

Griep prik

Op 5 september 1995 promoveerde de Amersfoortse huisarts Ted van Essen aan de Universiteit Utrecht op het proefschrift 'Influenza vaccination: compliance of doctors and patients'.¹ Promotor was Prof.dr. R.A. de Melker, copromotor Dr. M.M. Kuyvenhoven.

Het proefschrift wordt besproken door W.A. van Veen, stafmedewerker van het ministerie van VWS.

Dit promotieonderzoek was erop gericht meer inzicht te krijgen in de compliantie van huisartsen en patiënten met influenzavaccinatie, met als doel de vaccinatiegraad te verhogen. In een eerste pilot-study (eerder gepubliceerd in *Huisarts Wet* 1991; 34: 416-8) werden de huisartsen in de regio Amersfoort geënquêteerd over hun beleid. Onder de respondenten (82 procent) bleek weinig overeenstemming te bestaan over het al dan niet actief uitnodigen van patiënten en over de indicaties voor vaccinatie. Een vijfde van de huisartsen maakte gebruik van de computer, en ruim 30 procent riep niet actief op. Gemiddeld 5 procent van de praktijkpopulatie, overeenkomend met ongeveer 40 procent van de doelgroep, werd uitgenodigd. Slechts 4 procent van de huisartsen zou meer dan 10 procent van de praktijkpopulatie uitnodigen.

In een tweede onderzoek (*Huisarts Wet* 1992; 35: 345-9) werden alle thuiswonende personen van 65 jaar en ouder uit drie Amersfoortse huisartspraktijken uitgenodigd voor de griep prik. Van degenen met een erkende indicatie liet 87 procent zich vaccineren, van de overige 65-plussers 54 procent. Zes weken later werd een vragenlijstonderzoek verricht. Voor degenen met een indicatie was de belangrijkste reden voor deelname de jaarlijkse routine, voor de overige senioren was dat de uitnodiging, met name de bijgesloten informatiefolder. De niet-gevaccineerden gaven als belangrijkste redenen aan om niet te komen dat zij nooit griep kregen of de uitnodiging waren vergeten.

De meeste respondenten waren het eens met de indicaties voor vaccinatie en met de niet-erkende indicatie: een leeftijd van 65 jaar of hoger. Ook vonden de meesten de influenzavaccinatie een taak van de huisarts. De kennis over influenza(vaccinatie) was gering, vooral bij niet-gevaccineerden.

In 1993 werd de NHG-Standaard Influenza en Influenzavaccinatie gepubliceerd, met Van Essen als eerste auteur (*Huisarts Wet* 1993; 36:

342-6). Deze standaard is – vertaald en met voetnoten – opgenomen in dit proefschrift.

De volgende stap was een brede interventie om de standaard in praktijk te brengen. Uit een procesevaluatie, met Eemland als proefregio en de regio Arnhem als controle, bleek dat het mogelijk was met financiële steun een aanzet te geven tot programmatische preventie. Succes werd vooral bepaald door inschakeling van het DHV-bureau, sleutelfiguren en van het Farmacotherapie Overleg (FTO). De interventie kostte de praktijkassistenten in de proefregio een dagdeel extra. Het grootste probleem was de distributie van vaccins. Van Essen oppert dat de distributie misschien beter niet centraal kan worden geregeld, maar moet worden overgelaten aan de FTO's.

Naast de procesevaluatie werd in dezelfde regio's ook de effectiviteit onderzocht van de interventie, die plaatshad in de tweede helft van 1993. De vaccinatiegraad (aantal verstrekte vaccins per 100 ziekenfondsverzekerden) bleek in de interventieregio ten opzicht van 1992 1,1 procent meer te zijn gestegen (van 7,7 naar 9,3 procent) dan in controleregio (van 8,5 naar 9,0 procent). Deze extra stijging spoorde met meer organisatorische verbeteringen (schriftelijk uitnodigen, vaccins in voorraad, apart vaccinatiesprekuren).

In zeven praktijken uit de regio Amersfoort onderzocht Van Essen de compliantie nader. Een schriftelijke uitnodiging voor het vaccinatiesprekuren van de eigen huisarts, met een bijgesloten informatiefolder, leidde tot een gemiddelde deelnamegraad van 86 procent. De aard van de indicatie had nauwelijks invloed op de deelname. Een duidelijk positieve invloed (na correctie voor de overige factoren) hadden een leeftijd vanaf 50 jaar en vooral het hebben van meer dan één indicatie. Uit vragenlijstonderzoek (respons 86 procent bij gevaccineerden en 69 procent bij niet-gevaccineerden) bleek er ook een duidelijke positieve samenhang te bestaan met het niet ernstig vinden van de bijwerkingen van vaccinatie, de mening dat vaccinatie goede bescherming biedt, en een vermeende hoge vatbaarheid voor influenza. Personen jonger dan 50 jaar die de complicaties van influenza niet ernstig vonden, hadden een zeer lage deelnamegraad. Personen van 65 jaar of ouder zonder indicatie hadden een hoge vaccinatiegraad (84 procent), maar in deze groep vertoonde de deelnamegraad, anders dan in de groep met een indicatie, ook een (negatieve) samenhang met een als goed gepercipieerde eigen gezondheid en een geringe ernst-perceptie van de complicaties van influenza.

Commentaar

Dit proefschrift bevestigt dat alleen het publiceren van een standaard onvoldoende effect sorteert. Ook een breed, maar eenmalig interventieprogramma voor het implementeren van de standaard is niet voldoende, maar leidt wel tot sterke verbeteringen. Of die bekliven, is altijd de vraag, maar in dit geval wordt de eenmalige interventie gevolgd door structurele maatregelen op landelijk niveau onder de vlag van programmatische preventie.

Van Essen richtte zijn onderzoek vooral op de praktijkorganisatie en de compliantie van patiënten. *Van Westreenen & Hofmans* bereikten in 1961 met een schriftelijke uitnodiging voor de griep prik ongeveer 95 procent van de doelgroep.² Ook uit het recente onderzoek van Van Essen blijkt dat de compliantie van patiënten zeer hoog is, als de huisarts het initiatief neemt. Geringe compliantie moet dus vooral bij de huisarts worden gezocht. Hoe staat het nu met de compliantie van de huisartsen?

In 1992 bleek 26 procent van de huisartsen niet overtuigd van de grote effectiviteit van vaccinatie ter voorkoming van complicaties en sterfte (bijlage 1 van het proefschrift). Onduidelijk is of de interventie in Eemland (1993) alleen bij de al overtuigde huisartsen leidde tot de beoogde gedragsverandering, of ook bij de 26 procent nog niet overtuigde huisartsen. In het eerste geval moet nog de nodige kennisoverdracht plaatshebben.

Van Essen vermeldt (tabel 6.3) dat 69 procent van de huisartsen in Eemland de doelgroep in 1993 schriftelijk uitnodigde. Niet duidelijk is of deze huisartsen belangrijk verschilden in de wijze waarop zij de doelgroep selecteerden, en of dat een belangrijke invloed had op de omvang van de doelgroep. Waren de kennis en attitude van de huisarts bepalend, of de indicaties van de Gezondheidsraad? Dit aspect van de compliantie van huisartsen vind ik belangrijk, omdat een landelijk preventieprogramma mij moeilijk verenigbaar lijkt met per huisarts verschillende interpretaties van de indicaties.

Bij het onderzoek naar de compliantie van patiënten hadden ook de schriftelijke uitnodiging en de brochure aandacht verdiend. Van mij krijgen die niet de schoonheidsprijs. De formulering en toonzetting zijn te dwingend ('oproep', de 'noodzaak' van vaccinatie). De kans op complicaties van influenza wordt 'groot' genoemd, zonder enige kwantificering of nuancering voor de verschillende indicaties. Informatie ontbreekt over de effectiviteit van vaccinatie ter voorkoming van complicaties en sterfte. Na lezing van de folder is beter te be-

grijpen dat de aard van de indicatie geen invloed had op de deelname.

Dit promotieonderzoek is vooral van praktische betekenis voor de invoering en verdere uitwerking van programmatische preventie. De betekenis voor de volksgezondheid reikt dan ook verder dan het op zichzelf al belangrijke onderwerp influenzavaccinatie.

W.A. van Veen

- 1 Van Essen GA. Influenza vaccination: compliance of doctors and patients [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995; 191 pagina's. ISBN 90-393-0759-8.
- 2 Van Westreenen E, Hofmans A. Organisatie influenza-immunisatie in de algemene praktijk. Huisarts Wet 1961; 4: 87-8.

Reactie

De programmatische preventie in de huisartspraktijk lijkt in Nederland eindelijk van de grond te komen. De in Eemland onderzochte interventie heeft een vervolg gekregen in het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk'. Ook andere beproefde methoden van gedragsbeïnvloeding, zoals individuele benadering van praktijken door een preventieconsulent, worden daarbij gebruikt. Het project zal (minstens) twee seizoenen achter elkaar worden uitgevoerd, zodat de kans op blijvende gedragsverandering groter wordt. Onderzocht zal worden of landelijke implementatie van de NHG-Standaard Influenza en Influenzavaccinatie leidt tot een verhoging van de vaccinatiegraad onder geïndiceerden. Die is, ondanks de publieksbeïnvloeding door de campagnes van de Nederlandse Influenza Stichting (NIS), nog steeds te laag (44 procent in 1994).

In het project 'Preventie: maatwerk' is voor het oproepen van patiënten voor dezelfde kaart gekozen als in Eemland is gebruikt. Deze door de NIS ontworpen oproepkaart was in Nederland de meest gebruikelijke. Ook in 1995 is deze kaart annex recept massaal gedistribueerd: ongeveer een miljoen exemplaren zijn via de vaccinproducenten en de preventiemedewerkers op de DHV-bureaus verspreid. De tekst en de lay-out ervan vallen wellicht te verbeteren, maar een oproepkaart voor algemeen gebruik zal altijd een compromis zijn. Op het moment van het onderzoek was nog geen bijsluitfolder beschikbaar, zodat daarvoor een eigen ontwerp is gemaakt. Natuurlijk had ook deze folder zijn beperkingen, maar het gaat te ver om daaraan uitkomsten van het onderzoek

toe te schrijven, zoals Van Veen doet. De compliantie na een oproep bleek vooral samen te hangen met vermeende bijwerkingen en gebrek aan vertrouwen in de effectiviteit van het vaccin. Sinds 1995 wordt door de NIS een bijsluitfolder gedistribueerd die mede op basis van deze bevindingen is ontworpen.

Zoals Van Veen ook al opmerkt, is de compliantie van de huisarts doorslaggevend voor het succes van de programmatische preventie van influenza. In dat verband maakt hij een aantal waardevolle kritische kanttekeningen die mij de gelegenheid geven een paar aspecten aan de orde te stellen die in mijn proefschrift onvoldoende belicht konden worden. Zo was de vraag naar de veronderstelde effectiviteit van de influenzavaccinatie wel opgenomen in de vragenlijsten aan huisartsen en vastgelegd in de door Van Veen genoemde bijlage, maar de resultaten ervan konden niet expliciet aan de orde komen. In de analyses bleek dat het vertrouwen in de effectiviteit van de vaccinatie geen samenhang vertoonde met de organisatie van de vaccinatie of met de stijging van de vaccinatiegraad. In de regio Eemland was na de interventie het vertrouwen in de effectiviteit zelfs verminderd: nog 'maar' 67 procent van de respondenten meende dat het vaccin zeer effectief is. Kennelijk was een reëler beeld ontstaan: de effectiviteit van het vaccin, ook in het voorkómen van complicaties, is immers hoogstens 80 procent. De als attitudemeting bedoelde vraag bleek dus als kennisvraag te zijn opgevat.

Ook de veranderingen in de kennis over de indicaties voor influenzavaccinatie zijn niet opgenomen in het proefschrift (wel in het eindverslag van het onderzoek¹). De kennis van de responderende huisartsen bleek in de regio Eemland na het uitvoeren van de interventie meer in overeenstemming gekomen met de aanbevelingen in de NHG-Standaard en met de adviezen van de Gezondheidsraad. Er was echter geen samenhang tussen de antwoorden op de kennisvragen en de uitvoering van de influenzavaccinatie. In het algemeen is de causaliteit en de tijdsrelatie tussen kennis, attitude en gedrag moeilijk aan te tonen.

De selectie van de doelgroep is in de interventieregio anders verlopen dan in de controle-regio. In de NHG-Standaard Influenza en Influenzavaccinatie worden als wijze van selectie van geïndiceerden drie mogelijke methoden geadviseerd: doornemen van alle groene kaarten, selectie op basis van medicatie (in het HIS of van de apotheker) en op basis van ICPC-code. De eerste methode is erg arbeidsintensief, de laatste twee manieren van selectie zijn pas in oktober 1995 ingebouwd in de HISsen. Ten

tijde van de interventie was de apothekerslijst met mogelijk geïndiceerden een goed alternatief en het gebruik ervan is daarom nadrukkelijk aanbevolen.

In de regio Eemland hebben veel meer respondenten gebruik gemaakt van de selectielijsten van de apotheker (59 procent, tegen 12 procent in de controle-regio). Door het gebruik van de griepmodule in het HIS zal in de toekomst waarschijnlijk een bredere indicatiestelling plaats vinden, omdat ook de lichtere indicaties eenvoudig worden opgespoord. De compliantie van deze patiënten zal na een eerste oproep wellicht lager zijn. Het is daarom van belang om optimale voorlichting te blijven geven aan de doelgroep. Verdere onderbouwing van de gevaren van influenza bij jongere risicogroepen lijkt daarvoor nodig. Voor patiënten boven de 65 jaar, ook voor degenen die ogenschijnlijk gezond zijn, lijkt de indicatie niet meer omstreden.

De laatste opmerking van Van Veen waarop ik wil reageren betreft meer een methodologische kwestie. Het was bij de analyse niet mogelijk om een onderdeel van de interventie geïsoleerd te onderzoeken. Daarom is niet aan te geven welke rol de kennisoverdracht, het bespreken van de selectielijst, de samenwerking met de apotheker, de praktische ondersteuning vanuit het DHV-bureau en dergelijke hebben gespeeld. Wel was het mogelijk om de diverse aspecten van de vaccinatieorganisatie per praktijk te bekijken. Daarbij is alleen een afzonderlijke invloed van de vaccindistributie (aflevering op de praktijk) op de stijging van de vaccinatiegraad aangetoond. Daarom wordt ook in het project 'Preventie: maatwerk' de samenwerking met de apotheker gepropageerd. Vanaf 1996 mag om privacyredenen niet meer van de apothekerslijsten gebruik worden gemaakt, maar de medewerking van de apotheker is nodig om de distributie van het vaccin naar de praktijk te stroomlijnen.

De programmatische preventie in de huisartspraktijk is inmiddels uitgebreid tot de baarmoederhalskanker. In dat preventieveld zijn weer andere beroepsgroepen actief en de regionale samenwerking met GGD-en, integrale kankercentra, gynaecologen en laboratoria moet nog van de grond komen. De praktijkorganisatie voor cervixscreening is vergelijkbaar met die voor de influenzavaccinatie, maar tot nog toe wordt veelal de verantwoordelijkheid voor het oproepen door de GGD-en gedragen. De opkomst na een eerste oproep voor het uitstrijken ligt aanzienlijk lager dan bij de griep-prik. Bij de cervixscreening zal veel meer de nadruk moeten liggen op de herhaaloproep.

Verdere scholing van praktijkassistenten, bijvoorbeeld in het uitvoeren van het uitstrijkje, is noodzakelijk.

Ondersteuning van praktijken bij de verdere ontwikkeling van de programmatische preventie lijkt zinvol. Bij de evaluatie van het project 'Preventie: maatwerk' zal blijken of uitvoering via het DHV-bureau, zoals in het Eemlandse project, ook op landelijke schaal succesvol is. Naast praktijkondersteuning zal in een adequate honorering voor programmatische preventie moeten worden voorzien. Uitbreiding naar andere preventieve onderwerpen, bijvoorbeeld hart- en vaatziekten of revaccinaties van ouderen, lijkt dan mogelijk. Bij elke volgende 'dakpan van het huis van de preventie' zal de praktijkorganisatie weer verder moeten worden verrijkt.

G.A. van Essen

- 1 Davidse W, Essen GA van, Hutten JBF, Kuyvenhoven MM, Perenboom RJM, Van der Velden J. Influenzavaccinatie, verslag van programmatische preventie in twee regio's. TNO-PG Leiden 1994: 120.

BERICHT**Nederlands Paramedisch**