Vrije Universiteit Brussel

FACULTEIT GENEESKUNDE EN FARMACIE

Kwaliteitsverbeterproject: Optimaliseren van de griepvaccinatiestatus bij patiënten met risico op complicaties.

Thesis neergelegd voor het behalen van de graad van

Master na Master in de Geneeskunde

NazaketCakici

Promotor: Prof. Dr.Jan Vandevoorde

1 Inleiding 4
1.1 Influenza: epidemiologie-pathogenese-verloop 4
1.2 Behandeling en preventie 5
1.2.1 Behandeling 5
1.2.2 Preventie: Vaccinatie 5
2 Methode 10
3 Resultaten 11
3.1 Doelgroep 11
3.2 Vaccinatiegraad 2014-2015: 11
3.3 Eerste evaluatie 12
3.4 Tweede evaluatie 12
3.5 Eindresultaat: vaccinatiegraad 2015-2016 13
4 Discussie 17
4.1 Identificatie van risicopatiënten 17
4.2 Vaccinatiegraad 18
4.3 Sterkten en Zwakten 18
4.3.1 Zwakten 18
4.3.2 Sterke punten. 19
4.4 Kostprijs 19
5 Besluit 20
6 Dankwoord 21
7 Referenties 22
8 Bijlagen 24
8.1 Bijlage 1: affiche wachtzaal 24
8.2 Bijlage 2: artikel krantje 25
8.3 Bijlage3: oproepingsbrief 26
8.4 Bijlage 4 ICPC- codes 27
8.5 Bijlage 5: Goedkeuringsmail van het Ethisch Comité 28
8.6 Bijlage 6: Protocol: onderdeel aanvraag Ethisch Comité 29

Optimaliseren van de griepvaccinatiestatus bij patiënten met risico op complicaties.

Haio: Nazaket Cakici (Vrije Universiteit Brussel)

Promotor: Jan Vandevoorde (Vrije Universiteit Brussel)

Praktijkopleider: Luc Ectors

Context: Hoewel vaccinatie de belangrijkste preventieve maatregel is in het voorkomen van griep en de bijbehorende complicaties, ligt het vaccinatiepercentage toch lager dan verwacht. Geneeskunde voor het Volk in Lommel slaagde er de vorige jaren onvoldoende in de doelgroepen te bereiken. In 2014-2015 was de vaccinatiegraad voor de risicopatiënten 40,62%.

DOEL: Het doel van dit project was om na te gaan of een interventie, namelijk het aanschrijven van de patiënten met verhoogd risico op complicaties de vaccinatiegraad voor de griep in onze praktijk verbetert.

Methode: Voor het griepseizoen 2015-2016 werd aan de hand van ICPC2-codes de patiënten geselecteerd bij wie, volgens de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad, risico op griepcomplicaties aanwezig zijn. Hiervan werden twee lijsten gemaakt: 65-plussers (met of zonder risicofactoren) en patiënten onder de 65-jaar met één of meerdere risicofactoren. In september 2015 verscheen er een artikel in het patiëntenkrantje waarbij alle patiënten die in aanmerking komen voor een griepvaccin werden opgeroepen om zich te laten vaccineren. Op 10 november werd de vaccinatiegraad geëvalueerd en de niet-gevaccineerden kregen een oproepingsbrief en voorschrift om zich alsnog te komen vaccineren. De cijfers werden vergeleken met de resultaten van de registratie van het vorige griepseizoen 2014-2015 in dezelfde huisartsenpraktijk

Resultaten: Voor het griepseizoen 2015-2016 werden 172 patiënten jonger als 65 jaar met één of meerdere risicofactoren en 441 patiënten ouder dan 65 jaar opgelijst. De vaccinatiegraad bij de eerste evaluatie was bij patiënten jonger dan 65 met risicofactor(en) 20,35% en bij de 65 plussers 34,01%. In het totaal kregen 428 patiënten in beide groepen een oproepingsbrief en voorschrift opgestuurd. De eindevaluatie toonde een vaccinatiegraad van 46,51% aan patiënten jonger dan 65jaar met risicofactor(en) en 55,33 % bij 65plussers. De totale vaccinatiegraad in het seizoen 2015-2016 was 52,85%.

Conlusie: Vaccinatie is een veilige en effectieve maatregel voor preventie. We zijn erin geslaagd in onze praktijk de vaccinatiegraad te verhogen van 40,62% naar 52,85%.
Het is belangrijk om het electronisch medisch dossier (EMD) goed bij te houden en goed te coderen. Dit biedt namelijk enorme voordelen bij het trekken van de lijsten aan de hand van ICPC-codering.
In de toekomst willen we met een meer geïndividualiseerde aanpak binnen de griepcampage de vacccinatiegraad binnen de risicogroepen nog meer te verbeteren.

email: nazaket.cakici@vub.ac.be
ICPC-code: R80

1 Inleiding

1.1 Influenza: epidemiologie-pathogenese-verloop

Influenza virussen behoren tot de orthomyxovididae en worden opgedeeld in verschillende types en subtypes. Het type (A, B of C) hangt af van de antigene kenmerken van de nucleoproteïnen. Influenza A kent een verdere onderverdeling op basis van de kenmerken van de oppervlakte proteïnen Heamaglutinine (H) en Neuraminidase (N) die het virus helpen de cellen binnen te dringen en weer te verlaten. Men kan zestien H-subtypen en negen N-typen onderscheiden. Influenza B en C kennen geen verdere H- en N-subtypering. [1,2]

Er vinden voortdurend kleine mutaties plaats in deze virusoppervlakte-eiwitten. Door deze kleine veranderingen, ook wel '*antigene drift*' genoemd, verandert de antigeniciteit van de oppervlakte-proteïnen van het virus, waardoor de antistoffen, ontwikkeld na een vorig contact of na vaccinatie, minder effectief zijn. Dit is de reden dat de samenstelling van het griepvaccin ieder jaar opnieuw bepaald moet worden op basis van de circulatie en de activiteit van de verschillende influenzavirustypen.
Naast de *antigene drift* bestaat ook de '*antigene shift*'. Bij een *antigene shift* is de gastheercel geïnfecteerd door minimaal twee verschillende virusstammen, en kan er een herschikking van de genomen van de virussen ontstaan, met als gevolg het ontstaan van nieuwe subtypes. Dit levert het virus een belangrijke virulentie. Men spreekt van *antigene gift* wanneer influenza wordt overgedragen tussen speciës en nieuwe virussubtypes ontstaan. [3,4]

Het influenza-virus kan zowel via direct contact als via druppels overgedragen worden.[5,6] Deze virus-houdende druppels komen in de lucht terecht via hoesten of niezen van de geïnfecteerde persoon. Vervolgens worden de vrijgekomen druppels ingeademd door anderen.[7] De kans op besmetting is het grootst in besloten ruimtes omdat het virus snel verdund word in de open lucht. Het virus is aanwezig in de respiratoire secreties van een besmet persoon één dag voor het optreden van de symptomen. Op dag twee en drie van de ziekte, is het besmettingsrisico het hoogst.[2]
De infectie start na de aanhechting van het virus aan de ciliaire cellen van het respiratoir epitheel. Vervolgens zal het virus zich heel snel repliceren in deze cellen en wordt het afgescheiden naar de naburige cellen. Door de beschadiging van een deel van het respiratoir epitheel ontstaan de typische respiratoire klachten zoals hoest en keelpijn. [8,9] Vervolgens zal de productie van cytokines leiden tot systemische symptomen zoals koorts en spierpijn.[2]
Temperatuur en luchtvochtigheid hebben ook een invloed op de overdraagbaarheid van het griepvirus. [10,11] Zo kunnen de druppeltjes waarin het virus aanwezig is, goed water opnemen bij hoge luchtvochtigheid en toenemen in grootte. Op die manier kunnen ze gemakkelijker verspreid worden als waterdruppels. Maar bij een lage luchtvochtigheid blijft er een lege kern over doordat het water in de druppeltjes verdampt.[11] De overlevingsduur van Humane influenza virussen

in aerosolen bedraagt 9-15 uur bij 15% luchtvochtigheid en 21°C. Vanaf 30°C wordt aerogene transmissie via druppelkernen uitgeschakeld. [10]

1.2 Behandeling en preventie

1.2.1 Behandeling

Als er geen complicaties optreden is de patiënt na ongeveer één week vanzelf genezen. Patiënten worden aangeraden voldoende water te drinken en inspanningen te vermijden. Paracetamol wordt geadviseerd om koorts en pijnklachten te verlichten.

Het preventief gebruik van antivirale middelen zoals neuraminidase –inhibitoren oseltamivir (Tamiflu®) en zanamivir (Relenza®) wordt niet aangeraden. De ziekteduur en de symptomen kunnen wel beperkt worden. Als de behandeling binnen de 48 uren na de eerste symptomen gestart wordt, kunnen de griepsymptomen gemiddeld met één dag verkort worden. Er bestaan geen bewijzen dat ernstige verwikkelingen en overlijdens vermeden kunnen worden.[12]

1.2.2 Preventie: Vaccinatie

Vaccinatie is de belangrijkste preventieve maatregel in het voorkomen van griep.[15] De ideale periode van vaccineren ligt tussen 15 oktober en 15 november. Vaccineren blijft zinvol zolang het griepseizoen niet gestart is

1.2.2.1 ***Het griepvaccin: samenstelling, veiligheid, en effectiviteit.***

Tot verleden seizoen beschikten we in België enkel over geïnactiveerde trivalente , inspuitbare vaccins. Deze bevatten twee influenza A-viruscomponenten en één influenza B-viruscomponent. Voor het griepseizoen 2015-2016 werden, naast de trivalente vaccins ook tetravalente vaccins (Alpharix Tetra® en Fluenz Tetra®) aangekondigd, en bevatten volgende virusstammen:

- A/California/7/2009 (H1N1) of eenverwantestam;
- A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2) of een verwante stam;
- B/Pukhet/3073/2013 of een verwante stam (de zogenaamde "B-Yamagata-lijn");
- B/Brisbane/60/2008 of een verwante stam (de zogenaamde "B-Victoria-lijn"), enkel in de tetravalente vaccins.

Er is een tweede influenza B-viruscomponent toegevoegd omdat de laatste 25 jaar de belangrijkste circulerende Influenza B-virussen behoren tot de "B-Victoria-lijn" of de "B-

Yamagata-lijn". De immunogeniciteit van het tetravalente vaccin is te vergelijken met die van de trivalente vaccins tegen de A stammen en tegen de gemeenschappelijke B stam in het trivalente vaccin. De tetravalente vaccins lokken echter een hogere immuunrespons uit op de influenza B-viruscomponent die wel in het tetravalente vaccin maar niet in het trivalente vaccin aanwezig is. Studies die morbiditeit en mortaliteit als eindpunt vergelijken zijn er niet. Het veiligheidsprofiel van de tetravalente en trivalente vaccins lijkt vergelijkbaar. Het Belgisch Centrum voor Farmaco-therapeutische Informatie (BCFI) neemt voorlopig een afwachtende houding aan. Het potentïele voordeel van een tetravalent vaccin hangt af van de aard en virulentie van de circulerende influenzavirussen in een bepaald seizoen. In België varieerde, in de voorbije vier griepseizoenen, het aandeel van de influenza B virussen in influenza positieve stalen tussen de 1,5 en 50%. De inluenza B virussen behoorden vooral, maar niet uitsluitend, tot de B-Yamagata-lijn, die voorkwamen in het trivalent vaccin. "Tetravalente vaccins beperken de kans op "mismatch" tussen de influenza B viruscompentent in het vaccin en de circulerende influenza B-virussen. Dit kan theoretisch voordelen bieden, maar in de belgische situatie bestaan weinig argumenten om een duidelijke voorkeur te geven aan het tetravalent vaccin, zeker bij volwassenen".[13]

Naast het geïnactiveerde (inspuitbare) vaccin bestaat ook het levende influenza vaccin via intranasale toediening. Dit vaccin is enkel vergund voor vaccinatie van kinderen en adolescenten (<18jaar). Volgens het BCFI zijn er met het levende influenzavaccin minder influenzagevallen dan met geïnactiveerde vaccins, maar is er op dit ogenblik geen bewijs dat de levende vaccins ook het risico van ernstige influenzacomplicaties meer verminderen. Het intranasale vaccin is gecontra-indiceerd bij patiënten met allergie voor kippeneieren of kippenei-eiwitten, immunodepressie en patiënten in behandeling met acetylsalicylzuur. Hierdoor heeft het intranasale vaccin een beperkte plaats bij hoogrisicokinderen. [13]

Voor de praktijk

Volgende vaccins zijn beschikbaar tijdens het griepseizoen 2015-16 :

- Alpharix Tetra®: **Tetravalent geïnactiveerd vaccin** voor intramusculaire toediening aan volwassenen en kinderen ≥ 3 jaar Publieksprijs 12,6 € (in geval van terugbetaling : 6,77 €)
- Influvac® : **Trivalent geïnactiveerd vaccin** voor intramusculaire toediening aan volwassenen en kinderen ≥ 6 maanden. Prijs 11,45 € (in geval van terugbetaling: 5,82 €)
- Vaxigrip® : **Trivalent geïnactiveerd vaccin** voor intramusculaire toediening aan volwassenen en kinderen ≥ 6 maanden. Prijs 11,94 € (in geval van terugbetaling : 6,23 €)
- Intanza® : **Trivalent geïnactiveerd vaccin** voor intradermale toediening aan volwassenen en kinderen ≥ 6 maanden. Prijs 12,27 € (remgeld in geval van terugbetaling: 6,50 €)

Figuur 1: Beschikbare vaccins tijdens het griepseizoen 2015-2016. [14]

1.2.2.2 ***Griepvaccinatie-aanbevelingen***

De Hoge Gezondheidsraad beveelt om volgende groepen van personen voorrang te verlenen voor vaccinatie tegen seizoensgebonden influenza tijdens het winterseizoen 2015-2016:

- Groep 1: personen met risico voor complicaties, d.w.z.:
    - zwangere vrouwen die in het tweede of derde trimester van hun zwangerschap zijn op het ogenblik van het griepseizoen. Zij worden gevaccineerd vanaf het tweede trimester van de zwangerschap
    - alle patiënten vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening, ook indien gestabiliseerd, van de longen (inclusief ernstig astma1), het hart (uitgezonderd hypertensie), de lever, de nieren, aan metabole aandoeningen (inclusief diabetes), aan neuromusculaire aandoeningen of aan immuniteitsstoornissen (natuurlijk of geïnduceerd)
    - alle personen vanaf 65 jaar
    - alle personen die in een instelling opgenomen zijn
    - kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan.
- Groep 2: alle personen werkzaam in de gezondheidssector
- Groep 3: personen die onder hetzelfde dak wonen als
    - de risicopersonen van groep 1
    - kinderen jonger dan 6 maanden.

Daarnaast is het ook zinvol om alle personen tussen 50 en 65 jaar te vaccineren, zelfs indien ze niet aan een risicoaandoening lijden. Naast het verhoogde risico dat ze complicaties bij griep ontwikkelen door hun leeftijd, bestaat er immers ook één kans op drie dat ze tenminste één factor vertonen die het risico op complicaties nog verhoogt. Het gaat vooral om personen die roken, excessief drinken en/of zwaarlijvig (Body Mass Index > 30) zijn.

Gezien het risico op gelijktijdige circulatie van stammen van dierlijke en menselijke oorsprong in België, zal de vaccinatie tegen de seizoensgebonden griep aan bepaalde beroepsgroepen worden aangeboden om het risico van virale reassortering (de uitwisseling van genetisch materiaal tussen dierlijke en de menselijke influenzavirussen) te vermijden. Deze groepen zijn:
a. beroepsfokkers van gevogelte en varkens alsook hun familieleden die onder hetzelfde dak wonen; b. personen die door hun beroep met levend gevogelte en levende varkens in contact komen.[16]

1.2.2.3 ***Vaccinatiegraad***

Hoewel vaccinatie de belangrijkste preventieve maatregel is in het voorkomen van griep en de bijbehorende complicaties, ligt het vaccinatiepercentage toch lager dan verwacht. En dit vooral bij jongeren met comorbiditeit. [15,17]
In een Belgische gezondheidsenquête, gehouden in 2013, was de vaccinatiegraad van de chronische zieken in de leeftijdsgroep 15 tot 34 jaar 10%, 20% in de leeftijdsgroep 35-54 jaar en 64% bij 74-plussers. [18]

Om de vaccinatiegraad te verbeteren onderzoekt men best welke factoren bepalend zijn in het vaccinatieproces.

De beslissing van het individu om zich al dan niet te laten vaccineren wordt onder andere bepaald door tal van persoonlijke factoren. Het gaat hier om geloofsovertuigingen, kennis over de griepvaccinatie en gevolgen van de griep en ervaringen met vorige griepepidemieën.[19,20] Zo wijzen bijvoorbeeld verschillende studies uit dat de vaccinatiegraad van een bevolking hoger ligt na een ernstige griepepidemie het afgelopen jaar. [21,22,23]

Eén van deze factoren heeft betrekking tot de arts. Het is belangrijk dat de artsen op een efficiënte manier risicopatiënten kunnen identificeren, oproepen en vaccinaties registreren. [24,25] Een onderzoek in Nederland toonde aan dat het gebruik van geïnformatiseerde medische dossiers een positieve invloed had op de vaccinatiegraad.[26] Dit zou kunnen verklaard worden doordat het anders tijdrovend is voor de artsen om risicopatiënten te identificeren en er vaak geen tijd is om griepvaccinatie te bespreken tijdens een consultatie.[27] Een niet te vergeten rol in de bestrijding van de griep is de vaccinatie van het medisch personeel zelf. Eens gevaccineerd vormen deze artsen geen rechtstreekse bron van besmetting naar eigen patiënten toe. [28] Ook zijn deze artsen meer gemotiveerd om het vaccin aan hun eigen patiënten aan te raden. [29,30,31]

Naast de identificatie van de risicogroepen is het ook belangrijk om deze patiënten op een doeltreffende manier op te roepen. Onderzoek in Vlaanderen (2012) toonde aan dat de overgrote meerderheid het liefst geïnformeerd werd door de eigen huisarts tijdens een gewone consultatie.[32] Uit Cochrane reviews (2002 en 2005) blijkt dat uit de verschillende middelen om patiënten op te roepen, de telefoonoproepen het meest effectief te zijn, maar ze zijn tegelijk ook het meest kostelijk.[33.34] Daarnaast is het ook belangrijk om een onderscheid te maken tussen de verschillende leeftijdsgroepen om deze beter aan te kunnen spreken. Een studie van Minor et al. in de Verenigde Staten heeft aangetoond dat niet-gepersonaliseerde massamailings zorgden voor een toename van de totale vaccinatiegraad, maar zonder effect op de jongere risicogroepen.[35] Een studie van Nakamura et al. heeft aangetoond dat een herhaalde oproep binnen hetzelfde griepseizoen zorgde voor een toename in vaccinatiegraad bij oudere patiënten, maar geen effect had op de vaccinatiestatus bij de jongere risicogroep.[36]

Onze groepspraktijk slaagde er de vorige jaren onvoldoende in om de doelgroepen te bereiken. In 2014-2015 was de vaccinatiegraad voor de risicopatiënten 40,62%. Andere groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk te Genk, Deurne en Hoboken voerden reeds allemaal een griepvaccinatiecampagne. Hierdoor werd in Deurne en Genk een vaccinatiegraad van respectievelijk 82 en 81 % bereikt.

Deze groepspraktijken werken via het forfaitaire betalingssysteem. De patiënten dienen zich hiervoor in te schrijven bij de praktijk. Alle verrichtingen en consultaties door artsen en verpleegkundigen zijn gratis voor de ingeschreven patiënten. In totaal zijn er in onze praktijk 1756 forfaitair ingeschreven patiënten.

Het doel van dit project was om na te gaan of een interventie, namelijk het aanschrijven van de patiënten met verhoogd risico op complicaties de vaccinatiegraad voor de griep in onze praktijk verbetert.

2 Methode

Opzet:

FASE1:
Het protocol wordt opgesteld en nadien besproken op de medische vergadering in aanwezigheid van de artsen, verpleegkundigen en onthaalmedewerkers.

Tijdens deze teamvergadering besluiten we ons te focussen op patiënten met risico op complicaties volgens de aanbeveling van De Hoge Gezondheidsraad. Deze doelgroepen worden via STADDPPRO, het statistische programma van medidoc, geselecteerd aan de hand van leeftijd en ICPC2 codes (zie bijlage 4). Hiervan worden twee lijsten gemaakt: 65-plussers (met of zonder risicofactoren) en patiënten onder de 65-jaar met één of meerdere risicofactoren.

Voor de voormeting zal men nagaan wie van de patiënten met risico op complicaties, hierboven beschreven, in 2014 een griepvaccin heeft gekregen.

Voor al deze patiënten wordt het voorschrift voor griepvaccinatie, Influvac®, uitgeprint en klaargelegd aan het onthaal.

FASE 2:
In september 2015 verscheen er een artikel over de griep (zie bijlage 2) in het patiëntenkrantje waarbij de risicogroepen opgeroepen worden voor vaccinatie. Deze patiënten kunnen het voorschrift aan het onthaal komen afhalen. Het onthaal registreert de afgeleverde voorschriften op de lijsten.

FASE 3:
Voor de vaccinatie kunnen de patiënten iedere voormiddag terecht bij de verpleegkundigen , of op afspraak bij de arts. De verpleegkundigen zetten de vaccins enkel op momenten wanneer er ook een arts aanwezig is in het kabinet.
Registratie van de vaccinatie gebeurt rechtstreeks in Medidoc onder "immunisaties".

FASE 4:
Op 10 november wordt de vaccinatiegraad geëvalueerd en de niet-gevaccineerden krijgen een brief (zie bijlage 3) en voorschrift opgestuurd om zich alsnog te komen laten vaccineren. In deze brief wordt een invulstrookje verwerkt dat onze patiënten kunnen afgeven aan het onthaal. Op deze manier kunnen geweigerde vaccinaties, vaccinaties die elders gebeurden of mensen die al door ons gevaccineerd zijn eveneens geregistreerd worden.

FASE 5:
Op het einde van de vaccinatieperiode worden de resultaten geanalyseerd en vergeleken met de voormeting. Hierna wordt het kwaliteitsbevorderend project door het team geëvalueerd en wordt nagegaan of het bruikbaar is voor de toekomst.

3 Resultaten

3.1 Doelgroep

De doelgroep bestaat uit 613 patiënten.
Hiervan zijn 172 patiënten jonger dan 65 jaar met één of meerdere risicofactoren: 146patiënten hebben 1 risicofactor, 24 patiënten hebben 2 risicofactoren en 2 patiënten hebben 3 risicofactoren.
441 patiënten zijn ouder dan 65 jaar.

	Risicofactor	Aantal	% totale populatie
Totale populatie		1756	100
Totaal te vaccineren		613	34.91
<65 jaar		**172**	**9.79**
	Cardiovasculaire aandoening	32	1.82
	Chronisch longlijden	65	3.70
	Diabetes Mellitus	23	1.31
	Chronisch nierlijden	7	0.40
	Chronisch leverlijden	8	0.46
	Immuundeficiëntie	33	1.88
	Chronische neuromusculaire aandoening	3	0.17
	Ernstig neurologische stoornis	18	1.03
+65 jaar		**441**	**25.11**

Tabel 1: Populatie eigenschappen

3.2 Vaccinatiegraad 2014-2015:

	totaal	*Aantal gevaccineerd*	*% gevaccineerd*
<65 jaar + risicofactor	172	39	22.26
>65 jaar	470	210	47.62
		Totale vaccinatiegraad	**40,62%**

Tabel2:vaccinatiegraad 2014-2015

3.3 Eerste evaluatie

Een eerste evaluatie wordt gemaakt op 10november 2015.

	totaal	*Aantal gevaccineerd*	*% gevaccineerd*
<65 jaar + risicofactor	172	35	20.35
>65 jaar	441	150	34.01

Tabel3: eerste evaluatie vaccinatie

Op 13 november werden 428 patiënten persoonlijk aangeschreven. Zij ontvingen een standaardbrief, samen met een voorschrift.
137/172 (79.65%) van de patiënten jonger dan 65 met risicofactor(en) kreeg deze brief. Van de 65-plussers kregen 291/441 (65.99%) de brief toegestuurd.

<65 jaar + risicofactor	137
>65 jaar	291
Totaal	428

Tabel4: aantal patiënten die een brief+ voorschrift ontvangen

3.4 Tweede evaluatie

Een tweede evaluatie vond plaats na 31/01/2016.

Patiënten jonger dan 65 met één of meerdere risicofactoren

42 (30,66 %) patiënten van de 137 aangeschreven <65-jarigen met risicopatiënten hebben zich laten vaccineren.

13patiënten weigerden een griepvaccinatie.
3 Patiënten kregen elders hun vaccinatie.

Patiënten ouder dan 65jaar

91 (31,27%) patiënten van de 291 aangeschreven 65 plussers hebben zich laten vaccineren.

52 patiënten weigerden een griepvaccinatie.
3 patiënten kregen elders hun vaccinatie.
1 patiënt had een contra-indicatie voor griepvaccinatie (kippeneiwitallergie).

Overzicht na tweede evaluatie

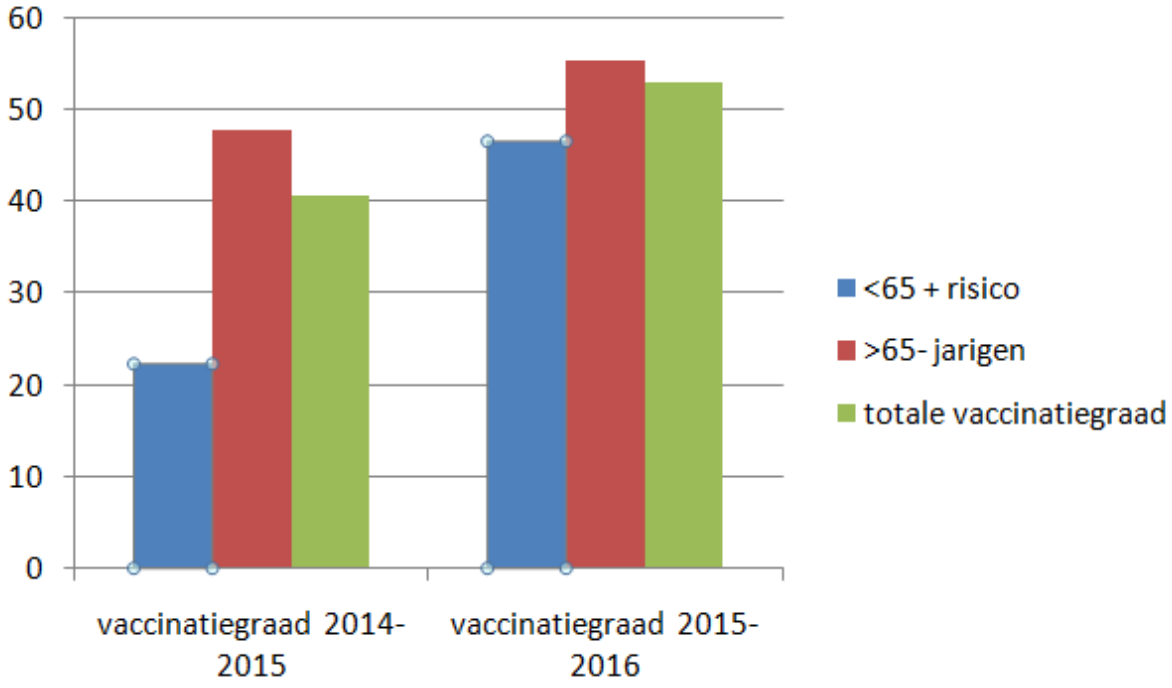
	Brief	**Vaccinatie**	**Elders**	**geweigerd**	**Niet geweten**
Totaal aangeschreven patiënten	428	103 (24,07%)	6 (1,40%)	65 (15,19%)	253 (59,11%)
<65 +risicofactor	137	42 (30,66%)	3 (2,19%)	13 (9,49%)	79 (57,66%)
65+	291	91 (31,27%)	3 (1.03%)	52 (17,87%)	145 (49,83%)

Tabel 5: respons op de verzonden brieven+ voorschrift

3.5 Eindresultaat: vaccinatiegraad 2015-2016

	Totaal	*Aantal gevaccineerd*	*% gevaccineerd*
<65 jaar + risicofactor	172	80	**46,51**
>65 jaar	441	244	**55,33**
totaal	613	324	**52,85**

Tabel6: vaccinatiegraad 2015-2016



Tabel7: vergelijking vaccinatiegraad 2014-2015 met 2015-2016.

Vaccinatiestatus binnen de risicogroepen bij patiënten jonger dan 65jaar.

Seizoen 2015-2016	*Aantal patiënten jonger dan 65 met risicofactor*	Gevaccineerd
Cardiovasculaire aandoening	32	15 **(46.88%)**
Chronisch longlijden	65	26 **(40%)**
Diabetes Mellitus	23	13 **(56,52%)**
Chronisch Nierlijden	7	4 **(57,14%)**
Chronisch leverlijden	8	4 **(50,00%)**
Immuundeficiëntie	33	15**(45,45%)**
Chronische neuromusculaire aandoening	3	3 **(100%)**
Ernstige neurologische stoornis	18	15 **(83,33%)**

Vaccinatiestatus ingedeeld volgens aantal risicofactoren bij patiënten jonger dan 65jaar.

Aantal risicofactoren	Aantal patiënten	Gevaccineerd
1	146	43 **(29,45%)**
2	24	16 **(66,67%)**
3	2	2 **(100%)**

Tabel 8: Vaccinatiestatus ingedeeld volgens aantal risicofactoren bij patiënten jonger dan 65 jaar

Tijdens de medische vergadering werden de resultaten van de griepcampagne 2015-2016 voorgesteld. Het was de eerste keer in onze groepspraktijk dat de griepvaccinatie onderworpen werd aan een statistische analyse. De artsen vonden de resultaten teleurstellend omdat het idee heerstte dat de huidige manier van sensibiliseren aanleiding gaf tot een goede vaccinatiegraad van de doelgroepen.

Er werden enkele voorstellen gedaan om de griepcampagne volgend seizoen te verbeteren en zo de vaccinatiegraad te verhogen:

Het project werd door de medewerkers zeer arbeidsintensief ervaren. Voor de artsen was de verwerking van de lijsten een tijdrovend moment. Dit is verholpen door de lijsten onder de aanwezig artsen te verdelen. Zo heeft elke arts een korte lijst van patiënten die nagekeken dient te worden. De wijze van opmaak en verwerking van de lijsten zal in de toekomst behouden blijven.

Voor onze praktijk is het belangrijk dat de komende jaren de persoonlijke informatieverstrekking door de huisarts uitgevoerd wordt. Omdat de meeste patiënten recent van huisarts zijn veranderd wegens het op pensioen gaan van hun vaste huisarts, is het belangrijk om het vertrouwen van deze patiënten te winnen, en deze te sensibiliseren.

Naar volgend jaar toe zou het handig zijn als er ook een elektronische lijst aanwezig zou zijn op de server. Hierdoor zouden alle medewerkers toegang hebben tot de lijsten. Aanpassingen of verwerkingen zouden op deze manier up to date zijn voor alle medewerkers.

Een andere arbeidsintensieve ervaring was het uitprinten van de voorschriften. Dit werd één voor één uitgevoerd door de onthaalmedewerkers. In Medidoc zou het mogelijk zijn om aan de hand van de getrokken lijsten de voorschriften automatisch uit te printen. Dit hebben wij dit jaar niet kunnen koppelen aan de instellingen van onze printers. Naar volgend jaar toe zou men moeten achterhalen

hoe deze koppeling kan gebeuren. Het plooien en opsturen van de brieven zal volgend jaar door vrijwilligers gedaan worden.

De verpleging stelde voor om naar volgend jaar toe enkele centrale momenten voor vaccinatie in te voeren. Op die momenten zal er met twee verpleegkundigen gewerkt worden, waarbij de ene verpleegkundige de vaccinatie toedient en de andere alles registreert.

4 Discussie

De huidige thesis bestaat uit twee delen. In een eerste deel hebben we met behulp van ICPC2-codes de patiënten geselecteerd die, omwille van leeftijd of comorbiditeit, een verhoogd risico op een gecompliceerde griepinfectie lopen. In een tweede deel hebben we getracht de vaccinatiegraad binnen deze selectie te verhogen.

4.1 Identificatie van risicopatiënten

Een eerste opmerking die ik zou willen maken, is dat de selectie van onze doelgroep tegen de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad ingaat, in die zin dat het zich enkel beperkt tot groep 1: personen met risico op complicaties. Uiteraard werden via het krantje alle groepen opgeroepen voor vaccinatie, maar hier werd geen rekening mee gehouden bij het verwerken van de resultaten in ons project. Omdat de meeste instellingen een eigen vaccinatieprogramma hebben, is er ook een exclusie van de patiënten die in instellingen verblijven.
Deze patiënten werden niet meegerekend bij het opstellen van de doelgroepen en het nagaan van de vaccinatiegraad.

Het aandeel van de 65-plussers, patiënten verblijvend in een instelling niet meegeteld, in onze praktijk is 34,01%. Van alle patiënten onder de 65 jaar werd 9,79 % geïdentificeerd als risicopatiënt. Dit is te vergelijken met het cijfer van Dr Cabus in haar project in 2008: In Geneeskunde voor het volk in Hoboken werd immers 8,1% van de patiënten onder 65 jaar geïdentificeerd met risicofactoren. Volgens de Nationale gezondheidsenquête, gehouden in 2013, geeft 28,5% van 15jaar en ouder aan minstens één langdurige aandoening of handicap te hebben. Dit cijfer moet genuanceerd worden omdat het, naast de chronische aandoeningen die een verhoogd risico op griepcomplicaties met zich meebrengen, ook andere chronische aandoeningen zoals depressie, osteoporose of nek- en rugklachten omvatten.

Binnen de originele doelgroep van patiënten jonger dan 65 jaar met risico op complicatie werden 68 patiënten gevonden die niet aan de inclusiecriteria voldeden. Zo wordt bijvoorbeeld éénmalige spastische bronchitis door het statische programma onder term van COPD terug gevonden. In de toekomst moet men rekening houden met het bestaan van dergelijke overlappingen. De originele lijsten dienen telkens nagekeken te worden. Een voorstel binnen ons team was om de originele lijst te verdelen onder de artsen. Meestal zijn de patiënten goed gekend en kan men de lijst afwerken. Indien een patiënt niet of onvoldoende gekend is, moet het dossier geopend worden om na te gaan of deze patiënt werkelijk risico op complicaties heeft. Dit werk is arbeidsintensief maar nuttig. Voor andere diagnosen bestaat er een onderregistratie. Tijdens de vaccinatie bleek dat er patiënten ingeënt waren die niet in de originele lijst stonden maar wel aan de inclusiecriteria voldeden. Deze werden toegevoegd bij de oorspronkelijke doelgroep.

4.2 Vaccinatiegraad

De resultaten van de registratie van griepvaccinatie in de huisartsenpraktijk Geneeskunde voor het Volk in Lommel gedurende het voorbije griepseizoen, leerden ons dat de vaccinatiegraad bij patiënten jonger als 65 jaar met risicofactoren, 46,51% is. Dit is een stuk lager dan het percentage bij de 65-plussers, nl 55,33%. Een gelijkaardige tendens kan op nationaal niveau vastgesteld worden. De vaccinatiegraad varieert met de leeftijd van ongeveer 10% bij 15-34 jarigen, over 20% bij 35-54 jarigen, tot 64% bij 75-plussers, in de gezondheidsenquête uitgevoerd in 2013. Ook in het werk van Dr Cabus in 2008, ziet men dat de vaccinatiegraad bij de 65-plussers hoger ligt dan bij patiënten jonger als 65 met risicofactoren. Dr Van Nuffel vermeldt een vaccinatiegraad van 85,77% bij 65-plussers in een groepspraktijk in Londerzeel.

Zoals in de inleiding reeds staat beschreven, beïnvloeden tal van factoren de vaccinatiegraad van de bevolkingsgroep. Om de vaccinatiegraad te verbeteren kan zowel op individueel niveau als op breder niveau actie ondernomen worden. Voor het griepseizoen 2015-2016 werd daarom besloten om naast het artikel dat verleden jaar ook het patiëntenkrantje verscheen, ook een oproepingsbrief te sturen naar de risicogroepen. De bedoeling was om na te gaan of door persoonlijke opsporing van de risicopatiënten de vaccinatiegraad verbeterd kon worden ten opzichte van het vorige griepseizoen. Dit is ons in beide groepen gelukt. De vaccinatiegraad nam bij patiënten jonger als 65 jaar met risicofactoren toe van 22,26% naar 46,51%. Bij patiënten ouder als 65 jaar steeg dit percentage van 47,62 % naar 55,33%.
Zowel voor de patiënten jonger dan 65 jaar met risicofactoren, als voor de 65-plussers, zijn de doelstellingen van het Vlaams Vaccinatieplan voor 2020 niet bereikt. Deze stelt als doel om tegen 2020 minsten 50% van de risicogroepen voor complicaties van griep jonger dan 65 jaar te vaccineren. Dit percentage bereikt 75% bij 65-plussers.
Als we binnen de subgroepen gaan kijken, zien we dat de vaccinatiegraad het laagst ligt bij patiënten met chronische longaandoeningen. Naarmate het aantal risicofactoren stijgt, stijgt ook de vaccinatiegraad.

4.3 Sterkten en Zwakten

4.3.1 Zwakten

- Registratie: Aan de artsen en verpleegkundigen werd gevraagd om de uitgevoerde vaccinaties in Medidoc te registreren. Ook werd hen gevraagd om een aparte registratielijst bij te houden.
  Gezien er na het aanschrijven van de patiënten uit de doelgroep sommigen het antwoordenformulier terugbrachten met de optie "reeds gevaccineerd binnen de groepspraktijk" konden we hieruit opmaken dat de vaccinatie van deze patiënten niet geregistreerd werd. Deze werden hierna geregistreerd en opgenomen bij de verwerking

van de resultaten.
Het niet onmiddellijk registreren kan er soms voor zorgen dat het achteraf niet wordt uitgevoerd. Tijdsgebrek en het onvoldoende gemotiveerd zijn tot het verbeteren van de griepvaccinatie en de registratie ervan kwamen naar boven tijdens de teamvergadering als factoren die bijdragen aan deze onderregistratie. Hoe het beter kan, moet in andere studies bestudeerd worden.

- EMD: Tijdens de vaccinatie bleek dat er patiënten ingeënt waren die niet in de originele lijst stonden maar wel aan de inclusiecriteria voldeden. Deze werden toegevoegd bij de oorspronkelijke doelgroep. Er dient een project rond het EMD opgestart te worden waarbij alle dossiers correct ingevoerd dienen te worden. De artsen zouden er op moeten letten om correct en gecodeerd in te vullen.
- Een andere zwakte is dat wij niet iedereen hebben kunnen bereiken. Van de 428 opgestuurde brieven heeft men van 59,11% geen respons gekregen.
- Nog een zwakte was dat ik zelf tijdens het griepseizoen niet aanwezig was in de praktijk, wegens verandering van opleidingsplaats. Hierdoor konden de andere medewerkers, wanneer ze met vragen over het project zaten, deze niet onmiddellijk stellen. Zij konden mij altijd telefonisch of via email bereiken. De meeste vragen waren opgelost tijdens de eerste evaluatie vergadering. Een beter uitgewerkt protocol had dit kunnen voorkomen.

4.3.2 Sterke punten.

- Een eerste sterk punt is dat in het medisch dossier gecodeerd geregistreerd werd. Dit gaf de mogelijkheid om op een redelijk efficiënte manier de doelgroepen te selecteren.
- Een tweede sterk punt is dat we via dit project de gegevens van iedereen die in aanmerking kwam voor een griepvaccinatie hebben kunnen gebruiken. Hierdoor hebben we een beter overzicht over het aantal patiënten met een bepaalde risicofactor.
- Een ander sterk punt is dat we via dit project van de mensen die niet gevaccineerd zijn een idee hebben waarom deze vaccinatie niet gebeurde. Zo weten we dat 15,19% de vaccinatie weigerde en dat 1,40% elders gevaccineerd werd.
- Nog een sterk punt was dat alle medewerkers van de praktijk een bijdrage hadden in dit project.
- Dit was de allereerste keer dat er een project rond de griep in onze praktijk gevoerd werd.

4.4 Kostprijs

Voor de berekening van de kostprijs heeft men enkel rekening gehouden met de verzendingskosten. 428 Brieven werden opgestuurd. Dit komt overeen met 359,52 EURO .

5 Besluit

Vaccinatie is een veilige en effectieve maatregel voor preventie. We zijn erin geslaagd in onze praktijk de vaccinatiegraad te verhogen van 40,62% naar 52,85%.
Het is belangrijk om het EMD goed bij te houden en goed te coderen. Dit biedt namelijk enorme voordelen bij het trekken van de lijsten aan de hand van ICPC-codering.
In de toekomst willen we met een meer geïndividualiseerde aanpak binnen de griepcampage de vacccinatiegraad binnen de risicogroepen verbeteren.

6 Dankwoord

Graag zou ik een aantal personen die mij geholpen hebben bij het verwezenlijken van deze masterproef bedanken.

Mijn promotor Professor Dr. Jan Vandevoorde voor de kans die ik kreeg, de aangename begeleiding en hulp.

Mijn collega's van Geneeskunde voor het Volk in Lommel die met hart en ziel aan dit project hebben meegewerkt.

Mijn echtgenoot en dochtertje wil ik bedanken omdat zij de bron van kracht en doorzetting waren.

7 Referenties

1. Fauci AS et al. Harrison's principles of internal medicine, 17th edition. Verenigde Staten van Amerika: McGraw Hill; 2008. p. 1127-1132.
2. Temte JL, Prunuske JP. Seasonal influenza in primary care settings: review for primary care physicians. WMJ. 2010; 109: 193-200.
3. http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:24786&type=org&disposition=inline
4. http://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-influenza-en-influenzavaccinatie
5. Tellier R. Review of aerosol transmission of influenza A virus. Emerg Infect Dis 2006;12:1657-62.
6. Tellier R. Aerosol transmission of influenza A virus: a review of new studies. J R Soc Interface 2009;6 Suppl 6:S783-90. Epub 2009 Sep 22.
7. Chen SC, Chio CP, Jou LJ, Liao CM. Viral kinetics and exhaled droplet size affect indoor transmission dynamics of influenza infection. Indoor Air 2009;19:401-13. Epub 2009 Feb 28.
8. Baccam P, Beauchemin C, Macken CA, Hayden FG, Perelson AS. Kinetics of influenza A virus infection in humans. J Virol 2006;80:7590-9.
9. Liao CM, Yang SC, Chio CP, Chen SC. Understanding influenza virus-specific epidemiological properties by analysis of experimental human infections. Epidemiol Infect 2010;138:825-35. Epub 2009 Nov 18.
10. Lowen AC, Mubareka S, Steel J, Palese P. Influenza virus transmission is dependent on relative humidity and temperature. PLoSPathog 2007;3:1470-6.
11. Lowen AC, Steel J, Mubareka S, Palese P. High temperature (30 degrees C) blocks aerosol but not contact transmission of influenza virus. J Virol 2008;82:5650-2.
12. Dossier griepvaccinatie 2014. Antwoorden voor professionelen op vragen over griepvaccinatie. 24.06.2014. Agentschap zorg en gezondheid.
13. Twee "tetravalente" influenzavaccins worden aangekondigd voor het influenzaseizoen 2015-2016: één geïnactiveerd (inspuitbaar) vaccin (Alfpharix Tetra) en één levend (intranasaal) vaccin (FLuenz Tetra). Rubriek: Goed om te weten. 21.05.2015. BCFI.
14. http://www.vaxinfopro.be/spip.php?article1596&lang=nl
15. WHO Strategic Advisory Group of Experts on immunization (SAGE) Working Group. Background Paper on Influenza Vaccines and Immunization, 2010.
16. Advies ban de hoge gezondheidsraad nr 9296. Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep Winterseizoen 2015-2016. Juli 2015.
17. Nakamura MM, Lee GM. Influenza vaccination in adolescents with high-risk conditions. Pediatrics. 2008; 122: 920-928.
18. TafforeauJ. Vaccinatie, gezondheidsenquete door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. België, 2008.
19. Vlahov D, Coady MH, Ompad DC, Galea S. Strategies for improving influenza immunization rates among hard-to-reach populations. J Urban Health. 2007; 84(4): 615-31.

20. Keenan H, Campbell J, Evans PH. Influenza vaccination in patients with asthma: why is the uptake so low? Br J Gen Pract. 2007; 57(538): 359-363.
21. Mullahy J. It'll only hurt a second? Microeconomic determinants of who gets flu shots. Health Econ. 1999; 8(1): 9-24.
22. Li YC, Norton EC, Dow WH. Influenza and pneumococcal vaccination demand responses to changes in infectious disease mortality. Health Serv Res. 2004; 39(4): 905-925.
23. Yoo BK, Frick K. Determinants of influenza vaccination timing. Health Econ 2005; 14(8):777-791
24. Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, et al. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. Am J Prev Med 2000; 18(suppl 1):97-140.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Use of standing order programs to increase adult vaccination rates: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR. 2000; 49(RR-01): 15-26.
26. Hak E, Hermens RPMG, van Essen GA, Kuyenhoven MM, de Melker RA. Population-based prevention of influenza in Dutch general practice. Br J Gen Pract. 1997; 47: 363-366.
27. Nichol KL, Zimmerman R. Generalist and subspecialist physicians' knowledge, attitudes, and practices regarding influenza and pneumococcal vaccinations for elderly and other high-risk patiens. A nationwide survey. Arch Intern Med. 2001; 161(22): 2702-2708.
28. Salgado CD, Giannetta ET, Hayden FG, Farr BM. Preventing nosocomial influenza by improving the vaccine acceptance rate of clinicians. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004; 25(11): 923-928.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Adult immunization: knowledge, attitudes, and practice (DeKalb and Fulton Counties, Georgia, 1988). MMWR. 1988; 37: 657-661.
30. Centers for Disease Control and Prevention. Reasons reported by Medicare benefeciaries for not receiving influenza and pneumococcal vaccinations – United States, 1996. MMWR. 1999; 48: 886-890.
31. Lewis-Parmar H, McCann R. Achieving national influenza vaccine targets: an investigation of the factors affecting influenza vaccine uptake in older people and people with diabetes. Commun Dis Public Health. 2002; 5: 119-126.
32. Van Rossem I, Vandevoorde J, Buyl R, Deridder S, Devroey D. Notification about influenza vaccination in Belgium: a descriptive study of how people want to be informed. Prim Care Respir J. 2012; 21(3): 308-12.
33. Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3): CD003941.
34. Szilagyi P, Vann J, Bordley C, Chelminski A, Kraus R et al. Interventions aimed at improving immunization rates. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4): CD003941.
35. Minor DS, Eubanks JT, Butler KR Jr, Wofford MR, Penman AD, Replogle WH. Improving influenza vaccination rates by targeting individuals not seeking early seasonal vaccination. Am J Med. 2010; 123(11): 1031-1035.
36. Ahmed F, Friedman C, Franks A, Latts LM, Nugent EW et al. Effect of frequency of delivery reminders and an influenza tool kit on increasing influenza vaccination rates among adults with high-risk conditions. Am J Manag Care. 2004; 10(10): 698-702.

8 Bijlagen

8.1 Bijlage 1: affiche wachtzaal

In kader van de master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde van Dr.Cakici Nazaket doet ons praktijk een onderzoek naar de griepvaccinatietoestand van onze patiënten. Hiervoor zullen gedurende de maanden september, oktober en november dossiergegevens van de patiënten in verband met de griepvaccinatie **anoniem** verwerkt worden.

Patiënten die hier bezwaar tegen hebben kunnen dit melden aan het onthaal.

8.2 Bijlage 2: artikel krantje

Griepvaccinatie



Preventie is een belangrijk aspect in de huisartsgeneeskunde. De griep is een belangrijke virale infectie die ons elke winter treft. Ons praktijk doet een onderzoek naar de vaccinatiegraad van onze patiënten, en zal proberen om hierin een verbetering te brengen. Hiervoor zullen gedurende de maanden september, oktober en november dossiergegevens van de patiënten in verband met de griepvaccinatie anoniem verwerkt worden. Patiënten die hier bezwaar tegen hebben kunnen dit melden aan het onthaal. Wij zullen nauwgezet bijhouden wie zijn/haar vaccinatie heeft gekregen. De vergeters zullen op tijd herinnerd worden.

Wat is griep?

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

Klachten:

Griep begint vaak plotseling met hoge koorts. Alles doet pijn: vooral keel, hoofd, armen en benen. Soms hoort een droge, pijnlijke hoest en neusloop erbij.

Wie moet een griepvaccinatie krijgen?

Sterk aanbevolen voor mensen met een verhoogd risico op complicaties:

1. Alle mensen ouder dan 65jaar
2. Alle mensen die lijden aan een chronische aandoening. Bijvoorbeeld hartpatiënten, patiënten met long-, lever-, of nierproblemen, mensen met immuunstoornissen, metabole of neuromusculaire aandoeningen.
3. Zwanger vrouwen die in het 2^e of 3^e trimester van hun zwangerschap zijn.
4. Alle mensen die onder hetzelfde dak wonen als de bovengenoemden.
5. Alle mensen die opgenomen zijn in een instelling zoals een rust- en verzorgingstehuis.
6. kinderen tussen 6maanden en 18jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan

Het vaccin wordt terugbetaald voor alle risicopatiënten (hierboven beschreven), en voor iedereen vanaf 50 jaar. U betaalt dan nog 6euro remgeld.

Waarom vaccineren tegen griep?

Uw kans op het krijgen van griep vermindert. Als u toch griep ontwikkelt, zullen de klachten minder erg zijn en heeft u ook minder kans op verwikkelingen.

Hoe vaccineren?

Indien u zich herkent in de bovenbeschreven risicogroep, kan u een voorschrift komen halen aan het onthaal. Nadien komt u bij de verpleegster (of arts) voor de vaccinatie. Bent u niet zeker of de vaccinatie nodig is of u ze kan verdragen, kom dan eerst op raadpleging bij de dokter.

Wanneer vaccineren?

De meest geschikte periode om u te laten inenten is de tweede helft van oktober tot midden november.

8.3 Bijlage3: oproepingsbrief

GENEESKUNDE
VOOR HET VOLK

Lommel, 2 november 2015

Beste Patiënt,

Mensen met een verhoogd risico op complicaties worden aangeraden om zich te laten vaccineren tegen de griep.

Door onze huidige dossiersysteem weten we dat u tot deze groep behoort en dat u nog geen voorschrift heeft gehad voor een griepspuit.
Daarom sturen we u met deze brief meteen een voorschrift mee.

Wat moet u doen?

1. U gaat met dit voorschrift naar de apotheker.
2. Bewaar dit vaccin dan in de koelkast tot u het laat toedienen. Dit kan iedere voormiddag bij de verpleegster of bij de arts (op afspraak).

Wenst u geen griepspuit of bent u reeds elders gevaccineerd laat het ons dan weten.

Vul onderstaande bon in en geef hem af aan het onthaal of stuur hem even terug. Op die manier kunnen we onze dossiers in orde houden. Bedankt!

Met vriendelijke groeten

Dr. Cakici Nazaket,
Namens alle dokters van de groepspraktijk

Ik, ……,geboortedatum……..

- Ben reeds gevaccineerd tegen de griep in de dokterspraktijk
- Werd reeds elders gevaccineerd (namelijk……..)
- Wenst dit jaar geen griepspuit

8.4 Bijlage 4 ICPC- codes

Patiënten met een chronische ziekte die het ademhalingsstelsel aantast zoals astma, COPD, mucoviscidose	R70, R79, R82, R84, R85, R86, R91, R95, R96, R99
patiënten met een chronische hartaandoening met uitzondering van niet-gecompliceerde hypertensie	K71, K73, K74, K75, K76, K77, K78, K79, K80, K82, K83, K 84, K92
patiënten met diabetes	T89, T90
patiënten met chronische neuromusculaire stoornissen (ook op ischemisch basis)	K89, K90
patiënten die lijden aan een ernstige neurologische stoornis	N86, N88, N99
patiënten met ernstige nier-of leverinsufficientie	D97, U88, U99
patiënten met immunosuppressie wegens ziekte of behandeling (zoals maligniteiten onder chemotherapie), verminderde weerstand	B72, B73, B74, B76, B90, D74, D75, D76, D77, D94, L88, N74, B73, T71, T99, W72, X75, X76, X77, Y77, Y78, U75, U76, U77

8.5 Bijlage 5: Goedkeuringsmail van het Ethisch Comité

VAN: Christel Vansteenkiste [mailto:Christel.Vansteenkiste@uzbrussel.be]

VERZONDEN: donderdag 29 oktober 2015 11:26
AAN: 'Jan Vandevoorde' <Jan.Vandevoorde@vub.ac.be>
CC: Martine Anna Schockaert <Martine.Schockaert@uzbrussel.be>
ONDERWERP: uw adviesaanvraag, onze ref 2015/309

Beste Jan,

Het kwaliteitsverbeterproject i.v.m. het aanschrijven van patiënten met verhoogd risico op complicaties werd goedgekeurd door de commissie. De commissie wenst te benadrukken dat indien de verpleegkundige het vaccin toedient, er een arts in het gebouw aanwezig en bereikbaar moet zijn. Deze garantie zou in het protocol opgenomen moeten worden.

Vriendelijke groeten,

Christel

Christel Vansteenkiste
Commissie Medische Ethiek
Wetenschappelijk medewerker

christel.vansteenkiste@uzbrussel.be
Laarbeeklaan 101 - 1090 Brussel
Tel 02 477 5585 - Fax 02 477 55 94
www.uzbrussel.be [2]

8.6 Bijlage 6: Protocol: onderdeel aanvraag Ethisch Comité

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

- Alle patiënten opgenomen in ons onderzoek zijn ingeschreven in onze forfaitaire praktijk te Lommel. Het totale patiëntenbestand bestaat momenteel uit 1794 forfaitair ingeschreven patiënten.
- Patiënten met risico op complicaties door influenza worden aan de hand van de leeftijd en ICPC2 codes geselecteerd, in overeenstemming met het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Het gaat om volgende personen:

*Zwangere vrouwen die in het tweede of derde trimester van hun zwangerschap zijn op het ogenblik van het griepseizoen.

*Alle patiënten vanaf de leeftijd van 6maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening, ook indien gestabiliseerd, van de longen (inclusief ernstig astma, het hart (uitgezonderd hypertensie), de lever, de nieren, aan metabole aandoeningen (inclusief diabetes), aan neuromusculaire aandoeningen of aan immuniteitsstoornissen.

*alle personen vanaf 65jaar

*alle personen die in een instelling opgenomen zijn

*kinderen tussen 6maanden en 18jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan.

Hiervan worden twee lijsten gemaakt: 65-plussers, en patiënten onder de 65 jaar met één of meerdere risicofactoren.
Voor deze patiënten wordt het voorschrift voor griepvaccinatie uitgeprint.

- Voor de voormeting zal men nagaan wie van de patiënten met risico op complicaties, beschreven in vorig puntje, in 2014 een griepvaccin heeft gekregen.
- In september 2015 zal er een artikel over de griep verschijnen in het patiëntenkrantje waarbij de risicogroepen worden opgeroepen voor vaccinatie. Deze patiënten kunnen het voorschrift aan het onthaal komen afhalen. Het onthaal registreert de afgeleverde voorschriften op de lijsten. De patiënten die niet op de registratielijst voorkomen omdat ze niet tot de risicogroepen behoren, maar toch een vaccin willen, worden apart geregistreerd. Voor de vaccinatie zelf kunnen ze iedere voormiddag terecht bij de verpleegkundige, of op afspraak bij de arts.
  Zowel in het patiëntenkrantje, als in de wachtzaal (via een affiche) zal vermeld worden gedurende de maanden september, oktober en november dossiergegevens van de patiënten in verband met de griepvaccinatie anoniem verwerkt zullen worden. Patiënten die hier bezwaar tegen hebben kunnen dit melden aan het onthaal.
- Registratie van de vaccinatie gebeurt rechtstreeks in medidoc onder immunisaties.
- Begin november wordt de vaccinatiegraad geëvalueerd en de niet-gevaccineerden krijgen een brief (+voorschrift) opgestuurd om zich alsnog te komen laten vaccineren. In deze brief wordt een invulstrookje verwerkt dat onze patiënten kunnen afgeven aan het onthaal. Op deze manier kunnen geweigerde vaccinaties, vaccinaties die elders gebeuren of mensen die al door ons gevaccineerd zijn eveneens geregistreerd worden.
- Op het einde van de vaccinatieperiode worden de resultaten geanalyseerd en vergeleken met de voormeting.
- Daarna wordt het kwaliteitsbevorderend project door het team geëvalueerd, en wordt nagegaan of het bruikbaar is voor de toekomst.