Effect van elektronische communicatie met de patiënt op participatie, satisfactie en praktijkorganisatie: een praktijk-verbeterend project

Dr. Myrthe De Groote, Universiteit Antwerpen

Promotor: Dr. Veronique Verhoeven PhD, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Praktijkopleider, dr. Egbert van Wijk, Huisartsenpraktijk de Pretlei

Master of Family Medicine

Thesis Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2025]

Deze thesis is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoud

Dankwoord 5

Abstract 6

1. Introductie 7

2. Literatuuronderzoek 9

2.1. Preventieve gezondheidszorg 9

2.2. Vaccinaties 9

2.3. Uitnodigingen in de huisartsenpraktijk 10

2.4. Wat is het effect van gepersonaliseerde communicatie op participatie in de huisartsenpraktijk? 11

3. Doelstelling 13

4. Methodologie 14

4.1. Type onderzoek 14

4.2. Onderzoeksopzet 14

4.3. Onderzoekspopulatie 15

5. Resultaten 18

5.1.1. Influenza 18

5.1.2. Covid-19 20

6. Discussie 31

6.1. Participatie 31

6.2. Tevredenheid vaccinatie uitnodiging 32

6.3. Tevredenheid over informatiedocumenten 34

6.4. Sterktes en zwaktes 36

7. Tips voor verbetering 38

8. Conclusie 40

Bijlages 41

1. Zoekstrategie 41

2. Uitnodigingen 43

Goedkeuring ethisch comité 47

Bibliografie 51

Dankwoord

Graag wil ik aan het begin van deze thesis enkele personen bedanken die een belangrijke rol hebben gespeeld in de totstandkoming van deze thesis.

In de eerste plaats gaat mijn welgemeende dank uit naar prof. dr. Veronique Verhoeven, mijn promotor, voor haar begeleiding, waardevolle feedback en ondersteuning bij de keuzes die ik tijdens het proces moest maken. Haar deskundige raad en voortdurende motivatie hebben deze thesis mogelijk gemaakt.

Daarnaast wil ik dr. Egbert Van Wijk, mijn co-promotor en praktijkopleider, hartelijk bedanken. Niet alleen heeft hij mij intensief begeleid tijdens mijn opleiding als HAIO, maar hij bood ook belangrijke bijstand bij het aanpassen en versturen van de uitnodigingen die essentieel waren voor dit project.
Mijn dank gaat eveneens uit naar de medewerkers van CareConnect voor hun bereidwillige hulp bij het opstellen van de statistieken en hun begeleiding bij het gebruik van de mogelijkheden binnen hun programma.

Een bijzondere dank gaat ook uit naar de patiënten van de huisartsenpraktijk waar dit onderzoek werd uitgevoerd, voor hun bereidheid en betrokkenheid bij het invullen van de vragenlijsten. Hun deelname was cruciaal voor het succes van deze thesis.

Tot slot wil ik mijn partner en familie bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun en begrip. Hun aanmoediging en praktische ondersteuning in de privésfeer hebben het mogelijk gemaakt om de nodige tijd en ruimte te vinden om aan deze thesis te werken.

Abstract

Effect van elektronische communicatie met de patiënt op participatie, satisfactie en praktijkorganisatie: een praktijkverbeterend project

dr. Myrthe De Groote, Universiteit Antwerpen

Promotor: dr. Veronique Verhoeven PhD., Universiteit Antwerpen

Achtergrond en doel: De Belgische gezondheidszorg wordt geconfronteerd met een groeiend huisartsentekort, wat de beschikbare tijd voor preventie en patiënteneducatie tijdens consultaties onder druk zet. Nieuwe methoden, zoals elektronische communicatie via het patiëntenplatform Helena, creëren een gelegenheid om deze uitdagingen aan te pakken zonder de werkdruk verder te laten stijgen. Voorgaand onderzoek toonde aan dat elektronische herinneringen de deelname aan preventieve maatregelen kunnen verhogen. Via een gepersonaliseerde uitnodiging werden patiënten benaderd voor vaccinaties en werd hun tevredenheid geëvalueerd. Daarnaast werd de tevredenheid over het versturen van informatiedocumenten onderzocht. Deze thesis wil zo een efficiëntere organisatie van preventieve zorg binnen de huisartsenpraktijk bevorderen.

Methode: Deze studie is een praktijkverbeterend project uitgevoerd in een huisartsenpraktijk te Brasschaat. Gepersonaliseerde elektronische uitnodigingen vopraor griep- en COVID-19-vaccinatie werden vervaardigd en elektronisch verzonden in het najaar 2023 via het Helena platform van CareConnect. Gedurende het winterseizoen van 2023-2024 werden de vaccinatiegraad en de demografische variabelen leeftijd en geslacht systematisch opgevolgd en geanalyseerd met gebruik van een chikwadraattoets. Tevredenheidsenquêtes over de uitnodiging en informatiedocumenten werden anoniem verspreid via Google Forms en geanonimiseerd verwerkt.

Resultaten: het praktijkverbeterend project nodigde 991 patiënten voor een vaccinatie tegen influenza en COVID-19 uit. De vaccinatiegraad voor influenza bedroeg 37% (368 patiënten), met een hogere participatiegraad van 54% in de groep van 65 jaar en ouder. Vrouwen boven 65 jaar lieten zich significant vaker vaccineren (67%) dan mannen (45%). De vaccinatiegraad voor COVID-19 betrof 43% in de totale populatie. Ook hier lag de vaccinatiegraad hoger bij 65-plussers (62%, 250 patiënten), met een significant verschil tussen vrouwen (80%) en mannen (49%) in deze leeftijdsgroep. Zowel voor influenza als COVID-19 werd een significant verband gevonden tussen leeftijdscategorie en vaccinatiestatus. De tevredenheidsenquête over de uitnodiging bereikte een responsgraad van 14%, waarbij 96,4% van de respondenten de uitnodiging had gelezen. De algemene score was goed, met een gemiddelde van 7,88/10 en mediaan was 8/10. Een tweede vragenlijst over informatiedocumenten haalde een responsgraad van 13,6-14,2% en toonde eveneens een positieve waardering, met een gemiddelde score van 7,78/10 en mediaan van 8/10.

Conclusie: Uit deze thesis blijkt dat uitnodigingen voor griep- en COVID-19 vaccinatie een hogere vaccinatiegraad vermoedelijk bevorderen, hoewel dit effect niet statistisch significant werd vastgesteld. Ondanks inspanningen blijft het behalen van de door de WHO aanbevolen vaccinatiegraad van 75% een belangrijke uitdaging. De tevredenheid over de uitnodigingen was hoog; patiënten vonden deze zinvol, begrijpelijk en niet te uitgebreid. Er is ruimte voor verbetering, namelijk in het vergemakkelijken van weigeren van elektronische communicatie en het verfijnen van doelgroepselectie. De algemene bekendheid met wetenschappelijke informatiebronnen is gering, hoewel de waardering eerder positief is. Toekomstige initiatieven zouden meer aandacht moeten spenderen aan inclusie van anderstaligen, patiënten met beperkte digitale vaardigheden en de verdere ontwikkeling van medische software voor een effectieve communicatie en opvolging.

1. Introductie

Een regionaal tekort aan huisartsen is een huidige uitdaging in de Belgische gezondheidszorg. Omwille van de drukte is er vaak maar een beperkte tijd tijdens consultaties om patiënten te informeren over preventieve mogelijkheden en screening. Ook het informeren van patiënten over hun aandoeningen en verwijzen nemen tijd in. België streeft naar minstens 9 huisartsen per 10 000 inwoners. Door veroudering van huisartsen en algemene vergrijzing van de bevolking worden de regionale tekorten groter. (1) De Covid-19 pandemie heeft meer druk dan ooit op de gezondheidszorg en hulpverleners gelegd. Om de gezondheidszorg voor toekomstige en huidige artsen werkbaar te houden zal er een significante evolutie nodig zijn.

Zoals aangegeven is preventie, screening en informeren een onderdeel van het takenpakket van de huisarts. Patiënten motiveren voor preventie tijdens een consultatie kent uitdagingen. Een deel van de screening wordt overgenomen door het bevolkingsonderzoek dat wordt voorzien door het centrum voor kankeropsporing (CvKO). Het bevolkingsonderzoek organiseert de screening door personen uit te nodigen voor onderzoek om baarmoederhalskanker, dikke darmkanker, borstkanker en aangeboren afwijkingen op te sporen. Het jaarrapport van het bevolkingsonderzoek van 2022 benadrukt de mogelijke ondersteunende rol van de huisarts, dit vooral bij ondergescreende patiënten. Eind 2019 werd er via de NOOIT-studie onderzocht of een melding aan de GMD houdende huisarts een significante winst in deelname zou kunnen opleveren. Dit was niet het geval. Een volgend onderzoek zal uitwijzen of een huisartsgebaseerde interventie voor baarmoederhalskankerscreening, met behulp van een motiverend gesprek, de ondergescreende populatie vrouwen zal verminderen. Ook heeft de huisarts een invloed op het al dan niet uitvoeren van vervolgonderzoek, zoals een coloscopie. (2)

Huidig minister van sociale zaken en volksgezondheid Frank Vandenbroucke stuurde in juni 2022 een persbericht de wereld in over een New Deal voor de huisarts(praktijk). Daarin werden vijf pijlers geïntroduceerd die de huisarts zouden moeten ondersteunen in de toekomst. Naast het zorgen voor voldoende huisartsen per regio zal er ook ingezet worden op verminderen van de administratieve overlast, meer toegankelijkheid voor patiënten, een efficiënt organisatiemodel en een evenwichtig financieringsmodel.(3) Op deze manier zouden minder huisartsen de zorg kunnen dragen voor meer patiënten.

De ‘New deal’ van minister Frank Vandenbroucke vraagt een efficiëntere organisatie van de huisartsgeneeskunde zoals deze nu bestaat. Huidige technologie zou de huisartsenpraktijk kunnen ondersteunen in de patiëntenzorg. Het elektronisch patiëntendossier geeft ons een volledig beeld van de gezondheid van de patiënten in de huisartsenpraktijk. Tijdens Covid-19 ontstonden tele-consultaties als technologische innovatie om patiëntenzorg vanop afstand mogelijk te maken. Doch is de mogelijkheid van technologie groter dan momenteel gebruikt wordt. Het elektronisch patiëntendossier laat bijvoorbeeld toe te onderzoeken wie in aanmerking komt voor preventieve maatregelen zoals vaccinaties en kankerscreening.

Om overige pijlers van de ‘new deal’ te ondersteunen zou het gebruik van elektronische communicatie met de patiënten de preventie, screening en het informeren in een huisartsenpraktijk kunnen verbeteren? Zou dit mogelijk zijn zonder de al hoge werkdruk niet nog meer te verhogen?

Reeds in 2019 werd er een Thesis door dr. V. Verhulst en dr. G. Faelens, onder begeleiding van professor, dokter B. Michiels, gepubliceerd over het gebruik van elektronische uitnodigingen in de huisartsenpraktijk voor darmkankerscreening en tetanusvaccinatie. Een verhoging van 3% werd gevonden in de participatiegraad van tetanusvaccinatie. Dikke darmscreening gaf geen verhoging in participatie. Echter onderzocht de Thesis ook de patiënten tevredenheid, wat een algemene score opleverde van 8,2/10 voor deze manier van werken. Een groot nadeel van dit project was de uitvoering midden in de Covid-19 pandemie, wat ongetwijfeld een invloed gehad kan hebben! (4)

Onder begeleiding van promotor professor, dokter Veronique Verhoeven en co-promotor dokter Egbert van Wijk wil ik de mogelijkheden van elektronische communicatie op participatie, satisfactie en praktijkvoering verder exploreren in de huisartsenpraktijk.

De uitgangsvraag voor het literatuuronderzoek van deze Thesis is volgende: **'wat is de invloed van elektronische communicatie op de participatiegraad van preventie in de huisartsenpraktijk?**'

2. Literatuuronderzoek

2.1. Preventieve gezondheidszorg

Voor deze Thesis zal er vooral aandacht gelegd worden op de preventieve gezondheidszorg in België. Preventieve gezondheidszorg streeft naar gezondheidswinst op het niveau van de bevolking. Het doel is vooral levenskwaliteit te verhogen en behouden en dit op basis van wetenschappelijk onderbouwde interventies. Het beleid is gericht op alle burgers maar kunnen verschillen per doelgroep. Deze preventieve interventies worden op veel domeinen in de samenleving ingezet, in deze masterproef zal de focus liggen op de interventies in de eerste lijn. (5) De preventieve gezondheidszorg bestaat uit screening, vaccinaties en gezondheidsbevordering.

2.2. Vaccinaties

De organisatie van vaccinaties worden verdeeld over verschillende instanties in België. De hoge gezondheidsraad in België is het orgaan die epidemiologische en wetenschappelijke gegevens samen brengt en creëert voorstellen voor het vaccinatieprogramma. De meeste vaccins worden gratis ter beschikking gesteld voor de verschillende vaccinatoren. De vaccinatoren bestaan grotendeels uit Kind & Gezin, Centrum voor Leerlingenbegeleiding, kinderartsen en huisartsen. Ouders van jonge kinderen laten hun kinderen het meeste vaccineren door Kind & Gezin (90.0%) gevolgd door kinderartsen (7,2%) en huisartsen (2,2%). Voor adolescenten was het Centrum voor Leerlingenbegeleiding de hoofdzakelijke vaccinator. De huisarts (13,2%) en kinderarts (7,5%) waren hier in mindere mate verantwoordelijk voor. (6)

2.2.1. Influenza vaccinatie

Griep wordt veroorzaakt door het influenza virus. Het virus muteert jaarlijks naar nieuwe virusstammen. De virustypes worden opgedeeld in A-virussen, B-virussen en C-virussen. A-virussen zijn humane en dierlijke virussen die kunnen zorgen voor een pandemie. Daarnaast komen B-virussen enkel voor bij mensen en veroorzaken de meer zeldzame C-virussen milde symptomen. (7, 8)

Elk jaar zijn er verschillende types van het virus die circuleren. Een seizoensgebonden griepepidemie duurt gemiddeld 6 tot 12 weken. De griepvirussen veranderen continu en worden opgevolgd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), centers for disease control (CDC), Sciensano etc. Het influenza virus verspreidt zich via de luchtwegen en kan lang overleven op de handen. Mensen zijn besmettelijk 1 dag voor, tot 5 à 6 dagen na het starten van de symptomen. Het influenza virus geeft bovenste luchtwegklachten zoals droge hoest, koorts, koude rillingen, algehele malaise, eetlustverlies, spierpijn en nausea. De griep kan complicaties veroorzaken zoals pneumonie, acute respiratory distress syndrome en kan zorgen voor achteruitgang van reeds bestaande chronische ziekten. (8)
Jaarlijks wordt er een griepvaccin gecreëerd die stammen van het A-virus en B-virus bevatten. De Wereldgezondheidsorganisatie bepaalt elk jaar hoe de griepvaccins worden samengesteld zodat bepaalde populatiegroepen beschermd worden tegen mogelijke complicaties. Risicogroepen bestaan uit de groep van 65 plussers, zwangere vrouwen en mensen met chronische ziekten van renale, pneumologische, cardiologische, hepatologische, metabole en neurologische oorsprong. Daarnaast wordt ook geadviseerd mensen werkzaam in de zorgsector en mensen, die onder hetzelfde dak wonen met bovenstaande risicogroepen, zich te laten vaccineren. (8, 9)

In het griepseizoen van 2023 en 2024 werden volgende griepvaccins beschikbaar gemaakt Tetra® , Vaxigrip Tetra® en Influvac Tetra®. Deze vaccins worden eenmalig toegediend en mogen toegediend worden vanaf de leeftijd van 6 maanden. Daarnaast is er ook het hoog gedoseerd quadrivalent vaccin Eflueda®. Dit vaccin wordt enkel terugbetaald bij bewoners die verblijven in een woonzorgcentrum of een andere vorm van instelling en die 65 jaar zijn of ouder. Dit vaccin zou mogelijks minder complicaties geven bij mensen verblijvend in een instelling. Griepvaccins bieden bescherming binnen een

termijn van 10 tot 15 dagen na toediening. De Hoge gezondheidsraad beveelt aan om te starten met vaccinaties vanaf midden oktober. (9)

2.2.2. Covid-19 vaccinatie

Covid-19 is een besmettelijke ziekte die wordt veroorzaakt door SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome – Coronavirus – 2). Het virus wordt ingedeeld onder de coronavirussen wat betekent dat ze als genetisch materiaal een positief enkelstrengig RNA hebben. Het virus kan van dier op mens overgedragen worden en is dus een zoönose. De meest voorkomende besmetting is tussen mensen onderling. De incubatieperiode is meestal binnen veertien dagen van besmetting, de meeste patiënten ontwikkelen symptomen vier à vijf dagen na de besmetting. Het virus kent zijn oorsprong in Wuhan, China en werd voor het eerst waargenomen op 31 december 2019. SARS-CoV-2 muteerde ook sinds het ontstaan in China naar een Delta en omikron variant. Het virus wordt overgedragen via aerosol en direct contact. Zieke personen worden besmettelijk rond 48 uur voor en tot 10 dagen na de start van de symptomen. Zoals het influenza virus veroorzaakt het SARS-CoV-2 bovenste luchtwegklachten zoals hoest, dyspneu, koorts, myalgie, vermoeidheid, anosmie, ageusie, rhinitisklachten, keelpijn en diarree. Daarnaast hebben sommige besmette personen geen symptomen. Complicaties van het virus zijn ernstige dyspneu, pneumonie en acute respiratory distress syndrome (ARDS). Populatiegroepen die meer risico hebben op complicaties zijn mensen met een hogere leeftijd, mensen die in een instelling verblijven, mensen met onderliggende medische aandoeningen, mensen met obesitas (BMI ≥ 40 kg/m2), zwangere vrouwen en mensen met immunosuppressie als gevolg van ziekte of behandeling. (10, 11)

Om de diagnose te verifiëren zijn er verschillende soorten testen die gebruikt kunnen worden. De meest bekende is de PCR test die het virale RNA amplificeert tot detecteerbare waarden. De test heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit. Daarnaast is er de covid-19 antigeen sneltest. Deze test de aanwezigheid van antigenen van het virus. De uitslag is sneller bekend dan bij een PCR test. Echter is er een nadeel aan de test. De antigen test heeft een lagere sensitiviteit dan de PCR test. De test detecteert het virus enkel als er een voldoende hoeveelheid antigen aanwezig is. Vervolgens is er ook een test die antilichamen opspoort, de serologische test. Deze test wordt op het bloedserum uitgevoerd. Deze test geeft aan dat de ziekte is doorgemaakt. Ook zal deze positief worden na vaccinatie. Het duurt ongeveer één à twee weken om antilichamen te ontwikkelen na een infectie of vaccinatie. Het resultaat zegt niets over de bescherming. (12)

De Hoge gezondheidsraad adviseerde in het griepseizoen ook te vaccineren voor Covid-19 bij risicogroepen zoals eerder vermeld bij influenza. Patiënten kunnen de vaccinatie voor influenza en covid-19 tegelijk laten toedienen. De covid-19 vaccinatie is aangepast aan de 'omikron' variant en gebeurde met het vaccin van Pfizer, Comirnaty XBB 1.50 adult. (10)

2.3. Uitnodigingen in de huisartsenpraktijk

Preventie is een onderdeel van gezondheid van de patient waar de huisarts dagelijks mee in contact komt. Het is een uitdaging om deze taak tijdens de consultaties op te nemen. Huisartsenpraktijk De Pretlei probeert tegemoet te komen door het gebruik van gepersonaliseerde uitnodigingen voor deze taak. Er wordt sinds enkele jaren gebruik gemaakt van gepersonaliseerde uitnodigingen om patiënten te informeren over bepaalde preventiemogelijkheden, onderzoeken en vaccinaties die voor hen van toepassing zijn. De uitnodigingen worden verstuurd door de GMD houdende arts. Er wordt gebruik gemaakt van een uitgebreid dossier waarin de planning een belangrijk onderdeel vormt. Aan de hand van de planning kunnen er query's gemaakt worden die bepaalde patiëntengroepen kunnen selecteren.

In de dagelijkse praktijkvoering worden er ook informatiedocumenten verstuurd in de huisartsenpraktijk. Deze documenten worden specifiek verstuurd tijdens een consultatie. Een voorbeeld hiervan is een document dat gebruikt kan worden bij luchtweginfecties (bijlage 2.2.). Ze bestaan uit documenten die informeren aan de hand van websites zoals met thuisarts.nl en gezondheid en wetenschap.be. (13, 14)

Om patiënten te ondersteunen in een keuze voor een art-specialist of een doorverwijzing naar paramedische zorgverleners bestaan er ook verschillende documenten die patiënten gestuurd krijgen indien nodig.

Er wordt daarnaast gebruik gemaakt van het patiëntenplatform Helena. Deze app/website waarborgt een beveiligde communicatie tussen arts en patiënt. Deze GDPR goedgekeurde app kan geïntegreerd worden in CareConnect General practitioner. Artsen hebben de mogelijkheid om voorschriften, Sumehrs, medicatieschema's en documenten met de patiënten te delen. Aan de hand van een email krijgt de patient een melding over een ontvangen document op de app.

2.4. Wat is het effect van gepersonaliseerde communicatie op participatie in de huisartsenpraktijk?

De uitgangsvraag van deze thesis is het onderzoeken van het effect van gepersonaliseerde communicatie op participatiegraad in de huisartsenpraktijk. Als onderdeel hiervan is er in de literatuur gezocht naar het effect van uitnodigingen voor vaccinaties. Daarnaast zal er ook gekeken worden naar de satisfactie van de patient over deze interventies. De zoekstrategie met bijhorende meSH termen worden weergegeven in bijlage 1.

2.4.1. Interventies met verhoging vaccinatiegraad

Wat is het effect van uitnodigingen op de vaccinatiegraad?

Er werd in de literatuur gezocht naar interventies die een invloed hebben op de screeningsgraad bij vaccinaties. Een Cochrane review vergeleek 75 studies uitgevoerd in de eerste lijn in 2017. Ze concludeerden een positief effect van herinnering via telefoon, voicemails, brief, postkaart en telefoonbericht op de vaccinaties. Combinaties van vormen van aanmaningen waren ook effectief. Een herinnering via telefoon bleek het meest effectief. Deze toename werd gezien bij kinderen, jongeren en volwassenen. (15) Een andere Cochrane review vond een verhoogde immunisatie graad bij kinderen bij een automatisch telefoon systeem die patiënten konden raadplegen met ingesproken informatie over vaccinaties. Dit effect was onduidelijk bij jongeren en afwezig bij volwassenen. Voor borstkankerscreening en colonkanker screening was er een verhoging van de screeningsgraad met uitgebreide interventies zoals mogelijkheid tot contact met een expert in combinatie met ingesproken teksten.(16)

Voor Covid-19, influenza vaccinatie en het aanvullen van missende vaccinaties werd er bij verschillende studies een significante toename van vaccinatiegraad bij een uitnodiging door de huisarts gevonden. (17, 18) Twee RCT's die interventies onderzocht voor het vervolledigen van HPV vaccinatie vonden geen verschil. (19, 20)

Ten slotte zijn er reeds drie thesissen in huisartsenpraktijk de Pretlei uitgevoerd die uitnodigingen in de huisartsenpraktijk behandelden. De Thesis van Bhagwanbali V. onderzocht de participatie aan een uitstrijkje met een online interventie. Het totale percentage van vrouwen dat een uitstrijkje liet afnemen na een online uitnodiging nam toe van 57% naar 59,8% in de volgende 3 maanden na de uitnodiging. (21) Kong YY. Onderzocht met haar thesis of de griepvaccinatiegraad verbeterde met een online uitnodiging. Zij vergeleek een online uitnodiging met een brief per post. Zij vond een ver-

dubbeling van de participatiegraad van 22,16 % naar 50,12% na een online uitnodigingsbrief via e-mail. (22) Verhulst V. en Faelens G. onderzochten de participatie voor tetanus en dikke darmkanker screening. Zij zagen in beide groepen een stijging van 3% in participatiegraad na uitnodiging. Echter werd dit onderzoek uitgevoerd ten tijde van Covid-19 epidemie. Ook onderzochten zij de tevredenheid aan de hand van diepte-interviews over deze manier van werken. Ze stelden een praktijk specifieke uitnodiging op voor Tetanus vaccinatie en dikke darmkanker screening. (4)

2.5. Gebruik van eGezondheidsdiensten

De Covid-19 epidemie heeft gezorgd voor een grotere verschuiving naar het gebruik van eGezondheidsdiensten. Het Federaal Kenniscentrum voor gezondheidszorg (KCE) onderzocht in 2021 wat voor huisartsen belangrijk was om het gebruik van de eGezondheidsdiensten te verhogen. Voor huisartsen is het voornaam dat de diensten hun werk vereenvoudigen en tijdbesparend zijn! De software zou compatibel moeten zijn met de medische programma's die de huisartsen gebruiken. Daarnaast is het van belang dat er bij problemen een technische ondersteuning bereikbaar is, wat tot op heden als teleurstellend ervaren werd bij de huisartsen. Ook financiële ondersteuning kan helpen de drempel te verlagen naar eGezondheidsdiensten. Vervolgens is sensibilisering en opleiding nodig voor de bewustmaking van de voordelen van de diensten. Verder wensen de huisartsen ook een adequate training om te leren omgaan met de eGezondheidsdiensten. Ten slotte zouden huisartsen het als positief ervaren als ze zelf meer betrokken worden in de ontwikkeling van de eGezondheidsdiensten. (23)

3. Doelstelling

Vanuit deze onderzochte bronnen zal deze thesis verder exploreren wat de invloed is van gepersonaliseerde communicatie in de huisartspraktijk. De onderzoeksvragen werden weergegeven als PICO.

Er zal gekeken worden naar participatiegraad na gepersonaliseerde uitnodiging voor 2 vormen van vaccinatie in één uitnodigingsbrief. Deze gepersonaliseerde uitnodiging werd verzonden door de GMD-houdende arts, in dit geval dokter Egbert Van Wijk. Ook werd er reeds een enquête verzonden naar de patiënten van de huisartsenpraktijk om hun satisfactie hieromtrent te onderzoeken. De participatiegraad na een gepersonaliseerde uitnodiging voor volgende vaccinaties zal onderzocht worden: een jaarlijkse griepvaccinatie en de covid-19 vaccinatie.

Daarnaast zal er in kader van gepersonaliseerde communicatie ook gekeken worden naar de satisfactie over verschillende informatiedocumenten die verzonden worden in huisartsenpraktijk de Pretlei als praktijkverbeterend project.
Volgende PICO's werden gehanteerd als skelet voor de thesis.

PICO 1

P: patiënten die in aanmerking komen voor een vaccin Covid-19 en/of Influenza vaccinatie volgens criteria van de hoge gezondheidsraad (9, 10)
I: uitnodigingsbrief waarin uitgenodigd wordt voor beide vaccins via elektronische brief aan de hand van het Helena platform
C: vaccinatiegraad in Vlaanderen voor beide vaccinaties, vaccinatiegraad wanneer er enkel werd uitgenodigd voor influenza in 2022.
O: participatiegraad en tevredenheid over deze manier van werken

PICO 2 zal als PEO weerhouden worden

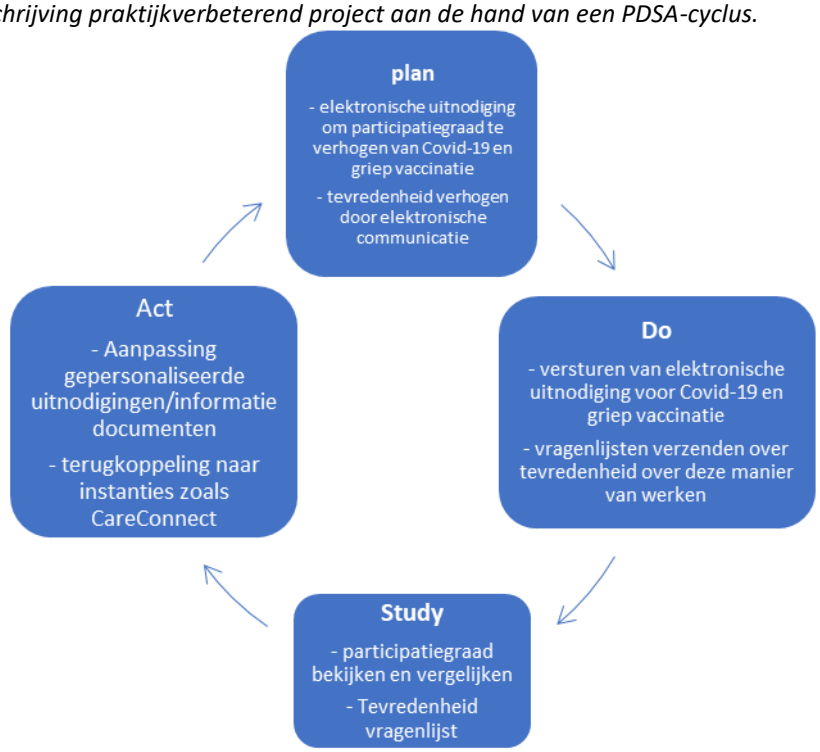
P: patiënten van huisartsenpraktijk de Pretlei
E: informatie over diagnose, behandeling etc. via elektronische brief aan de hand van het Helena platform
O: tevredenheid

4. Methodologie

4.1. Type onderzoek

Deze thesis werd uitgevoerd in huisartsenpraktijk de Pretlei te Brasschaat en betreft een praktijkverbeterend project met een deel retrospectief beschrijvend onderzoek. Deze thesis werd uitgevoerd door een huisarts in opleiding Myrthe De Groote met als promotor dokter professor Veronique Verhoeven en als co-promotor huisarts dokter Egbert Van Wijk. De studie startte in oktober 2022 en werd gefinaliseerd in mei 2025.
Deze Thesis valt onder een praktijkverbeterend project binnen de huisartsenpraktijk en bestaat uit verschillende fasen volgens de Plan-Do-Study-Act cycle (PDSA-cyclus). Grafiek 1 geeft weer hoe de PDSA-cyclus werd toegepast.

Grafiek 1: beschrijving praktijkverbeterend project aan de hand van een PDSA-cyclus.



4.2. Onderzoeksopzet

Aan de hand van de thesis van Faelens G. en Verhulst V. werden de verschillende uitnodigingen reeds aangepast naar agogische verantwoorde uitnodigingen gepast voor het gebruik in de huisartsenpraktijk de Pretlei. (4) Deze uitnodiging is te vinden in bijlage 2.1. De uitnodigingen voor de vaccinaties werden reeds tweemaal verzonden in de periode van september 2023 in kader van normale klinische praktijkvoering in huisartsenpraktijk de Pretlei. De uitnodigingsbrief bevat een uitnodiging voor griep en Covid-19. Ook werd er eenmalig een vragenlijst verzonden naar deze patiënten die de tevredenheid omtrent deze uitnodiging bevraagd.
Daarnaast werd er gekeken naar de satisfactie over verschillende informatie documenten die dagelijks verzonden worden in de huisartsenpraktijk de Pretlei. Alle informatiedocumenten werden bevraagd, dit omdat enkel het careconnect programma niet kan selecteren op een populatie die enkel informatie over influenza en covid-19 hebben ontvangen. Een voorbeeld van een informatiedocument is te raadplegen in bijlage 2.2.

4.3. Onderzoekspopulatie

De thesis omvatte patiënten die voldoen aan vaccinatievoorwaarden van eerder gemelde vaccinaties aangeraden door de Hoge Gezondheidsraad. Algemene inclusie voorwaarde was de aanwezigheid van een GMD in de huisartsenpraktijk de Pretlei in 2021 - 2024. Aan de hand van de module 'statistiek' in Care Connect werd er een uitnodiging verzonden naar geselecteerde patiënten. Omwille van beperkte mogelijkheden in het maken de statistiek selectie in het medisch programma CareConnect werden officiële selectiecriteria geadviseerd door de Hoge gezondheidsraad aangepast aan de mogelijkheden in het CareConnect programma. Deze beperking in mogelijkheden werden samengevat en doorgegeven aan CareConnect. Een eerste beperking was dat er geen mogelijkheid is patiënten te selecteren op hoeveelheid vaccinaties. Er kan enkel een periode aangeduid worden en of er ooit een vaccinatie is gebeurd. Dit heeft als gevolg dat er bijvoorbeeld niet kan uitgenodigd worden voor een herhalingsvaccinatie van bijvoorbeeld HPV als er reeds een vaccinatie is gebeurd in het verleden.

Patiënten konden een afspraak maken voor de vaccinatie bij de verpleegkundige of bij een huisarts naar keuze. Voor influenza en Covid-19 vaccinaties werden vaccinatie zaterdagen voorzien eind oktober en november 2023.

Voor het bestuderen van de satisfactie over informatiedocumenten kregen alle patiënten die een GMD hadden in 2021-2024 in de huisartsenpraktijk De Pretlei een algemene enquête toegestuurd via het Helena platform. Er zijn +/- 3000 patiënten in huisartsenpraktijk de Pretlei. Exclusie criterium voor de algemene enquête waren minderjarige patiënten. Na 1 maand volgde er een herhaling van de uitnodiging om de vragenlijst in te vullen.

Influenza (9)

- Inclusie
    - Leeftijd is gelijk aan 65 jaar of ouder
    - Alle patiënten ouder dan 50 jaar die lijden aan een onderliggende chronische aandoening, ook indien gestabiliseerd, van pulmonale, hepatische, renale, metabole, neurologische en cardiale oorsprong of aan immuniteitsstoornissen en personen met een Body Mass Index (BMI) ≥ 40;
- Exclusie
    - Zwangerschap
    - Patiënten verblijvend in een instelling
    - Personen die onder hetzelfde dak wonen als bovenstaande vermeldde patiënten
    - Patiënten jonger dan 50 jaar.
    - Weigering van de vaccinatie vermeld in de planning in het dossier
    - Personen werkend in gezondheidszorg

Covid-19 (10)

- Inclusie
    - Patiënten 65 jaar en ouder
    - Patiënten met een BMI ≥ 40 kg/m2
    - Patiënten van 50 jaar met een aandoening van pulmonale, hepatische, renale, metabole, neurologische en cardiale oorsprong of een immunosuppressie als gevolg van ziekte of behandeling
- Exclusie
    - Zwangerschap
    - Personen die langdurig in een instelling verblijven

- Personen werken in gezondheidszorg

4.4. Satisfactie

Na bestudering van de diepte-interviews uit de Thesis van Faelens G. en Verhulst V. werd een enquête tot stand gebracht die een weerspiegeling is van de vragen uit de interviews. (4) Deze enquête werd verstuurd bij verzenden van de uitnodiging voor de verschillende vaccinaties in september 2023. Het invullen van de enquête gebeurde anoniem. Op deze manier wilden we de participatiegraad zo hoog mogelijk houden en weerlegden we de drempel voor de patiënt om expliciet informed consent te geven

De enquête voor vaccinatie voor Influenza en Covid-19 vaccinatie bevatte de volgende vragen:

1. Ik heb de uitnodiging gelezen
2. Ik heb een hyperlink in deze uitnodiging aangeklikt
3. Deze uitnodiging is van toepassing op mijn situatie
4. Ik vind deze uitnodiging zinvol
5. Ik vind deze uitnodiging begrijpelijk
6. Ik vind de informatie in deze uitnodiging te uitgebreid
7. Ik ben ingegaan op de uitnodiging of ga dat binnenkort doen
8. Hoe vaak -per jaar- wil je een herhaling van deze uitnodiging ontvangen?
9. Ik wil over dit onderwerp geen uitnodiging meer ontvangen
10. Als je geen uitnodiging wil ontvangen, heb je dit dan met een e-mail gemeld?
11. Ik geef deze uitnodiging een score van (0 gelijk is aan absoluut niet tevreden en 10 heel tevreden)
12. Wil je nog iets toevoegen? Nog een tip voor verbeteringen?

Vraag 1, 2, 10 bevat een binair antwoord met 'ja' of 'nee'. De vragen 3, 4, 5, 6 en 7 bevatten 5 opties namelijk 'helemaal mee oneens', 'mee oneens', 'neutraal', 'mee eens' of 'helemaal mee eens'. Vraag 8 bevat opties 'geen', '1x', '2x', 3x, '4x', '5x of meer'. Vraag 9 bevat opties 'ik wil geen uitnodiging ontvangen' en 'Ik wil uitnodigingen blijven ontvangen'. vraag 11 biedt antwoordmogelijkheden van 0 tot 10.

Volgende enquête voor de satisfactie over de informatiedocumenten zullen de volgende vragen bevatten:

Vragenlijst documenten met informatie over mijn klachten

1. Heb je al eens doorgeklikt naar de website www.thuisarts.nl?
2. Heb je al eens doorgeklikt naar de website www.gezondheidenwetenschap.be ?
3. Ik vind het waardevol om opnieuw de e-mail met dezelfde informatie na enige tijd te krijgen (bv na een vervolgconsult)
4. Ik zoek mijn informatie elders.
5. Dat ik deze e-mails krijg geef ik een score van (0 gelijk is aan absoluut niet tevreden en 10 heel tevreden)
6. www.thuisarts.nl geef ik een score van
7. www.gezondheidenwetenschap.be geef ik een score van
8. Wil je nog iets toevoegen? Nog een tip voor verbeteringen?

Vraag 1 en 2 bevat de opties 'ja' of 'nee'. Vraag 3 en 4 bevat de opties 'helemaal mee oneens', 'mee oneens', 'neutraal', 'mee eens' en 'helemaal mee eens'. Vraag 5 en 6 bevat score mogelijkheden tussen 0 en 10. Vraag 8 bevat een open ruimte om een vrij antwoord te geven.

Deze algemene enquête zal ook een 'opting out' clausule bevatten. Op deze manier willen we de participatiegraad zo hoog mogelijk houden en weerleggen we de drempel voor de patiënt om informed consent te geven. Deze enquête zal in Google forms verstuurd worden zodat anonimiteit van de invullers beschermd wordt. De enquête zal tweemaal verzonden worden met een periode van 1 maand tussen de twee vragenlijsten.

4.5. Datacollectie en verwerking

De studie werd deels retrospectief uitgevoerd worden op een praktijkverbeterend project in huisartsenpraktijk de Pretlei uitgevoerd in september 2023. Per vaccinatietopic werd de participatiegraad retrospectief bekeken in de eerste vier maanden na het verzenden van de uitnodiging. Aan de hand van volgende GANTT-grafiek toont het verloop van de thesis.

Tabel 4.1 GANTT-grafiek

	2022		2023		2024		2025	
	1ste semester	2de semester	1ste semester	2de semester	1ste semester	2de semester	1ste semester	2de semester
Literatuurstudie								
Onderzoeksvraag formuleren								
Protocol voorstel								
Protocol finaliseren								
Includeren patiënten								
Resultaten								
verdediging Thesis								

De elektronische uitnodigingen voor influenza en covid-19 vaccinatie werden verzonden op 31 augustus 2023 en herhaald op 6 september 2023, ter voorbereiding op de aanbevolen vaccinatieperiode vanaf oktober 2023. De tweede datum van verzending (6 september 2023) werd toegepast als startpunt voor de datacollectie betreffende de participatiegraad. De dataverzameling vond plaats in het voorjaar van 2024. Via de statistiekmodule van CareConnect werd, op basis van vooraf gedefinieerde in- en exclusiecriteria, de vaccinatiestatus van patiënten geregistreerd tot en met 6 januari 2024. Tevens werden demografische variabelen zoals geslacht en leeftijdsgroep vergaard. De analyse van de relatie tussen vaccinatiestatus, leeftijd en geslacht werd uitgevoerd met behulp van de chikwadraattoets. Alle verzamelde gegevens werden geanonimiseerd en beheerd in een Excelbestand. De vragenlijst betreffende de tevredenheid over de uitnodiging werd anoniem verstuurd op 6 september 2023 via Google Forms. De vragenlijst omtrent de informatiedocumenten werd verzonden op 20 augustus 2024 en opnieuw op 24 september 2024, eveneens via een anonieme Google Formsenquête. De verwerking van deze gegevens startte in december 2024.

5. Resultaten

De gegevens werden verzameld tijdens de vaccinatieperiode van september 2023 tot en met januari 2024. De verwerking vond plaats tussen mei 2024 en augustus 2024.

5.1. Participatie

5.1.1. Influenza

De raad van de Europese Unie beval een vaccinatiegraad van 75% aan voor oudere leeftijdsgroepen. Ze raadde dit zo snel mogelijk aan en bij voorkeur uiterlijk te bereiken in de winter 2014-2015. Daarnaast werd er ook aangeraden dit te bekomen voor de andere risicogroepen. Hierin volgde de Europese Unie de aanbevelingen van de WHO. (24)

In totaal werden 991 uitnodigingen voor een vaccinatie voor griep en covid-19 verzonden tijdens de twee uitnodigingsmomenten. Er werden in totaal 368 mensen gevaccineerd, wat overeenkomt met een vaccinatiegraad van 37 %. Een onnauwkeurige selectie in de uitnodigingsmomenten zorgde ervoor dat de volledige leeftijdsgroep tussen 50 en 65 jaar ook mee uitgenodigd werd, welke 56% van de totaal uitgenodigde populatie betrof.

Er werden 235 van de 434 patiënten gevaccineerd met een leeftijd boven 65 jaar, wat overeenkomt met een participatiegraad van 54%. De populatie betrof 453 vrouwen en 538 mannen, waarvan 45 % van de vrouwen en 30% van de mannen gevaccineerd werden. De participatiegraad van de uitgenodigden met een leeftijd boven 65 jaar betrof 67% vrouwen en 45 % mannen. De participatiegraad in de vrouwelijke groep boven 65 jaar lag significant hoger dan bij mannen (X^2 (1.434) = 22.566, p = .00001). In de eerste maand na de laatste uitnodiging werd er slechts 1 patiënt voor griep gevaccineerd. In de volgende maand consulteerde 65% van de uitgenodigden voor een griepvaccin. Deze periode bevatte de 3 griepvaccinatiemomenten die de praktijk had georganiseerd op 3 zaterdagen. Vervolgens werd respectievelijk nog 30% en 5% gevaccineerd in de daaropvolgende twee maanden, zoals samengevat in tabel 5.1.

Om te onderzoeken of er een verband bestond tussen leeftijdsgroep en vaccinatiestatus werd een Chi-kwadraattoets uitgevoerd. De leeftijdsgroepen 50-65 jaar werd vergeleken met de leeftijdsgroepen 65-75 jaar, 75-85 jaar en 85 en ouder. De resultaten laten een significant verband zien tussen leeftijdsgroep en vaccinatiestatus, $\chi^2(3, N = 990) = 103.69$, $p < .00001$.
Om de onderlinge verschillen tussen leeftijdsgroepen te bekijken, werden post-hoc z-tests uitgevoerd op de proporties gevaccineerden per groep. Hierbij is een Bonferroni-correctie toegepast ($\alpha = 0.05/6 = 0.0083$) zo werd het risico op type I-fouten beperkter. Uit deze analyse bleek dat de groep 50–65 jaar werd significant minder gevaccineerd dan zowel de groep 65–75 jaar ($z = -7.84$, $p < .001$) en de groep 75–85 jaar ($z = -8.78$, $p < .001$). De overige vergelijkingen tussen leeftijdsgroepen waren niet significant na correctie.

Tabel 5.1: Maandelijkse evolutie van het aantal toegediende Covid-19 vaccinaties de periode september 2023 – januari 2024

periode	Aantal gevaccineerde patiënten	Percentage van de totaal gevaccineerde populatie (368 patiënten)
Maand 1 na laatste uitnodiging	1	0%
Maand 2 na laatste uitnodiging	238	65%
Maand 3 na laatste uitnodiging	111	30%
Maand 4 na laatste uitnodiging	18	5%

In de vaccinatieperiode van 2018 werd een gezondheidsenquête uitgevoerd door Sciensano, waarin de vaccinatiegraad bekeken werd voor influenza. In de leeftijdsgroep van 55 tot 64 jaar werd een vaccinatiegraad van 46.4% en 77.6% bij de 75 plussers bekomen. (25) Deze gezondheidsenquête werd niet herhaald voor het griepseizoen 2023-2024. De Onafhankelijke ziekenfondsen voerde een studie uit om de evolutie van de vaccinatiegraad aan de hand van hun eigen administratieve gegevens te bekijken. Ze bekeken vaccinatiegraad bij volwassenen aangesloten bij Helan, Partenamut of Freie Krankenkasse aan de hand van specifieke nomenclatuurnummers. Mensen in een woonzorgcentrum, instelling of ingeschreven bij een medisch huis werden uitgesloten uit het onderzoek. In de groep van 65 jaar of ouder werd een vaccinatiegraad bekomen van 50,7% voor België en meer specifiek voor Vlaanderen een vaccinatiegraad van 58 procent. (26)In vergelijking met de Belgische populatie werd er in deze studie een hogere vaccinatiegraad gevonden, doch deze werd niet als statistisch significant bevonden (X^2 (1, 327895) = 2.8642, p = .090571).

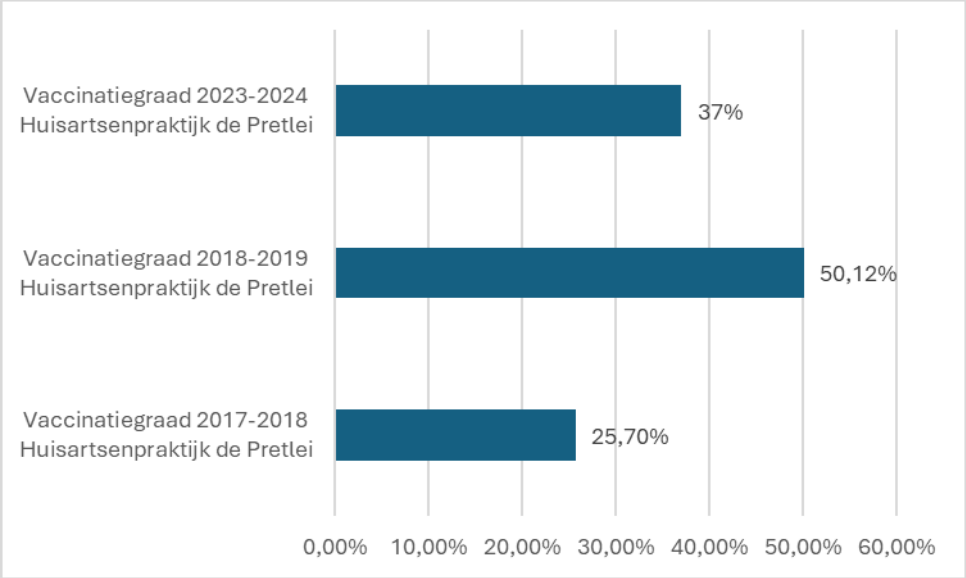
Ook Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) publiceerde een rapport over de aantal terugbetaalde vaccinaties in de groep 65+, die niet verbleven in een woonzorgcentrum of instelling. In totaal werd aan 50,93% van de 65-plussers een terugbetaald vaccin geleverd. In deze populatie was 54,72% vrouwelijk en de gemiddelde leeftijd was 75,99 jaar.(27) In de onderzoeksgroep van de huisartsenpraktijk werden meer mensen gevaccineerd, doch wederom was dit niet statistisch significant (X^2 (1, 2433716) = 2.0606, p = .151148)

Tabel 5.2: weergave van de resultaten van de studie van onafhankelijke ziekenfondsen, het rapport van het RIZIV en de resultaten van de vaccinatie in huisartsenpraktijk de Pretlei

Leeftijd	Vaccinatiegraad Onafhankelijke ziekenfondsen (26)	Rapport Afgeleverde vaccins RIZIV (27)	Vaccinatiegraad Huisartsenpraktijk 2023 – 2024 (N= aantal gevaccineerd)
50 - 65 jaar			24 % (133)
65 -79 jaar	47,8 %		
80 + jaar	59 %		53 % (55)
65+ jaar	50,7 %	50,93 %	54 % (235)
Vlaanderen 65+	58 %		
Vrouw 65+	51 %		67 % (124)
man 65 +	50,4 %		45 % (111)

In het studieopzet was geopteerd de vaccinatiegraad te vergelijken met het voorgaande winterseizoen van 2022-2023. Dit was niet mogelijk omdat niet alle gegevens aanwezig waren. Ook laat de statistiek niet toe de situatie op een bepaald moment in de tijd weer te geven, omwille van een constante verandering van patiënten die de huisartsenpraktijk consulteren. Daarentegen kan de vaccinatiegraad vergeleken worden met de het praktijkverbeterend project uitgevoerd door Kong Y. in 2018 en 2019 in dezelfde huisartspraktijk. Hier werd een e-mail verzonden om patiënten uit te nodigen voor een influenza vaccinatie. In het winterseizoen van 2017-2018 werd 25,70% gevaccineerd, in het winterseizoen 2018-2019 werd 50,12% gevaccineerd. In het winterseizoen van 2017-2018 werden door onnauwkeurige selectie meer mensen uitgenodigd. (22) Hier werd geen statistische analyse op uitgevoerd, omwille van de heterogeniteit van de groepen.

Grafiek 5.3: evolutie vaccinatiegraad voor influenza in de huisartsenpraktijk de Pretlei



5.1.2. Covid-19

Tijdens de 2 opeenvolgende uitnodigingsmomenten ontvingen 991 personen een uitnodiging voor een Covid-19 vaccinatie. In totaal kregen 424 personen een Covid-19 toegediend in periode september 2023 tot januari 2024, wat goed is voor een vaccinatiegraad van 43%. Zoals reeds hierboven aangegeven werd de volledige populatie van 50-64 jaar uitgenodigd. Van deze groep werd slechts 32% gevaccineerd voor Covid-19. In de deelpopulatie 65-plussers werd een vaccinatiegraad van 62% bekomen. Tweehonderdvijftig mannen met een leeftijd boven 65 jaar werden uitgenodigd. Van deze groep liet 49% zich vaccineren. Voor de groep van de 80 plussers lag de vaccinatiegraad op 57%.
Een chi-kwadraattoets werd uitgevoerd om te onderzoeken of er een verband is tussen leeftijdscategorie en vaccinatiestatus. Overeenkomstig met de indeling bij de influenzavaccinatie, zijn ook bij de COVID-vaccinatie dezelfde leeftijdscategorieën toegepast, zoals hierboven weergegeven. De analyse toonde een significant verband aan tussen deze variabelen, $\chi^2(3) = 143.84$, $p < .001$.

Om het gevonden verband tussen leeftijdsgroep en vaccinatiestatus verder te bestuderen, werd een Bonferroni-correctie ($\alpha = .008$) toegepast na de specifieke chi-kwadraatstesten. De analyses lieten zien dat er significante verschillen bestonden tussen de leeftijdsgroepen 50–65 en 65–75 jaar ($\chi^2(1) = 78.83$, gecorrigeerde $p < .001$) en tussen 50–65 en 75–85 jaar ($\chi^2(1) = 102.98$, gecorrigeerde $p < .001$). Ook het verschil tussen 65–75 en 85+ was significant ($\chi^2(1) = 10.74$, gecorrigeerde $p = .006$). Daarentegen werd geen significant verschil gevonden tussen de groepen 50–65 en 85+ ($\chi^2(1) = 0.41$, gecorrigeerde $p = 1.00$), en ook het verschil tussen 65–75 en 75–85 jaar viel na correctie buiten de significatiedrempel ($\chi^2(1) = 6.38$, gecorrigeerde $p = .069$).

Bij de vrouwen van 65 jaar of ouder, lag de vaccinatiegraad veel hoger dan bij mannen van dezelfde leeftijd, maar liefst 80% liet zich vaccineren voor Covid-19 in tegenstelling tot 49%. Vrouwen lieten zich dus statistisch significant meer vaccineren dan mannen (X^2 (1,434) = 39.8979, p = .00001). De aanbevolen voorkeurs vaccinatieperiode voor covid 19 was in oktober 2023.(28) In de onderzochte huisartsenpraktijk waren er twee zaterdagen waarop de covid-19 vaccinatie werden toegediend. Deze twee vaccinatie dagen waren op 30 september 2023 en 7 oktober 2023. In de eerste maand na verzending van de uitnodiging werden 203 patiënten gevaccineerd wat overeenkomt met 48 % van de totaal gevaccineerde groep. Deze maand bevatte het eerste vaccinatiemoment. De tweede

maand bevatte het tweede vaccinatiemoment, en behelsde 46% van de totaal aantal gevaccineerden. De volgende twee maanden lieten respectievelijk 5% en 1% zich vaccineren.

Tabel 5.4: Maandelijkse evolutie van het aantal toegediende Covid-19 vaccinaties de periode september 2023 – januari 2024

	Aantal gevaccineerde patiënten	percentage van de totaal gevaccineerde populatie (368 patiënten)
Maand 1 na laatste uitnodiging	203	48 %
Maand 2 na laatste uitnodiging	195	46 %
Maand 3 na laatste uitnodiging	21	5 %
Maand 4 na laatste uitnodiging	5	1 %

Sciensano volgt met wekelijks bulletins de vaccinatiegraad op voor Covid-19 sinds de uitbraak in 2019. De bulletins houden geen rekening met de geselecteerde doelpopulatie voor de leeftijdsgroep die jonger is dan 65 jaar. De Belgische instelling bekijkt of mensen al dan niet de vaccinatie gekregen hebben in de laatste 6 maanden, zij worden beschouwd als beschermd voor Covid-19. Het wekelijks bulletin van week 04 (22/01/2024 – 28/01/2024) komt het beste overeen met de periode van onderzoek. Dit rapport bekijkt wie de laatste vaccindosis in de voorgaande 6 maanden toegediend gekregen heeft, dit gaat dan over de periode augustus 2023 tot en met 28 januari 2024. Het betreft de Covid-19 vaccinaties die werden geregistreerd de databank Vaccinnet+. (29)

Tabel 5.5: vaccinatiegraad voor Covid-19: vergelijking huisartsenpraktijk en Sciensano

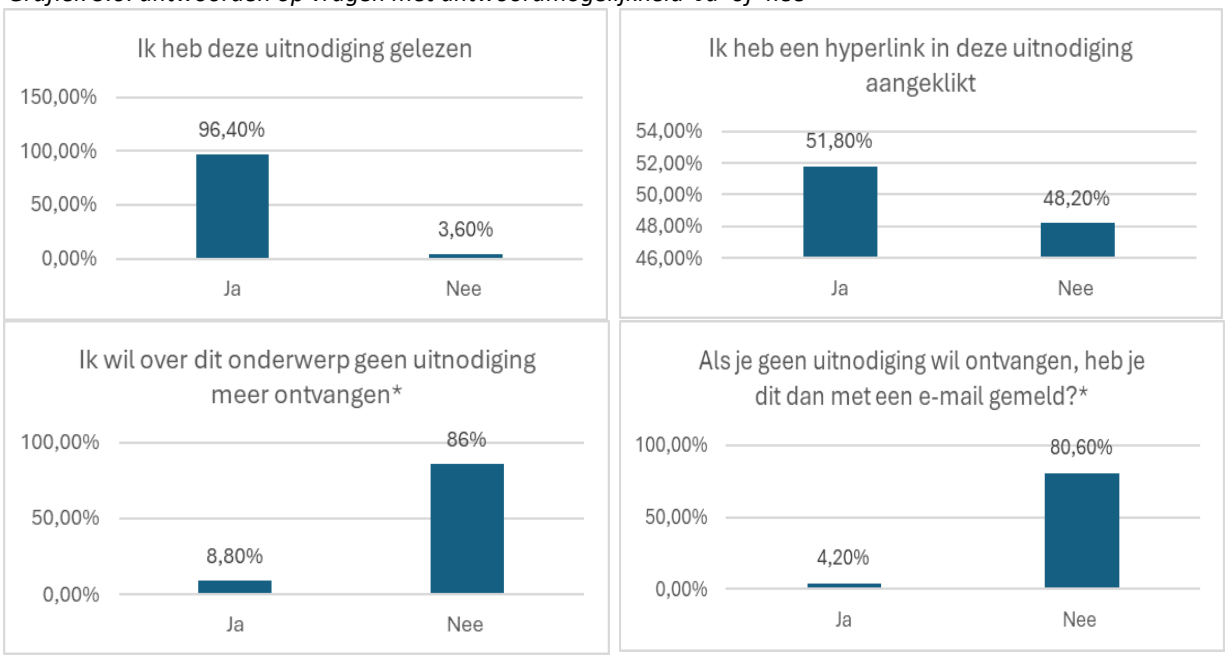
	Vaccinatiegraad Sciensano (week 04, 2024) (29)	Vaccinatiegraad Huisartsenpraktijk (N= aantal gevaccineerd)
18 - 64 jaar	9,8 %	
50 - 65 jaar		28 % (154)
65 -84 jaar	63,9 %	66 % (255)
85 + jaar	56,7 %	33 % (15)
65+ jaar		62 % (270)
Vrouw 65+		80 % (146)
man 65 +		49 % (124)

5.2. Satisfactie over griep en covid-19 vaccinatie uitnodiging

De enquête werd eenmalig verzonden op 06 september 2023, tezamen met een herhalingsuitnodiging voor griep en covid-19 vaccinatie. In totaal werden er 193 antwoorden bekomen van een lijst van 991 patiënten welke reeds werden uitgenodigd voor beide vaccinaties. Dit geeft een acceptabel percentage van 14,0 % als responsgraad. De enquête werd zoals eerder aangegeven anoniem verzonden en betrof geen persoonlijke en/of demografische vragen aan de respondenten.
In grafiek 5.6 worden de vragen weergegeven met antwoord mogelijkheden ‘Ja’ of ‘Nee’. De overgrote meerderheid had de uitnodiging bekeken en gelezen, namelijk 96,4%. Daarnaast had ongeveer de helft van de respondenten een hyperlink aangeklikt in de uitnodiging. Een minderheid van 8,8% wenste geen uitnodiging voor griep en covid-19 vaccinatie te ontvangen. Van de 72 mensen die antwoordden op de vraag of ze dit dan gemeld hadden via een e-mail, antwoordde 86% dat ze dit niet gedaan hadden. Enkele alternatieve antwoorden werden op deze vraag gegeven: ‘ik kan de griepvaccinatie krijgen via mijn wergever’ en ‘alleen als het nodig is’
Wanneer er gekeken wordt in de groep van de 17 mensen die geen uitnodiging meer wilden ontvangen, antwoordden 14 mensen dat ze dit niet gemeld hadden. Eén persoon gaf aan dat hij/zij verhuisd

was en geen patiënt meer was. Een andere gaf aan dat hij/zij niet meer wist of hij/zij dit gemaild had. Ten slotte antwoordde iemand dat hij/zij dit had aangegeven bij het eerste kennismakingsgesprek.

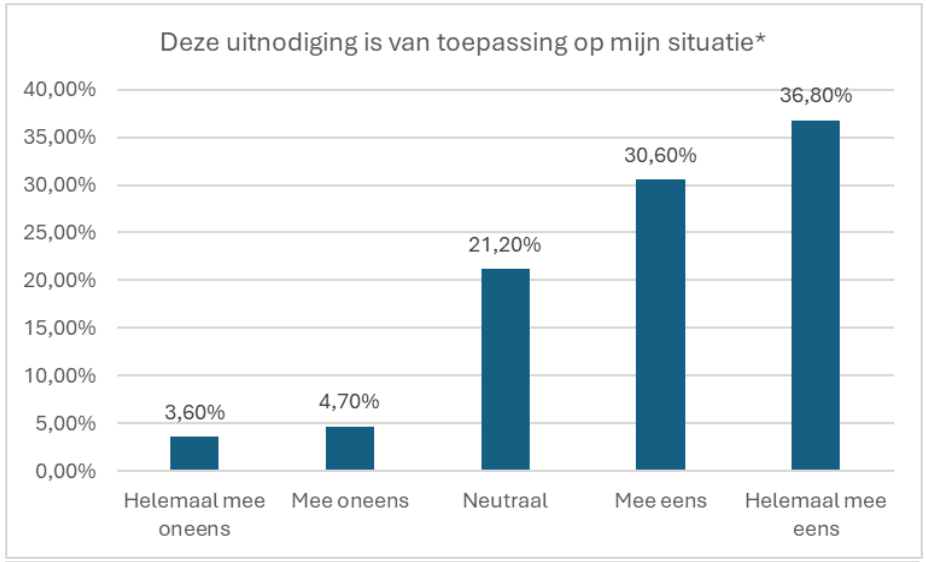
Grafiek 5.6: antwoorden op vragen met antwoordmogelijkheid 'Ja' of 'nee'

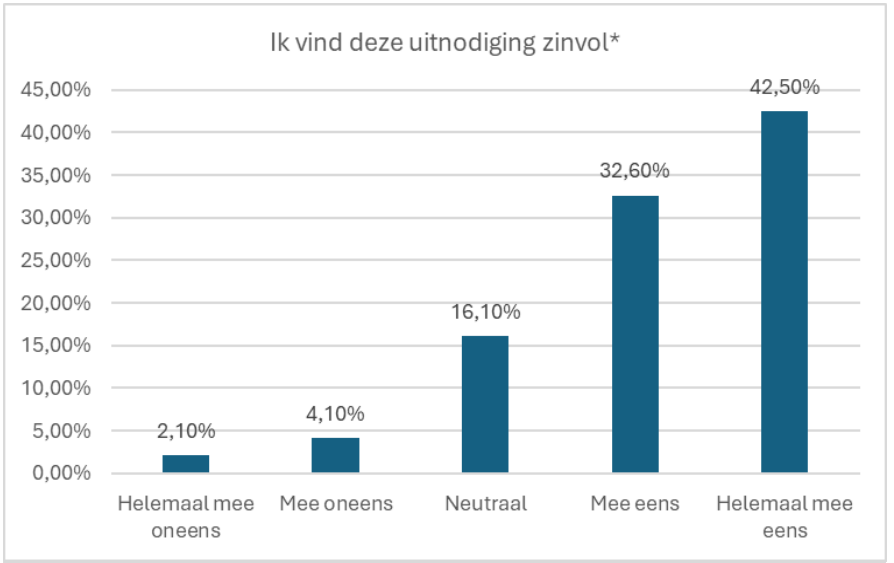


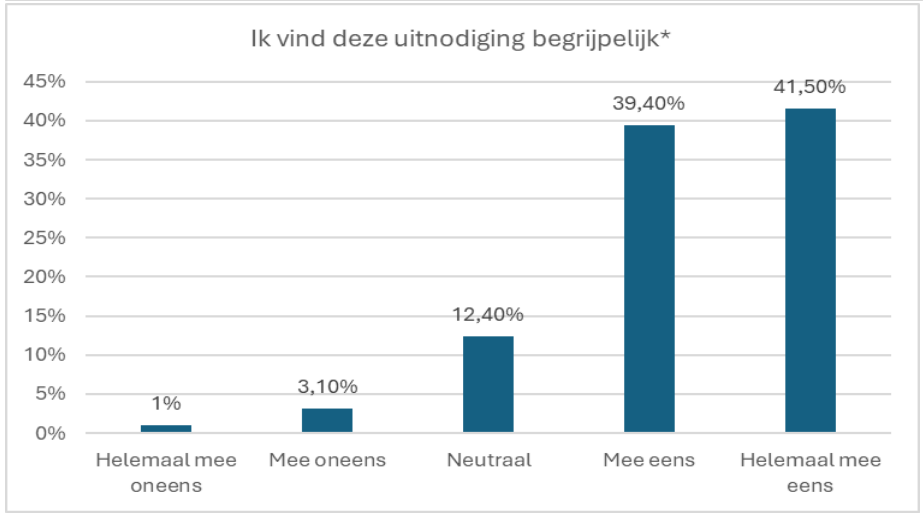
** alternatieve antwoorden werden gegeven*

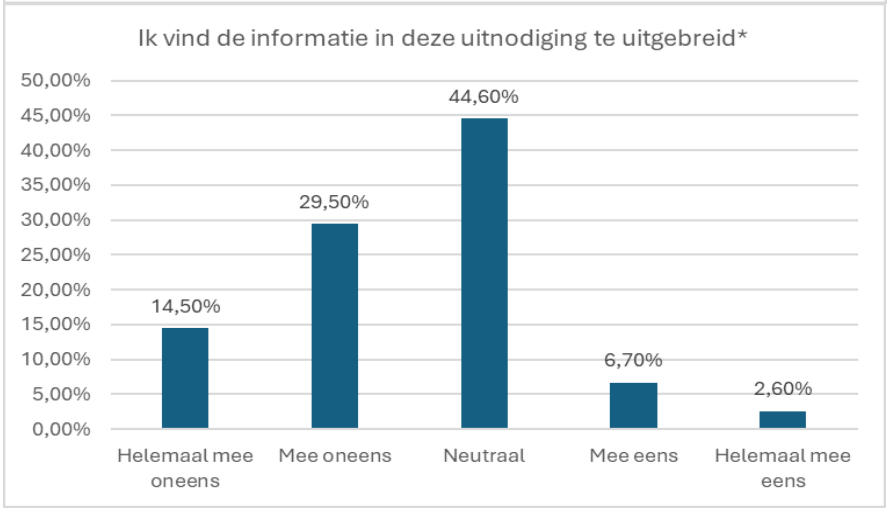
Vervolgens werden stellingen gegeven waar deelnemers konden aangeven in welke mate ze ermee eens waren. Een meerderheid van 67,4% gaf eerder aan dat de uitnodiging van toepassing was voor hen. Ook duidde een meerderheid van 75,1% aan dat zij de uitnodiging voor de vaccinatie zinvol vonden. Daarnaast gaf één persoon aan de uitnodiging niet te hebben ontvangen. Twee andere gaven aan dat ze de uitnodiging enkel zinvol vonden voor mensen die de vaccinatie wilden. Ook de meerderheid van de antwoorden gaven aan dat de uitnodiging begrijpelijk was. Daarentegen was bijna de helft van de patiënten neutraal over de uitgebreidheid van de uitnodiging. Een totaal van 44% was van mening dat de uitnodiging niet te uitgebreid was. Tot slot rapporteerde 66% dat zij zouden ingaan op de uitnodiging, waar 14% een neutraal antwoord gaf en 20,4% hier niet mee eens waren.

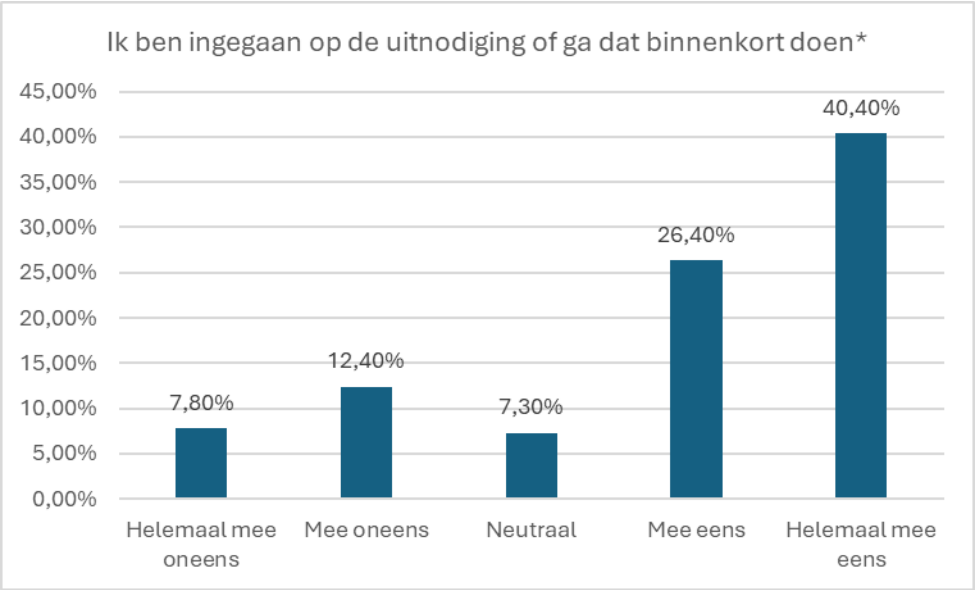
Grafiek 5.7: Antwoorden uit de enquête waarin deelnemers kunnen aangeven hoe zeer ze akkoord waren met de opgegeven stellingen





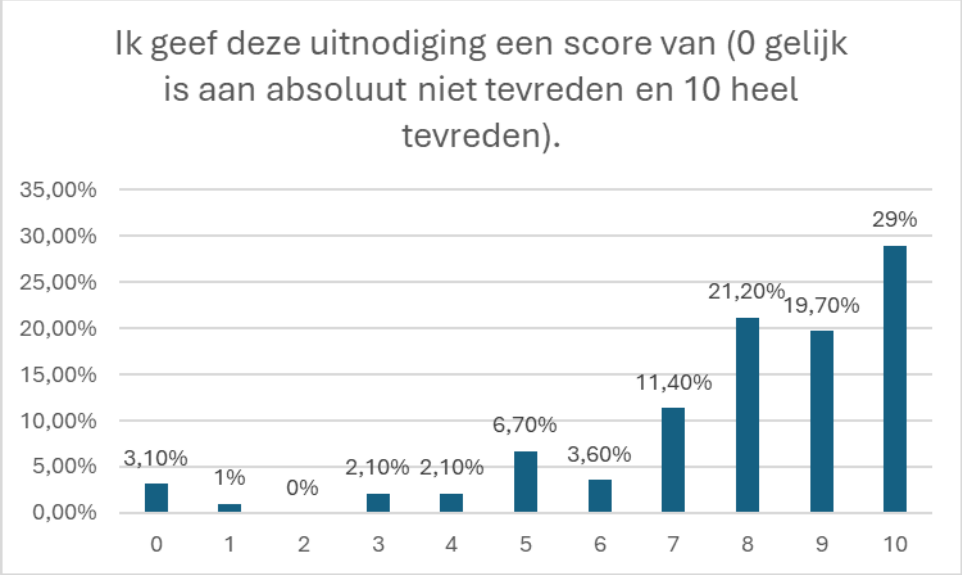





Ik ben ingegaan op de uitnodiging of ga dat binnenkort doen*
45,00%
40,00%
35,00%
30,00%
25,00%
20,00%
15,00%
10,00%
5,00%
0,00%
7,80%
12,40%
7,30%
26,40%
40,40%
Helemaal mee oneens
Mee oneens
Neutraal
Mee eens
Helemaal mee eens

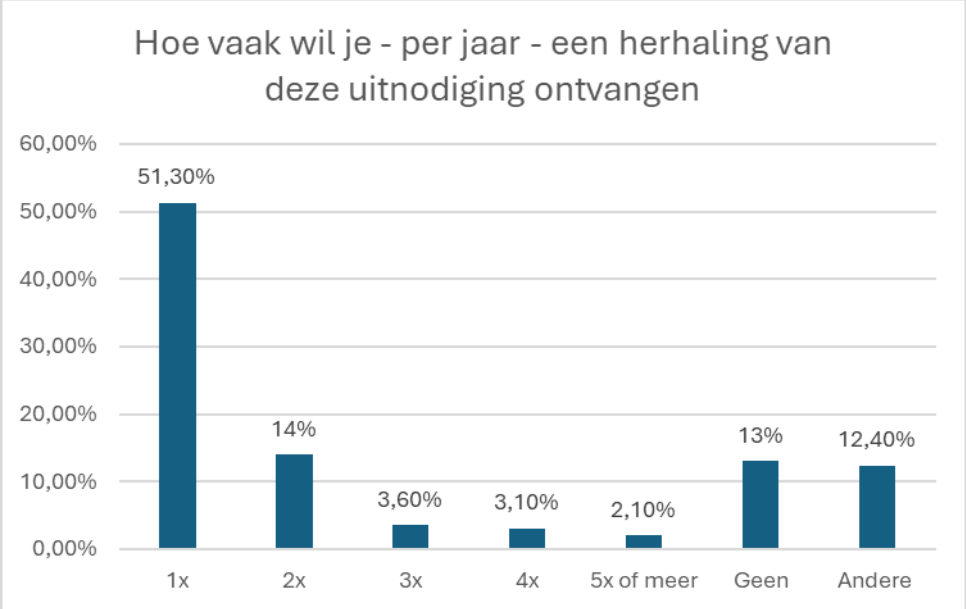
Er werd over het algemeen een positieve score gegeven aan de uitnodiging. In totaal gaven 157 mensen een score tussen 7 op 10 en 10 op 10, wat overeenkomt met een percentage van 81,4 %. Het gemiddelde was 7,88 en de mediaan 8 op 10.

Grafiek 5.8: algemene score op tien voor de uitnodiging influenza en Covid-19 vaccinatie



Het merendeel had de voorkeur om de uitnodiging één keer per jaar te ontvangen. Veertien procent gaf aan de uitnodiging liever tweemaal per jaar te ontvangen. Een beperkt percentage van 13 % wenste geen herhaling van de uitnodiging jaarlijks te ontvangen. Achttien personen gaven aan dat ze de uitnodiging wouden ontvangen 'indien nodig'. Eén persoon gaf aan de uitnodiging om de drie jaar te willen ontvangen. Zes personen wenste 4 keer per jaar en 4 personen 5 keer of meer een herhaling te ontvangen van de uitnodiging te ontvangen.

Grafiek 5.9: Herhaling van vaccinatie uitnodiging



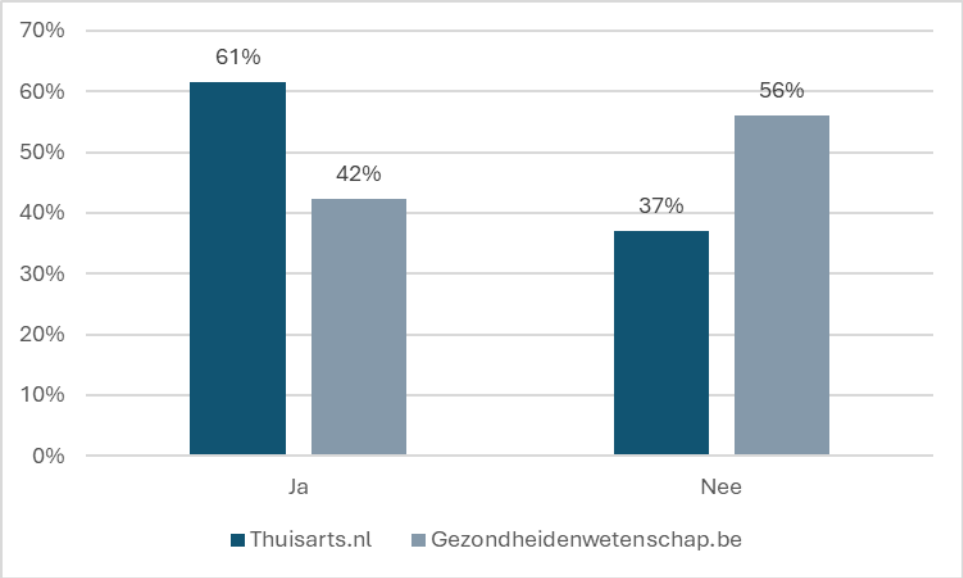
De laatste vraag: 'Wil je nog iets toevoegen? Nog een tip voor verbeteringen?' had een open alinea. Hier werden 32 antwoorden genoteerd. De verschillende suggesties waren de volgend. Er werd 3 keer 'neen' geantwoord en 9 keer een compliment of positieve mening gegeven over het initiatief. Een compliment over het initiatief werd als volgt verwoord door een van de respondenten: "Dank

voor jullie (be) zorg(dheid)!!". Een andere gaf aan: "Bedankt om het me tijdig te herinneren". Ook gaf 1 persoon aan dat hij/zij niet zou ingaan op de uitnodiging maar dat de uitnodiging "perfect" was. Daarnaast waren er 5 tips voor verbetering van de uitnodiging of de enquête. Een deelnemer merkte terecht op dat de uitnodiging ook werd verstuurd naar de leeftijdsgroep 50-65 jaar en gaf dit aan als volgt: "Uitnodiging op zich is duidelijk . Echter, wanneer je niet tot de risicogroep behoort zoals ik (62 jaar, niet roker, goede BMI) dan zou ik wachten tot de persoon in kwestie minstens 65 jaar oud is" Persoonlijke meningen over de verschillende vaccins werden 9 keer genoteerd. Kritiek was er vooral over de Covid-19 vaccinatie zoals uit volgende meningen kan besloten worden: "Wij beiden zijn sinds het Covid-vaccin beiden nooit meer zo goed als tevoren jammer genoeg, dus GEEN Covid-vaccin, denken er wel over na voor de griepspuit dit jaar weer...." en "Na het Covid-vaccin alleen maar ellende ondervonden, denk wel over om de griepspuit wel te nemen?!". Ook waren twee antwoorden met een persoonlijke mening of vraag over de organisatie van de praktijk. Een voorbeeld hiervan is "Het zou nuttig zijn ook te vermelden waar de vaccinatie wordt gegeven. (Wij wonen op zo'n 50 km van Brasschaat).". Ten slotte was er eenmalig een opmerking dat een persoon de uitnodiging niet had ontvangen.

5.3. Tevredenheid over informatiedocumenten

De enquête die de satisfactie over de informatiedocumenten onderzocht werd tweemaal verzonden. De eerste keer werd de vragenlijst verzonden op 20 augustus 2024, de tweede keer op 24 september 2024. Er werden in totaal 371 antwoorden verzameld. De verzending werd respectievelijk naar 2721 en 2611 personen anoniem verzonden op de 2 datamomenten. Dit komt overeen met een participatie van 13,6 - 14,2%. Bij elke vraag was er de mogelijkheid om de vraag onbeantwoord te laten.
De eerste twee vragen konden beantwoord worden met 'Ja' of 'Nee'. Zes mensen lieten de vraag 'Heb je al eens doorgeklikt naar de website www.thuisarts.nl?' onbeantwoord. Van de 365 andere antwoorden duidde 228 personen (62.5%) het antwoord 'Ja' aan. De overige 137 personen (37,5%) ontkende het gebruik van de website. Op de tweede vraag of er al gebruik was gemaakt van de website van gezondheid en wetenschap antwoordde opnieuw 6 personen de vraag niet. Daarnaast klikten 208 personen (57%) op de optie 'Nee' en 157 personen (43%) op de optie 'Ja'.

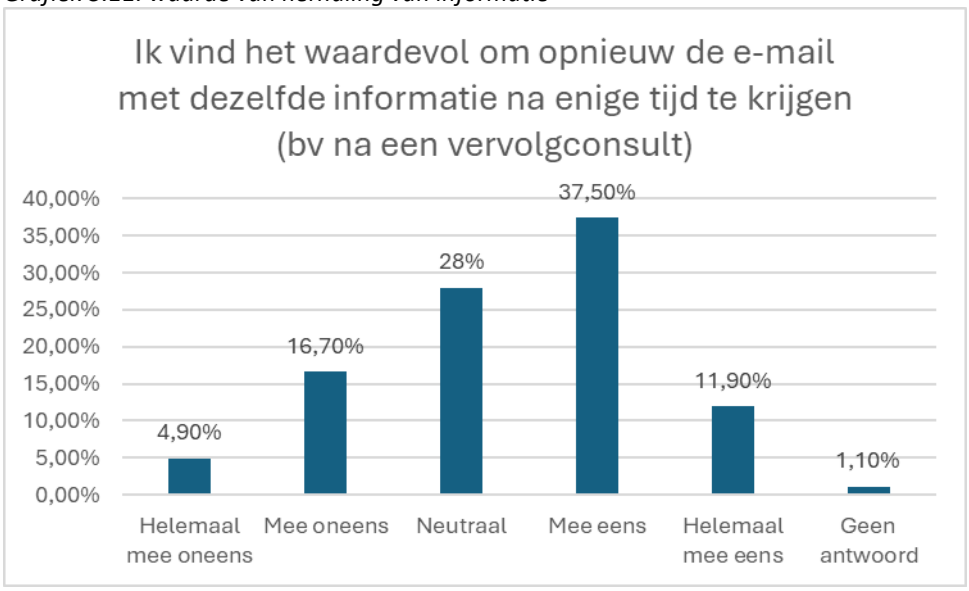
Grafiek 5.10: gebruik websites thuisarts.nl en gezondheidenwetenschap.be



Vervolgens werden twee vragen gesteld waar deelnemers konden aangeven of ze al dan niet eens waren met de stellingen. Met de eerste stelling 'Ik vind het waardevol om opnieuw de e-mail met

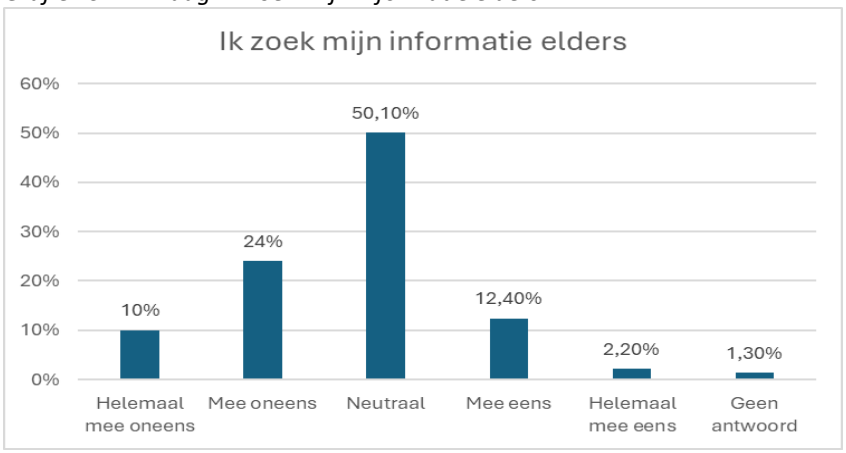
dezelfde informatie na enige tijd te krijgen (bv na een vervolgconsult)' was ongeveer de helft (49,4%) eerder eens, 21,6% was dit eerder oneens. Een deel van de deelnemers (28%) was neutraal over de waarde van een herhalingsemail. De vraag werd onbeantwoord gelaten door 4 personen (1,1%).

Grafiek 5.11: waarde van herhaling van informatie



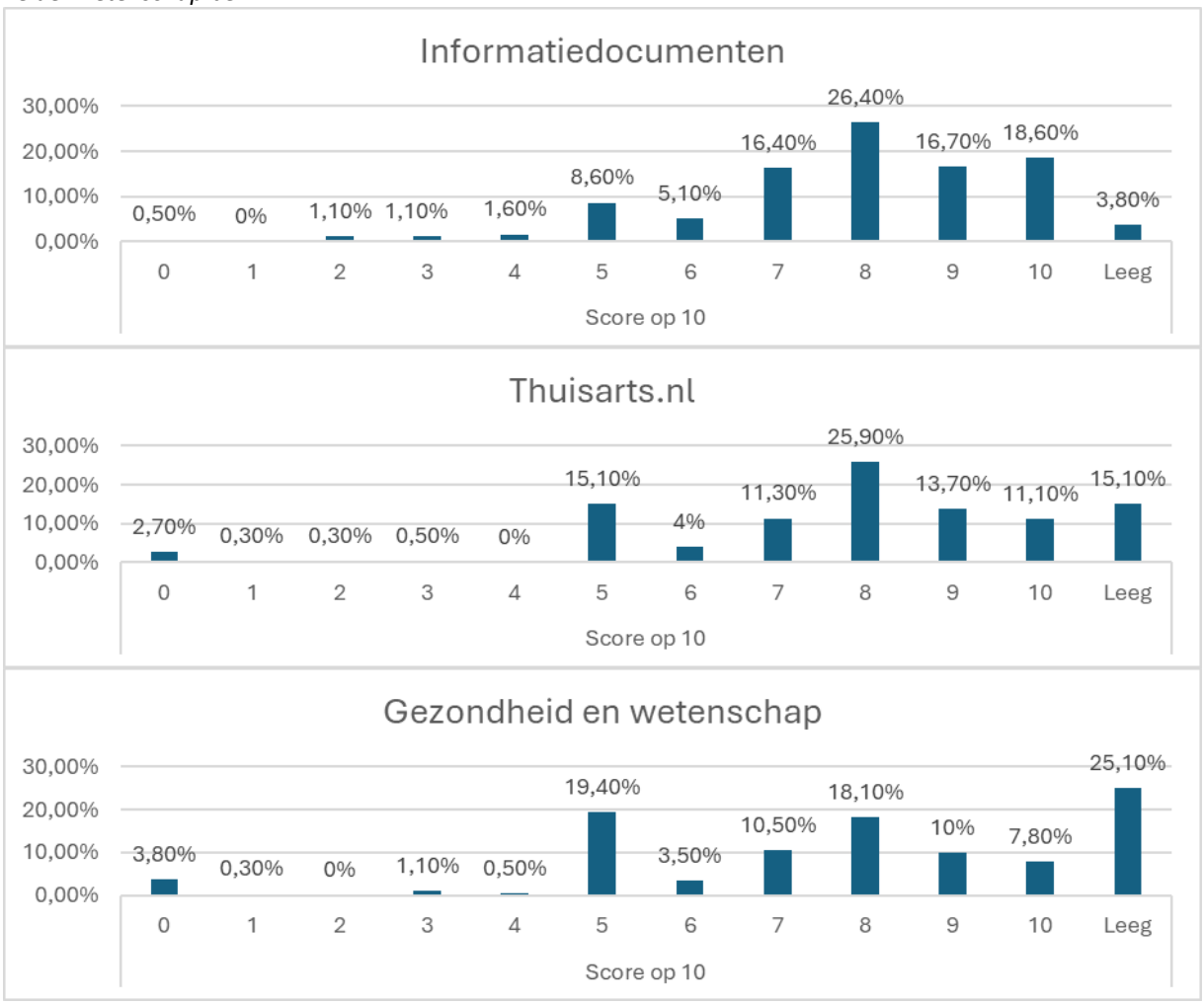
Daarna werd er gevraagd of deelnemers hun informatie eerder elders vonden. De helft van de deelnemers (50,1%) was neutraal over deze stelling. Daarnaast was 34% van de participanten eerder oneens met de stelling en 14,6% eerder eens met de stelling. Vijf personen (1,3%) van de deelnemers lieten de stelling onbeantwoord.

Grafiek 5.12: vraag 'ik zoek mijn informatie elders'



Vervolgens werd gevraagd om een score te geven over de verschillende websites en de informatiedocumenten in het algemeen. Een gemiddelde score van 7,78 op tien werd gegeven met een mediaan van 8 op tien. Veertien deelnemers lieten deze vraag onbeantwoord. Vervolgens werd een score gevraagd over de informatiedocumenten, de website 'www.thuisarts.nl' en de website 'www.gezondheidenwetenschap.be'. Voor de Nederlandse website thuisarts.nl was de gemiddelde score 7,33 op 10 en de mediaan 8 op 10. Doch lieten 51 personen (15,10%) de vraag onbeantwoord. De Belgische tegenhanger van gezondheid en wetenschap haalde een lagere gemiddelde score van 6,8 op 10 en een mediaan van 7 op 10. Hier werd de vraag 51 keer open gelaten, goed voor 25,10%.

Grafiek 5.13: score op tien voor de informatiedocumenten, de website thuisarts.nl, en de website gezondheidenwetenschap.be



Ten slotte kregen de deelnemers de mogelijkheid om een extra opmerking toe te voegen aan de vragenlijst. Verschillende antwoorden boden waardevolle opvattingen.
Een eerste belangrijk thema was de kritiek op de verschillende communicatiekanalen zoals Helena, COZO en eBox. Vier respondenten uitten hun ongenoegen over het feit dat patiënten via meerdere kanalen berichten ontvangen voor hetzelfde document, wat als verwarrend en belastend werd ervaren. Eén deelnemer verwoordde dit als volgt:

'Het zou beter zijn om alles via één kanaal te laten verlopen, iets wat in Vlaanderen, met zijn vele diensten die elk afzonderlijk werken, waarschijnlijk onmogelijk is. Zoals het nu is, krijgen we vaak één bericht op verschillende manieren binnen: een e-mail dat er een bericht is in Helena, dat ook nog eens in eBox verschijnt en dat dan op drie plaatsen gewist moet worden. Dit draagt niet bij tot de mentale gezondheid.'

Daarnaast werd kritiek gegeven op de werking van de Helena-app, waarbij problemen met inloggen en beperkte functionaliteiten op mobiele apparaten werden benadrukt. Er werd de hoop uitgesproken dat in de toekomst een gebruiksvriendelijkere oplossing beschikbaar zal zijn.

Een tweede beduidend punt betrof de digitalisering van de gezondheidszorg in het algemeen. Twee deelnemers onderstreepten dat niet iedereen mee is met de digitale evolutie. Iemand gaf aan dat telefonische afspraken en fysieke documenten voor veel patiënten essentieel blijven.

Verder uitten zeven deelnemers hun bezorgdheid over het aantal e-mails die zij ontvingen. Sommigen gaven te kennen dat een overvloed aan informatie eerder overweldigend werkt, wat ertoe leidt dat berichten niet altijd gelezen of onthouden worden. Zoals één deelnemer verwoordde:

'De e-mails geven me vaak het gevoel 'te veel informatie', waardoor ik ze niet allemaal lees of onthoud.'

Ook werd kritiek geuit op de informatiedocumenten zelf: één deelnemer vond de informatie te algemeen en onvoldoende diepgaand. Daarnaast meldden twee personen dat de hyperlinks in de verstuurde documenten niet altijd functioneerden, wat hun gebruiksgemak negatief beïnvloedde en ze dit na verloop van tijd minder gebruikten.

Een ander opvallend punt was dat twintig deelnemers aangaven de websites van de informatiedocumenten niet te kennen. Hierdoor konden zij deze websites moeilijk beoordelen in de vragenlijst. Zoals één deelnemer opmerkte:

'De slechte score voor de website van Gezondheid en Wetenschap is eigenlijk alleen maar omdat ik er geen mening over heb, aangezien ik vrijwel altijd naar de website van Thuisarts ga.'

Tot slot werden ook positieve reacties gerapporteerd: 21 deelnemers spraken hun appreciatie uit voor het initiatief en voor de verstrekte informatie. Ze gaven aan dat de informatie hen geruststelde, onnodige doktersbezoeken voorkwam en bijdroeg aan betere zelfzorg. Eén deelnemer verwoordde dit als volgt:

'Ik vind het veilig om een wetenschappelijke, juiste uitleg te krijgen. Hoe meer professionele informatie er wordt verstrekt, hoe beter.'

6. Discussie

6.1. Participatie

6.1.1. Vergelijking met literatuur

Uit eerder uitgevoerd onderzoek werden verschillende uitkomsten bekomen na een interventie om de participatiegraad te verhogen, twee studies vonden geen significant verschil na uitnodiging. (19, 20) In de gerandomiseerde klinische trial van Lieu et al. (2022) werd aangetoond dat gepersonaliseerde e-mails of brieven van de eigen huisarts leidden tot een lichte maar significante toename in COVID-19-vaccinatiegraad in een bepaalde laag gevaccineerde populatiegroep. Het belang werd benadrukt van persoonlijke, cultureel afgestemde communicatie vanuit gekende zorgverleners om vaccinatietwijfel te verminderen. (17) Wijesundara et al. (2020) toonden aan dat een digitale interventie via het elektronisch dossiers de vroege influenza vaccinatiegraad significant verhoogden (18).

Influenza

In deze studie werd een vaccinatiegraad van 54% gevonden bij 65-plussers. Wanneer de volledige uitgenodigde populatie in beschouwing wordt genomen, inclusief de groep van 50 tot 65 jaar, bedroeg de vaccinatiegraad 37%. Deze volledige steekproef is echter niet representatief voor de beoogde doelpopulatie. Dit met de reden dat de volledige groep van 50- 65 jaar werd uitgenodigd voor de vaccinatie en niet het aandeel mensen met comorbiditeit. In vergelijking met nationale cijfers van het RIZIV en de studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toont deze studie een hogere, zij het niet significant hogere, participatiegraad. Wanneer echter specifiek gekeken wordt naar de vaccinatiegraad (58%) in Vlaanderen uit dezelfde studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, ligt de vaccinatiegraad in deze studie iets lager. De evolutie van de vaccinatiegraad overheen de laatste jaren werd beschreven in het nationale KCE rapport van 2024. De griepvaccinatiegraad in België bleef namelijk tussen 2013 en 2019 relatief stabiel. Tijdens de COVID-19-pandemie in 2020 werd een tijdelijke stijging van 17% waargenomen. In 2021 daalde de vaccinatiegraad opnieuw tot 57,3% bij 65-plussers buiten instellingen.(30) In België is er geen gestandaardiseerde registratie van de vaccinatiegraad voor influenza. Sciensano is verantwoordelijk voor het uitvoeren van gezondheidsenquêtes in België. Deze worden niet jaarlijks georganiseerd; de laatste beschikbare gegevens dateren uit 2021. Aangezien er sinds 2021 geen gezondheidsenquêtes meer werden uitgevoerd. is het niet met zekerheid vast te stellen of de algemene vaccinatiegraad sindsdien verder is gedaald, met name in de periode na de COVID-19-pandemie. Hierdoor kunnen de resultaten van deze studie niet rechtstreeks vergeleken worden met recentere populatiegegevens op nationaal niveau.

Zoals in het KCE rapport wordt er in onze populatie een significant verschil gezien tussen mannen en vrouwen. Vrouwen lijken meer geneigd zich te laten vaccineren dan mannen. (30)

Zoals eerder vermeld in de PICO van deze studie, was het de intentie om de vaccinatiegraad te vergelijken met de cijfers van 2022 binnen dezelfde huisartsenpraktijk. Deze gegevens bleken echter niet beschikbaar. Door de continue evolutie in de patiëntenpopulatie binnen dezelfde huisartsenpraktijk is het statistisch niet mogelijk om op een betrouwbaar wijze de populatie op een specifiek moment in het verleden te reconstrueren. Daarentegen werd er voor de Covid-19 pandemie een praktijkverbeterend project uitgevoerd door Kong Y, waarin de griepvaccinatiegraad werd onderzocht. In het eerste winterseizoen (2017-2018) van die studie werd echter een fout gemaakt bij de selectie van de doelgroep, er werden meer patiënten uitgenodigd dan oorspronkelijk voorzien. Dit maakt een zinvolle vergelijking met de cijfers uit deze studie moeilijker. In het daaropvolgende jaar rapporteerde Kong een vaccinatiegraad avn 50,12%, wat aanzienelijk hoger ligt dan de totale vaccinatiegraad van 37% in

deze studie. Helaas werd in haar onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen de leeftijdsgroepen, waardoor de vaccinatiegraad van de 65-plussers ook niet vergeleken kunnen worden.

Covid-19

Sinds de start van de COVID-19-vaccinatiecampagne worden er sinds het najaar van 2021 ook boostervaccinaties toegediend. De opvolging hiervan kan worden teruggevonden worden in de wekelijkse rapporten van Sciensano. Daarnaast geeft het Epistat-dashboard van Sciensano, voornamelijk het aantal toegediende (booster)doses weer. Omdat dit dashboard minder gericht is op vaccinatiegraad per specifieke periode, zijn deze cijfers moeilijk te vergelijken met de resultaten van deze studie. Het ECDC publiceert wel vaccinatiegegevens over afgebakende periodes, wat vergelijking enigszins vergemakkelijkt. Volgens het rapport van het ECDC lag de COVID-19-vaccinatiegraad tijdens het seizoen 2023–2024 op 37,0% bij personen van 60–69 jaar, 55,6% bij de groep van 70–79 jaar, en 57,2% bij personen van 80 jaar en ouder. Hieruit blijkt uit de wekelijkse rapporten van Sciensano en de cijfers van het ECDC dat de vaccinatiegraad bij de 65-plussers van deze studie hoger lag dan die op nationaal niveau. Enkel binnen de leeftijdsgroep van 85-plussers werd in deze studie een lagere vaccinatiegraad gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de huisartsenpraktijk slechts een beperkte populatie omvat van bewoners uit woonzorgcentra, waar doorgaans systematischer wordt gevaccineerd.(29, 31) Zoals bij influenza werden vrouwen significant meer gevaccineerd dan mannen van 65 jaar of ouder.

6.2. Tevredenheid vaccinatie uitnodiging

De responsgraad op de vragenlijst over de vaccinatie-uitnodiging bedroeg 14,0%, wat als aanvaardbaar kan worden beschouwd. Bijna alle respondenten gaven aan de uitnodiging te hebben gelezen, terwijl slechts een beperkte groep aangaf geen verdere uitnodigingen meer te willen ontvangen. Opmerkelijk is dat de meerderheid van deze groep dit niet actief had meegedeeld. In de betrokken huisartsenpraktijk worden patiënten aangemoedigd om expliciet aan te geven of zij al dan niet verdere communicatie over specifieke onderwerpen wensen te ontvangen. Mogelijke verklaringen voor het ontbreken van deze terugkoppeling zijn dat de drempel om een e-mail te sturen als te hoog wordt ervaren, dat patiënten vergeten dit te vermelden tijdens een consultatie, of dat een van de artsen de weigering niet correct heeft geregistreerd in de planning. Een mogelijke verbetering zou zijn om in de uitnodiging zelf instructies op te nemen over hoe patiënten kunnen aangeven dat zij al dan niet verdere uitnodigingen wensen te ontvangen. Vervolgens zien we dat iets meer dan de helft een hyperlink aanklikte in de uitnodiging. Dit suggereert dat aanbieden van een directe link om een afspraak te maken een meerwaarde lijkt te zijn. Bovendien wordt hiermee het secretariaat ontlast zodat het aantal telefoons beperkt blijft.

Door de niet-specifieke deelnemersselectie konden de antwoorden op de volgende vragen toch mogelijk deels beïnvloed worden. Toch geeft bijna 70% van de respondenten aan dat de uitnodiging voor hen van toepassing was. Personen rapporteerden in vergelijkbare mate dat de uitnodiging zowel van toepassing als zinvol was. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de aanvullende informatie bij de uitnodiging duidelijk werd uiteengezet welke personen in aanmerking komen voor de griepvaccinatie. Dit kan ertoe hebben geleid dat eventuele gevoelens van onterechte uitnodiging bij deelnemers zijn verminderd. Slechts acht deelnemers gaven aan dat zij de uitnodiging eerder niet begrijpelijk vonden. Geen van hen motiveerde wat er echter wat er precies onduidelijk was. Wanneer deze groep nader werd bekeken, blijkt dat zij de uitnodiging over het algemeen nog steeds positief beoordelen, met scores variërend van 6 tot 10 op 10. Slechts drie van deze acht deelnemers besloten uiteindelijk geen gevolg te geven aan de uitnodiging.

In het semigestructureerde interview uit het praktijkverbeterend project van Verhulst V. en Faelens G. gaven 2 van de 12 deelnemers (16,7%) aan dat zij de uitnodiging te uitgebreid vonden. Ter vergelijking: in de enquête gaf een kleiner percentage, namelijk 9,3% aan, dat de informatie te uitgebreid was. Opvallend is echter dat bijna de helft van de respondenten (44,6%) de optie 'neutraal' koos, terwijl 44% aangaf de informatie niet te uitgebreid te vinden. Bij het opstellen van de uitnodiging werd getracht de hoeveelheid informatie te beperken door gebruik te maken van duidelijke titels en voor bijkomende informatie gericht door te verwijzen naar bepaalde secties in de uitnodiging.

Bij de laatste vraag, waarbij deelnemers hun mate van akkoord konden aangeven, kon geen patroon gevonden worden. De meerderheid van de respondenten, namelijk 66,8% (129 deelnemers), gaf aan op de uitnodiging voor vaccinatie in te gaan, terwijl 20,2% (39 deelnemers) dit niet van plan was. Hierbij is er dus mogelijk sprake van responsbias: het kan zijn dat voornamelijk personen die positief stonden tegenover de vaccinatie de enquête hebben ingevuld. Hierdoor rijst de vraag of de groep die de vaccinatie zou weigeren voldoende vertegenwoordigd was. Daarnaast hield de oorspronkelijke vraagstelling geen rekening met differentiatie in vaccinatiebereidheid, afhankelijk van het type vaccinatie. Zoals eerder besproken, blijkt uit de open antwoorden dat sommige deelnemers negatief staan tegenover één specifieke vaccinatie, maar wel bereid zijn om een andere te accepteren. Het afzonderlijk bevragen van de bereidheid ten aanzien van beide vaccinaties had mogelijk meer gedetailleerde en nauwkeurige inzichten opgeleverd in de vaccinatie-intenties van de doelgroep.

De grafiek toont dat de meerderheid van de deelnemers de uitnodiging als positief beoordeelt, met een duidelijke maximum bij score 10 (29%), gevolgd door scores 8 (21,2%) en 9 (19,7%). Lage scores (0–4) komen slechts beperkt voor. De gemiddelde tevredenheidsscore bedraagt 7,88 op 10, en de mediaan is 8 op 10. De mediaan kan hierbij als iets meer betrouwbaar worden beschouwd, gezien de aanwezigheid van enkele uitschieters naar zowel hoge als lage scores.

Ter vergelijking: in de studie van Verhulst V. en Faelens G., waarin 12 personen werden geïnterviewd, werd een gemiddelde tevredenheidsscore van 8,2 op 10 gerapporteerd. De mediaanscore van de huidige onderzoekspopulatie is daarmee vergelijkbaar met die van andere preventie-uitnodigingen.(4)

Op de vraag over de gewenste frequentie van herhaling van de uitnodiging gaf de meerderheid van de deelnemers aan deze graag eenmaal per jaar te ontvangen. Daarnaast wensten 27 deelnemers tweemaal per jaar een herhaling te krijgen. Opvallend is echter dat een voornaam deel van de deelnemers geen herhaling van de uitnodiging wensten.

Bij deze vraagstelling kon enige verwarring zijn ontstaan voor de deelnemers. De formulering *'Hoe vaak wil je – per jaar – een herhaling van deze uitnodiging ontvangen?'* laat ruimte voor interpretatie: het is niet geheel duidelijk of hiermee wordt aangegeven hoe vaak men een herinnering na de eerste uitnodiging wenst te ontvangen, of hoe vaak men in totaal per jaar een nieuwe uitnodiging verwacht. Deze mogelijke dubbelzinnigheid kan effect hebben op de interpretatie van de resultaten.

Verder gaven 18 deelnemers aan de uitnodiging enkel te willen ontvangen wanneer dit 'nodig' is. Dit maakt het lastig om een concrete frequentie te definiëren, aangezien 'nodig' niet objectief geïnterpreteerd kan worden. Mogelijk gaat het hierbij om personen die gewend zijn uitnodigingen te ontvangen op advies van hun huisarts en vertrouwen op diens oordeel, hoewel hierover geen zekerheid kan worden gegeven.

Ook in de studie van Verhulst V. en Faelens G. werd onderzocht hoe vaak een uitnodiging herhaald zou moeten worden. Zij besloten dat maximaal drie uitnodigingen, met een interval van twee maan-

den, optimaal waren. Vergeleken met de huidige bevindingen, waarin vooral één tot twee herhalingen gewenst blijken te zijn, lijkt deze studie dus een iets lagere herhalingsfrequentie te suggereren.(4)

Naast de kwantitatieve resultaten leveren de open antwoorden bijkomende inzichten op. De respons op de open vraag was echter beperkt, namelijk 32 deelnemers. De meerderheid van de reacties was positief, wat kan wijzen op algemene tevredenheid over de uitnodiging en de vragenlijst.

Slechts een beperkt aantal deelnemers formuleerde concrete tips ter verbetering. Dit kan vermoedelijk eerder duiden op een overwegend positieve ervaring. Een bijkomend inzicht had kunnen worden verkregen indien deelnemers hun motivatie om het oneens te zijn met bepaalde stellingen nader hadden toegelicht. Een opvallend deel van de antwoorden bevatte persoonlijke meningen over vaccinaties, waarbij vooral negatieve ervaringen met het COVID-19-vaccin werden gerapporteerd. Dit benadrukt dat vaccinatie voor sommige personen nog steeds een beladen onderwerp is.

Daarnaast wees een enkele opmerking op het feit dat ook personen buiten de primaire risicogroep een uitnodiging kregen. Dit onderstreept het belang van een nauwkeurige doelgroepselectie bij toekomstige uitnodigingen. Verder bleek uit een reactie dat de praktische informatie over de vaccinatieplaats ontoereikend was, wat een drempel kan vormen voor deelname, zeker bij grotere afstanden. Ten slotte gaf één deelnemer aan de uitnodiging niet te hebben ontvangen, wat mogelijk wijst op een beperkt logistiek probleem.

Samenvattend tonen de open antwoorden vooral waardering voor het initiatief, maar signaleren ze eveneens enkele verbeterpunten rond doelgroepselectie, praktische communicatie en het belang van emotionele gevoeligheden bij vaccinatiecampagnes.

6.3. Tevredenheid over informatiedocumenten

Door de lage responsgraad (13,6–14,2%) kunnen de resultaten niet veralgemeend worden. Bij de interpretatie van deze resultaten moet ook rekening worden gehouden met mogelijke selectiebias: het is waarschijnlijk dat vooral personen met een positieve houding tegenover informatiedocumenten en elektronische communicatie. In deze enquête was het niet mogelijk voor deelnemers om zelf extra antwoordopties toe te voegen.

Uit de resultaten van de bevraging blijkt dat deelnemers vaker surfen naar de Nederlandse website 'Thuisarts' dan naar de Belgische website 'Gezondheid en Wetenschap'. Beide websites worden frequent vermeld in de informatiedocumenten, in de hoop dat mensen minder geneigd zouden zijn om informatie te zoeken via andere, mogelijk minder wetenschappelijk onderbouwde bronnen.

Wanneer we de resultaten bekijken in relatie tot de stelling of patiënten hun informatie ook elders zoeken, geeft een groot deel van de respondenten een neutraal antwoord, namelijk de helft van de respondenten. Slechts 34% van de deelnemers geeft expliciet aan informatie buiten de aangeboden bronnen te zoeken.

Het zou interessant zijn om in toekomstig onderzoek dieper in te gaan op de aard van deze externe informatiebronnen: zoeken mensen voornamelijk via internet, of baseren ze zich op persoonlijke contacten zoals vrienden en familie? Dergelijke inzichten kunnen helpen om gerichtere en effectievere informatievoorziening te ontwikkelen.

De resultaten tonen aan dat bijna de helft van de deelnemers een herhaling van een informatiedocument per e-mail als waardevol ervaart. Tegelijkertijd blijft een aanzienlijk deel van de respondenten neutraal of negatief over de vereiste van herhaalde informatie. Dit wijst op een verdeeldheid in voorkeuren over de frequentie en timing van elektronische communicatie met de verschillende patienten.

Deze bevinding onderstreept een belangrijke uitdaging in de huisartsenpraktijk: het is moeilijk om de wensen rond herhaalbaarheid van informatie op individuele basis te personaliseren binnen de beschikbare middelen in een medische programma. Dit resultaat benadrukt dan ook dat er geen aanpak bestaat die voor alle patiënten als optimaal wordt ervaren.
De gegeven scores op 10 tonen een eerder positieve beoordeling van de informatiedocumenten. Hoewel er enkele uitschieters zijn, die de interpretatie enigszins uitdagender maken, kan toch besloten worden dat de meeste deelnemers de informatiedocumenten appreciëren.
De website 'thuisarts.nl' behaalde gemiddeld een hogere score dan de Belgische website 'GezondheidenWetenschap'. Dit verschil laat zich ook zien in de opmerkingen die deelnemers toevoegden: verschillende respondenten gaven aan meer vertrouwd te zijn met de Nederlandse website dan met de Belgische tegenhanger.

Uit de opmerkingen blijkt bovendien dat sommige deelnemers mogelijk een willekeurige score gaven zonder de website te kennen. Dit maakt de interpretatie van de resultaten ingewikkeld. Toch kan het als positief worden beschouwd dat 51 deelnemers ervoor kozen de vraag niet te beantwoorden, wat erop kan wijzen dat zij, indien zij de website niet kenden, geen ongerechtvaardigd waardeoordeel gaven.

In de grafieken valt verder op dat bij beide websites een notabel aandeel deelnemers een score van 5/10 gaf. Dit kan mogelijk ook aantonen dat ze de inhoud van de websites niet kenden.

Bijkomend blijkt uit de resultaten dat een groot deel van de deelnemers de websites effectief niet kende: bijna 56% gaf aan nog nooit op de link naar 'GezondheidenWetenschap' te hebben geklikt, en 37% had 'Thuisarts.nl' nog niet bezocht.

Ten slotte kregen deelnemers de optie om vrije opmerkingen toe te voegen aan het einde van de vragenlijst. Uit deze opmerkingen blijkt dat er bij sommige deelnemers nood is aan een herstructurering van de communicatieplatformen waarop informatie wordt aangereikt. De huidige versnippering over verschillende applicaties wordt als verwarrend en belastend ervaren. Er is dus nood aan een gebruiksvriendelijker platform waarin alle relevante informatie centraal beschikbaar is.

Een belangrijke uitdaging blijft bovendien de toegankelijkheid van digitale communicatie voor alle patiënten. In deze bevraging gaven verschillende deelnemers aan dat zij moeite hadden met digitale toepassingen. Er werden echter geen meningen verzameld van anderstalige patiënten, terwijl het ook voor hen mogelijk lastig kan zijn om de informatiedocumenten te begrijpen.

Daarnaast vormt het vinden van een evenwicht in de hoeveelheid aangeboden informatie een aandachtspunt. De feedback was hierin uiteenlopend: hoewel twintig deelnemers expliciet aangaven de informatiedocumenten te appreciëren en een aantal vond dat de hoeveelheid informatie goed was, gaf een minderheid aan dat zij de hoeveelheid informatie en het aantal e-mails als te belastend ervaarden.

Een blijvende uitdaging zal zijn om de informatiedocumenten up-to-date te houden en correcte verwijzingen naar relevante en actuele bronnen te voorzien. Bovendien gaf bijna de helft van de deel-

nemers aan de aanbevolen websites niet te kennen. Dit roept de vraag op of er in de toekomst meer inspanningen nodig zal zijn om deze wetenschappelijk onderbouwde websites breder bekend te maken bij het publiek.

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat de deelnemers de informatiedocumenten waarderen en dat zij belang hechten aan evidence-based communicatie binnen de gezondheidszorg.

6.4. Sterktes en zwaktes

Ten eerste moet er opgemerkt worden dat de huisartsenpraktijk waarin dit onderzoek werd uitgevoerd zeer sterk gericht is op evidence-based medicine en continue praktijkverbetering, wat mogelijk heeft bijgedragen aan een verhoogde betrokkenheid bij of ontvankelijkheid voor interventies, en dus invloed kan hebben op de generaliseerbaarheid van de resultaten. Daarnaast is een sterkte van de praktijk dat men inzet op een laagdrempelige, open communicatie, waarbij ruimte wordt geboden voor vragen, twijfels en persoonlijke bezorgdheden. Er wordt bewust openstaan voor alternatieve meningen over gezondheid en ziekte, waaronder twijfels over vaccinatie, als essentieel beschouwd. Door patiënten die kritisch of aarzelend staan tegenover vaccinaties met respect en begrip te benaderen, wordt getracht de arts-patiëntelatie te versterken. Op deze manier hoopt de praktijk misinformatie als barrière te verminderen en patiënten te begeleiden naar correcte, wetenschappelijk onderbouwde informatie.

Door de eerder lage responsgraad van de enquêtes moet voorzichtig worden omgesprongen met het veralgemenen van de resultaten naar onze volledige doelgroep. De respondenten zijn mogelijk niet volledig representatief voor de totale populatie.

In de opgestelde enquêtes werd deelnemers de mogelijkheid geboden om eigen antwoorden te noteren in plaats van enkel te kiezen uit vooraf gedefinieerde antwoordopties. Een belangrijk voordeel van deze aanpak is dat deelnemers meer ruimte kregen om een eigen mening en nuance weer te geven, wat kan leiden tot bijkomende en onverwachte inzichten die met gesloten vragen niet zouden zijn verkregen. Deze openheid kan een dieper begrip van de motieven, twijfels en gevoelens rond vaccinatie en informatiedocumenten bevorderen.
Een nadeel van open antwoorden is echter dat de interpretatie ervan moeilijker wordt, zeker wanneer antwoorden vaag, onvolledig of ambigu werden neergeschreven. Hierdoor ontstaat het risico op subjectieve interpretatie van de resultaten, wat de reproduceerbaarheid en objectiviteit van de analyse kan bemoeilijken.

Bij de vraag of patiënten zouden ingaan op de uitnodiging voor een vaccinatie was er een mogelijke responsbias. Dit impliceert dat de resultaten mogelijk een optimistischer beeld schetsen van de bereidheid tot vaccinatie dan in de totale doelgroep het geval is. Bij de interpretatie van de resultaten moet daarom voorzichtigheid worden betracht. Toekomstig onderzoek kan overwegen om de respons te verhogen onder minder gemotiveerde groepen, bijvoorbeeld door aanvullende herinneringen of andere methoden van gegevensverzameling, zodat een representatiever beeld kan worden verkregen.

Een beperking in de bevraging betreft de formulering van de vraag rond de herhaling van de uitnodiging van griep en covid-19 vaccinatie. De vraag *'Hoe vaak wil je – per jaar – een herhaling van deze uitnodiging ontvangen?'* kan door deelnemers op verschillende manieren geïnterpreteerd worden: enerzijds als het aantal herinneringen na een eerste initiële uitnodiging, anderzijds als het totale aantal uitnodigingen per jaar. Deze mogelijke verwarring kan de interpretatie van de resultaten beïnvloeden. Toekomstig onderzoek zou kunnen overwegen om dergelijke vragen specifieker te formule-

ren, bijvoorbeeld door duidelijk onderscheid te maken tussen eerste uitnodigingen en een herhaling, om een eenduidiger antwoord te verwerven.
Ten slotte hebben anderstalige patiënten de enquête vermoedelijk niet ingevuld. Dit vormt een beperking, aangezien hierdoor geen inzicht werd verkregen in de manier waarop deze groep zijn weg vindt in de digitale communicatie en in hoeverre de informatiedocumenten voor hen toegankelijk en begrijpelijk zijn.

7. Tips voor verbetering

Als praktijkverbeterend project biedt deze thesis een aantal aanbevelingen voor de verdere implementatie van uitnodigingen en het gebruik van informatiedocumenten binnen de huisartsenpraktijk.

Ten eerste zou er meer aandacht moeten worden besteed aan het betrekken van anderstaligen en van patiënten die moeilijkheden ondervinden bij digitale communicatie. Een mogelijke verbetering zou zijn om uitnodigingen ook in andere talen aan te bieden, of om in de Nederlandstalige uitnodiging een verwijzing op te nemen naar een betrouwbare wetenschappelijke website die informatie aanbiedt in meerdere talen.

Tijdens de looptijd van dit project heeft de huisartsenpraktijk reeds inspanningen geleverd om patienten persoonlijk te begeleiden in het gebruik van digitale communicatiekanalen. Er wordt steeds meer ingezet op het ondersteunen van patiënten bij het gebruik van videoconsultaties, met bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid ervan voor alle leeftijdsgroepen. De praktijk streeft ernaar om digitale gezondheidszorg zo inclusief mogelijk te maken en barrières voor kwetsbare groepen actief weg te nemen.

De selectie van de juiste doelgroep voor griep- of covid-19 vaccinatie via de CareConnect statistiekmodule blijft een aanzienlijke uitdaging. Een mogelijke verbetering zou zijn om gebruik te maken van de standaard statistiek die CareConnect aanbiedt voor deze vaccinaties, waarbij selectie gebeurt op basis van ICPC-codes. Dit zou de nauwkeurigheid van de doelgroep bepaling kunnen vergroten. Echter, het gebruik van deze vooraf gedefinieerde statistieken beperkt de flexibiliteit opmerkelijk: de selectiecriteria kunnen niet aangepast worden aan praktijk-specifieke nuances en er is enkel de mogelijkheid om een document te verzenden. Deze beperking kan een negatieve invloed hebben op de personalisatie en de effectiviteit van de communicatie naar patiënten toe, wat dan ook weer mogelijk gevolgen zou kunnen hebben voor de respons op de uitnodigingen.

Voor de toekomst van het versturen van uitnodigingen en informatiedocumenten zou het interessant zijn om gebruik te maken van algemeen beschikbare uitnodigingen die rechtstreeks uit een database van een medisch softwareprogramma kunnen worden gehaald. Zo zou een huisartsenpraktijk die nog geen ervaring heeft met digitale communicatie zonder veel inspanning kunnen starten met een digitale uitnodiging. Een belangrijke ondersteuning hierbij zou zijn dat medische programma's hun statistiekmodules verder uitwerken, bijvoorbeeld door de mogelijkheid te bieden om te selecteren op het aantal toegediende vaccinaties.

Een mogelijke verbetering betreft het verlagen van de drempel voor patiënten om informatie of uitnodigingen te weigeren wanneer zij hier geen behoefte aan hebben. Dit kan bijvoorbeeld verwezenlijkt worden door in het elektronisch medisch dossier, onder de planning- of zorgelementen, een extra aanduiding toe te voegen waarin wordt geregistreerd of een patiënt verdere uitnodigingen wenst te ontvangen.

Op die manier kan bij het opstellen en verzenden van uitnodigingen beter rekening worden gehouden met de voorkeuren van de patiënt, waardoor ongewenste communicatie kan worden vermeden en de patiënttevredenheid verhoogd wordt.

De organisatie rond het versturen van uitnodigingen vergt momenteel een voorname tijdsinvestering. Het zou efficiënter zijn om deze opdracht gedeeltelijk te delegeren naar een praktijkmedewerker, zoals een verpleegkundige. Op die manier wordt de werkdruk niet enkel door de huisarts gedragen, terwijl er toch voldoende ruimte blijft voor het uitvoeren van preventieve acties.

Hoewel het opzetten van dergelijke organisatie initieel tijd vraagt, kan deze investering zich op termijn terugverdienen doordat er tijdens consultaties minder tijd nodig is om preventieve maatregelen te bespreken.

Een cruciale randvoorwaarde voor het succes van dit systeem blijft echter de nauwkeurige en actuele registratie van medische gegevens in het elektronisch medisch dossier. Alleen met een goed bijgehouden dossier kan een correcte selectie van de doelgroep en een effectieve preventieve werking worden gegarandeerd.

Gezien de reeds hoge werkdruk binnen de huisartsenpraktijk zou het een verbetering kunnen zijn om naast het voorzien van informatie ook meer in te zetten op triagemogelijkheden via digitale systemen. Platforms zoals 'moetiknaardedokter.nl' bieden gepersonaliseerd advies over de noodzaak om met bepaalde klachten contact op te nemen met een arts.

Deze website wordt momenteel al gepromoot via de website van de huisartsenpraktijk, maar het zou zinvol kunnen zijn om deze en vergelijkbare tools nog actiever aan te bevelen. Op die manier kan de drempel voor patiënten om zelf een eerste inschatting te maken worden verlaagd en kan mogelijk een deel van de druk op de gezondheidszorg worden verminderd.

8. Conclusie

Uit deze thesis kan worden geconcludeerd dat het gebruik van uitnodigingen voor griep- en COVID-19 vaccinaties vermoedelijk bijdraagt aan een verhoging van de vaccinatiegraad, hoewel dit effect niet statistisch significant werd bevonden. De vaccinatiegraad lag wel significant hoger bij vrouwen dan bij mannen. Ondanks deze positieve tendensen is er in België nog een aanzienlijke inspanning nodig om de door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vooropgestelde vaccinatiegraad van 75% te bekomen.

Daarnaast wijst deze studie erop dat de tevredenheid over de gebruikte uitnodiging positief is. Patiënten beschouwen de uitnodiging als zinvol, begrijpelijk en niet te uitgebreid. Er kan worden besloten dat patiënten de voorkeur geven aan maximaal twee herhalingen van een uitnodiging. Een belangrijk verbeterpunt blijft het vergemakkelijken van de mogelijkheid voor patiënten om aan te geven dat zij geen verdere uitnodigingen wensen te ontvangen, evenals het verder verfijnen van de doelgroepselectie in het medisch softwareprogramma van CareConnect.

Verder blijkt dat de bekendheid met wetenschappelijke websites zoals ‘Thuisarts.nl’ en ‘Gezondheid en Wetenschap’ onder de patiëntenpopulatie nog beperkt is. Hoewel de algemene waardering voor de informatiedocumenten en de websites positief is, zou het verhogen van de bekendheid van de betrouwbare informatiebronnen verdere meerwaarde kunnen bieden. Opvallend is dat de meerderheid van de patiënten het op prijs stelt om na enige tijd opnieuw informatie te ontvangen, terwijl slechts een minderheid te kennen geeft actief elders informatie te zoeken. De reacties van de deelnemers tonen aan dat de grote meerderheid de werking van de praktijk rond communicatie en informatieverstrekking als positief ervaart.

Voor de toekomst moet er aandacht zijn voor het beter benaderen van anderstalige patiënten en mensen met beperkte digitale vaardigheden. Daarnaast is het aanbevolen dat medische softwareprogramma’s meer mogelijkheden ontwikkelen voor het gebruik en de opvolging van informatiedocumenten en statistische gegevens, om zo een efficiëntere en meer gepersonaliseerde aanpak mogelijk te maken.

Met gerichte verbeteringen kan de effectiviteit van preventieve communicatie verder worden versterkt, in het belang van een brede en inclusieve gezondheidszorg.

Bijlages

1. Zoekstrategie

1.1. Richtlijnen

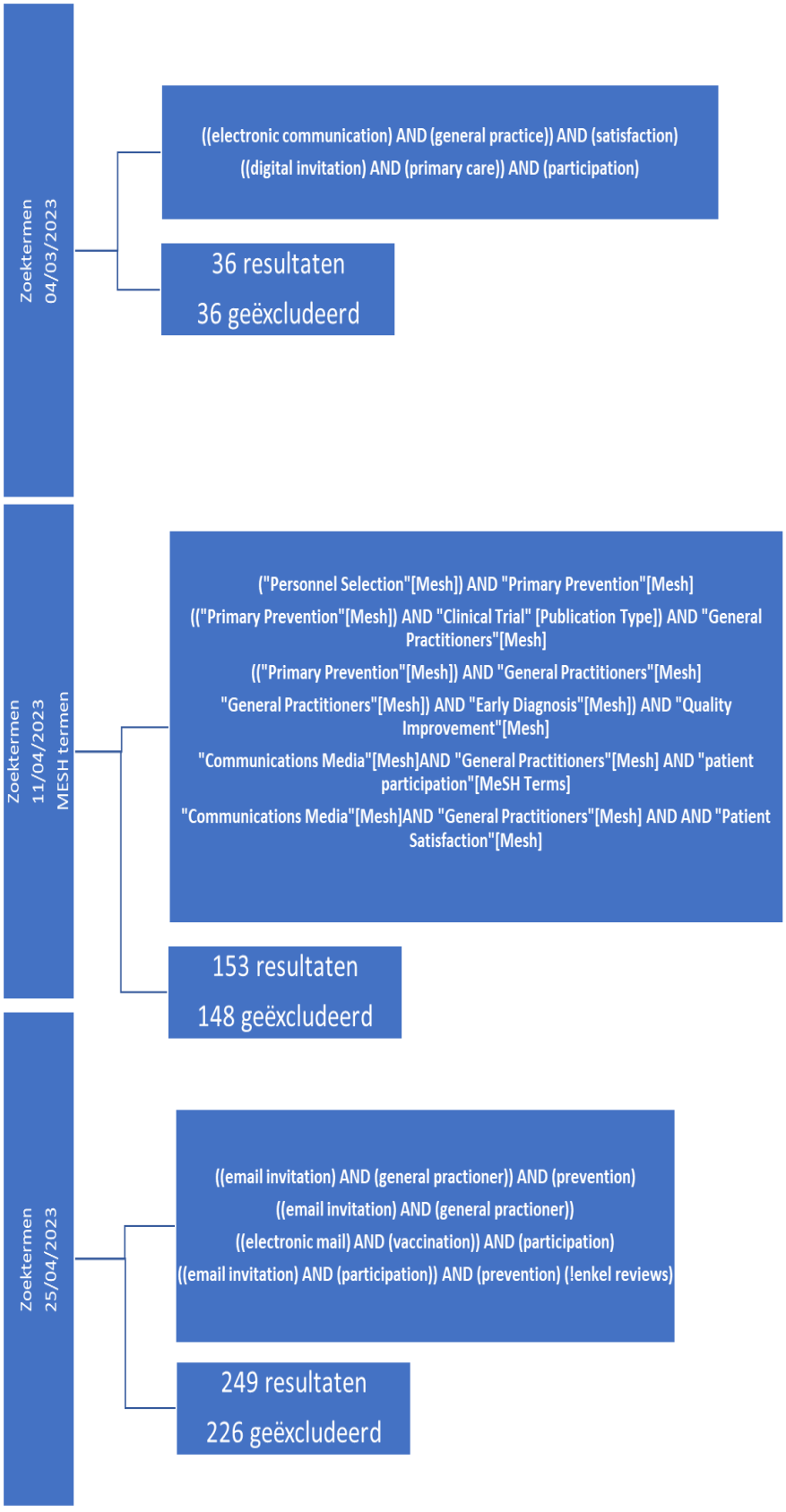
Doorzochte bron: Domus Medica. Resultaten:

- Domus Medica: 3 bronnen
    - **Dikke darmkankerscreening**
    - **Borstkankerscreening**
    - **Cervixkankerscreening**

1.2. CEBAM/CDLH

- Gebruikte trefwoorden
    - Uitnodiging/ invitation
    - Electronic communication
    - Reminder system
- **2 resultaten**

1.3. Pubmed


Zoektermen 04/03/2023
((electronic communication) AND (general practice)) AND (satisfaction)
((digital invitation) AND (primary care)) AND (participation)
36 resultaten
36 geëxcludeerd
Zoektermen 11/04/2023 MESH termen
("Personnel Selection"[Mesh]) AND "Primary Prevention"[Mesh]
(("Primary Prevention"[Mesh]) AND "Clinical Trial" [Publication Type]) AND "General Practitioners"[Mesh]
(("Primary Prevention"[Mesh]) AND "General Practitioners"[Mesh]
"General Practitioners"[Mesh]) AND "Early Diagnosis"[Mesh]) AND "Quality Improvement"[Mesh]
"Communications Media"[Mesh]AND "General Practitioners"[Mesh] AND "patient participation"[MeSH Terms]
"Communications Media"[Mesh]AND "General Practitioners"[Mesh] AND AND "Patient Satisfaction"[Mesh]
153 resultaten
148 geëxcludeerd
Zoektermen 25/04/2023
((email invitation) AND (general practioner)) AND (prevention)
((email invitation) AND (general practioner))
((electronic mail) AND (vaccination)) AND (participation)
((email invitation) AND (participation)) AND (prevention) (!enkel reviews)
249 resultaten
226 geëxcludeerd

2. Uitnodigingen

2.1. Influenza en Covid-19 vaccinatie

Huisartsenpraktijk de Pretlei - www.hupr.org

Beste (naam patiënt),

herhaalde uitnodiging voor **vaccinatie griep** en/of **covid-19**

Praktisch

- **Klik hier** voor een afspraak bij Anneleen, verpleegkundige. Kies het juiste type afspraak.
- Hoe eerder hoe meer voordeel van de vaccinatie(s), maar het blijft zinvol om ook nu nog te vaccineren. Beide vaccinaties kunnen tergelijkertijd gezet worden.
- Wil je 1 of beide **vaccinaties niet**?
  - Laat het ons weten - assistente@hupr.org.
  - Vermeld daarbij welke vaccinatie(s) je NIET wilt.
- Let op: 2 weken tussen COVID-ziekte en COVID-vaccinatie
  - Omdat testen op COVID niet meer standaard gebeurt weet je vaak niet of je recent COVID gehad hebt. Als je niet getest hebt kun je een recent acute luchtweginfectie (keelpijn, verkouden, hoest en/of koorts) als COVID beschouwen. Als je nu klachten hebt kun je een zelftest doen en een negatieve test beschouwen als geen COVID.
- Graag **mondmasker** dragen in de wachtkamer.
- Het **vaccin?**
  - Het **griep**vaccin haal je bij de **apotheek**.
    - Ben je 50 jaar of ouder, dan heb je geen voorschrift nodig.
    - Ben je jonger? Contacteer ons voor een voorschrift of geef het voorschrift aan apotheek na de vaccinatie.
  - Het COVID-vaccin is in de praktijk aanwezig.

Kosten?

- Het zetten van de vaccinaties bij de verpleegkundige: kosteloos.
- Griepvaccin: € 4,08 remgeld (met verhoogde terugbetaling € 2,45). Dit wordt gedeeltelijk vergoed door de aanvullende verzekering van je ziekenfonds - 2023.
- Het COVID-vaccin is kosteloos.

Voor wie?

- Beide vaccinaties zijn belangrijk voor ouderen en iedereen met chronische ziekte (vanaf 6 maanden voor griep en vanaf 5 jaar voor COVID) - zie verder.

COVID-vaccinatie nog zinvol?

- Het COVID-virus blijft aanwezig. De 9de golf is momenteel stabiel en de 10de golf wordt rond de jaarwisseling verwacht.
- Het is minder gevaarlijk geworden, je wordt er minder ziek van.

- Vooral oudere mensen kunnen nog steeds ernstig ziek worden. Met vaccinatie vermindert je kans op ziekenhuisopname/ complicaties met 20 tot 30%.
- De vaccinatie is werkzaam en veilig, maar werkt niet langdurig. Het doormaken van COVID geeft ook geen langdurige weerstand. Daarom deze (jaarlijkse?) vaccinatie.
- Dit is een vernieuwd vaccin gericht op de nieuwe variant van COVID.

Jaarlijkse vaccinatie griep en COVID-19? Voor wie (vooral)?

- De **1ste** prioriteit = de belangrijkste groep
  - vanaf 65 jaar en ouder
  - zwangeren
  - chronische ziekten
    - suikerziekte
    - longziekten: COPD (longemfyseem), ernstig astma
    - hartziekten (NIET als je alleen hoge bloeddruk hebt)
    - ernstige nier- of leverziekte
    - zenuw/spier aandoeningen, zoals dementie, Parkinson, MS, reuma, …
    - verminderde weerstand, bijv. door
      - HIV, chemo- of radiotherapie
      - chronisch gebruik van corticosteroïden, reumamedicatie of andere afweeronderdrukkende geneesmiddelen
      - na orgaantransplantatie
  - als je woont met iemand met een chronische ziekte, zie hier boven
  - werkzaam in de gezondheidssector
  - woonachtig in een instelling
- De **2de** prioriteit
  - tussen 50 en 65 jaar in combinatie met 1 van deze 3: roken, meer dan 10 glazen alcohol per week of obesitas (BMI > 30)

Waarom deze vaccinaties?

- De kans op complicaties (zoals longontsteking en ziekenhuisopname) vermindert (met 50% in de groep van 1ste prioriteit, zie hier boven), de *ernst* van de complicaties vermindert ook (met 25% in de groep van 1ste prioriteit). (De cijfers zijn voor de griepvaccinatie, maar zijn analoog voor COVID.)
- Om overbelasting van huisartsen en ziekenhuizen te voorkomen.

Andere zinvolle maatregelen?

- De bekende corona-maatregelen blijven van belang. Voldoende verluchten, regelmatig handen wassen met water en zeep en als je ziek bent thuis blijven, mondmasker dragen en afstand houden.
- Voldoende nachtrust, voldoende beweging, gezonde voeding en gezond gewicht maken je weerstand sterker tegen virussen en de complicaties daarvan. Wij zijn er om je te helpen bij een gezonde levenstijl.

- Samen voor **veiligheid**:
  - **Klachten**: grieperig (plots hoofdpijn, spierpijn, vermoeidheid, hoofdpijn OF koorts), keelpijn, hoest/benauwd/pijn op de borst, verkouden, plots verlies van smaak/geur, diarree, ...? Bescherm kwetsbare mensen. Draag bij die klachten een **mondmasker** in de praktijk.

Meer informatie - www.laatjevaccineren.be

- Vaccinatie door de **huisarts of apotheek?**
- Een deel van de apothekers heeft een aanvullende opleiding gevolgd om te vaccineren. Zij kunnen COVID en griepvaccineren.
- De artsenorganisaties geven de voorkeur aan vaccinatie door de huisarts.
    - De huisarts kent de patiënt en het heeft het medisch dossier beschikbaar.
    - In de zeldzame situatie dat er een allergische reactie optreedt, is de huisarts het meest bekwaam om dat op te vangen.

Hartelijke groeten, Gianni Faelens, Egbert van Wijk, Diane Vermeulen, Myrthe De Groote, huisartsenteam en Anneleen Van de Laar, verpleegkundige

*Het is belangrijk dat wij resultaten en uitnodigingen kunnen versturen en dat jij je dossier kunt inzien. Dat kan privacy-veilig met **Helena**: info.helena.care. Meld je aan met itsme, een ID-kaartlezer. Ons privacybeleid - www.hupr.org/privacy.*

2.2. Voorbeeld informatiedocument

Huisartsenpraktijk de Pretlei - www.hupr.org

Beste @(Voornamen) @(Naam),

Er gaan er verschillende virussen rond, onder meer **RSV, COVID en momenteel (februari) vooral griep**. Gezien het milde verloop van COVID, zijn er geen verplichte maatregelen meer. Gebruik je gezond verstand. Verminder je kans op besmetting en de kans om anderen te besmetten: voldoende verluchten (gebruik een CO2-meter), niezen en hoesten in de elleboog, handen wassen, mondmasker, afstand houden, ... Wees extra voorzichtig bij mensen met een kwetsbare gezondheid en mensen op hoge leeftijd.

Er zijn geen reguliere geneesmiddelen werkzaam/zinvol bij luchtweginfecties (verkouden, bronchitis/hoest, keelontsteking, COVID-19, griep) en buikgriep (overgeven, diarree). Alleen bij (bacteriële) complicaties (keelabces, longontsteking, uitdroging, ...) zijn medicijnen/antibiotica zinvol. Lees de adviezen in de alinea van jouw klachten. De adviezen voor **voedingssupplementen** zijn wetenschappelijk onderzocht zijn en kunnen waardevol zijn.

Verandering of verergering van je klachten, vragen, ongerust? Ga naar **www.moetiknaardedokter.be** of Klik hier om een (video)consult af te spreken of bel in het telefonisch spreekuur, 8 - 8.30 & 14.30 - 15 uur, tel. 03 650 10 00, keuzetoets 3.

Algemeen - **pijn en pijnstillers** - **koorts bij kinderen** - **koorts bij volwassenen**

- Neem voldoende (nacht)rust. Eet licht en gezond. Drink voldoende per dag:
  - volwassenen 1,5 tot 2 liter,
  - peuters (1 tot 3 jaar) 1/2 liter (bovenop melk), kleuters (3 tot 6 jaar): 1/2 tot 1 liter, kinderen vanaf 6 jaar: 1,5 liter.
- **Koorts**
  - activeert je afweer, werkt remmend op ziekteverwerkers. Koorts is niet schadelijk. Onderdrukken van de koorts is niet zinvol.
  - Het kan wel een reden zijn om met je huisarts te overleggen.
  - Medicatie bij koorts wordt niet aanbevolen. Je kunt wel paracetamol nemen bij pijn.
- **Pijn**
  - Pijnstilling kan comfort geven en is belangrijk bij ernstige pijn.
  - Je gaat er niet eerder mee herstellen. Elke pijnstilling drukt in zekere mate de afweer. Dus neem het alleen als het nodig is.
  - Paracetamol (Dafalgan is het duurdere merk) is eerste keuze. Voor het juiste gebruik klik hier.
  - Andere pijnstillers - NSAIDs (ibuprofen = Brufen, Voltaren, Nurofen, ...) geven meer bijwerkingen en zijn dus 2de keuze.
    - Uit deze groep is ibuprofen 1ste keuze, max. 3 x per dag 400 mg, als aanvulling op de paracetamol. Overleg met je huisarts.
    - Niet voor mensen met hart-, vaat- of nierziekte of een maagzweer in het verleden. Soms is een maagbeschermende medicatie zinvol.

Hartelijke groeten,

@(Gebruiker_voornaam) @(Gebruiker_naam),, huisarts

- www.moetiknaardedokter.be? - kijk eens hier voor je een afspraak maakt.
- Telefonisch spreekuur: 8.00 - 8.40 & 14.30 - 15.10 uur, tel. 03 650 10 00, keuzetoets 3.
- Klik hier voor een afspraak in de praktijk of via telefoon of video.
- Onze praktijk is virusveilig.

Het is belangrijk dat wij resultaten en uitnodigingen kunnen versturen en dat jij je dossier kunt inzien. Dat kan privacy-veilig met hele-na.care. Je kunt je aanmelden met itsme of een ID-kaartlezer. Ons privacybeleid - www.hupr.org/privacy.

Goedkeuring ethisch comité

ETHISCH COMITE

Voorzitter

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Veronique Verhoeven

UAntwerpen

Miss Myrthe De Groote

Geneeskunde

Datum: 13/05/2024

Project ID 6051 - EDGE n/a - BUN n/a

Project titel: Effect van elektronische communicatie met de patiënt op participatie, satisfactie en praktijkorganisatie: een praktijk verbeterend project

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. 13/05/2024.

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

Document Type	File Name	Date	Version
Accompanying letter	Begeleidende brief_Versie 1	01/12/2023	1
Insurance	UA verzekeringsattest	11/01/2024	1
CV	CV_professor Veronique Verhoeven	01/12/2023	1
CV	CV Myrthe De Groote	01/12/2023	1
GCP	Veronique-Verhoeven-25-06-2021-165210000309	22/01/2024	1
GCP	GCP 2024 Myrthe De Groote	14/02/2024	1
Remarks - protocol	Versie 2_MDG_Effect van elektronische communicatie met de patiënt op participatie, satisfactie, en praktijkorganisatie_een praktijk verbeterend project	05/05/2024	2
Remarks - questionnaire	Versie 2_ vragenlijst over Informatiedocumenten	05/05/2024	2

Document Type	File Name	Date	Version
Remarks - questionnaire	Versie 2_Vragenlijst griep en covid	05/05/2024	2
Remarks - protocol	Clean version_Versie 2_MDG_Effect van elektronische communicatie met de patiënt op participatie, satisfactie, en praktijkorganisatie	05/05/2024	2
Remarks - questionnaire	Versie 2_ tracked changes _Vragenlijst griep en covid	05/05/2024	2
Remarks - questionnaire	Vragenlijst over Informatiedocumenten _Versie 2_tracked changes	05/05/2024	2

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
mevr. Madina Bachayeva	Legal
prof. dr. Bettina Blaumeiser	Physician
prof. dr. emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
mevr. Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
mevr. Renka Cools	Nurse
prof. dr. Patrick Cras	Physician
mevr. Eva De Backer	Clinical Psychologist
dr. Elyne De Baetselier	Nurse
prof. dr. Ingrid De Meester	Pharmacologist
dr. Katrien Eger	Physician
mevr. Lina Fierens	Nurse
prof. dr. Kristien Hens	Philosopher
dhr. Kris Ides	Physiotherapist
prof. dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
dhr. Daan Kenis	Pharmacist
dr. Leon Luyten	Physician
dr. Barbara Michiels	General Practitioner
prof. dr. Peter Michielsen	Chair, Physician
dhr. Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
prof. dr. Bernard Paelinck	Physician

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
prof. dr. Patrick Pauwels	MD, PhD, Pathologist
dhr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
dhr. Kris Smulders	Nurse
mevr. Daphne Van de Wildebergh	Legal
mevr. Aithne Van den Bossche	Clinical psychologist
prof. dr. Pieter Van Dyck	Physician
dhr. Guy Van Honste	Patient Representative
dhr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
prof. dr. Thierry Vansweevelt	Legal
dr. Michiel Voeten	Physician
mevr. Griet Wyers	Pharmacist

Bibliografie

1. Bakkali LE. Veel Belgische gemeenten kampen met huisartsentekort ondanks hogere instroom. VRT-nieuws. 2023.
2. (CvKO) Cvk. Jaarrapport 2022. België2022.
3. Vandenbroucke F. Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk). In: volksgezondheid Sze, editor. België2023.
4. Faelens G, Verhulst V, Michiels B, Van Wijk E. Effect van gepersonaliseerde uitnodigingen voor preventie, screening en opvolging op de patiëntentevredenheid, participatie en praktijkvoering. 2019.
5. Beleid over preventieve gezondheidszorg: Vlaanderen departement zorg; [Available from: https://www.departementzorg.be/nl/preventief-gezondheidsbeleid.
6. Maertens K, Willen L, Van Damme P, M. R, Guérin C, de Kroon M, et al. Studie van de vaccinatiegraad in Vlaanderen
2020. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Toezicht Volksgezondheid, Team infectieziekten; 2020.
7. Griep: Laatjevaccineren.be, Vlaamse overheid; 2023 [Available from: https://www.laatjevaccineren.be/griep.
8. Sciensano. Influenza Brussel [Available from: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/influenza.
9. Tuerlinckx D, Callens S. Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep: winterseizoen 2023-2024. Hoge Gezondheidsraad 2023.
10. Tuerlinckx D, Callens S. Covid-19-vaccinatie - vaccinatiestrategie voor de Belgische bevolking voor 2023-2024. Brussel: Hoge Gezondheidsraad; 2023.
11. COVID-19. European Centre for Disease Prevention and Control; 2023.
12. Sciensano. COVID-19 - Gevalsdefinitie en testing. 2020.
13. Thuisart.nl: Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Patiëntenfederatie Nederland (PfN); [Available from: https://www.thuisarts.nl/.
14. Gezondheid en wetenschap: Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine; [Available from: https://www.gezondheidenwetenschap.be/.
15. Jacobson Vann JC, Jacobson RM, Coyne-Beasley T, Asafu-Adjei JK, Szilagyi PG. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. Cochrane Database Syst Rev. 2018;1(1):CD003941.
16. Posadzki P, Mastellos N, Ryan R, Gunn LH, Felix LM, Pappas Y, et al. Automated telephone communication systems for preventive healthcare and management of long-term conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2016;12(12):CD009921.
17. Lieu TA, Elkin EP, Escobar PR, Finn L, Klein NP, Durojaiye C, et al. Effect of Electronic and Mail Outreach From Primary Care Physicians for COVID-19 Vaccination of Black and Latino Older Adults: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2022;5(6):e2217004.
18. Wijesundara JG, Ito Fukunaga M, Ogarek J, Barton B, Fisher L, Preusse P, et al. Electronic Health Record Portal Messages and Interactive Voice Response Calls to Improve Rates of Early Season Influenza Vaccination: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2020;22(9):e16373.
19. Richman AR, Maddy L, Torres E, Goldberg EJ. A randomized intervention study to evaluate whether electronic messaging can increase human papillomavirus vaccine completion and knowledge among college students. J Am Coll Health. 2016;64(4):269-78.
20. Patel A, Stern L, Unger Z, Debevec E, Roston A, Hanover R, et al. Staying on track: a cluster randomized controlled trial of automated reminders aimed at increasing human papillomavirus vaccine completion. Vaccine. 2014;32(21):2428-33.
21. Bhagwanbali V, Verhoeven V, Wijk EV. Kan de participatie aan baarmoederhalskankerscreening worden verbeterd met een online interventie? 2017.
22. Kong Y, Michiels B, Verhoeven V, Van Wijk E. Kan een uitnodiging voor

griepvaccinatie via een elektronische brief de participatiegraad verbeteren? . 2019.
23. Huisartsen moeten meer worden betrokken bij de ontwikkeling van eGezondheidsdiensten2021. Available from: https://kce.fgov.be/nl/over-ons/persberichten/huisartsen-moeten-meer-worden-betrokken-bij-de-ontwikkeling-van-egezondheidsdiensten.
24. Carlgren A. AANBEVELING VAN DE RAAD van 22 december 2009 inzake de vaccinatie tegen seizoensinfluenza
(Voor de EER relevante tekst) (2009/1019/EU). Publicatieblad van de Europese Unie: DE RAAD VAN DEN EUROPESE UNIE; 2009.
25. F. Berete JT, S. Demarest, S.Drieskens. Gezondheidsenquête 2018: Vaccinatie. Brussel, België: Sciensano; 2018.
26. Kestens W, Bruyneel L, Karakaya G, Saerens R, Macken E, Leclercq A, et al. Griepvaccinatie Evolutie van de vaccinatiegraad, profiel van gevaccineerde personen, en de rol van verschillende zorgverstrekkers in het voorschrijven en toedienen van het vaccin. De Onafhankelijke Ziekenfondsen. 2024.
27. Meeus P, Grypdonck L, Dalcq V, Swine B, De Falleur M, Declercq K, et al. Griepvaccinatie (buiten ROB-RVT, 65 en ouder): Analyse van de verdeling en van de evolutie van het verbruik in volumes en in uitgaven per verzekerde in België
(analyses en tendensen per gewest, provincie en arrondissement) voor 2023. In: INAMI- RIZIV cdz, editor.: INAMI- RIZIV; 2024.
28. Gezondheidsraad H. COVID-19-vaccinatie - Vaccinatiestrategie voor de Belgische bevolking voor 2023-2024. Advies nr 9766. Brussel2023.
29. Sciensano. Wekelijks bulletin acute luchtweginfecties: Week 04 (22/01/2024 – 28/01/2024). Brussel, België: Sciensano; 2024.
30. Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, Levy M, Maertens de Noordhout C, Obyn C, et al. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2024. Report No.: 376A.
31. Interim COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2024.