekomen via de richtlijnen zoektocht en één was Spaanstalig.

Met dezelfde limieten werd de zoekactie "Vaccination/Mass Vaccination” OR “Influenza Vaccines” AND “Influenza, Human/pc [Prevention & Control]” gekoppeld aan “Primary Health Care”. Dit gaf 12 resultaten, waarvan vier nieuwe. Twee artikels werden verworpen op basis van de full-text, omdat ze niet relevant waren voor onze onderzoeksvragen.

Afzonderlijk werd medline ook doorzocht met de vrije zoekterm ‘vaccination clinic’, omdat hier geen MESH-term voor bestaat. Dit leverde 64 resultaten waarvan negen artikels nieuw en relevant waren voor onze onderzoeksvragen na lezen van titel en abstract. Uiteindelijk werden daarvan toch nog vier artikels verworpen, twee na het lezen van de full-text omdat ze niet relevant waren en twee omdat er geen full-text beschikbaar was. Via de referenties werd nog een interessant artikel over massa-vaccinaties weerhouden.

Tot slot werd er gezocht naar Nederlandstalige literatuur, omdat deze vaak niet geciteerd wordt in Medline. De zoektermen werden uitgebreid, om ook artikels rond samenwerking in de gezondheidszorg in België en Nederland te weerhouden.

Via de ICHO database voor masterproeven werden met behulp van de zoektermen influenza, griep, vaccinatie of samenwerking vier relevante masterproeven weerhouden uit vorige jaren.

De databank van Huisarts en Wetenschap werd doorzocht met behulp van de zoektermen vaccinatie; griep; samenwerking huisarts; netwerk en prik. Zeven resultaten werden bekomen, waarvan één artikel relevant bleef na het lezen van de full-text. Uit de referenties van dat artikel werd nog een extra artikel weerhouden.

Via de website van het Lokaal Gezondheidsoverleg (www.vlaamse-logos.be) kwam ik bij het campagnemateriaal van de Vlaamse griepvaccinatiecampagne, te raadplegen op www.zorg-en-gezondheid.be/campagne-griepvaccinatie.

De Nederlandse website www.snpg.nl van de Stichting Nationaal Programma Griepppreventie werd geraadpleegd. Die website wil de Nederlandse huisartsen informeren en faciliteren bij het uitvoeren van de jaarlijkse griepvaccinatie.

Het archief van Huisarts Nu werd geraadpleegd met de zoekterm ‘Influenza’. Dit gaf 64 resultaten, waarvan 4 relevante en nog niet eerder bekomen artikels. Met de zoekterm ‘Griep’ werden 18 resultaten gevonden, waarvan twee nog niet eerder bekomen en relevant. ‘Vaccinatie spreekuur’ gaf geen resultaten. Tot slot werd nog gezocht op de term ‘Samenwerken’ en 49 artikels werden gevonden: vijf daarvan waren nog niet eerder bekomen en bleken relevant voor onze onderzoeksvragen na lezen van titel en abstract.

3.2. Vlaamse richtlijnen griepvaccinatie

De Hoge Gezondheidsraad raadt aan om mensen met een verhoogd risico te vaccineren tegen influenza met als doelstelling het aantal ernstige en fatale complicaties van influenza te verminderen. Het vaccin omvat één dosis en moet jaarlijks toegediend worden, vóór de epidemische periode, dus in oktober of november. Momenteel zijn er meerdere injecteerbare geïnactiveerde (tri- of tetravalente) vaccins, en er is één nasaal levend (tetravalent) vaccin voor gebruik vanaf 2 tot en met 17 jaar. De trivalende vaccins bevatten twee influenza A-viruscomponenten en één influenza B-viruscomponent. De tetravalante vaccins bevatten twee influenza A-viruscomponenten en twee influenza B-viruscomponenten (5).

De Hoge Gezondheidsraad heeft voor het influenza seizoen 2015-2016 de volgende risicogroepen gedefinieerd en dit in volgorde van prioriteit voor het geval er zich een schaarste aan influenzavaccin zou voordoen.

- Groep 1: personen met een hoger risico van complicaties bij influenza:
  - personen ouder dan 65 jaar;
  - personen die in een instelling opgenomen zijn;
  - patiënten vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening (ook indien gestabiliseerd) van longen, hart, lever, nieren, en aan metabole aandoeningen of immuniteitsstoornissen (natuurlijk of geïnduceerd);
  - zwangere vrouwen in het tweede of derde zwangerschapstrimester;
  - kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar onder chronische behandeling met acetylsalicylzuur.
- Groep 2: personen werkzaam in de gezondheidssector.
- Groep 3: personen die onder hetzelfde dak wonen als
  - de risicopersonen van groep 1;
  - kinderen jonger dan 6 maanden.
- Daarnaast raadt de Hoge Gezondheidsraad vaccinatie ook aan bij alle personen tussen 50 en 64 jaar, zelfs indien ze niet aan een risicoaandoening lijden, vooral als ze roken, excessief drinken of zwaarlijvig zijn, alsook voor personen (en hun gezinsleden) die beroepshalve in contact komen met levend gevogelte en levende varkens.

Om alle risicogroepen te vaccineren stelt Domus Medica de Vlaamse huisarts een gefaseerde strategie voor (3):

- Eerste fase = opportunistisch: alle geïdentificeerde risicopatiënten krijgen tijdens een routinecontact een vaccinatie aangeboden en een voorschrift wordt eventueel verstrekt (van september tot eind oktober).
- Tweede fase = schriftelijke uitnodiging: er wordt een mailing (brief met voorschrift) verstuurd naar alle GMD-patiënten die tot dan toe nog niet gevaccineerd werden en voor wie nog geen inenting gepland werd.
- Derde fase = telefonische oproep: vanaf half november bestaat de mogelijkheid om achterblijvers telefonisch uit te nodigen.

De richtlijn stelt verder dat deze ingrepen gepaard gaan met een bijkomende werkbelasting voor de huisarts. Men schat dat ongeveer 5 à 6 % van de totale praktijkpopulatie tot één of meer risicogroepen behoort (exclusief leeftijd boven de 65 jaar als criterium). Wanneer leeftijd boven de 65 jaar als risicofactor wordt meegerekend, doet dit de werkbelasting nog verder toenemen. In deze groep zitten veel mensen die nog gezond zijn en niet regelmatig op controle gaan bij de huisarts. Het aantal 65-plussers dat in september of oktober tijdens een routineconsult een voorschrift meekrijgt, is in verhouding kleiner, waardoor het nodig zal zijn meer uitnodigingen te versturen en meer telefonische oproepen te verrichten.

3.3. Internationale verschillen in richtlijnen en organisatie van vaccinatiecampagne

Internationaal zijn er vele variaties op de richtlijnen. Zoals in Nederland waar de risicogroepen grotendeels gelijklopend zijn, maar waar ouderen al vanaf 60 jaar gevaccineerd worden. De praktische organisatie is ook verschillend in Nederland: zij werken niet volgens een gefaseerde strategie, maar roepen hun risicopatiënten op met een persoonlijke, schriftelijke oproep met voorlichtingsmateriaal (6, 7).

De verschillen in de Nederlandse en Vlaamse aanpak inzake griepvaccinatie werden vergeleken in een Vlaamse RCT (Randomised Controlled Trial) van Leysen et al, een waardevol onderzoek dat nauw aansluit bij mijn onderzoeksvragen. Daaruit bleek dat een systematische en gerichte griepppreventie

leidt tot een belangrijke stijging van de vaccinatiegraad bij de patiënten die er het meeste baat bij hebben. De gefaseerde aanpak van Domus Medica levert een nog hogere vaccinatiegraad (80%) dan de NHG-aanpak (72%), maar dit voordeel hangt wel samen met een hoge tijdsinvestering. Vooral de telefoonronde op het einde van de campagne lijkt in de praktijk niet haalbaar en aanvaardbaar. Per extra gevaccineerde patiënt die je bereikt met de telefoonronde, moest de huisarts volgens dit onderzoek één uur werktijd investeren (8).

3.4. Vaccinatiegraad

De Europese Unie stelt als doel een vaccinatiegraad van 75% in de risicogroepen, de Vlaamse richtlijn van Domus Medica stelt 70% als doelstelling (3, 9). In België wordt de vaccinatiegraad niet nationaal gemonitord. Schattingen kunnen bekomen worden uit de Gezondheidsenquête van 2013. Toen werd in België 44% van de risicopopulatie gevaccineerd tegen griep in het afgelopen vaccinatieseizoen. Voor het Vlaamse Gewest loopt dit aantal op tot 47%. Voorzichtigheid is nodig bij het interpreteren van deze gegevens, vermits de definitie van de risicopopulatie in deze enquête niet volledig overeenkomt met die van de nationale richtlijnen. Zo wordt in de gezondheidsenquête hypertensie vermeld als indicatie, wat tot een onderschatting leidt van de vaccinatiegraad bij de meer aanvaarde risicogroepen (10).

Internationale variaties in vaccinatiegraad zijn te wijten aan meerdere factoren zoals publieke opinie, praktijk gebonden factoren of een andere organisatie van het vaccinatieprogramma. In 2002 onderzocht Remmen et al de influenza vaccinatiegraad in een huisartsenpraktijk in België, vlakbij de grens met Nederland. Daar was de vaccinatiegraad van de Nederlandse patiënten (75,2%) hoger dan die van de Belgische patiënten (64,3%). Deze verschillen konden niet socio-economisch of praktijkorganisatorisch verklaard worden en zijn waarschijnlijk veroorzaakt door nationale verschillen in organisatie en financiën. In Nederland was het vaccin bijvoorbeeld rechtstreeks te verkrijgen bij de huisarts zonder extra kost, in België moest de patiënt via de apotheek gaan en is de terugbetaling ingewikkelder (11). Dirk van Duppen heeft naar aanleiding van deze resultaten onderzocht dat het volledig terugbetaald maken van het griepvaccin (volgens het kiwimodel) het RIZIV geen meerkost zou geven (12).

Globaal scoort Nederland heel goed inzake de influenza vaccinatiegraad. Volgens een Europees rapport hebben zij de hoogste vaccinatiegraad (77,2% bij ouderen boven de 65 jaar en 73,6% bij de hoog-risicopopulatie) en zijn zij het enige Europese land dat de streefwaarde van 75 % vaccinatiegraad halen. Het Verenigd Koninkrijk dat in 2000 een vaccinatieprogramma invoerde scoort met 74% bij de >65-jarigen ook behoorlijk. Jammer genoeg wordt in België de vaccinatiegraad niet nationaal gemonitord en kon ons land niet geïncludeerd werden in deze vergelijkende studie (9).

3.5. Verhogen vaccinatiegraad

Een Cochrane review van Thomas et al uit 2014 vergelijkt de verschillende methodes om de influenzavaccinatiegraad bij ouderen (>60 jaar) te doen toenemen. Daaruit blijkt dat er verschillende mogelijkheden zijn en dat het merendeel succesvol is, alhoewel enige reserve werd ingebouwd vermits veel van de geïncludeerde studies een hoog risico op bias hadden. Herinneringsnota's bij het openen van het dossier, gratis vaccin en vaccinatie, patiënten- en artseneducatie, persoonlijke uitnodigingen, telefonische herinneringen en een reorganisatie van de praktijk (met praktijkondersteuning) dragen allen bij tot een verhoging van de vaccinatiegraad in de doelgroep (13). Een Cochrane review van Jacobson et al uit 2005 toonde aan dat studies opgezet om de vaccinatiegraad te verhogen door

middel van herinnerings- en oproepingssystemen effectief zijn, zowel voor de basisvaccinaties, als voor de meer gerichte vaccinatiecampagnes zoals influenza. Telefonische herinneringen waren het meest succesvol, maar vroegen ook de grootste geld- en tijdsinvestering. De herinneringen herhalen bleek ook effectiever dan een éénmalige herinnering. De review gaf ook weer dat deze interventies vaak weinig toegepast worden in de praktijk, omwille van barrières zoals tijdsdruk, kostprijs en een gebrek een administratieve en technische ondersteuning (14).

Tijdens de periode van 1995 en 1997 toonde een RCT in Nederland al aan dat een nationaal gecoördineerde aanpak van de influenzavaccinatie met praktijkondersteuning, ICT-ondersteuning en herinneringssystemen de vaccinatiegraad doet stijgen. Dit effect was groter in praktijken met een lage werklast per arts, wijzend op de extra werkbelasting van zo'n aanpak: praktijken met een lage werklast per arts hebben meer ruimte voor implementatie met betere resultaten tot gevolg (15).

Er zijn aanwijzingen dat dit ook in Vlaanderen haalbaar is, mits een multifacet-ondersteuning. Zo kan het gebruik van medische software, het versturen van uitnodigingen en de organisatie van een vaccinatiespreekuur, de vaccinatiegraad doen toenemen tot een niveau dat duidelijk boven het Belgisch gemiddelde ligt (77,5% tegenover 53% in 2004) (3, 11).

Een Manama-thesis uit 2006-2007 die de vaccinatiegraad in een groepspraktijk wou verhogen door de richtlijnen toe te passen, toonde een verhoging van de totale vaccinatiegraad tot 60%, dit was een toename van 18%. De vaccinatiegraad binnen de groep risicopatiënten van 18-65 jaar lag met 35% wel nog ruim onder de 70% die Vlaanderen beoogt. Er was tijdens het onderzoek een duidelijke toename van de werkbelasting, wat in die praktijk haalbaar was vermits het werk verdeeld werd onder meerdere artsen en er praktijkondersteunend personeel aanwezig was (16).

Ook andere praktijkverbeterende projecten rond het verhogen van de (influenza)vaccinatiegraad komen telkens tot de conclusie dat interventies zoals het gebruik van SMS of het gecodeerd registreren in het EMD, effectieve maatregelen zijn, maar gepaard gaan met een hoge werkbelasting (17, 18).

3.6. H1N1-vaccinatie en vaccinatie bij grieppandemie

In 2009 werd de wereld geconfronteerd met de Mexicaanse Griep. In het najaar van 2009 werd in België besloten tot een grootschalige vaccinatiecampagne, waarbij de huisarts een centrale rol speelde. Het A/H1N1 vaccin dat door de Belgische overheid werd aangekocht om de bevolking te vaccineren (Pandemrix®) werd verpakt in 2 flacons. Beide flacons werden gemengd voor gebruik en verdeeld over 10 dosissen. Omdat de patiënten omwille van deze technische aspecten in groep gevaccineerd moesten worden en de vaccinatie op zeer korte termijn georganiseerd moest worden, naast de normale werkplanning, drong zich een andere manier van werken op. In tegenstelling tot de vaccinatiecampagnes voor de seizoensgriep, organiseerden veel huisartsen toen een vaccinatiemoment in het weekend of op een feestdag (11 november 2009). Onderzoek toonde aan dat de huisarts in staat was om deze vaccinatiecampagne te organiseren en dat de huisarts de belangrijkste informatiebron en motivator tot vaccinatie was (19).

Vaccinatie in 2009 voor de A/H1N1 pandemie werd aangeraden voor de risicopopulatie. De situatie kan nog anders zijn wanneer in de toekomst een grieppandemie zou uitbreken waarbij de totale populatie gevaccineerd moet worden. Schwartz en zijn team deden hier in de Verenigde Staten onderzoek naar en stellen dat het dan niet mogelijk zal zijn de influenzavaccinatie binnen de

huisartsenpraktijken te organiseren en dat grootschalige vaccinatieklinieken nodig zijn (zie 3.7). De jaarlijkse griepvaccinatie geeft ons een uitgelezen kans om hier op te oefenen en voorbereid te zijn wanneer nodig (20).

De richtlijn van Domus Medica over het beleid bij grieppandemie focust op de cruciale rol van de huisarts. Concrete richtlijnen over het organiseren van een vaccinatiecampagne op bevolkingsniveau zijn er echter nog niet. Waarschijnlijk krijgen alle burgers die in België verblijven een uitnodigingsbrief waarmee ze zich kunnen aanbieden op twee te organiseren vaccinatiedagen (te vergelijken met de organisatie van de verkiezingen). Maar hoe dit exact in zijn werk zou gaan en wat de precieze rol van de huisarts zou zijn wordt in de richtlijn van grieppandemie niet verduidelijkt (21).

3.7. Vaccinatiemomenten en vaccinatiekliniek

Binnen één praktijk is er evidentie dat het groeperen van de griepvaccinatie op specifieke vaccinatiemomenten (een vaccinatiespreekuur) een effectieve interventie is om de vaccinatiegraad te verhogen (13). Concreet kunnen de patiënten zich op verschillende momenten tijdens het vaccinatieseizoen aanbieden voor hun vaccinatie voor de griep. Dit gebeurt in de eigen huisartspraktijk, op verschillende momenten.

In Nederland wordt regelmatig gebruik gemaakt van speciale vaccinatiespreekuren. In de handleiding voor de praktische organisatie van de griepvaccinatie wordt aangeraden vaccinatiespreekuren op enkele verschillende momenten in te lassen. Deze manier van aanpak beschouwen ze als klantvriendelijk en bevordert het opkomstpercentage. Voor een praktijk van 2350 patiënten (in Nederland een normpraktijk) heb je een zitting van twee uur nodig om de risicogroepen te laten vaccineren door één persoon (22).

Onderzoek van Remmen et al toonde aan dat Belgische patiënten minder geneigd zijn om zich aan te bieden op een speciaal vaccinatiespreekuur dan hun Nederlandse tegenhangers. Dit zou kunnen verklaard worden door het Belgische betalingssysteem per prestatie waardoor huisartsen minder populatiegericht werken (11).

Verder is er over specifieke vaccinatiemomenten in België geen literatuur te vinden. Ook over het groeperen van de griepvaccinatie, over de grenzen van de individuele praktijken heen, is geen literatuur gevonden.

Een principe dat dicht in de buurt van een vaccinatiespreekuur ligt, zijn de zogeheten vaccinatieklinieken: (centraal) gelegen locaties waar patiënten zich kunnen aanbieden voor een vaccinatie. Internationaal worden die meer ingezet dan in Vlaanderen, alhoewel Kind en Gezin als een soort vaccinatiekliniek kan beschouwd worden.
Ten tijde van de A/H1N1 vaccinatie in 2009 werd hier meermaals gebruik van gemaakt en verscheen er literatuur over (zie 3.6). Zeker in de Verenigde Staten zijn ze actief bezig met onderzoek naar vaccinatieklinieken. Buiten de vrees voor een influenzapandemie speelt er ook angst voor bio-terrorisme, waarbij grootschalige vaccinatiecampagnes noodzakelijk kunnen zijn (23).
De CDC (Centers for Disease Control and Prevention) in de Verenigde Staten heeft richtlijnen uitgevaardigd over het organiseren van zo'n grootschalige vaccinatieklinieken. Deze richtlijn geeft informatie over zaken als locatie, opbouw, personeel, veiligheid, materiaal en registratie (24). De CDC ontwikkelde Maxi-Vac® een computer programma dat je kan gebruiken om je vaccinatiekliniek te plannen, aangepast aan de lokale omstandigheden. Deze software werd ontwikkeld in het kader van

een bioterrorisme-aanval met het pokkenvirus, maar is in 2009 ook gebruikt voor de influenzapandemie. Aanvullend op de CDC richtlijnen zijn er proefprojecten gebeurd om pijnpunten rond deze aanpak op te sporen en oplossingen te zoeken. Zo werd aangetoond dat elektronische registratie en opvolging het hele vaccinatieproces vergemakkelijkt. Er zijn minder wachttijden en er is meer info over vaccinatie-aantallen, vaccinvoorraad en neveneffecten op vaccins (23).

Humiston et al vermeldt in een artikel over de haalbaarheid van influenzavaccinatie bij kinderen ook het gebruik van vaccinatieklinieken. Het nut en de kosten-effectiviteit van griepvaccinatie bij kinderen staat ter discussie en er zijn internationaal veel verschillende richtlijnen (25). Om een hoog aantal griepgerelateerde hospitalisaties te vermijden, raden heel wat landen aan om ook (jonge) kinderen te vaccineren. Humiston stelde dat de vaccinatie van kinderen met een verhoogd risico (volgens de huidige richtlijnen) momenteel haalbaar is in de huisartsenpraktijk. Maar hij stelt ook dat als de richtlijnen in de toekomst aangepast worden en meer kinderen gevaccineerd moeten worden, vaccinatieklinieken onmisbaar worden om deze vaccinaties haalbaar te maken (26).

In 1997 is er in de Verenigde Staten een RCT gebeurd waarbij werd nagegaan of groepsbezoeken van chronisch zieke, oudere patiënten een effect hadden op de gezondheid. Concreet gingen de patiënten in kleine groepen naar de huisarts. Eerst was er tijd voor sociaal contact, daarna hadden ze contact met een verpleegster over bijvoorbeeld bloeddruk of vaccinatiestatus en nadien hadden ze een persoonlijk contact met de arts. In dit onderzoek werd aangetoond dat er, in vergelijking met traditionele visites, een toename is van de griepvaccinatie wanneer patiënten in groep de huisarts bezoeken (27). Dit concept is niet gekend in Vlaanderen, maar het toont toch aan dat een groepsdynamiek rond een bepaald thema een motivator kan zijn, bv voor vaccinatie.

Een onderzoek uit Zwitserland in 2002 toonde aan dat een 'walk-in' vaccinatiekliniek een mogelijke (maar beperkte) rol kan spelen in het verhogen van de vaccinatiegraad. In hun onderzoek probeerden de onderzoekers door middel van meerdere interventies (folders, vaccinatiekliniek, training van artsen, herinneringsnota's op het dossier en een gratis vaccin) de vaccinatiegraad te verhogen. De vaccinatiegraad steeg van 21,7% naar 51,7%, maar door de gecombineerde interventies is het effect van de individuele factoren niet in te schatten. Ze konden enkel vaststellen dat 10% van de vaccinaties via de vaccinatiekliniek waren gebeurd. Doordat de meeste patiënten (93,6%) hun vaccinatie combineren met een andere aanmeldingsklacht of reden lijkt hun het nut van een vaccinatiekliniek beperkt te zijn (28).

3.8. Samenwerking tussen huisartsen

Er is een tendens tot meer samenwerking door het toenemende takenpakket van de huisarts, de complexere zorg en het toenemende aantal vrouwelijke of jonge huisartsen voor wie de combinatie van werk en gezinsleven belangrijk is (29-31).

De meest frequent voorkomende samenwerkingsverbanden zijn een duopraktijk, een HASAV (huisartsensamenwerkingsverband), een associatie/HOED (huisartsen onder 1 dak), een groepspraktijk en de wijkgezondheidscentra.

Een HASAV wordt gedefinieerd als een vrijwillig overeengekomen samenwerking tussen huisartsen die onder andere inzet op de continuïteit van de zorgverstrekking, permanentie, medisch overleg of het delen van patiëntengegevens. De geneesheren hebben in deze structuur elk een individueel kabinet (30).

Waar er bij een echte HASAV sprake is van een structurele vorm van (horizontaal) samenwerken, zou het gemeenschappelijk organiseren van de griepvaccinatie in Kontich een eerste vorm van samenwerking kunnen zijn rond een verticaal ziektegericht programma: de griep.

De LOK (lokale kwaliteitsgroep) waar elke huisarts toe behoort, is een andere manier van monodisciplinaire samenwerking tussen huisartsen. Momenteel is dit vooral een peer review groep ter bevordering van de kwaliteit, maar het zou ook een springplank kunnen bieden voor meer onderlinge samenwerking (32).

3.9. Samenwerken met de lokale overheid

In Hoboken heeft onderzoek reeds aangetoond dat het persoonlijk aanschrijven van de patiënten gepaard gaat met een stijging van de vaccinatiegraad, maar dat dit samen gaat met een te zware tijdsinvestering voor de huisartsen (16). Als alternatief werd in Hoboken tijdens de vaccinatieperiode 2007-2008 voorgesteld om vanuit het district alle 65-plussers uit te nodigen. Uit de resultaten bleek dat zo een vergelijkbare vaccinatiegraad bekomen kon worden. Deze vorm van samenwerken schept dus mogelijkheden om de, reeds erg belaste huisartsenpraktijk, te verlichten in zijn preventieve taak. Grote beperking van deze samenwerking is wel dat de samenwerking met de overheid enkel mogelijk is voor de 65-plussers. Andere risicogroepen kunnen niet uitgenodigd worden door de overheid aangezien het beroepsgeheim ten allen tijde bewaard moet blijven (33).

3.10. Conclusie oriënterend literatuuronderzoek

Internationaal werd aangetoond dat de meeste interventies die de vaccinatiegraad verhogen succesvol zijn, maar het onderzoek toont ook aan dat ze bijna allemaal gepaard gaan met een toenemende werkbelasting voor de huisarts. Vaste vaccinatiemomenten of vaccinatieklinieken kunnen een rol spelen in het verhogen van de vaccinatiegraad.

De Vlaamse huisartsen wordt aangeraden de griepvaccinatie voor de doelgroepen te organiseren volgens een gefaseerde strategie. Hiermee kan volgens onderzoek een voldoende hoge vaccinatiegraad behaald worden. In de praktijk wordt deze richtlijn meestal niet toegepast omdat het gepaard gaat met een te hoge werkbelasting. Hierdoor is de vaccinatiegraad in Vlaanderen nog steeds onvoldoende.

Samenwerking lijkt een toekomstgerichte oplossing om de toenemende werkdruk het hoofd te bieden. Zo werd in de literatuur aangetoond dat groepspraktijken globaal betere ondersteuning geven om de werklast voor de huisarts te verminderen. Samenwerking tussen verschillende solo-artsen of duo-praktijken is ook een mogelijke oplossing, maar hierover is weinig literatuur te vinden. Er zijn aanwijzingen dat de lokale overheid een rol zou kunnen spelen in het verminderen van de werklast voor de huisartsenpraktijk.

Deze masterproef zal onderzoeken of dezelfde factoren spelen in Kontich. Volgen de huisartsen de richtlijnen rond griepvaccinatie? Proberen ze de vaccinatiegraad te verhogen? Ervaren ze een hoge werkdruk? Zou samenwerken een oplossing kunnen zijn om de werkdruk te verminderen? En kan het gemeentebestuur in Kontich een ondersteuning bieden?

4. Methodologie

4.1. Studieverloop en datacollectie

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen werd gekozen voor een kwalitatieve benadering met behulp van **diepte-interviews** en een kwantitatief onderzoek aan de hand van een korte vragenlijst.

In totaal werden 18 huisartsen bezocht, gespreid over 12 verschillende praktijken: 13 huisartsen in Kontich, 4 huisartsen in Kontich-Kazerne en 1 huisarts in Waarloos. Aan de hand van een gesprekspuntenlijst (bijlage 2) werd de huidige organisatie van de griepvaccinatie in kaart gebracht met vragen zoals: hoe doen ze het nu, wat zijn problemen en zien ze een voordeel in het eventueel collectief organiseren van de vaccinatie? Indien de reactie van de bevraagde huisarts positief is, werd dieper ingegaan op zijn of haar visie en ideeën op die vaccinatie en de praktische aspecten van een collectieve vaccinatie. Er werd ook gevraagd naar hun ervaringen met de vaccinatiecampagne voor de Mexicaanse Griep in 2009.

Aan het diepte-interview werd ook een klein kwantitatief onderzoek gekoppeld: elke huisarts kreeg een **korte schriftelijke vragenlijst** met specifieke vragen over de voor- en nadelen van een collectieve griepvaccinatie (bijlage 3). Uit deze vragenlijst konden de drijfveren en hindernissen voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie afgeleid worden.

Aan de hand van de resultaten werden pijnpunten en mogelijke oplossingen gezocht en geformuleerd, alsook een conclusie over het organiseren van de gemeenschappelijke griepvaccinatie in de gemeente Kontich.

Het opzet van dit onderzoek is in de eerste plaats niet gericht op het verhogen van de **vaccinatiegraad**. Langs de andere kant, mag het anders organiseren van de griepvaccinatie ook niet gepaard gaan met een daling van de vaccinatiegraad. Om een idee te krijgen van de vaccinatiegraad in Kontich zou het ideaal geweest zijn de vaccinatiegraad van de hele gemeente op te meten. Vermits er meerdere praktijken betrokken zijn, er verschillende EMD's gebruikt worden en niet elke huisarts gecodeerd registreert, was dat praktisch en logistiek niet realistisch binnen het bestek van deze masterproef. Als alternatief werd binnen de eigen opleidingspraktijk de vaccinatiegraad gemeten.
Om te weten te komen hoeveel vaccinaties er gebeurden in Kontich, werden de apothekers in Kontich gevraagd een overzichtje te geven van de uitgereikte vaccins. Dit aantal is een schatting van het reële aantal vaccinaties, want er zijn ook patiënten van huisartsen buiten Kontich die hun vaccin in Kontich kopen en vice versa.

In de buurgemeente Lint wordt sinds 2 jaar de griepvaccinatie op een andere manier georganiseerd. De huisartsen vaccineren een groot deel van hun patiënten via een vaccinatiespreekuur. Omdat alle huisartsen van Lint samen werken in één groepspraktijk, is dit dus tegelijk ook een gemeenschappelijke griepvaccinatie. De arts die verantwoordelijk was voor de organisatie van deze vaccinatiecampagne werd geïnterviewd om een vergelijking met de situatie in Kontich te kunnen maken.

4.2. Analyse

Kwalitatieve analyse: De reacties en visie van de huisartsen bekomen tijdens de diepte-interviews werden gebundeld en er werd gezocht of er een algemene tendens aanwezig was. Op die manier werd getracht om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen.

Kwantitatieve analyse: De antwoorden op de vragenlijst werden ingegeven in een enquête gemaakt op www.enquetemaken.be. Deze software genereert grafieken van de data en stelt in staat om filteranalyses uit te voeren.

De huisartsen konden de mogelijke factoren rond drijfveren en hindernissen van een gemeenschappelijke griepvaccinatie quoteren van 1 tot 5 volgens een Likertschaal (5-puntsschaal).

1 Deze factor is voor mij onbelangrijk en speelt niet mee in de beslissing voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie.
2 Deze factor is weinig van belang voor mij.
3 Hier sta ik neutraal tegenover of heb ik geen mening over.
4 Deze factor is van belang in de beslissing voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie.
5 Deze factor is heel belangrijk in de beslissing voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie.

Een Likertschaal is een ordinale schaal, maar er kan gesteld worden dat we de resultaten (bij benadering) kunnen behandelen als een intervalschaal op voorwaarde dat de punten 1 tot en met 5 evenredig en symmetrisch verdeeld zijn. Op die manier is het mogelijk om een kwantitatieve analyse te maken en een tendens aan te tonen aan de hand van een soort gemiddelde waarde. Ook de variantie kan zo berekend worden. De variantie is een maat voor de spreiding van de antwoorden: een lage variantie geeft aan dat er een grote eensgezindheid is tussen de verschillende huisartsen.

4.3. Ethische commissie

Het protocol voor deze studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van het UZA (zie bijlage 5 en 6).

5. Resultaten en bespreking huidige werkwijze griepvaccinatie

5.1. Demografie huisartsen Kontich

Op het moment van de studie is Kontich een gemeente met 18 huisartsen. Eén huisarts verkoos niet mee te werken omdat deze huisarts Kontich tijdens het verloop van de studie zal verlaten, waardoor 17 huisartsen geïncludeerd werden in het onderzoek. De gedetailleerde analyses, filteranalyses en grafieken voor geslacht, leeftijd en soort praktijk van de huisartsen in Kontich zijn te vinden in bijlage 4. Hieronder zijn de belangrijkste conclusies van de analyses weergegeven.

5.1.1. Geslacht en leeftijd

Geslacht. Iets meer dan de helft (10/17, 59%) van de huisartsen in Kontich is mannelijk. Opgesplitst volgens leeftijd zijn er duidelijke geslachtsverschillen. In de leeftijdsgroep <45 jaar is 4 van de 5 huisartsen vrouwelijk (80%), in de leeftijdsgroep > 45 jaar zijn 9 van de 12 huisartsen mannelijk (75%).

Leeftijd. 12 van de 17 huisartsen (71%) zijn ouder dan 45 jaar. Van de mannelijke huisartsen is 9 van de 10 ouder dan 45 jaar (90%). Bij de zeven vrouwelijke huisartsen is het gelijkmatiger verdeeld: drie zijn ouder dan 45 jaar (43%) en vier jonger dan 45 jaar (57%).

5.1.2. Soort praktijk

Negen huisartsen (53%) werken als solo-arts. Van die negen huisartsen werken vier als gewone solo-arts, vier met een onderling samenwerkingsverband (een HASAV) en één met een HAIO. Er zijn in Kontich drie duo-praktijken en één groepspraktijk met drie huisartsen.

Welke praktijkvorm gekozen wordt, is leeftijds- en geslachtsgebonden. Vrouwelijke huisartsen organiseren zich in Kontich voornamelijk in duo- of groepspraktijken (6 van de 7; 86%), bij de mannelijke huisartsen is het aandeel in een duo- of groepspraktijk slechts 20% (2 van de 10 huisartsen). Huisartsen jonger dan 45 jaar kozen voor 80% voor een duo- of groepspraktijk (4 van de 5 huisartsen). Boven de 45 jaar is dit percentage slechts 33% (4 van de 12 huisartsen).

5.1.3. Elektronisch Medisch Dossier

In Kontich wordt gebruik gemaakt van 3 verschillende Elektronische Medische Dossiers (EMD): tien huisartsen (59%) gebruiken Windoc, zes (35%) Medidoc en één huisarts (6%) gebruikt Care Connect.

5.1.4. Conclusie Demografie

Het grootste deel van de huisartsen is mannelijk en ouder dan 45 jaar. Van de jongere huisartsen (<45 jaar) is het merendeel vrouwelijk. De vrouwelijke en/of jongere huisartsen vestigen zich voornamelijk in duo- of groepspraktijken. De huisartsenpopulatie in Kontich lijkt dan ook representatief te zijn voor de situatie in heel België, want zoals de literatuurstudie aantoonde, is er in het hele land enerzijds een vergrijzing van de huisartsenpopulatie en anderzijds een vervrouwelijking en een tendens tot meer samenwerking in grotere praktijken.

5.2. Praktische aanpak

Screeningsmethode

Alle huisartsen in Kontich doen aan opportunistische screening: wanneer de gelegenheid zich voordoet wordt een vaccin aangeboden aan patiënten die in aanmerking komen. Op geen enkele praktijk is er sprake van een systematische aanpak of gefaseerde oproeping volgens de risicogroepen zoals aangeraden wordt in de richtlijn van Domus Medica.

Voorschriften
De voorschriften worden geregeld op diverse manieren. De meeste huisartsen starten enkele maanden op voorhand met voorschriften mee te geven. Ook telefonisch worden veel voorschriften aangevraagd door patiënten en klaargelegd door de arts. Het maken en verdelen van de voorschriften wordt door vele huisartsen als een administratieve last gezien. Dat is de reden dat enkele huisartsen de voorschriften pas uitreiken op het moment van vaccinatie zelf. De patiënt haalt dan een vaccin bij de apotheek zonder voorschrift en brengt het voorschrift later binnen. Drie huisartsen (17%) werken bij voorkeur en bijna uitsluitend met dit systeem. Deze werkwijze geeft de apothekers op hun beurt meer administratieve werklast, want zij moeten nu controleren of alle voorschriften binnen gebracht worden. Het verhoogt ook het risico op onzorgvuldigheid: de arts heeft minder controle op wie een vaccin moet krijgen of wie juist een contra-indicatie heeft voor een griepvaccin.

Moment van vaccinatie
De vaccinatie gebeurt bij alle huisartsen tijdens de gewone consultaties. 94% van de huisartsen werkt het merendeel van de tijd op afspraak. Niemand organiseert aparte consultaties voor de griepvaccinatie (een specifiek vaccinatiemoment), hoewel één arts dit het volgende griepseizoen wel van plan is.
Volgens de huisartsen van Kontich combineren de patiënten het krijgen van het griepvaccin vaak met een andere vraag zoals het verkrijgen van voorschriften, een controle van een chronische pathologie of een preventief onderzoek. De huisartsen schatten dat dit zeker in meer dan 70% van de consultaties gebeurt. Enkele huisartsen melden zelfs bijna geen patiënten te hebben die enkel voor een griepvaccin komen.

Registratie
Alle huisartsen registreren hun vaccinaties in het EMD. De wijze waarop dit gebeurt, is zeer wisselend: enkel een nota in het journaal, gecodeerd in het journaal of een registratie in het vaccinatiemapje van het EMD. Ook een combinatie van deze methodes wordt gedaan. Geen enkele huisarts registreert de influenzavaccins in Vaccinnet.

Gegevens genereren
88% van de huisartsen weet niet hoe de vaccinatiegraad met behulp van het EMD bepaald kan worden, zij kunnen geen gegevens genereren uit hun EMD.

5.3. Vaccinatiegraad
Het zou interessant zijn om de vaccinatiegraad van de gemeente Kontich te kennen. Geen enkele huisarts in Kontich weet hoe hoog zijn vaccinatiegraad is. De meeste huisartsen (65%) durven geen uitspraak te doen. Diegene die wel een schatting willen maken, hebben er vertrouwen in dat hun vaccinatiegraad 'hoog' is. Drie huisartsen durfden wel een concrete schatting te maken, hun cijfers varieerden tussen de 50 en 85%. Omdat de Kontichse huisartsen zeer wisselend registreren en ze niet weten hoe ze gegevens moeten generen met behulp van hun EMD, is het in het bestek van dit onderzoek niet praktisch haalbaar de vaccinatiegraad van Kontich te bepalen. Als alternatief werd de vaccinatiegraad gemeten in de opleidingspraktijk tijdens het vaccinatieseizoen 2015-2016.

Er werd gekozen om de vaccinatiegraad te berekenen voor de volgende populaties: patiënten met diabetes, COPD, astma, chronische nierinsufficiëntie en patiënten ouder dan 65 jaar.

Zwangere vrouwen tijdens het tweede en derde trimester en patiënten met andere chronische aandoeningen werden niet gemonitord, omdat zij onvoldoende geregistreerd zijn in het EMD.
Bij de patiënten ouder dan 65 jaar werden enkel de patiënten geïncludeerd die in 2015 een GMD in de praktijk hebben afgesloten, dit om te vermijden dat er patiënten ouder dan 65 jaar geïncludeerd worden zonder dat ze nog patiënt zijn in de praktijk. Dit zou namelijk een onderschatting van de vaccinatiegraad geven. Hieronder in tabel 1 kan u de vaccinatiegraad voor de verschillende populaties vinden.

Risicogroep	**Vaccinatiegraad**
Chronische nierinsufficiëntie	6/7 = 86%
Diabetes	28/38 = 74%
COPD	18/29 = 62%
Patiënten > 65 jaar met GMD in 2015	113/189 = 60%
Astma	11/34 = 32%
Totaal	**176/297 = 59%**

Tabel 1: De vaccinatiegraad in de opleidingspraktijk voor verschillende risicopopulaties

In totaal heeft de praktijk een vaccinatiegraad van 59%. Het valt op dat er vooral een slecht resultaat is voor de populatie van patiënten met astma. Dit kan verklaard worden doordat de patiënten met astma een zeer heterogene groep vormen. Volgens de richtlijnen moeten enkel de personen met ernstig astma gevaccineerd worden. Dit onderscheid wordt in de antecendentenlijst van het EMD niet duidelijk weergegeven. Hierdoor kan het zijn dat de noemer te groot is en er in realiteit minder patiënten met astma gevaccineerd moeten worden. Een andere verklaring is dat er in deze groep meer kinderen zitten, waar minder gedacht wordt aan een griepvaccin. Dus dit is zeker een aandachtspunt dat meegenomen moet worden bij een toekomstige vaccinatiecampagne.

De resultaten uit tabel 1 geven een betrouwbare schatting van de vaccinatiegraad in de opleidingspraktijk. De reële vaccinatiegraad kan echter anders zijn omdat niet alle patiëntendossiers correct ingevuld werden. Er zijn patiënten met chronische aandoeningen waarbij de diagnose niet vermeld is in de antecendentenlijst. Deze patiënten werden dan ook niet geïncludeerd in de vaccinatiegraad.

De vaccinatiegraad van 59% ligt hoger dan de schatting van de vaccinatiegraad van het Vlaamse Gewest in 2013 met de Gezondheidsenquête (47%). Het resultaat van de opleidingspraktijk benadert eerder de vaccinatiegraad van 64,3% uit de studie van Remmen et al in 2002 (10, 11). De resultaten zitten wel onder de beoogde vaccinatiegraad van 70% (Domus Medica) of 75% (Europese Unie).

In totaal werden in de opleidingspraktijk 229 patiënten gevaccineerd: meer dan 95% behoorde tot de doelgroepen voor griepvaccinatie. Buiten de vaccinaties die hierboven besproken werden, werd er ook gevaccineerd omwille van de volgende redenen:

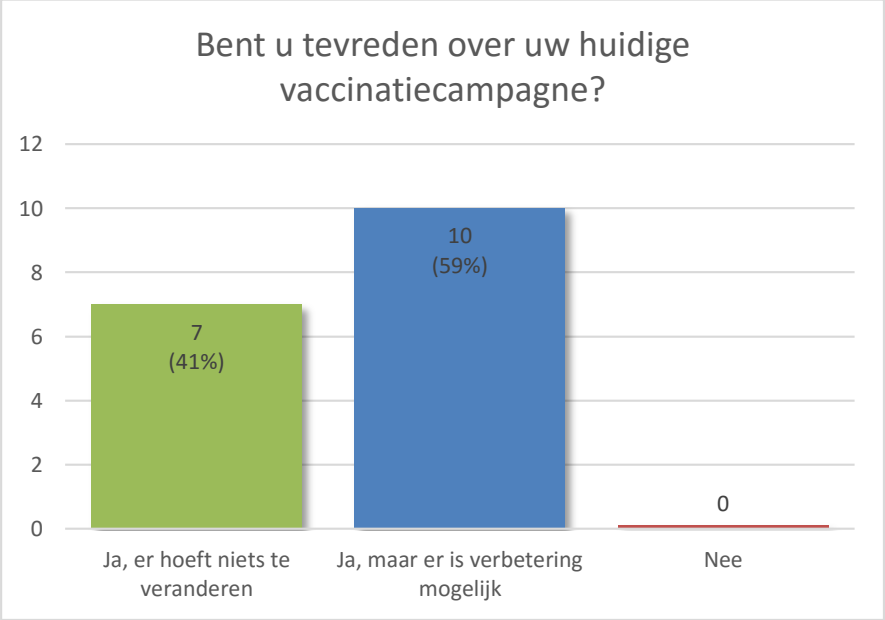
- Zwangere vrouwen die in het tweede of derde trimester van hun zwangerschap zijn op het ogenblik van het griepseizoen (3)
- Patiënten met andere aandoeningen dan hierboven vermeld die een verhoogd risico voor complicaties geven (31)
- Patiënten met chronische aandoeningen die hierboven vermeld worden, maar waarbij de diagnose niet in de antecedentenlijst vermeld staat (10)

- Patiënten ouder dan 65 jaar zonder GMD in 2015 (47)
- Personen werkzaam in de gezondheidssector (5)
- Personen opgenomen in een instelling (bv. instelling voor personen met een handicap) (1)
- Personen die onder hetzelfde dak wonen als de risicopersonen of kinderen jonger dan 6 maanden (14)
- Vaccinatie op vraag van de patiënt (11)

De gemeente Kontich telt ongeveer 21.000 inwoners. Tijdens het vaccinatieseizoen 2015-2016 werden in de gemeente Kontich door alle apothekers samen 3729 griepvaccins uitgereikt.

5.4. Tevredenheid over huidige systeem

De huisartsen in Kontich zijn algemeen tevreden over het huidige systeem (zie figuur 1). Zeven huisartsen (41%) vinden dat er niets hoeft te veranderen. De tien andere huisartsen (59%) geven aan dat ze tevreden zijn, maar dat er verbeteringen mogelijk zijn.



Figuur 1: Tevredenheid huidige vaccinatiecampagne

Op de vraag of ze de griepvaccinatie als een extra werkbelasting ervaren, antwoordt 65% positief. 35% zegt de jaarlijkse griepvaccinatie geen extra werkbelasting te vinden. Het zijn vooral de oudere huisartsen die de griepvaccinatie als een extra werkdruk ervaren.

Enkele huisartsen geven ook aan een duidelijke extra werkbelasting te merken tijdens de maanden oktober/november, maar hier niet negatief tegenover te staan. Bij hen is het “onderdeel van de job” en “het hoort erbij”. De huisartsen die de werkdruk wel als onaangenaam hoog ervaren, zijn voornamelijk oudere huisartsen. Dit kan verklaard worden doordat zij globaal genomen een wat grotere en oudere patiëntenpopulatie hebben, met meer risicopatiënten en ze dus ook meer griepvaccinaties moeten plaatsen. Dit zijn tevens ook de huisartsen die vaak werken in een praktijk zonder praktijkondersteuning.

Twee jongere huisartsen geven aan momenteel geen extra werkdruk te ervaren door de griepvaccinatie, maar verklaren dit omdat hun praktijk nog in opbouw is. Een kleinere en vaak ook jongere patiëntenpopulatie zorgt voor minder griepvaccinaties en nog meer ruimte in de agenda om

dit te organiseren. Zij uiten wel hun bezorgdheid voor de toekomst, wanneer de werkdruk zal stijgen door een afname van het aantal huisartsen en een vergrijzing van de populatie.

5.5. Voor- en nadelen van het huidige systeem

Voordelen gerapporteerd door de huisartsen in Kontich:

- Het zijn vaak 'snelle' en gemakkelijke consultaties. Daardoor is er tijdens de consultatie soms tijd over om een praatje te maken met de patiënt. Deze mogelijkheid is er in de dagdagelijkse consultatievoering te weinig.
- Het is een goed ogenblik om ook andere dingen na te kijken en in orde te brengen zoals het GMD of andere preventieve maatregelen.
- De griepvaccinatie is een goed moment om sommige chronische patiënten te zien die niet vaak komen omdat ze voornamelijk in de tweede lijn opgevolgd worden.
- Door de vele en vaak snelle consultaties is het financieel interessant.

Nadelen gerapporteerd door de huisartsen in Kontich:

- Door de voorschriften is de griepvaccinatie vooral een grote administratieve werkbelasting.
- Vaccinatie wordt gekoppeld aan een andere vraag of een ander gezondheidsprobleem: het gekende "Ah ja dokter, nu ik hier toch ben…" En dan brengt de patiënt vaak een eerder kleine kwaal, waar je als huisarts toch ook de nodige aandacht en tijd aan moet besteden. De vraag is of de patiënt met deze kwaal op zich (zonder het griepvaccin als consultreden) naar de huisarts was gekomen, of dat hij eerder het natuurlijke beloop had afgewacht en het probleem zich met de tijd zelf had opgelost.
- Er is een piek van werkbelasting tijdens de vaccinatieperiode: er is een duidelijke toename van het aantal consultaties. Indien de patiënten niet met de griepvaccinatie als reden op consult moeten komen, dan zouden de consultaties meer gespreid kunnen zijn in de tijd. De patiënten komen nog steeds op consultatie voor hun andere redenen zoals een jaarlijkse controle of voorschriften voor chronische medicatie, maar dan hoeft het niet allemaal tijdens dezelfde vier weken.

5.6. Ervaringen met een vast vaccinatiemoment in buurgemeente Lint

In de buurgemeente Lint zijn alle huisartsen gegroepeerd onder één dak en sinds het najaar van 2014 organiseren ze er vaste momenten voor de griepvaccinatie. Gedurende vier weken kunnen de patiënten zich op woensdagavond gedurende één uur aanbieden met hun griepspuit (de voorschriften werden op voorhand uitgereikt). Deze consultaties zijn niet op afspraak en patiënten kunnen enkel terecht voor een griepvaccin. De betaling wordt geregeld via derde betaler, zonder remgeld, de patiënten moeten enkel een klevertje van de mutualiteit meebrengen.
De ervaringen met deze vaccinatiemomenten waren het eerste jaar zeer positief, zowel bij de artsen als de patiënten. De artsen ervaren minder werkdruk en ook de patiënten zijn tevreden. Het blijkt dat er een heel aangename sfeer hangt tijdens die vaccinatiemomenten. Patiënten praten met elkaar in de wachtzaal en vinden het helemaal niet erg even te moeten wachten als het druk is. Voor de vaccinatie-arts is het soms een nadeel dat het een vrije raadpleging is: de opkomst is niet te voorspellen, waardoor het onverwacht erg druk kan zijn. Het feit dat de patiënten geen remgeld moeten betalen, lijkt drempelverlagend te werken. Voor de vaccinatie-arts is er een administratief voordeel want er gaat geen tijd verloren met betalingen.

Het tweede jaar waren de ervaringen meer gemengd. Het systeem was zo populair dat op sommige avonden de opkomst té hoog was, waardoor de patiënten wel erg lang moesten wachten en de vaccinatie-arts sterk onder tijdsdruk stond. Momenteel wordt er nog gezocht naar een oplossing voor volgend jaar. Meer vaccinatiemomenten? Toch op afspraak? Nummertjes laten trekken tot een maximum aantal personen? Hulp van een verpleegkundige inschakelen?
Uit dit probleem blijkt dat het implementeren van een nieuw systeem een dynamisch gegeven is en dat patiënten tijd nodig hebben om te kunnen wennen.
De vaccinatiegraad wordt in deze praktijk niet gemonitord, er zijn dus geen gegevens beschikbaar of de organisatie van deze vaste vaccinatiemomenten een positieve (of negatieve) invloed heeft gehad op de vaccinatiegraad. Nog een belangrijke bemerking is dat er in deze praktijk een praktijkondersteuner aanwezig is die geholpen heeft met de praktische organisatie en opvang van de patiënten. De hulp van deze persoon is waarschijnlijk van een niet te onderschatten belang.

5.7. Ervaringen met een vast vaccinatiemoment ten tijde van de Mexicaanse griep

Zoals in de literatuurstudie besproken werd, moesten de huisartsen in 2009 noodgedwongen een soort van vaccinatiemoment inlassen. Omdat het vaccin verdeeld werd in flacons per tien dosissen, moesten patiënten in groepen gevaccineerd worden. Tijdens de diepte-interviews bleek dat alle Kontichse huisartsen die toen reeds werkzaam waren, een gegroepeerd vaccinatiemoment georganiseerd hebben, meestal in het weekend of op de feestdag 11 november. De herinneringen aan deze vaccinatiecampagne zijn overwegend positief, ook de patiënten waren globaal tevreden over de aanpak. Het grootste nadeel was dat de vaccinatiemomenten vielen tijdens de vrije tijd van de huisartsen omdat de periode te druk was om zo'n vaccinatiemoment tijdens de werkweek in te plannen. Een aantal artsen gaf aan dat ze zich toen voor de praktische organisatie en de administratie hebben laten bijstaan door een extern persoon, vaak de partner. Zo konden er op korte tijd veel patiënten gevaccineerd worden.

5.8. Conclusie huidige situatie

De huisartsen in Kontich zijn relatief tevreden met de huidige griepvaccinatie. Ze vinden dat de werkbelasting aanvaardbaar is, alhoewel er toch een duidelijke toename van werkbelasting is tijdens de vaccinatiemaanden.

Een belangrijke bemerking is dat de huisartsen in Kontich enkel vaccineren volgens een opportunistische screening en niet actief moeite doen om de vaccinatiegraad te verhogen. In de literatuur is te vinden dat de werkbelasting pas tot een onaanvaardbaar niveau stijgt wanneer extra maatregelen geïmplementeerd worden die de vaccinatiegraad doen verhogen. Is een samenwerking tussen de huisartsen door middel van een gemeenschappelijke griepvaccinatie een oplossing? Het zou de vaccinatiegraad op zich kunnen verhogen en als het de werkbelasting verlaagt komt er ruimte vrij voor meer initiatieven om de vaccinatiegraad nog verder te verhogen.

Een vast vaccinatiemoment binnen de eigen praktijk bleek ten tijde van de Mexicaanse griep een succes. Kan deze ervaring de stap naar een gemeenschappelijke griepvaccinatie met de andere huisartsen in Kontich kleiner maken?

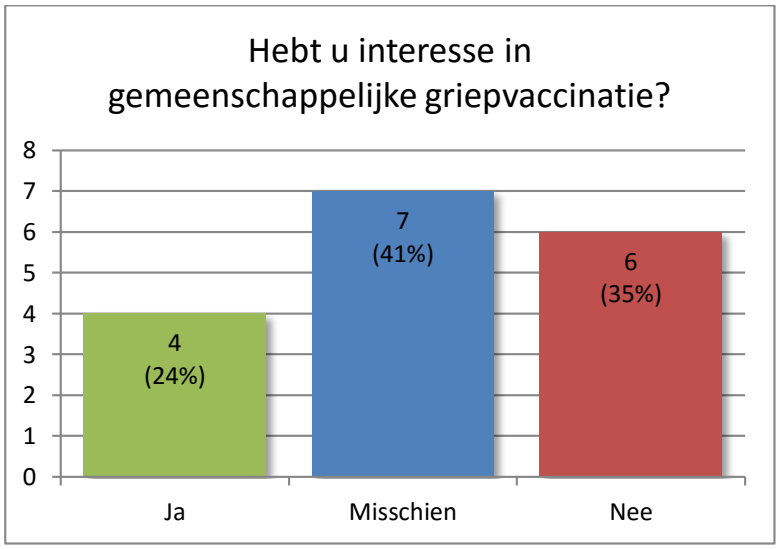
6. Op weg naar een gemeenschappelijke organisatie van de griepvaccinatie?

6.1. Algemene interesse?

De huisartsen werden tijdens de diepte-interviews gepeild of er een algemene interesse is in een gemeenschappelijke griepvaccinatie. De resultaten zijn weergegeven in figuur 2. Daarnaast werden er filteranalyses per praktijksoort, leeftijd en geslacht gemaakt (zie figuren 3 tot 5).

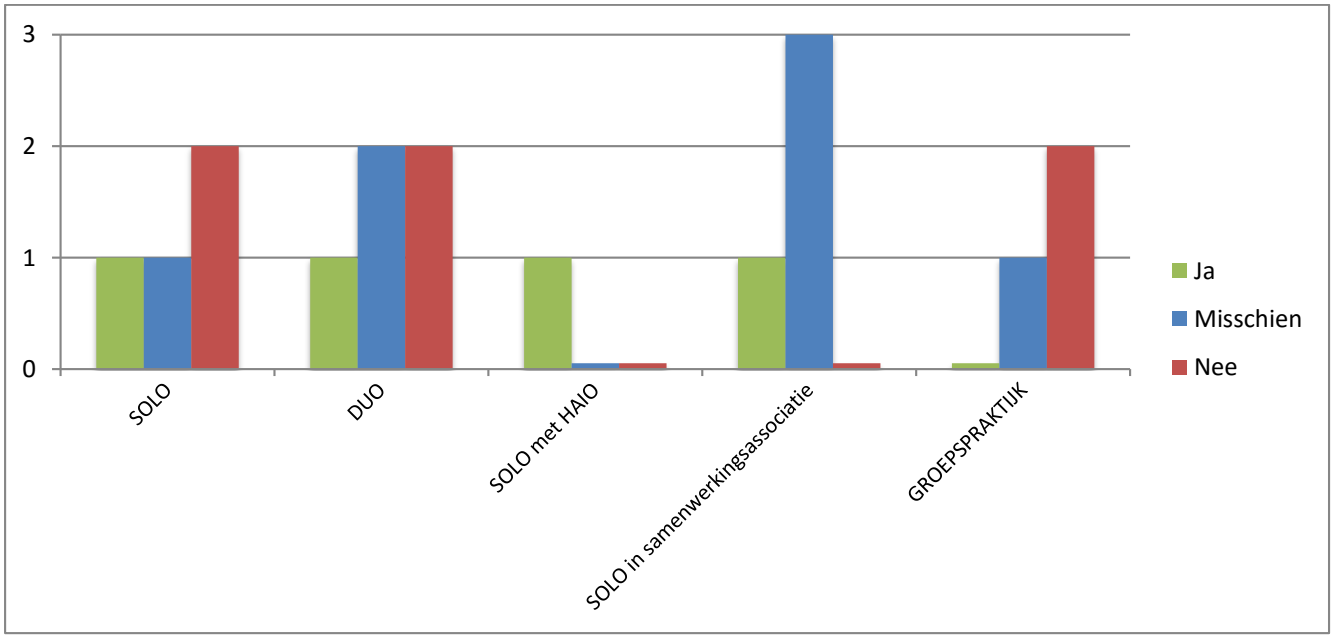
De algemene interesse is zeer wisselend (zie figuur 2). Vier huisartsen (24%) zeggen geïnteresseerd te zijn, zeven misschien (41%) en zes huisartsen (35%) zijn niet geïnteresseerd. De huisartsen in de 'misschien' categorie, zijn artsen die achter het principe staan, maar nog vragen hebben bij de praktische uitwerking. Zij zien het zitten om mee te doen afhankelijk van de praktische uitwerking en als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. De gestelde voorwaarden die aan bod kwamen, zijn:

- Iedereen moet mee doen.
- Administratief mag het geen extra werk zijn.
- Financieel mogen er geen extra kosten zijn.
- Alles moet onmiddellijk geïntegreerd zijn in het EMD.



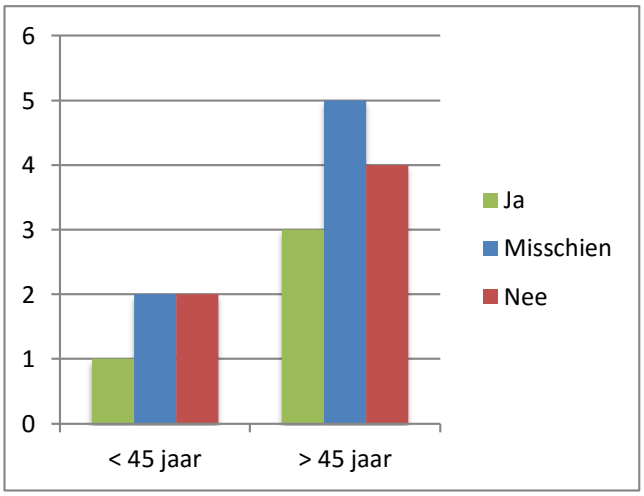
Figuur 2: Interesse in gemeenschappelijke griepvaccinatie

Wanneer je een deelanalyse maakt per praktijksoort (zie figuur 3) zie je grotere verschillen. De huisartsen die deel uitmaken van een groepspraktijk hebben minder interesse in een gemeenschappelijke griepvaccinatie. Deze huisartsen willen de griepvaccinatie binnen de eigen praktijk behouden.
Bij de solo- en duopraktijken zijn de meningen verdeeld, er is geen duidelijke lijn te trekken.
De solopraktijken die al een samenwerkingsassociatie hebben, zijn beduidend positiever ingesteld. Dit zou kunnen verklaard worden doordat ze reeds meer ervaring hebben met de voordelen die verbonden zijn aan een samenwerking tussen huisartsen.

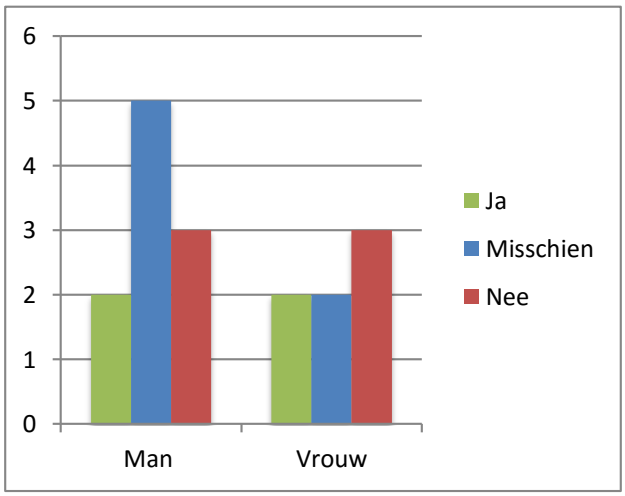


Figuur 3: Interesse in gemeenschappelijke griepvaccinatie: Filteranalyse per praktijksoort

De deelanalyse per leeftijd (zie figuur 4) laat weinig verschil zien. Toch bleek uit de diepte-interviews weldegelijk een verschil als je leeftijd in combinatie neemt met de praktijksoort. De jongere artsen die werkzaam zijn als solo-arts of die in een duo-praktijk werken hebben duidelijk meer interesse in een gemeenschappelijke griepvaccinatie. Zij hebben momenteel weinig problemen met de huidige werkbelasting omdat zij globaal een jongere populatie of een kleinere praktijk hebben. Ze zien de griepvaccinatie echter wel als een belangrijk potentieel toekomstig probleem wanneer de eerstelijnsgezondheidszorg geconfronteerd wordt met een vergrijzing van de bevolking, minder huisartsen en een vervrouwelijking van het huisartsenberoep.



Figuur 4: Interesse in gemeenschappelijke griepvaccinatie: Filteranalyse per leeftijd



Figuur 5: Interesse in gemeenschappelijke griepvaccinatie: Filteranalyse per geslacht

De filteranalyse per geslacht (zie figuur 5) doet uitschijnen dat vrouwelijke huisartsen een negatievere houding hebben. Dit onderscheid kan verklaard worden doordat 3 van de 7 vrouwelijke huisartsen in Kontich deel uitmaken van een groepspraktijk die geen interesse heeft.

Conclusie
De interesse bij de huisartsen in Kontich is zeer wisselend. Veel huisartsen zijn misschien geïnteresseerd maar zijn afwachtend en stellen een aantal sterke voorwaarden aan de praktische uitwerking. Er lijkt een tendens te zijn dat vooral de jongere huisartsen in een solo- of duopraktijk interesse hebben in een andere, gemeenschappelijke griepvaccinatie. Ook de solo-huisartsen die reeds werkzaam zijn in een samenwerkingsassociatie hebben meer interesse.

6.2. Drijfveren/voordelen

De huisartsen in Kontich werden gepeild naar wat volgens hen de voordelen van een gemeenschappelijke griepvaccinatie zijn. Wat zou voor hun een drijfveer zijn om dit zo te organiseren? Verschillende mogelijke factoren werden besproken en de huisartsen konden ze quoteren van 1 tot 5 volgens een Likertschaal (zie figuur 6, gerangschikt van belangrijkste voordeel tot minst belangrijk).

1 Deze factor is voor mij onbelangrijk en speelt niet mee in de beslissing voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie.
2 Deze factor is weinig van belang voor mij.
3 Hier sta ik neutraal tegenover of heb ik geen mening over.
4 Deze factor is van belang in de beslissing voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie.
5 Deze factor is heel belangrijk in de beslissing voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie.

De belangrijkste drijfveren voor de huisartsen om een gemeenschappelijke griepvaccinatie te organiseren zijn:

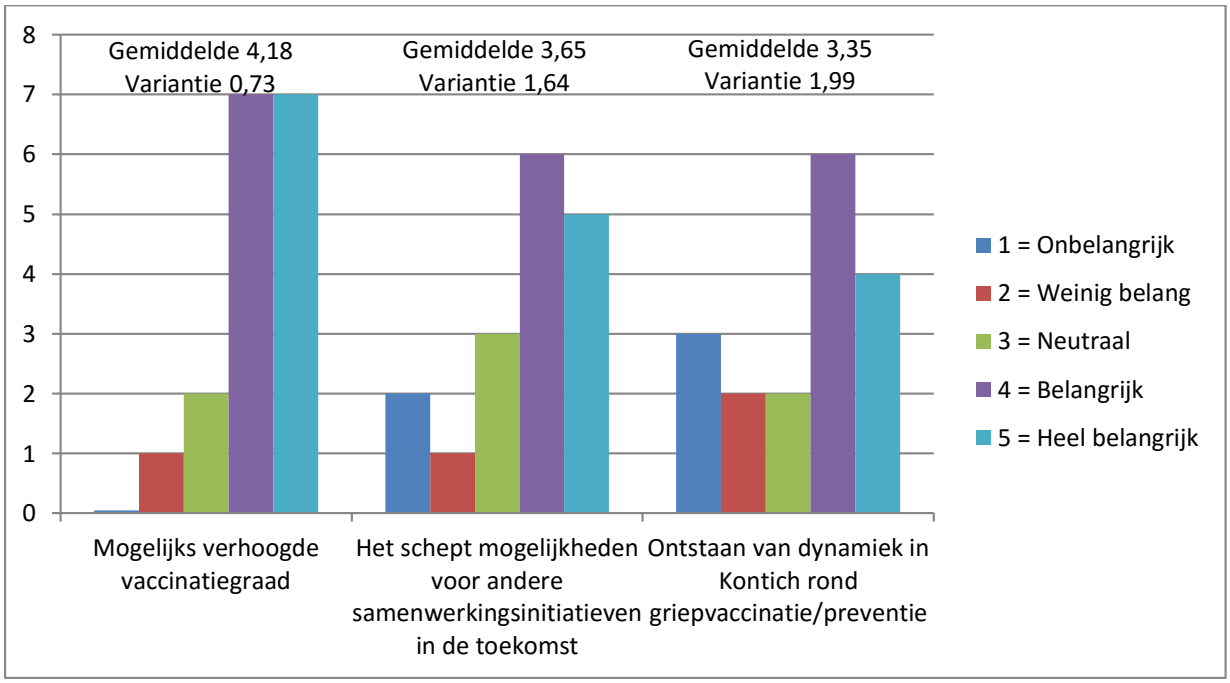
1) **Mogelijks verhoogde vaccinatiegraad.** De huisartsen in Kontich schatten de kans groot dat de vaccinatiegraad stijgt bij een gemeenschappelijke organisatie van de griepvaccinatie. Dat is volgens hen een belangrijk tot zeer belangrijk voordeel.
2) **Het schept mogelijkheden voor andere samenwerkingsinitiatieven in de toekomst.** Een gemeenschappelijke organisatie van de griepvaccinatie kan een eerste springplank zijn voor een verdere samenwerking rond andere gezondheidstopics. De huisartsen in Kontich zijn meer verdeeld over dit topic, maar globaal wordt het toch als een belangrijk voordeel gescoord.
3) **Ontstaan van dynamiek in Kontich rond griepvaccinatie of preventie in het algemeen.** Deze factor wordt door de huisartsen ook als belangrijk gezien. Uit de diepte-interviews komt de aanvullende feedback dat een gemeenschappelijke griepvaccinatie kan leiden tot een verhoogde vaccinatiegraad. Wanneer je een grootschalige griepvaccinatie campagne gemeenschappelijk organiseert, met ondersteuning van de gemeente Kontich, kan je meer en andere kanalen gebruiken voor publiciteit. De kans is groot dat er zo meer over gepraat wordt in de populatie, waardoor het meer gaat leven met hopelijk een verhoogde vaccinatiegraad tot gevolg.

Factoren waarover de meningen sterk verdeeld zijn met een neutrale eindconclusie tot gevolg (gemiddelde feedback geeft een score rond de 2.5):

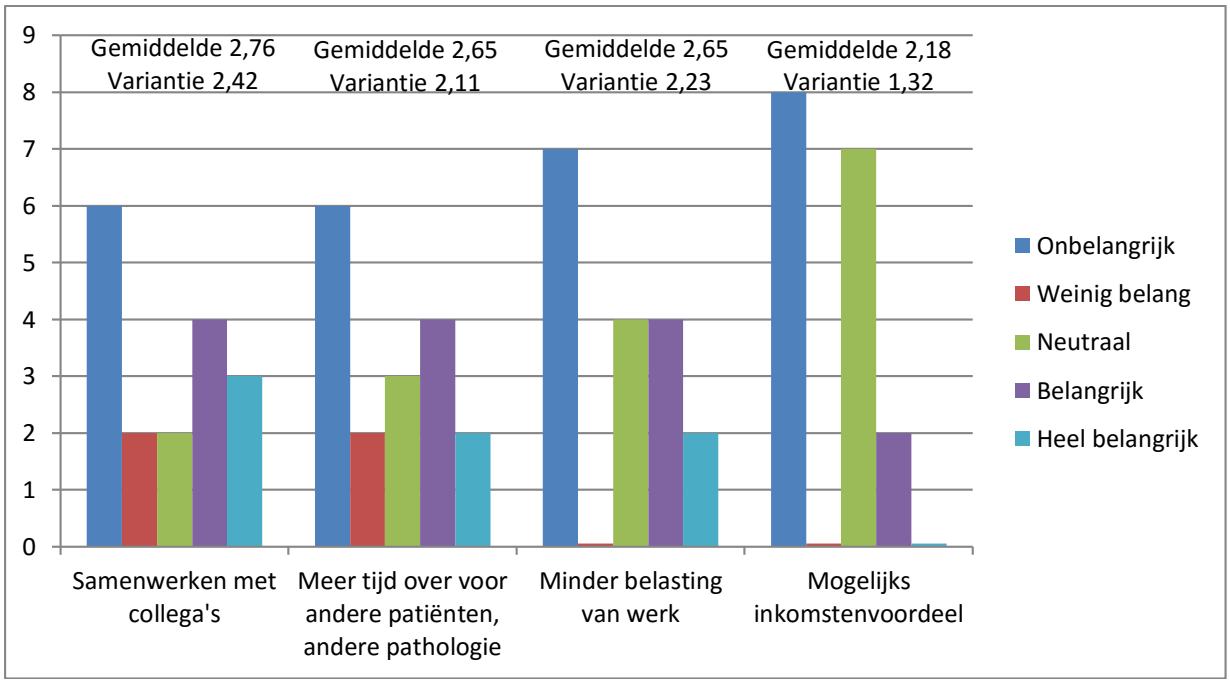
4) **Samenwerken met collega's.**
5) **Meer tijd over voor andere patiënten of andere pathologie.**
6) **Verminderde werkbelasting.** De huisartsen van Kontich zien een vermindering van werkbelasting niet als een belangrijk voordeel van een gemeenschappelijke griepvaccinatie. Dit kan verklaard worden doordat het merendeel van de huisartsen in Kontich relatief tevreden is met de huidige organisatie en niet negatief staat tegenover de toegenomen werkbelasting tijdens de griepvaccinatie of zelfs niet vinden dat de werkbelasting op die momenten stijgt (zie 5.4 tot 5.6)

De factor die het minst belangrijk wordt gescoord:

7) **Een mogelijks financieel voordeel.** In theorie is het mogelijk dat de huisartsen meer zouden kunnen verdienen aan een gemeenschappelijke griepvaccinatie. Dit kan bijvoorbeeld door op een gemeenschappelijk vaccinatiemoment meer patiënten te vaccineren dan je in je eigen praktijk had gedaan. De huisartsen beoordelen dit als een niet belangrijke factor.



Figuur 6a: Wat zijn de drijfveren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie? Gerangschikt van belangrijkst tot minst belangrijk.



Figuur 6b: Wat zijn de drijfveren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie? Gerangschikt van belangrijkst tot minst belangrijk.

6.3. Hindernissen/nadelen

De belangrijkste nadelen voor een griepvaccinatie zijn volgens de huisartsen (zie figuur 7, gerangschikt van belangrijkst tot minst belangrijk):

1) **Extra kosten voor administratieve ondersteuning.** Administratieve ondersteuning wordt belangrijk geacht door de huisartsen (zie punt 3 in deze opsomming), maar ze zijn niet bereid hiervoor financieel bij te dragen en zien dat als een belangrijke hindernis.
2) **Organisatorische moeilijkheden.** Er zijn nog veel praktische vragen. Waar zal de griepvaccinatie plaatsvinden. Wie organiseert de logistiek? Hoe regel je de financiële bijdragen voor het materiaal?
3) **Administratieve moeilijkheden.** Dit wordt door de huisartsen als een groot struikelblok gerapporteerd. Hoe regel je de voorschriften? Hoe noteer je de registraties? Hoe verloopt de betaling?
4) **Schrik voor extra werk voor uzelf.** De resultaten tonen hier een grotere variabiliteit, maar het eindresultaat wijst er toch op dat de huisartsen dit een relatief belangrijk punt vinden. Het doel van een gemeenschappelijke griepvaccinatie is om de werkbelasting voor de huisartsen te verminderen, dus het is opvallend dat een aantal huisartsen juist bang is om meer werk te krijgen.

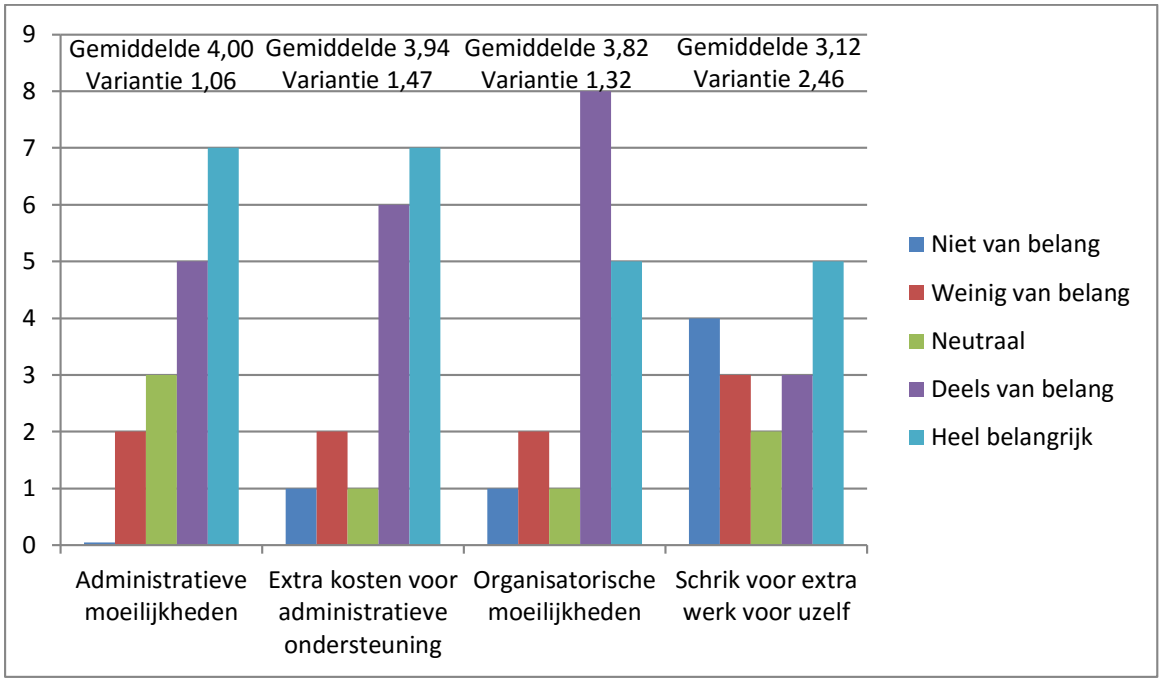
Stellingen die als neutraal beoordeeld werden:

5) **Patiënten die de vaccinatie enkel bij eigen huisarts willen.** Deze factor wordt door de meeste artsen als niet relevant beoordeeld omdat iedereen het eens is dat een gemeenschappelijke griepvaccinatie geen verplichting kan zijn voor de patiënten. Het is een aanbod dat door de huisartsen gepromoot kan worden, maar het moet daarnaast mogelijk blijven dat patiënten naar hun eigen huisarts gaan voor de vaccinatie.
6) **Onduidelijkheid voor patiënten.** De artsen geven aan dat dit wel degelijk een belangrijke factor is, maar dat dat geen argument is om wel of niet deel te nemen aan een gemeenschappelijke griepvaccinatie. Als je iets nieuws implementeert, is het sowieso belangrijk om helder te communiceren om onduidelijkheid te vermijden.

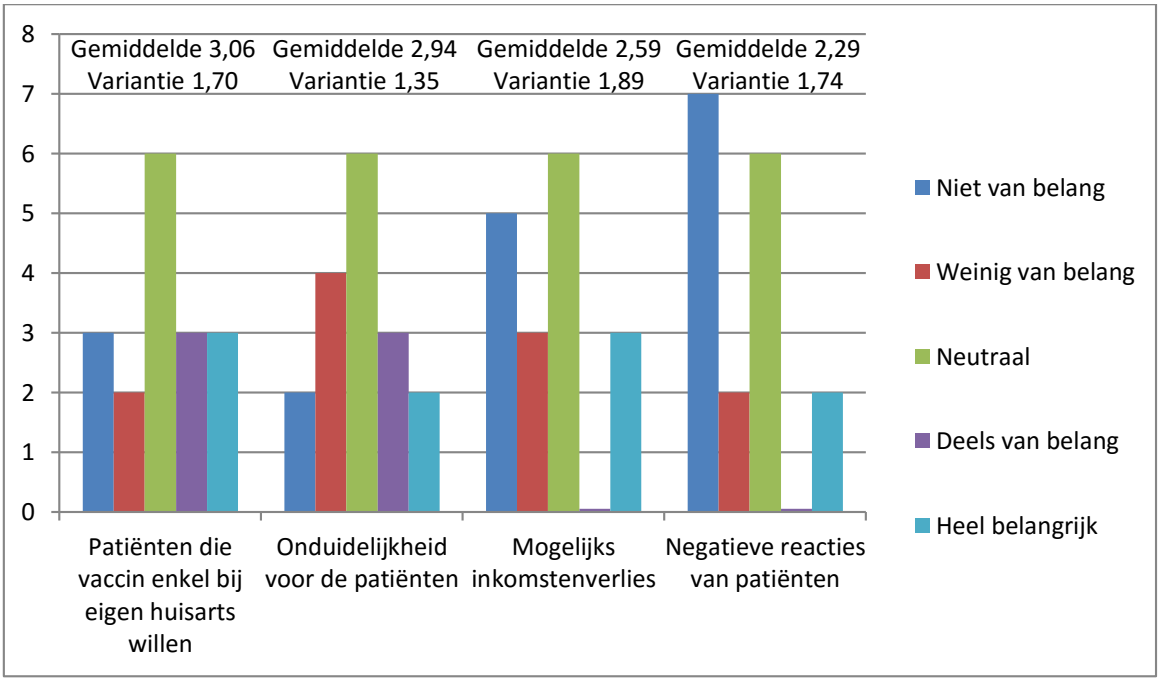
Tot slot waren er twee factoren die over het algemeen als onbelangrijk gequoteerd werden:

7) **Mogelijks inkomstenverlies.** Net zoals bij de voordelen van een gemeenschappelijke griepvaccinatie geven de huisartsen aan dat ze een mogelijk inkomstenverlies niet erg zouden vinden. Dit zou kunnen voorvallen als je op het gemeenschappelijke vaccinatiemoment minder patiënten vaccineert dan je in je eigen praktijk had gedaan. Ze benadrukken dat dit niet hetzelfde is als er financieel in willen investeren zoals de betaling van een administratieve hulp (zie punt 1 in deze opsomming).
8) **Negatieve reacties van patiënten.** Rond deze stelling verwezen veel huisartsen naar de bedenkingen bij punt 6: patiënten hebben vrije keuze om deel te nemen aan het gemeenschappelijk moment. Ze zullen zeker even tijd nodig hebben om aan het nieuwe concept te wennen, maar dit zal na verloop van tijd wel meevallen en is voor de huisartsen geen reden om het niet te doen.

Een extra gerapporteerd nadeel is dat je de patiënten die je vaccineert niet kent, je weet bijvoorbeeld niet of er in het verleden reacties zijn geweest op een vaccinatie.



Figuur 7a: Wat zijn de hindernissen/nadelen verbonden aan een gemeenschappelijke griepvaccinatie? Gerangschikt van belangrijkst tot minst belangrijk.



Figuur 7b: Wat zijn de hindernissen/nadelen verbonden aan een gemeenschappelijke griepvaccinatie? Gerangschikt van belangrijkst tot minst belangrijk.

6.4. Verdere analyse van de diepte-interviews

Uit de diepte-interviews bleek dat een deel van de voor- en nadelen afhankelijk zijn van de leeftijd van de artsen.

De jongere huisartsen vinden de financiële implicaties belangrijker (zowel in positieve als negatieve zin). Anderzijds geven ze ook aan minder vaccinaties te doen, waardoor eventueel inkomstenwinst of -verlies geen doorslaggevende factor zou zijn.

De oudere huisartsen vinden de financiële implicaties minder belangrijk. Zij vinden de griepvaccinatie vaak een erg grote werkbelasting, maar zien geen meerwaarde in een andere organisatie omdat het te veel werk is om nu nog te veranderen. Ze vinden het niet waard om nu nog hun eigen manier van werken aan te passen. Vaak zien ze wel veel waarde in het idee, maar zien ze het eerder als iets voor de jongere generatie.

Het merendeel van de patiënten combineren de griepvaccinatie met een andere reden tot consult zoals een jaarlijkse controle of voorschriften voor hun chronische medicatie. Hierdoor schatten de Kontichse huisartsen het voordeel van een gemeenschappelijke griepvaccinatie eerder beperkt in. De patiënten moeten toch nog langs de huisarts passeren voor de andere consultatieredenen, dus de totale werkbelasting blijft gelijk. Langs de andere kant hoeven die consultaties niet tijdens de vaccinatiemaanden oktober/november te gebeuren en zal de werkbelasting dan verdeeld zijn over een grotere periode.

6.5. Ideeën rond praktische aanpak van een gemeenschappelijke griepvaccinatie

Er kwam tijdens de interviews vrij weinig feedback van de huisartsen over de mogelijke praktische aanpak van de griepvaccinatie. Daarom werd hun mening gevraagd over de moeilijkste topics.

6.5.1. Plaats van vaccinatie

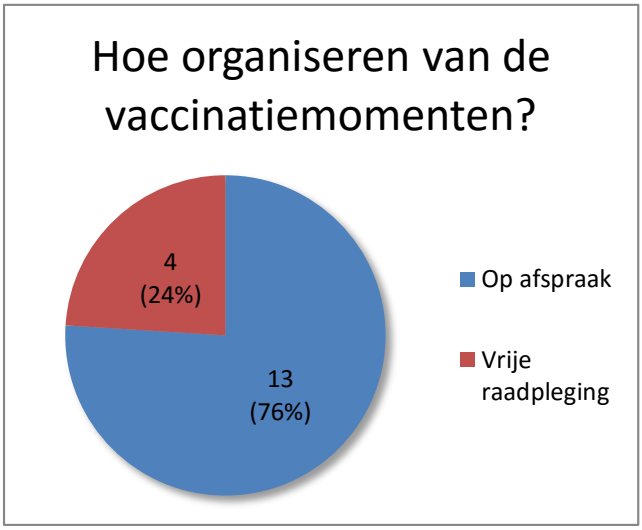
Er is consensus tussen de huisartsen in Kontich dat de vaccinatie best gebeurt op een onafhankelijke, vlot bereikbare locatie. Het is van belang dat de patiënten uit de deelgemeenten Kontich-Kazerne en Waarloos terecht kunnen binnen hun deelgemeente. De huisartsen uit de deelgemeenten schatten de opkomst van de patiënten laag als er slechts één locatie zou zijn in Kontich Centrum. In elke deelgemeente zijn locaties geopperd waar vaccinatie (gratis) kan plaatsvinden (gebouwen van het OCMW, Ontmoetingscentrum Pronkenborg, Berkenhof).

6.5.2. Vrije raadpleging of op afspraak?

Vier huisartsen willen voor het gemeenschappelijk vaccinatiemoment werken met een vrije raadpleging, de anderen verkiezen op afspraak.

De voordelen aan werken op afspraak:

1. Er is controle op het aantal patiënten dat per vaccinatiemoment komt. Er is geen risico op een te grote toestroom.
2. Er is controle over een gelijk verdeelde instroom op de verschillende vaccinatiemomenten. Alle huisartsen hebben zo ongeveer even veel werk per vaccinatiemoment. Dit heeft vooral financiële belangen. Als de huisarts betaald wordt afhankelijk van de inkomsten op zijn of haar vaccinatiemoment, zou dit anders te grote onderlinge verschillen tot gevolg kunnen hebben.



Figuur 8: Organisatie van vaccinatiemoment op afspraak of via vrije raadpleging?

De nadelen aan werken op afspraak:

1. Er is een systeem nodig om deze afspraken te maken: elektronisch en/of telefonisch.
2. Werken op afspraak kan drempelverhogend werken.

Het laagdrempelige karakter is het belangrijkste voordeel van een vrije raadpleging. Het organiseren van een vaccinatiemoment is in de literatuur aangetoond als een positieve interventie voor de vaccinatiegraad, maar het is niet duidelijk welke invloed de manier van organiseren heeft. Het verschillende effect op de vaccinatiegraad tussen het invoeren van een vaccinatiemoment op afspraak of als vrije raadpleging zou een interessant vervolgonderzoek kunnen zijn.

6.5.3. Betaling

Er zijn twee discussiepunten rond de financiële afhandeling van een gemeenschappelijke griepvaccinatie:

1) Betaling van de patiënt: via derde betaler of '*out of the pocket*'?
2) Betaling voor de huisarts: per prestatie of forfaitair?

1. Betaling van de patiënt via derde betaler of '*out of the pocket*'?

Er is vrij grote consensus bij de Kontichse huisartsen om de betalingen via het derde betalersysteem te regelen en de patiënt geen remgeld te laten betalen. Het terugbetaalbare gedeelte van het ereloon wordt door het ziekenfonds rechtstreeks aan de huisarts overgemaakt. De redenen van de huisartsen om hiervoor te kiezen zijn verschillend.

Een aantal huisartsen willen dit doen om het administratief eenvoudiger te maken: patiënten moeten enkel een klevertje van de mutualiteit of hun identiteitskaart meebrengen en er moet niet afgerekend worden. Zo kan de doorstroom versnellen en kunnen er meer patiënten gevaccineerd worden op een korte tijd. Het remgeld is per patiënt afhankelijk van zijn statuut en GMD. Indien men hiermee rekening moet houden, wordt het zeer complex en divers. Voor de aanvaardbaarheid van de campagne is het slecht dat een patiënt meer remgeld zou moeten betalen voor een griepvaccinatie op een centraal punt dan bij zijn eigen (GMD-houdende) huisarts.

Een andere motivatie is dat een 'gratis vaccinatie' sterk drempelverlagend kan werken met een verhoogde vaccinatiegraad tot gevolg. Dit werd reeds in de literatuurzoektocht aangeduid als een succesvolle interventie ter verhoging van de vaccinatiegraad.

Enkele huisartsen vinden een betaling via derde betaler zelfs noodzakelijk en dit niet alleen om praktische redenen. Ze zeggen dat ze het niet zouden aandurven om de patiënt een volledige consultatie aan te rekenen 'voor enkel een griepvaccinatie'. Ze zijn bang dat patiënten vinden dat dit te gemakkelijk verdiend geld is voor de huisarts. Ook zijn ze bang dat de patiënten zullen klagen dat ze voor andere zaken zoals medicatievoorschriften of controle toch nog op consultatie moeten komen en dan opnieuw moeten betalen.

Het verlies van inkomsten door het remgeld te laten vallen vinden de huisartsen geen probleem, want dit wordt gecompenseerd door het relatief grote aantal consultaties op korte tijd. Eén huisarts is van mening dat de patiënten toch het remgeld zouden moeten betalen, want niet alles hoeft gratis te zijn. Maar indien de patiënten het remgeld wel moeten betalen, valt het administratieve voordeel van geen betalingen te moeten doen weg.

Het grootste probleem om de betalingen via derde betaler te regelen, is de Belgische wetgeving (34, 35). Volgens het KB van 10/10/1986 (met recente aanpassingen) geldt voor artsen in principe een verbod op het toepassen van derde betaler voor raadplegingen, bezoeken en adviezen. Er worden wel uitzonderingen voorzien op basis van het statuut van de patiënt, de plaats van verstrekking, de

wachtdienst en het globaal medisch dossier. Een gemeenschappelijke griepvaccinatie valt echter niet onder één van die uitzonderingen, hoewel navraag leert dat veel praktijken hun vaccinatiemomenten wel op deze manier organiseren.

2. Betaling voor de huisarts per prestatie of forfaitair?

In plaats van de huisarts per vaccinatie te betalen, kan er ook gekozen worden voor een forfaitair systeem. Alle inkomsten worden daarbij gepoold en herverdeeld onder de huisartsen. Dit systeem heeft als voordeel dat de kosten gemakkelijker in rekening gebracht kunnen worden, vóór de herverdeling naar de huisartsen. Ook kan er dan gemakkelijker gekozen worden voor een vaccinatiesysteem met vrije raadpleging, wat voor een lagere drempel bij de patiënten zorgt. Een nadeel aan vrije raadplegingen is dat het kan leiden tot grote verschillen in werkdruk op de verschillende vaccinatiemomenten, met een onevenwichtige inkomstenverdeling tot gevolg. Een forfaitaire prestatie lost dit probleem op.
Het grote probleem van een forfaitaire betaling van de huisarts is dat er dan een overkoepelend orgaan gecreëerd moet worden om die inkomsten te ontvangen en te verdelen, wat het administratief (vooral fiscaal) heel omslachtig maakt.

6.5.4. Voorschriften

Zoals eerder besproken (zie punt 3.4 en 5.2), werkt de griepvaccinatie in België op een complexe manier, zowel administratief als financieel, wat mogelijk tot een lagere vaccinatiegraad leidt (11). Als de griepvaccinatie op een gemeenschappelijke manier georganiseerd zou worden, zou het een groot voordeel voor de patiënt zijn als de vaccins ter plaatse beschikbaar worden gesteld. Dan moet de patiënt alleen maar naar het vaccinatiemoment gaan, wat veel eenvoudiger is en drempelverlagend werkt.
In Nederland worden de griepvaccins voor de risicopatiënten verdeeld bij de huisartsen (22). Huisartsen krijgen advies van de overheid om in te schatten hoeveel vaccins ze nodig zullen hebben en kunnen dan zelf de griepvaccins bestellen. Verder worden de huisartsen er ook praktisch ondersteund in de griepvaccinatie: ze krijgen folders, oproepingsbrieven en wachtkamerposters. Risicopatiënten hoeven niet te betalen voor hun vaccin of de vaccinatie: het vaccin wordt gratis verstrekt en de huisarts krijgt een tegemoetkoming van de overheid voor de vaccinatie. Patiënten zonder verhoogd risico of indicatie voor griepvaccinatie moeten wel met een voorschrift naar de apotheek gaan en betalen de vaccinprijs aan de apotheek. Als zij naar de huisarts gaan voor de vaccinatie betalen ze een gewone consultatie.

Momenteel is het in België niet mogelijk om als huisarts zelf griepvaccins te bestellen. Enkel voor inwoners in de Vlaamse woonzorgcentra (WZC) kan het vaccin gratis via Vaccinnet besteld worden (36). De Belgische apothekers zullen ook niet snel bereid zijn de verdeling van de griepvaccins uit handen te geven omdat dit voor hen financiële voordelen biedt.

6.5.5. Extra ondersteuning?

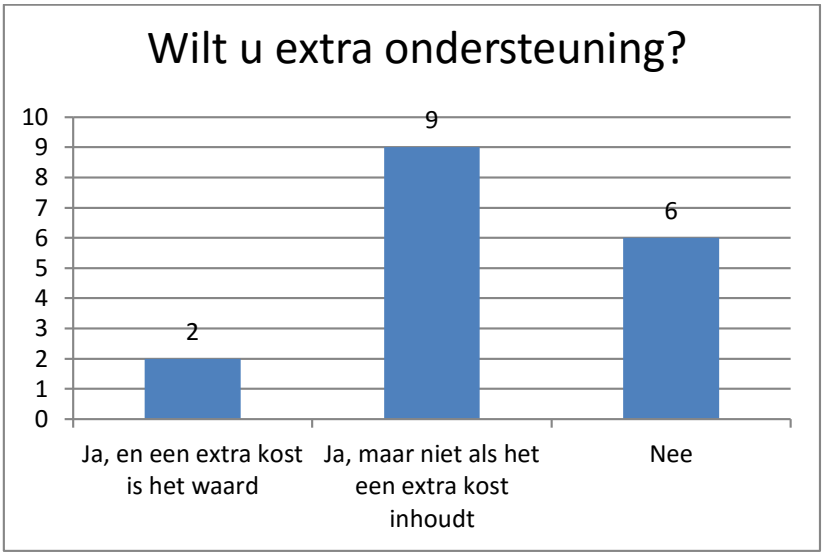
Over de nood aan extra ondersteuning zijn er veel gemengde gevoelens (zie figuur 9). Ondersteuning kan zowel organisatorisch zijn als administratief. Globaal kan gesteld worden dat de huisartsen een administratieve hulp wensen, maar er geen eigen financiële tussenkomst voor willen doen. Ze wensen administratieve (en organisatorische) ondersteuning om de getuigschriften in te vullen, betalingen te regelen (al dan niet via derde betaler) en de vaccinatie te registreren. Een extra persoon kan ook nuttig zijn om tijdens de vaccinatiemomenten de patiënten op te vangen en uitleg te geven.

Bedenkingen die geopperd worden:

"Ik betaal al voor een eigen (tele)secretariaat, ik wil niet nog meer betalen."

"Ik vind het niet erg om de administratie zelf te doen."

"Ik breng zelf wel iemand mee om te helpen (bv. partner)."



Figuur 9: Wens van de huisartsen voor extra ondersteuning

6.5.6. Registratie van vaccinatie

Op een gemeenschappelijk vaccinatiemoment worden patiënten gezien van verschillende artsen en deze artsen werken op hun beurt met verschillende EMD's. Voor de kwaliteit van de zorg is het belangrijk dat alle vaccinaties geregistreerd worden in de EMD's van de patiënten. Tijdens een gemeenschappelijke vaccinatiecampagne kunnen er per huisarts lijsten aangelegd worden. Tijdens een vaccinatie kan dan de naam en rijksregisternummer van de patiënt, de datum en het serienummer van het toegediende vaccin worden genoteerd op de juiste lijst.

Momenteel is dit de enige mogelijke manier om alle vaccinaties geregistreerd te krijgen in de EMD's, maar de huisartsen rapporteren dit als een belangrijk nadeel. Zij zien het niet zitten om na de gemeenschappelijke vaccinatiecampagne (in hun vrije tijd) die lijsten te doorlopen en alle registraties in te brengen in het EMD.

7. Aanvullende discussiepunten

7.1. Besluit ten aanzien van het organiseren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie

De huisartsen in Kontich lijken nog niet klaar voor een andere vorm van organisatie van de griepvaccinatie. Op basis van de diepte-interviews blijkt immers dat de huisartsen relatief tevreden zijn met de huidige griepvaccinatie. Ze vinden dat de werkbelasting aanvaardbaar is (met de bemerking dat ze geen actieve moeite doen de vaccinatiegraad te verhogen).

De jongere artsen die werkzaam zijn als solo-of duo-arts hebben interesse in het idee vanuit een toekomstperspectief. Het lijkt een manier om de werkbelasting in de toekomst haalbaar te houden, wanneer er minder huisartsen zullen zijn en meer zorgpatiënten. De oudere huisartsen vinden de werkbelasting momenteel hoog, maar vinden het te veel moeite om hun manier van werken nu nog aan te passen.

Verder hebben nog veel huisartsen bedenkingen bij de praktische aanpak. Ze zouden enkel mee doen als aan een aantal voorwaarden voldaan is. Zo stellen veel artsen dat ze enkel meedoen als iedereen meedoet. En de groep van huisartsen die geen interesse heeft, is relatief groot: 35%. Vermits aan die voorwaarde niet voldaan kan worden, is het draagvlak sowieso te klein om het concept van een gemeenschappelijke griepvaccinatie verder uit te werken.

Andere bezwaren die momenteel moeilijk op te lossen zijn:
1) De vraag voor extra ondersteuning (organisatorisch en administratief) waarbij de kost niet door de huisartsen gedragen moet worden.
2) De registratieproblemen waarbij de huisarts in zijn vrije tijd de vaccins moet registreren in het EMD.
3) Het niet ter plaatse beschikbaar zijn van de vaccins. Als de vaccins ter plaatse beschikbaar zouden zijn, valt de administratieve last van de voorschriften op voorhand weg, wat een grote motivatie zou zijn voor de meeste huisartsen om mee te doen.
4) Een eenvoudige financiële afrekening. Zowel betaling per prestatie als een forfaitaire betaling brengen momenteel nog problemen met zich mee.

7.2. Werkpunten voor de toekomst

Om een groter draagvlak te creëren bij de Kontichse huisartsen is het noodzakelijk een aantal hindernissen te overwinnen. Enkele mogelijke suggesties om deze praktische problemen op te lossen, zijn:

1) Vaccinnet moet geïntegreerd worden in de verschillende EMD's. Het zou mogelijk moeten zijn dat de artsen die tijdens een vaccinatiecampagne op verplaatsing vaccineren, dat vaccin kunnen registreren in Vaccinnet en dat deze registratie automatisch geïntegreerd wordt in het EMD van de patiënt. Dit vermijdt dubbel werk en vermijdt de administratieve last die de registratielijsten per huisarts met zich meebrengen.
2) Er moet een uitbreiding komen van de mogelijkheden voor de derdebetalersregeling. Bijna alle huisartsen geven aan dat een betaling via derde betaler een meerwaarde zou betekenen voor de gemeenschappelijke griepvaccinatie. In de praktijk worden vaccinatiemomenten zo al vaak georganiseerd, maar officieel valt dit niet onder de uitzonderingen op het verbod tot toepassing van derde betaler.

3) Een vereenvoudiging van het complexe proces “voorschrift – apotheek – huisarts” zou opportuun zijn om een andere organisatie van de griepvaccinatie mogelijk te maken en de werkbelasting te verminderen. De financiële belangen van de apothekers zijn hier nog een belangrijk struikelblok. Het eventueel gratis maken van het vaccin voor de risicogroepen, een verdere implementatie van Recip-e en het verdwijnen van het papieren voorschrift kunnen hier op termijn een ondersteuning zijn.
4) Er is nood aan een financiële of praktische ondersteuning vanuit de gemeente of overheid om dit soort projecten te organiseren. Huisartsen zijn wel geïnteresseerd in nieuwe initiatieven om de praktijkorganisatie te vereenvoudigen of te verbeteren, zeker als die een verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt tot gevolg hebben, maar ze zijn niet bereid om er zelf financieel toe bij te dragen. Met financiële ondersteuning vanuit een overheidsinstantie kan eventueel een administratieve en organisatorische hulp aangenomen worden.
Een eerste verkennend contact met GEZEL (Gezondheid en Eerstelijnssamenwerking in Kontich) was positief. Zij ondersteunen vanuit de gemeente acties rond gezondheidspreventie. Zij zouden bijvoorbeeld logistieke ondersteuning kunnen bieden, zoals het gratis ter beschikking stellen van lokalen. Verder zou de gemeente misschien kunnen helpen met publiciteit of zelfs het aanschrijven van de 65-plussers uit de gemeente. Dit zijn mogelijkheden die verder uitgewerkt moeten worden van zodra het draagvlak bij de huisartsen voldoende groot is om met een gemeenschappelijke griepvaccinatie van start te gaan.

Een gemeenschappelijke griepvaccinatie in Kontich moet de werkbelasting van de Kontichse huisartsen verminderen en tegelijk de vaccinatiegraad van de risicopopulatie in Kontich verhogen. Er moet dan ook worden nagedacht over bijvoorbeeld patiënten die in Kontich wonen, maar een huisarts hebben buiten de gemeente. Mogen zij zich ook laten vaccineren op de gemeenschappelijke vaccinatiemomenten? En zo ja: gaan huisartsen uit de omgeving daar geen probleem van maken?

Om een antwoord te krijgen op die vragen moeten de huisartsen uit de omgeving gecontacteerd worden als er ook daadwerkelijk een gemeenschappelijke griepvaccinatie wordt uitgewerkt. Eventueel kan de overkoepelende huisartsenkring hier een faciliterende rol in spelen.

7.3. Vaccinatie door andere zorgverleners

Volgens een recent koninklijk besluit mogen vanaf 9 april 2016 verpleegkundigen zelfstandig vaccineren zonder aanwezigheid van een arts. De verpleegkundigen beslissen hierbij niet zelf over de vaccinatie want die wordt nog steeds voorgeschreven door een arts (37). Het doel van het koninklijk besluit is om de vaccinatiegraad te doen stijgen bij de bevolking. Zo stelt de overheid dat bij het jaarlijkse griepseizoen de thuisverpleegkundigen nu griepvaccinaties kunnen toedienen.

Een mogelijk voordeel is dat op die manier de werkdruk voor de artsen daalt. Een nadeel is dat er naast de arts en apotheker nog een extra persoon in de organisatie van de griepvaccinatie wordt betrokken. Verder is het niet zeker of dit besluit een positieve invloed heeft op de vaccinatiegraad: doordat de huisarts in dit scenario enkel nog het voorschrift moet voorzien, wordt hij minder betrokken en dat heeft misschien een negatief effect op de vaccinatiegraad. Daarnaast is het onzeker of verpleegkundigen adequaat kunnen reageren bij een anafylactische reactie. Aangezien het echter een zeldzame reactie betreft en verpleegkundigen continu kunnen bijscholen rond dit thema, lijkt dit nadeel eerder beperkt.

Tot slot rest de vraag of de huisartsen de griepvaccinatie uit handen willen geven: financiële overwegingen zullen hier zeker een grote rol spelen. In het kader van dit onderzoek zou het kunnen betekenen dat een verpleegkundige (mee) kan vaccineren tijdens een gemeenschappelijk vaccinatiemoment.
Gezien dit KB zeer recent gepubliceerd werd, werd dit onderwerp niet mee opgenomen in de vragenlijst voor de huisartsen van Kontich en zijn zij dus niet gevraagd naar hun mening hierover. Het is dus nog niet geweten of ze de griepvaccinatie uit handen willen geven en of financiële belangen een grote rol spelen. Ook in het verleden was er immers commotie toen de apothekers stelden dat het efficiënter en goedkoper zou zijn als zij het griepvaccin zelf toedienen (38). Het voorstel van de apothekers sluit aan bij de bemerking van dit onderzoek dat de keten "*voorschrift bij arts – vaccin bij apotheek – toediening bij arts"*, te complex is. Dit werkt drempelverhogend voor de patiënten en verhoogt het risico op het verbreken van de koude keten. De apotheker is nauw betrokken bij de zorg voor de chronische hoog-risicopatiënten en zij doen ook vaak actief moeite om de patiënten aan te moedigen zich te laten vaccineren voor de griep.
De discussie rond vaccineren door verpleegkundige (en apotheker) is dus nog niet ten einde en het zijn zinvolle vragen voor verder onderzoek.

7.4. Zwakten van dit onderzoek

Dit onderzoek was een lokaal, praktijkverbeterend project en betreft enkel de huisartsen van Kontich. Er was dus een relatief klein aantal artsen betrokken. Alhoewel de populatie representatief lijkt voor de huisartsenpopulatie in Vlaanderen, kunnen geen conclusies getrokken worden voor de rest van Vlaanderen.

Het grootste nadeel van dit onderzoek is dat er niet onderzocht werd wat de mening van de patiënten is. Is er bij de patiënten een draagvlak voor een andere organisatie van de griepvaccinatie? Wat zijn voor hen de drijfveren en de hindernissen? De ervaringen in de buurgemeente Lint lijken aan te tonen dat patiënten wel open staan voor een andere vorm van organisatie. Het introduceren van een nieuw concept is echter een dynamisch groeiproces: het kan enkele jaren duren voor het volledig op punt staat en iedereen het gewend is.

7.5. Verder onderzoek

Interessante topics voor verder onderzoek, zijn:

- De rol van verpleegkundigen of apothekers in het vaccinatieproces (zie punt 7.3).
- Wat is het draagvlak voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie bij de patiënten van Kontich (zie punt 7.4)? Indien positief zou dit voor de huisartsen een motivatie kunnen zijn om dit systeem toch te proberen.
- Verhoogt het invoeren van een vast vaccinatiemoment binnen de praktijk de vaccinatiegraad? Dit onderzoek handelde over een samenwerking tussen huisartsen om een gemeenschappelijke organisatie op te starten, maar momenteel werkt ook geen enkele huisarts in Kontich met vaste vaccinatiemomenten binnen zijn eigen praktijk. Het zou nuttig zijn te weten of zo'n moment de vaccinatiegraad verhoogt. Indien dit het geval is (zoals de literatuur suggereert), kan dit misschien ook een motivatie zijn voor een vast gemeenschappelijk vaccinatiemoment. Kijken of het invoeren van een vast vaccinatiemoment binnen de opleidingspraktijk de vaccinatiegraad verhoogt, is een interessant onderwerp voor een toekomstige masterproef in de huisartsgeneeskunde.

8. Conclusie

De huisartsenpopulatie in Kontich is representatief voor de situatie in België met een tendens tot vergrijzing en vervrouwelijking. Oudere huisartsen werken vaak nog in een solo-praktijk en jongere huisartsen vestigen zich voornamelijk in duo- of groepspraktijken. Geen enkele huisarts organiseert de griepvaccinatie momenteel volgens een systematische aanpak. Ze zijn vrij tevreden over de huidige aanpak van de griepvaccinatie, maar vooral de oudere huisartsen vinden de werkdruk rond de vaccinatieperiode erg hoog.

De interesse bij de Kontichse huisartsen om een gemeenschappelijke griepvaccinatie te organiseren, is zeer wisselend en afhankelijk van leeftijd en praktijkvorm. Veel huisartsen zijn misschien geïnteresseerd maar zijn afwachtend en stellen een aantal sterke voorwaarden aan de praktische uitwerking. Er lijkt een tendens te zijn dat vooral de jongere huisartsen in een solo- of duopraktijk interesse hebben in een andere, gemeenschappelijke griepvaccinatie met het oog op de toenemende werkbelasting in de toekomst. Oudere huisartsen vinden het vaak niet meer de moeite om hun werkwijze nu nog aan te passen.

De belangrijkste motivaties om mee te doen, zijn dat de huisartsen de vaccinatiegraad willen verhogen, ervaring willen opdoen voor andere samenwerkingsinitiatieven en in de gemeente meer dynamiek willen creëren rond griepvaccinatie en preventie. De grootste hindernissen zijn de extra kosten voor administratieve ondersteuning en de praktische en financiële organisatie. Deze lijken momenteel moeilijk op te lossen waardoor het draagvlak voor een gemeenschappelijke griepvaccinatie erg klein is.

De huisartsen in Kontich zijn dus nog niet klaar voor een andere, gemeenschappelijke vorm van de griepvaccinatie. De complexe structuur in België van voorschrift tot vaccinatie maakt een verandering van organisatie niet evident. Financiële of logistieke ondersteuning vanuit de gemeente of overheid zou het draagvlak sterk kunnen vergroten. Verder zijn verbeteringen op het vlak van informatica, zoals een integratie van Vaccinnet in het EMD en de verdere implementatie van Recip-e, noodzakelijk voor een vlotte organisatie. Hopelijk kunnen zo de bestaande hindernissen in de toekomst overwonnen worden, zodat het draagvlak voor samenwerking rond de griepvaccinatie groter wordt.

9. Dankwoord

Het schrijven van een thesis is een boeiende, uitdagende, maar ook intensieve opdracht. Gelukkig stond ik er niet alleen voor. Graag zou ik een aantal personen expliciet willen bedanken.

In de eerste plaats ben ik mijn promotor, dr. Barbara Michiels, heel dankbaar voor haar goede begeleiding, tips en opbouwende kritiek.

Daarnaast wil ik mijn praktijkopleider Peter Dieleman bedanken voor zijn enthousiasme voor het project, zijn geduld met mijn soms chaotische aanpak en de aangename samenwerking in de praktijk.

Natuurlijk zou dit onderzoek niet mogelijk geweest zijn zonder de medewerking van de andere huisartsen en apothekers in Kontich. Daarom wil ik hen hiervoor uitdrukkelijk bedanken. Het gaf me een mooie kans om alle huisartsen uit de gemeente te leren kennen en een aantal boeiende gesprekken te voeren die me zeker zullen bijblijven.

Wie ik zeker niet mag vergeten zijn de belangrijkste twee personen in mijn leven: Floor en Toon! Floor, je bent echt het zonnestraaltje in mijn leven. Het spijt me dat ik tijdens het maken van deze thesis zo weinig tijd voor je had. Je ben fantastisch opgevangen door je papa, je grootouders en andere enthousiaste babysitters, maar toch deed het pijn dat ik er niet voldoende was voor jou. En Toon, bedankt voor alles, meer dan ik ooit onder woorden kan brengen...

10. Referenties

1. Jaarstatistiek met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2014.
2. Vaccinatie tegen seizoensinfluenza: prioritaire doelgroepen - Deel I. KCE reports 162A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 2011.
3. Govaerts F, Van de Vyver N, Pilaet A. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van influenza. Domus Medica 2006.
4. Bevolkingsstatistieken van de gemeente Kontich geraadpleegd op de website: http://www.kontich.be/Profiel (gegevens geraadpleegd op 01/02/2016).
5. Vaccin tegen influenza. BCFI. Te raadplegen via www.bcfi.be/nl/chapters/13?frag=11304 (geraadpleegd op 15 april 2016).
6. NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008.
7. Influenzavaccinatie: de organisatie en uitvoering van de influenzavaccinatie in de huisartsenpraktijk. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015.
8. Leysen P, Dietrich M, Van Linden A, Van Duppen D. Preventie van influenza: een strakke Nederlandse organisatie of pragmatische Vlaamse aanpak? Huisarts Nu. 2008;37 (9)(November):465-71.
9. European commission staff working document. State of play on implementation of the Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. 2014.
10. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 5 Preventie. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2013.
11. Remmen R, Seuntjens R et al. Doeltreffendheid van inentingscampagnes tegen influenza. Vergelijking tussen twee Europese systemen in één praktijk. Huisarts Nu. April 2004;33(3):147-51.
12. Van Duppen D. Kiwimodel voor griepvaccin: gratis voor patiënt zonder meerkost voor RIZIV, meer vaccinatiegraad en minder vroegtijdige sterfte en ziekenhuisopnames. Abstracts ELS 2007.
13. Thomas Roger E, Lorenzetti D et al. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; (7).
14. Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; (3).
15. Hak E, Hermens RP et al. Effectiveness of a co-ordinated nation-wide programme to improve influenza immunisation rates in The Netherlands. Scandinavian journal of primary health care. 2000; 18(4):[237-41 pp.].
16. Cabus I. Griepvaccinatie in een groepspraktijk: tweede keer, goede keer? Praktijkproject ICHO, huisartsenopleiding, 2006-2007.
17. Hendrikx T. Griepvaccinatie in een multiculturele praktijk: gebruik van SMS en cultuureigen boodschappen. Praktijkproject ICHO 2012-2013.
18. DeDecker K. Verhogen van de vaccinatiegraad door het verbeteren van de boostervaccinaties voor tetanus en difterie door middel van sensibilisatie van de patiënten en registratie door de huisartsen. Praktijkproject ICHO 2011-2012.
19. Byloos E. A/H1N1 vaccinatiecampagne 2009 in de huisartsenpraktijk. Praktijkproject ICHO 2010-2011.
20. Schwartz B, Wortley P. Mass vaccination for annual and pandemic influenza. Current topics in microbiology and immunology. 2006;304:131-52.
21. Van de Vyver N, Michiels B, Leysen P. Werkmodel: Beleid bij grieppandemie. Domus Medica 2009.
22. NHG/SNPG. Handleiding Influenzavaccinatie. De organisatie en uitvoering van de influenzavaccinatie in de huisartsenpraktijk. 2015.
23. Billittier AJ, Lupiani P et al. Electronic patient registration and tracking at mass vaccination clinics: a clinical study. J Public Health Manag Pract. 2003;9(5):401-10.

24. CDC. Guidelines for Large-Scale Influenza Vaccination Clinic Planning 2014-2015. Available from: http://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/vax_clinic.htm.
25. Vaccinatie tegen seizoensinfluenza: prioritair de kinderen of andere doelgroepen? Deel II: kosten-effectiviteitsanalyse -synthese. Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 2013.
26. Humiston SG, Szilagyi PG et al. The feasibility of universal influenza vaccination for infants and toddlers. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2004; 158(9):[867-74 pp.]
27. Beck A, Williams S et al. A randomized controlled trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The Cooperative Health Care Clinic. J Am Geriatr Soc. 1997;45:543-9.
28. Humair JP, Buchs CR, Stalder H. Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care. Fam Pract. 2002;19(4):383-9.
29. Nijns C, Nijs W, Bouwen R, Grouwels D. Effectiviteit van professionele samenwerking bij huisartsen. Huisarts Nu 2005;34(4):204-206.
30. Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsen. Wat is de mening van de beroepsgroep. Huisarts Nu 2003;32:9-15.
31. Lemiengre M. Zorg voor chronische patiënten: een complexe uitdaging. Huisarts Nu 2011;40(8):310-312.
32. Wat ruist er door het struikgewas? Opinieleiders aan het woord. Huisarts Nu 2004;33(9):554-562.
33. Cabus I. Griepvaccinatie in het district Hoboken. Rol van lokale overheden in het verhogen van de vaccinatiegraad. Huisars Nu. 2013;42:259-60.
34. Derde betalersregeling voor huisartsen. http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/beroep/Paginas/verplichte-derdebetalersregeling.aspx#.Vu6x2NLhCik.
35. Wetsvoorstel betreffende het systeem van de sociale derde betaler. Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers. 10 februari 2015. DOC 54 0884/001. Te raadplegen op: http://www.lachambre.be/flwb/pdf/54/0884/54K0884001.pdf.
36. http://www.vitalink.be/WZC-griepvaccinatie.aspx.
37. Te raadplegen via http://www.deblock.belgium.be/nl/verpleegkundigen-mogen-vaccinaties-toedienen.
38. Gaan apothekers binnenkort zelf vaccins toedienen? KAVA. 29/09/2015. Te raadplegen via: https://www.kava.be/news/gaan-apothekers-binnenkort-zelf-vaccins-toedienen.

11. Bijlagen

11.1. Bijlage 1 Overzicht weerhouden artikels literatuurstudie per zoekactie

1. Zoektocht praktijkrichtlijnen via CDLH
    - Domus Medica
        - Govaerts F, Van de Vyver N, Pilaet A. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van influenza. Domus Medica 2006.
        - Van deVyver N, Michiels B, Leysen P. Werkmodel: Beleid bij grieppandemie. Domus Medica 2009.
    - NHG
        - NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008.
        - Influenzavaccinatie: de organisatie en uitvoering van de influenzavaccinatie in de huisartsenpraktijk. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015.
    - National Clearinghouse Guidelines -> verwezen naar de CDC guidelines
        - Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) — United States, 2014–15 Influenza Season. MMWR / August 15, 2014 / Vol. 63 / No. 32
        - Guidelines for Large-Scale Influenza Vaccination Clinic Planning 2014-2015. Te raadplegen via http://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/vax_clinic.htm
    - NHS Evidence
        - NHS England. Seasonal influenza immunisation programme. Department of Health. April 2013.
    - Federaal Kenniscentrum
        - Vaccinatie tegen seizoensinfluenza: prioritaire doelgroepen - Deel I. KCE reports 162A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 2011.
        - Vaccinatie tegen seizoensinfluenza: prioritair de kinderen of andere doelgroepen? Deel II: kosten-effectiviteitsanalyse: Synthese. Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 2013
2. Cochrane Database of Systematic Reviews met zoektermen ‘vaccination’ en ‘influenza’
    - ➔ 23 resultaten, waarvan 2 relevant na lezen titel en abstract
        - Thomas RE, Lorenzetti DL. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. The Cochrane Collaboration. 2014.
        - Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates. The Cochrane Collaboration. 2005.
3. Cochrane Database of Systematic Reviews met zoektermen ‘vaccination’ en ‘general practitioner’
    - ➔ 30 resultaten, waarvan 4 relevant na lezen titel en abstract
        - Essen GA, Kuyvenhoven MM, Melker R. Implementing the Dutch College of General Practitioner's guidelines for influenza vaccination: an intervention study. Br J Gen Pract. 1997 Jan;47(414):25-9.
        - Kouides RW, Bennet NM et al. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. Am J Prev Med. 1998 Feb;14(2):89-95.
        - McAuliffe K, Peddecord KM et al. Influenza vaccination and its association with clinic use of evidence-based practices and individual patient characteristics, San Diego County, 2009. J Public Health Manag Pract. 2013 Mar-Apr;19(2):178-86
        - Ompad DC, Galea S. Distribution of influenza vaccine to high-risk groups. Epidemiol Rev. 2006;28:54-70. Epub 2006 May 17.

➔ 3 bijkomende artikels uit de referenties

- Beck A, Williams SJ et al. A randomized controlled trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The Cooperative Health Care Clinic. J Am Geriatr Soc. 1997 May;45(5):543-9.
- Lau D, Hu J et al. Interventions to Improve Influenza and Pneumococcal Vaccination Rates Among Community-Dwelling Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Fam Med. 2012 Nov-Dec;10(6):538-46
- Szilagyi PG, Bordley C et al. Effect of patient reminder/recall interventions on immunization rates: A review. JAMA. 2000 Oct 11;284(14):1820-7.

4. Cochrane Database of Systematic Reviews met zoekterm 'immunization clinic'.
   ➔ 6 resultaten waarvan 2 relevant, maar reeds gevonden
5. Medline Database (via Ovid) met limieten: guideline, meta-analyse, RCT, review, systematic review.
   5.1 'Influenza, Human/pc' en 'Vaccination' of 'Mass Vaccination' en 'Immunization Programs'
   ➔ 42 artikels waarvan 6 nieuw en relevant. 3 extra artikels werden verworpen (verouderd of Spaanstalig)
   - Carrillo-Santisteve P, Ciancio BC. The importance of influenza prevention for public health. Hum Vaccin Immunother. 2012 Jan;8(1):89-95.
   - Nichol KL. Improving influenza vaccination rates among adults. Cleve Clin J Med. 2006 Nov;73(11):1009-15.
   - European commission staff working document. State of play on implementation of the Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. 2014.

   5.2 'Influenza, Human/pc' en 'Vaccination/Mass Vaccination' of 'influenza vaccines' en 'Primary Health Care'
   ➔ 12 resultaten waarvan 4 nieuw en relevant na lezen van titel en abstract. 2 bijkomende artikels werden verworpen op basis van full-text: niet relevant voor onze onderzoeksvragen.
   - Ompad DC, Galea S. Distribution of influenza vaccine to high-risk groups. Epidemiol Rev. 2006;28:54-70. Epub 2006 May 17.
   - Kouides RW. Bennett NM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. Am J Prev Med. 1998 Feb;14(2):89-95.

   5.3 Vrije zoekterm 'Vaccination Clinic'
   ➔ 64 resultaten waarvan 9 nieuw en relevant na lezen van titel en abstract. Uiteindelijk werden daarvan toch nog vier artikels verworpen, twee na het lezen van full-text omdat ze niet relevant waren en twee omdat er geen full-text beschikbaar was. Via de referenties werd nog een interessant artikel over massa-vaccinaties weerhouden.
   - Billittier AJ, Lupiani P et al. Electronic patient registration and tracking at mass vaccination clinics: a clinical study. J Public Health Manag Pract. 2003 Sep-Oct;9(5):401-10.
   - Klaiman T, O'Connell K et al. Local health department public vaccination clinic success during 2009 pH1N1. J Public Health Manag Pract. 2013 Jul-Aug;19(4):E20-6.
   - Humair JP, Buchs CR et al. Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care. Fam Pract. 2002 Aug;19(4):383-9.
   - Washington ML, Mason J et al. Maxi-Vac: planning mass smallpox vaccination clinics. J Public Health Manag Pract. 2005 Nov-Dec;11(6):542-9.
   - Schwartz B, Wortley P. Mass vaccination for annual and pandemic influenza. Curr Top Microbiol Immunol. 2006;304:131-52.

6. ICHO database voor masterproeven met zoektermen influenza, griep, vaccinatie of samenwerking
   ➔ 4 relevante masterproeven.

- Cabus I. Griepvaccinatie in een groepspraktijk: tweede keer, goede keer? Praktijkproject ICHO, huisartsenopleiding, 2006-2007.
- Hendrikx T. Griepvaccinatie in een multiculturele praktijk: gebruik van SMS en cultuureigen boodschappen. Praktijkproject ICHO 2012-2013.
- De Decker K. Verhogen van de vaccinatiegraad door het verbeteren van de boostervaccinaties voor tetanus en difterie door middel van sensibilisatie van de patiënten en registratie door de huisartsen. Praktijkproject ICHO 2011-2012.
- Byloos E. A/H1N1 vaccinatiecampagne 2009 in de huisartsenpraktijk. Praktijkproject ICHO 2010-2011.

7. Databank Huisarts en Wetenschap met de afzonderlijke zoektermen vaccinatie; griep; samenwerking huisarts; netwerk en prik.
   - ➔ In totaal 7 resultaten, waarvan één artikel relevant na lezen van de full-text. Uit de referenties van dat artikel werd nog een extra artikel weerhouden.
     - Looijmans-van den Akker I, Opstelten W et al. Advies Gezondheidsraad over griepvaccinatie. Huisarts Wet 2008;51(4):169-73.
     - Hak E, Hermens RP et al. Effectiveness of a co-ordinated nation-wide programme to improve influenza immunisation rates in The Netherlands. Scandinavian journal of primary health care. 2000; 18(4):237-41.
8. Archief van Huisarts Nu met zoekterm 'Influenza'
   - ➔ 64 resultaten, waarvan 4 nog nieuw en relevant
     - Leysen P, Van Linden A, Van Duppen D. Preventie van influenza: is de implementatie van evidentie echt zo evident? Huisarts Nu 2006;35(10):579-583'
     - Remmen R, Seuntjens R, Vriens V, et a. Doeltreffendheid van inentingscampagnes tegen influenza. Vergelijking tussen twee Europese systemen in één praktijk. Huisarts Nu. April 2004;33(3):147-51.
     - Leysen P, Dietrich M, Van Linden A, Van Duppen D. Preventie van influenza: een strakke Nederlandse organisatie of pragmatische Vlaamse aanpak? Huisarts Nu. 2008;37 (9)(November):465-71.
     - Michiels B. Influenza in de huisartsenpraktijk: preventie, diagnose en behandeling. Huisarts Nu 2012;41(6):286-287
9. Archief van Huisarts Nu met zoekterm 'Griep'
   - ➔ 18 resultaten, waarvan nog 2 relevant en niet eerder gevonden
     - Cabus I. Griepvaccinatie in het district Hoboken. Rol van lokale overheden in het verhogen van de vaccinatiegraad. Huisars Nu. 2013;42:259-60.
     - Van Duppen D. Kiwimodel voor griepvaccin: gratis voor patiënt zonder meerkost voor RIZIV, meer vaccinatiegraad en minder vroegtijdige sterfte en ziekenhuisopnames. Abstracts ELS 2007.
10. Archief van Huisarts Nu met zoekterm 'Samenwerken'
    - ➔ 49 artikels waarvan 5 nieuw en relevant na lezen titel en abstract
      - Grouwels D, Goedhuys J. Van solo-arts naar team-arts. Samenwerking en management in duo- en groepspraktijken. Huisarts Nu februari 2001; 30 (1)
      - Nijns C, Nijs W, Bouwen R, Grouwels D. Effectiviteit van professionele samenwerking bij huisartsen. Huisarts Nu 2005;34(4):204-206
      - Wat ruist er door het struikgewas? Opinieleiders aan het woord. Huisarts Nu 2004;33(9):554-562
      - Lemiengre M. Zorg voor chronische patiënten: een complexe uitdaging. Huisarts Nu 2011;40(8):310-312
      - Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsen. Wat is de mening van de beroepsgroep. Huisarts Nu 2003;32:9-15.

11.2. Bijlage 2 Vragenlijst voor het diepte-interview met de huisartsen van Kontich

1. Beschrijving van de praktijk (solo, duo, groep, HAIO)
2. Welk EMD?
3. Huidige organisatie van griepvaccinatie:
    a. Selectie/aanschrijven/... van de doelgroep
        i. Welke risicogroepen? Kunnen jullie uit het EMD gegevens extraheren om een idee te hebben over het aantal patiënten per risicogroep?
        ii. Opportunistisch? Actieve oproepingsmethode? Systematische aanpak? Gefaseerde aanpak?
    b. Uitgeven van voorschriften griepvaccin
    c. Geven van griepvaccin
        i. Tijdens individuele consultaties /huisbezoeken (afspraak/vrije raadpleging)
        ii. Tijdens een georganiseerd prikmoment
    d. Registreren van vaccinatie (bv. in EMD gecodeerd/niet-gecodeerd – Vaccinet)
    e. Betaling
    f. Idee over huidige vaccinatiegraad vanuit het EMD (aantal gevaccineerden/al diegene die in aanmerking komen)?
    g. Hoe organiseerde u de A/H1N1 griepvaccinatie in 2009?
4. Tevreden over huidige systeem?
5. Wat zijn de nadelen? Wat zou u anders willen?
6. Wat zouden voor u voordelen zijn aan het collectief organiseren van de griepvaccinatie?
7. Wat zouden voor u nadelen zijn aan het collectief organiseren van de griepvaccinatie?
8. Zou u geïnteresseerd zijn in het collectief organiseren van de griepvaccinatie in de gemeente Kontich?
9. Wat zijn voor u redenen om het wel te doen?
10. Wat ziet u als mogelijke hindernissen?
11. Wat zijn voor u redenen om het niet te doen?
12. Wat zijn uw ideeën rond de praktische aspecten van een collectieve prikactie:
    a. Plaats van vaccinatie
    b. Tijdstippen
    c. Bemanning (dokter(s), verpleegkundige?, assistent?)
    d. Vrije raadpleging of via inschrijvingen (bv. online)
    e. Methoden om de patiënten te informeren
    f. Hoeveel patiënten per uur
    g. Betaling (gewone consultatie – 3^{e} betaler met/zonder remgeld)
    h. Registreren van vaccinatie
    i. Benodigde infrastructuur (bv. computer, adrenaline,...)
13. Is het mogelijk en bent u bereid om voor deze masterproef gegevens te genereren uit uw EMD?

11.3. Bijlage 3 Schriftelijke vragenlijst voor de huisartsen van Kontich

Bent u tevreden over uw huidige systeem van griepvaccinatie?

- Ja, er hoeft niets te veranderen
- Ja, maar er is verbetering mogelijk
- Nee

Zou u geïnteresseerd zijn in het collectief organiseren van de griepvaccinatie in de gemeente Kontich?

- Ja
- Misschien
- Nee
- Ik weet het nog niet

Voordelen van een gegroepeerde griepvaccinatie in Kontich.
(Score 1: Factor is niet van belang – Score 3: Geen mening - Score 5: Belangrijke factor)

Samenwerken met collega's	1 2 3 4 5
Mogelijks inkomstenvoordeel	1 2 3 4 5
Minder belasting van werk	1 2 3 4 5
Meer tijd over voor andere patiënten, andere pathologie	1 2 3 4 5
Mogelijks verhoogde vaccinatiegraad	1 2 3 4 5
Ontstaan van een dynamiek in Kontich rond griepvaccinatie/preventie	1 2 3 4 5
Het schept mogelijkheden voor andere samenwerkings-initiatieven in de toekomst	1 2 3 4 5

Ander voordelen: _

Nadelen van een gegroepeerde griepvaccinatie in Kontich.
(Score 1: Factor is niet van belang – Score 3: Geen mening - Score 5: Belangrijke factor)

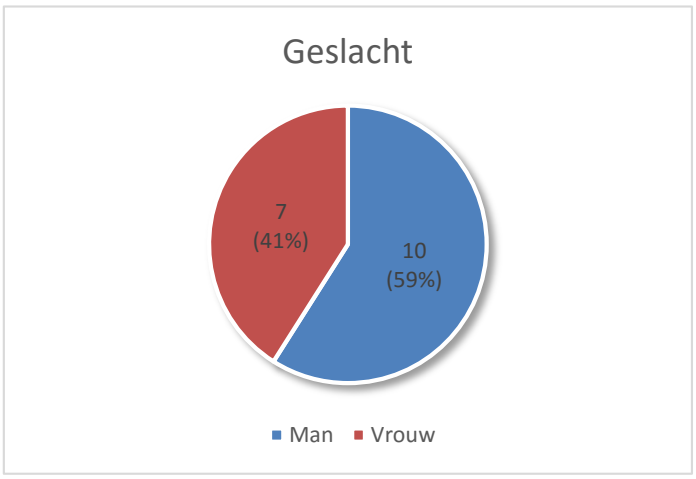
Negatieve reacties van patiënten	1 2 3 4 5
Patiënten die vaccin enkel bij eigen huisarts willen	1 2 3 4 5
Onduidelijkheid voor patiënten	1 2 3 4 5
Mogelijks inkomstenverlies	1 2 3 4 5
Extra kosten voor administratieve ondersteuning	1 2 3 4 5
Organisatorische moeilijkheden (bv. locatie, materiaal)	1 2 3 4 5
Administratieve moeilijkheden (bv. getuigschriften, registraties)	1 2 3 4 5
Schrik voor extra werk voor uzelf	1 2 3 4 5

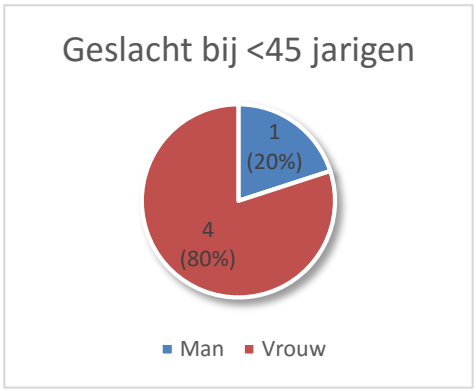
Ander nadelen: _

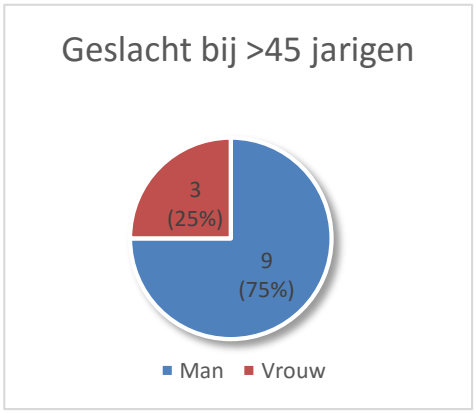
Bedankt!

11.4. Bijlage 4 Filteranalyses demografie huisartsen Kontich voor geslacht, leeftijd en praktijkvorm

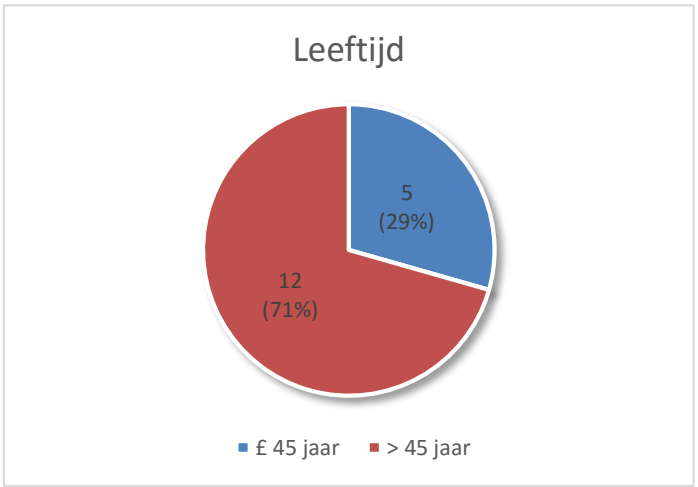
11.4.1. Geslacht

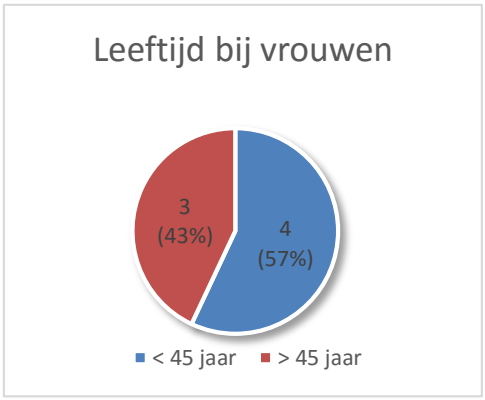


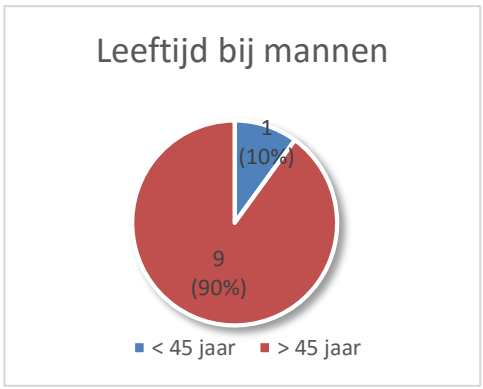




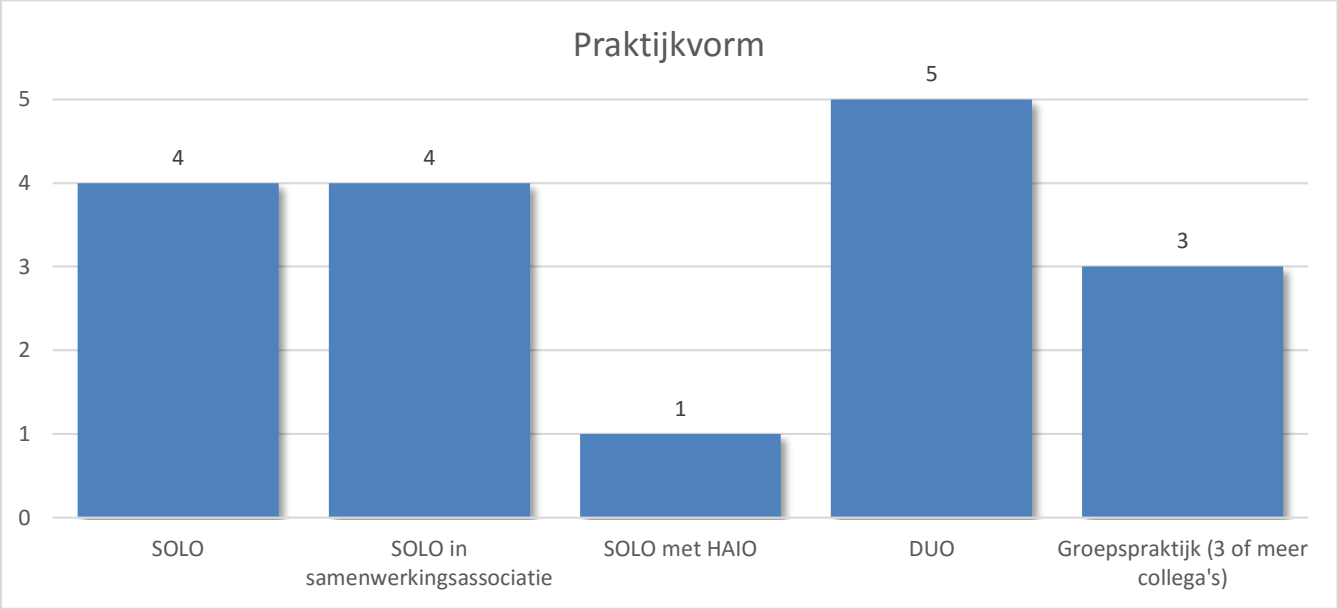
11.4.2. Leeftijd



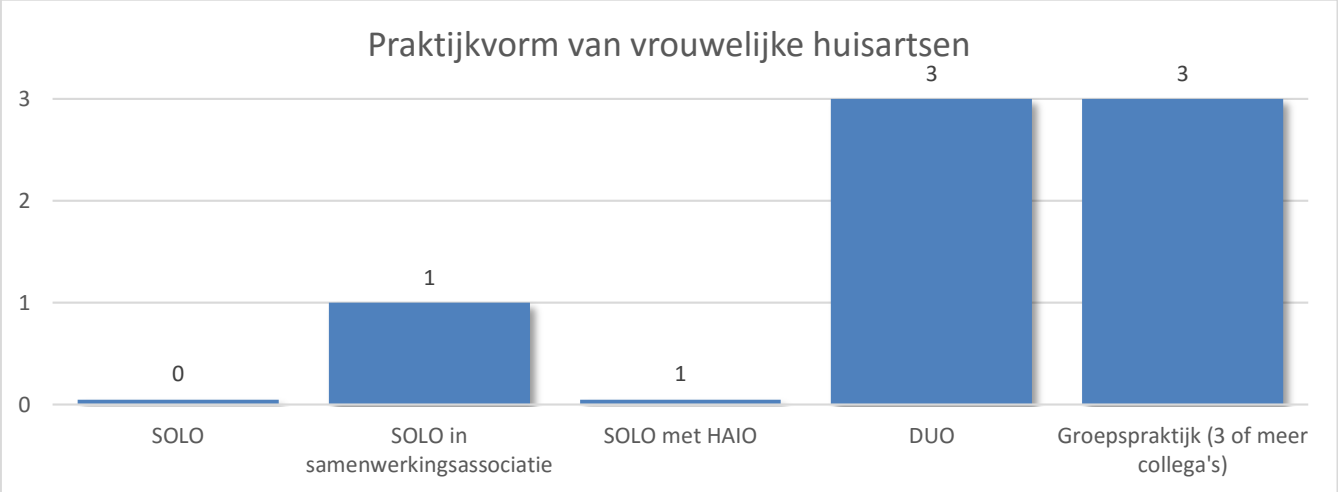


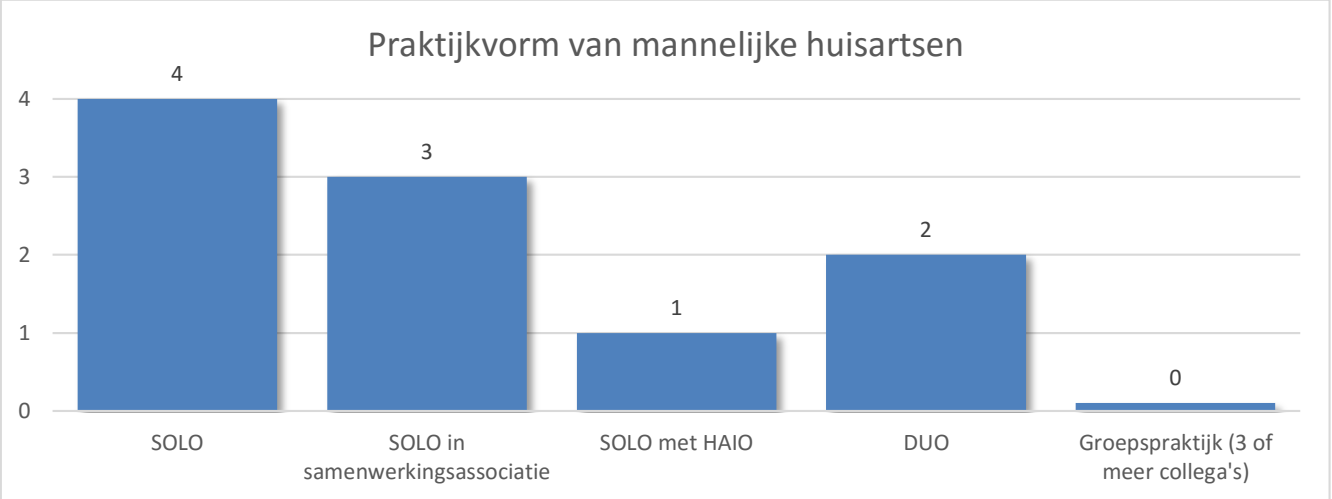


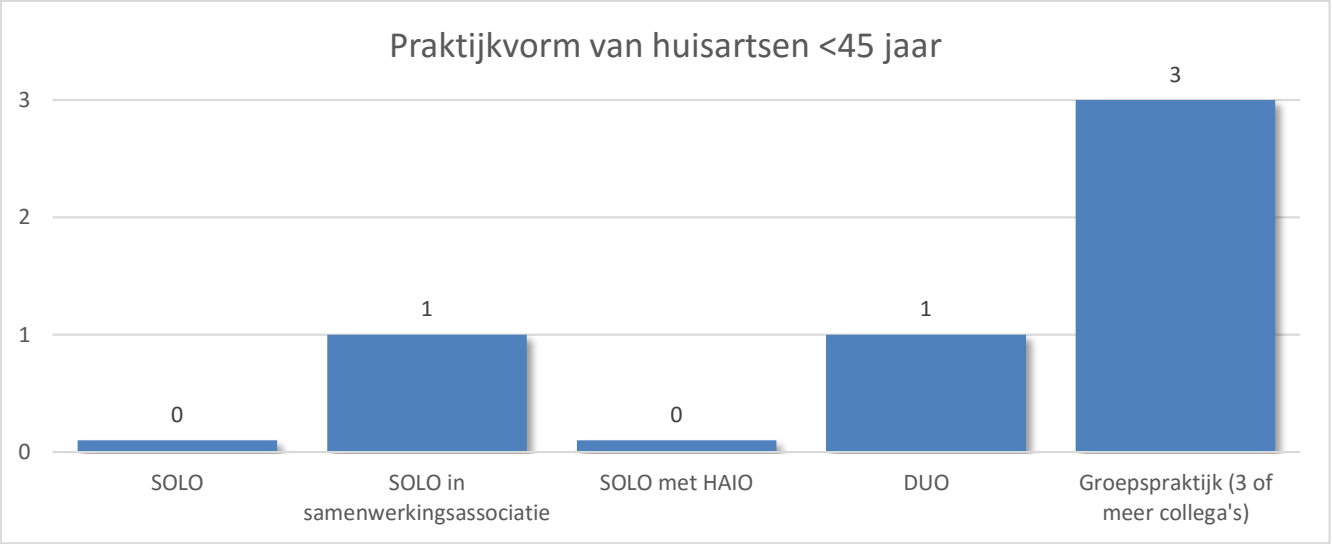
11.4.3. Praktijkvorm

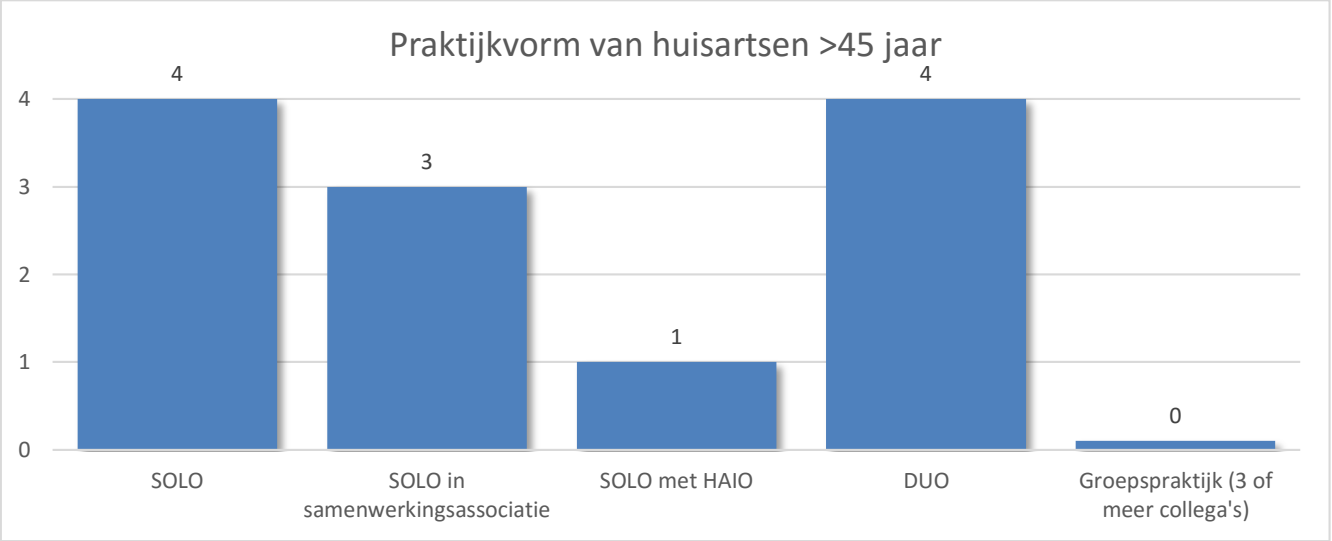


Nota: Een solopraktijk in een samenwerkingsverband is een praktijk waarbij de solo-artsen uit een deelgemeente van Kontich nauwer samenwerken. Zo delen ze een gemeenschappelijk EMD.

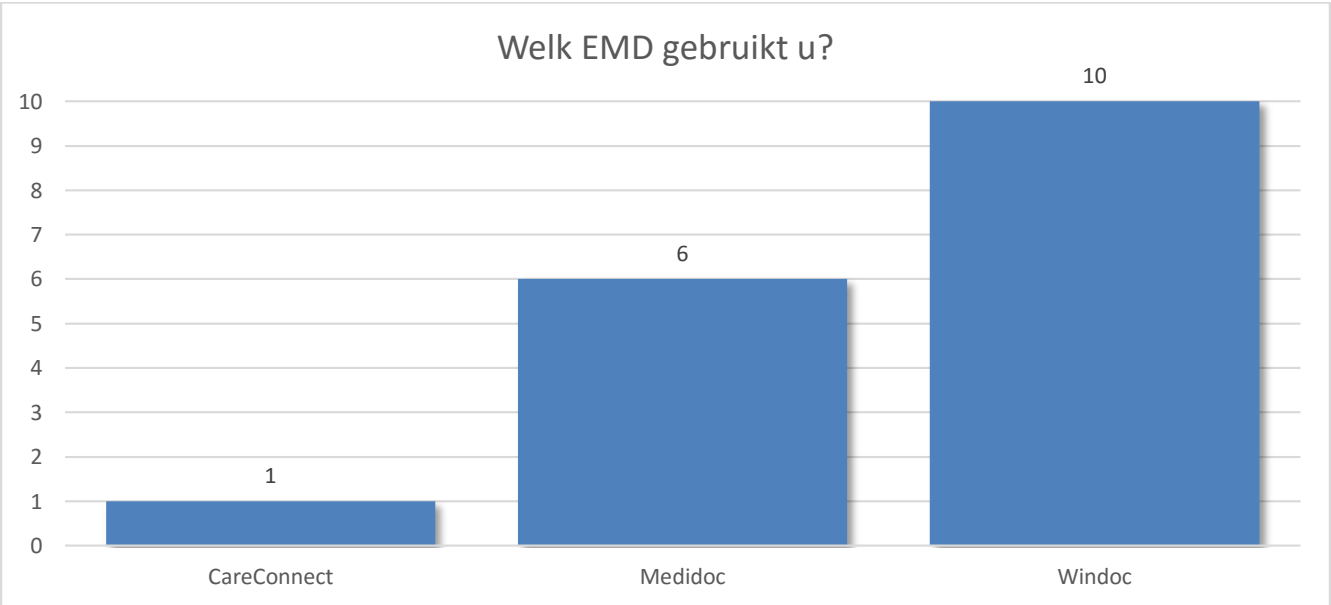








11.4.4. Gebruik van EMD (Elektronisch Medisch Dossier)



11.5. Bijlage 5 Goedkeuring Ethische Commissie

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. B. MICHIELS
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Samen een prik voor de griep: Wat zijn de huidige hindernissen en drijfveren van individuele huisartsen voor het gemeenschappelijk organiseren van de influenzavaccinatie in de gemeente? (manama huisartsgeneeskunde Marianne Busschots)

13/04/2015 15/13/127

Annelies Van Looy / Kim Vermimmen
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 13/04/2015.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker dr. M. Busschots
- Protocol versie maart 2015
- Vragenlijst versie maart 2015

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. M. BUSSCHOTS, NVT, Fabriekstraat 17/3 - 2547 Lint
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

11.6. Bijlage 6 Protocol Masterproef

Titel

Samen een prik voor de griep: Wat zijn de huidige hindernissen en drijfveren van individuele huisartsen voor het gemeenschappelijk organiseren van de influenzavaccinatie in de gemeente?

Protocol

Doelstelling en verantwoording

Preventie en chronische zorg nemen alsmaar meer plaats in in het takenpakket van de Vlaamse huisarts. Zo blijft de jaarlijkse griepvaccinatie van de risicogroepen een logistieke en organisatorische uitdaging. In het verleden zijn verscheidene interventies onderzocht om de vaccinatiegraad te verhogen. Veel daarvan zijn succesvol bevonden, maar ze gaan allemaal gepaard met een toenemende werkbelasting voor de huisarts. Groepspraktijken zijn globaal beter ondersteund om deze toenemende werkdruk het hoofd te bieden, maar de huisarts die in een solo- of duopraktijk werkt, blijft vaak in de kou staan.

In de gemeente Kontich vaccineert elke huisarts momenteel zijn eigen patiënten. Het doel van mijn onderzoek is om na te gaan of het haalbaar is om de griepvaccinatie in Kontich op een andere, collectieve, manier te organiseren. Op die manier trachten we de werkdruk voor de individuele huisarts te verminderen, zodat er hopelijk in de toekomst meer ruimte vrij is voor andere interventies die ook de vaccinatiegraad doen verhogen.

Onderzoeksvragen

- Wat zijn de hindernissen voor het organiseren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie in Kontich?
- Wat zijn de drijfveren voor het organiseren van een gemeenschappelijke griepvaccinatie?
- Hoe kan een gemeenschappelijke griepvaccinatie in Kontich georganiseerd worden?

Onderzoeksopzet

Deze masterproef is een praktijkverbeterend project.

Bij het begin van het onderzoek zal elke huisarts in Kontich individueel bezocht worden. Aan de hand van een vragenlijst zal de huidige organisatie van de griepvaccinatie in kaart gebracht worden: hoe doen ze het nu, wat zijn problemen, en zien ze een voordeel in het eventueel collectief organiseren van de vaccinatie? Indien de reacties van de huisarts positief zijn, zal dieper ingegaan worden op de praktische aspecten van een collectieve vaccinatie en hun visie daarop.

Aan de hand van de resultaten uit het eerste deel van de studie, zal in een tweede stap een veldonderzoek worden uitgevoerd (bijvoorbeeld bij de gemeente) en een praktisch draaiboek uitgewerkt worden over het organiseren van de gemeenschappelijke griepvaccinatie in de gemeente Kontich.

Indien het organisatorisch mogelijk blijkt en het draagvlak bij de Kontichse huisartsen voldoende groot is, wordt in een derde fase de griepvaccinatie in het vaccinatieseizoen 2015-2016 geoperationaliseerd. Na afloop zal dan bij de betrokken huisartsen een nieuwe evaluatie gebeuren. Wat was hun ervaring? Goede en minder goede aspecten? Invloed op hun werkbelasting? Leerpunten voor de toekomst?

Aantal deelnemers + methode rekrutering

Er zullen in totaal 18 huisartsen in 12 verschillende praktijken bezocht worden. 13 huisartsen in Kontich, 4 huisartsen in Kontich-Kazerne en 1 huisarts in Waarloos. Kontich-Kazerne en Waarloos zijn de deelgemeenten van de gemeente Kontich.

Een steekproefgrootte is in het kader van deze studie niet relevant vermits de studie betrekking heeft tot alle huisartsenpraktijken van Kontich en hun patiënten.

De artsen worden telefonisch gecontacteerd, het onderzoek wordt uitgelegd en na mondelinge toestemming zal er een afspraak gemaakt worden voor het interview.

Duur van de studie

De studie loopt van 1 juni 2015 tot 1 februari 2016.

Interventies en metingen

Het opzet van dit onderzoek is niet om de vaccinatiegraad te verhogen, maar het anders organiseren van de griepvaccinatie mag ook niet gepaard gaan met een daling van de vaccinatiegraad.

Om dit te monitoren zal de vaccinatiegraad aan de hand van een indicator gemeten worden, zowel voor als na de implementatie van het onderzoek.
Vermits meerdere praktijken betrokken zijn, elke huisarts een ander EMD gebruikt en niet elke huisarts gecodeerd registreert, bemoeilijkt dit het monitoren van de vaccinatiegraad.

2 mogelijke indicatoren zijn:

- De vaccinatiegraad bij de 65-plussers van de gemeente Kontich.
    - Het beoogde aantal gevaccineerden kan bekomen worden bij de dienst bevolking van de gemeente Kontich.
    - Het effectief aantal gevaccineerden, kan geschat worden aan de hand van het aantal uitgereikte vaccins aan 65-plussers door de verschillende apothekers in de gemeente Kontich.
- De vaccinatiegraad bij de patiënten met diabetes mellitus in de opleidingspraktijk van de onderzoeker.

Ethische overwegingen

De gegevens bekomen uit de persoonlijke interviews met de huisartsen worden strikt vertrouwelijk behandeld. Zij zullen niet bij naam of op een andere herkenbare wijze geïdentificeerd worden in de resultaten of publicaties in verband met deze studie.

Verzekering

Dit onderzoek valt onder de verzekering van de betrokken promotor, verbonden aan de Universiteit Antwerpen.