

Verhogen van de influenzavaccinatiegraad; een veelomvattende benadering

Op 25 juni 2009 promoveerde Ingrid Looijmans –van den Akker aan de Universiteit Utrecht met het proefschrift getiteld ‘Verhogen van de influenzavaccinatiegraad. Een veelomvattende benadering’. In dit proefschrift is onder andere in 2005 de stand van zaken met betrekking tot influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers in Nederlandse verpleeghuizen onderzocht en welke determinanten in deze populatie geassocieerd zijn met influenzavaccinatiegedrag. Vervolgens zijn deze resultaten gebruikt voor de ontwikkeling van een interventieprogramma om vaccinatiegedrag onder gezondheidszorgmedewerkers in verpleeghuizen te veranderen en is in 2006 de effectiviteit van dit programma onderzocht. Ten slotte is in 2008 onderzocht in hoeverre het management van Nederlandse verpleeghuizen het eens is met de argumenten die gebruikt worden om implementatie van verplichte influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers te rechtvaardigen.

Influenza

Influenza is een acute respiratoire ziekte veroorzaakt door een influenzavirus. Tijdens jaarlijkse influenzaepidemieën wordt gemiddeld 5 tot 10% van de bevolking besmet met een van de influenzavirussen. Hoewel ongeveer de helft van deze infecties symptomeloos verloopt, kan een influenza-infectie een belangrijk risico opleveren voor mensen met een verhoogd risico op complicaties. Bij hen kan een influenza-infectie resulteren in secundaire complicaties zoals longontsteking, verergering van onderliggende ziekte of zelfs sterfte. Ter preventie van influenza-infecties wordt immunisatie tegen influenza geadviseerd bij mensen van 60 jaar en ouder, mensen met een risicoverhogende comorbiditeit, bewoners van Nederlandse verpleeghuizen en andere zorginstellingen voor chronisch zieken en (pas sinds kort) gezondheidszorgmedewerkers.

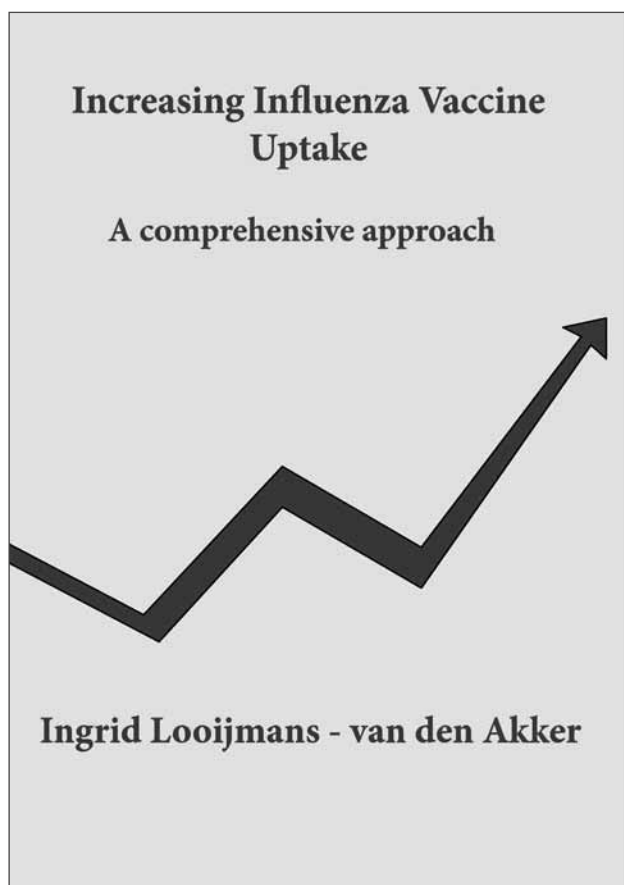
Influenzavaccinatie van gezondheidszorgmedewerkers

Eerdere studies hebben aangetoond dat influenzavaccinatie van gezondheidszorgmedewerkers mortaliteit en morbiditeit onder verpleeghuispatiënten reduceert. Bovendien reduceert het de kosten gerelateerd aan influenza-uitbraken en influenzageassocieerd verzuim onder gezondheidszorgmedewerkers. In 2003, verwelkomde de WHO officieel initiatieven van landen om influenzavaccinatie aan te bie-

den aan gezondheidszorgmedewerkers die in contact waren met hoog-risico personen. In reactie hierop ontwikkelde de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA, tegenwoordig Verenso) in 2004 een richtlijn voor influenzavaccinatie in verpleeghuizen. In deze richtlijn werd sterk geadviseerd om gezondheidszorgmedewerkers tegen griep te vaccineren. De vaccinatiegraad bij gezondheidszorgmedewerkers ten tijde van het uitbrengen deze richtlijn bedroeg slechts 5 tot 8%. Ruim 1 jaar na uitbrengen van de richtlijn hebben wij onderzocht of deze richtlijn had geresulteerd in veranderingen in het beleid met betrekking tot influenzavaccinatie bij verpleeghuispersoneel en of de vaccinatiegraad bij het verpleeghuispersoneel hierdoor gestegen was. Met een vragenlijstonderzoek onder het management van alle (n=335) Nederlandse verpleeghuizen (response rate 45%) toonden wij aan dat de influenzavaccinatiegraad bij gezondheidszorgmedewerkers in Nederlandse verpleeghuizen niet wezenlijk verbeterde na introductie van de richtlijn. De vaccinatiegraad steeg slechts naar 11% in het jaar na introductie van de richtlijn. Voorts toonden wij aan dat op managementniveau het hebben van een geschreven beleid, het actief verzoeken van gezondheidszorgmedewerkers om zich te laten vaccineren en het informeren van gezondheidszorgmedewerkers over influenzavaccinatie alle geassocieerd zijn met een significant hogere vaccinatiegraad bij de gezondheidszorgmedewerkers.

Determinanten van vaccinatiegedrag

Om een hoge influenzavaccinatiegraad te bereiken is alleen epidemiologisch bewijs van de effectiviteit van vaccinatie onvoldoende om patiënten en zorgverleners te overtuigen. Om een hoge vaccinatiegraad te bereiken is een uitgebreide benadering met als doel gedragsverandering onder diegenen die in aanmerking komen voor influenzavaccinatie, nodig. Om gedragsverandering in een specifieke groep (bijvoorbeeld gezondheidszorgmedewerkers) te bewerkstelligen is het noodzakelijk om op verschillende niveaus relevante determinanten van vaccinatiegedrag te identificeren. Dit vanuit een gedrags-, organisatorisch en ethisch perspectief, gebaseerd op theorieën over gezondheidsgedrag.



Increasing Influenza Vaccine Uptake. A Comprehensive Approach

I. Looijmans –van den Akker
Universiteit Utrecht

ISBN: 978-90-393-5088-1

<http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2009-0630-200620/UUindex.html>

Om te onderzoeken welke determinanten bij gezondheidszorgmedewerkers in Nederlandse verpleeghuizen van belang zijn, hebben wij in december 2005 een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder het personeel van 32 verpleeghuizen in Nederland. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van uitgebreid literatuuronderzoek, gestructureerde diepte-interviews en focusgroepinterviews. De vragen met betrekking tot de gedragsdeterminanten in deze vragenlijst zijn gebaseerd op het Health Belief Model en het ASE-model (Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit). De resultaten van deze vragenlijsten zijn geanalyseerd door middel van logistische regressieanalyse om op deze wijze de gedragsdeterminanten vast te leggen die influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers in Nederlandse verpleeghuizen het beste voorspellen. Van de 1.889 verspreide vragenlijsten zijn er 1.125 ingevuld retour ontvangen (response rate 60%). Het gerapporteerde vaccinatiepercentage (seizoen 2005-2006) onder de respondenten bedroeg 32.6%. De resultaten van deze studie maakten het mogelijk om influenzavaccinatiegedrag op het niveau van de gezondheidszorgmedewerkers accuraat te voorspellen, gebaseerd op een multivariaat predictiemodel met 13 determinanten (oppervlakte onder de receiver operating characteristic curve (AUC) van 0.95). Dit model bevatte 2 demografische determinanten (zelf een chronische ziekte hebben waarvoor influenzavaccinatie geadviseerd wordt en langer dan 15 jaar werkzaam zijn in de gezondheidszorg), 9 gedragsdeterminanten (hoog waargenomen persoonlijk risico op influenza-infectie, waargenomen vermindering van dit risico door vaccinatie, waargenomen vermindering van het risico om patiënten te besmetten door vaccinatie, weten van het bestaan van de NVVA-richtlijn, het eens zijn met deze richtlijn, sociale invloed van mensen uit de directe omgeving, ervaren van invloed van media-aandacht voor vogelgriep en de ethische perspectieven dat alle gezondheidszorgmedewerkers zich zouden moeten laten vaccineren en dat gezondheidszorgmedewerkers zich zouden moeten laten vaccineren vanwege hun plicht om niet te schaden) en ook 2 organisatorische determinanten (het hebben ontvangen van informatie over influenzavaccinatie in het voorgaande seizoen via een informatiebijeenkomst en via een verpleeghuisarts).

Ontwikkeling van een interventieprogramma

Na het identificeren van relevante determinanten van gedrag is de volgende stap de ontwikkeling van een interventie, om een verandering in dit gedrag ook daadwerkelijk te bewerkstelligen. Om maximaal effectief te zijn, zouden dergelijke interventies op een coherente theoretische basis gebaseerd moeten worden, hierbij ook de organisatorische en ethische context meenemend.

Voor het ontwikkelen van een dergelijk interventieprogramma, met behulp van de door ons gevonden determinanten, hebben wij de Intervention Mappingmethode gebruikt. Deze methode is ontwikkeld in het veld van de

gezondheidsvoorlichting om op systematische wijze gezondheidsvoorlichtingprogramma's te ontwikkelen. Oorspronkelijk werd het gebruikt voor interventies gericht op risicogedrag (bijvoorbeeld hivpreventie), maar werd ook reeds gebruikt voor de ontwikkeling van andere soorten interventies (bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering). De Intervention mappingmethode bestaat uit meerdere opeenvolgende stappen: probleemanalyse, ontwikkelen van interventiedoelen, selectie van methoden en strategieën om verandering te bewerkstelligen, ontwikkelen van programmaonderdelen en organiseren van het programma, plannen van de implementatie van het programma en evaluatie van het effect van het programma. Het door ons ontwikkelde programma bestond uiteindelijk uit 3 hoofdonderdelen:

- (1) een bezoek door de hoofdonderzoeker aan alle deelnemende verpleeghuizen waarbij zij een draaiboek, alle benodigde materialen en achtergrondinformatie over het programma ontvingen
- (2) een plenaire informatiebijeenkomst gehouden volgens een standaard protocol en begeleid door een gespecialiseerde verpleegkundige van de lokale GGD (werd per verpleeghuis tweemaal georganiseerd)
- (3) het aanwijzen van een programmacoördinator (bij voorkeur een verpleeghuisarts) in elk verpleeghuis.

Effectiviteit van het interventieprogramma

In 2006 voerden wij vervolgens een geclusterde gerandomiseerde trial uit in 33 Nederlandse verpleeghuizen om de effecten van het door ons systematisch ontwikkelde, veelzijdige interventieprogramma op de influenzavaccinatiegraad bij gezondheidszorgmedewerkers te beoordelen. In de interventiegroep was de influenzavaccinatiegraad na het programma gemiddeld 9% hoger dan in de controlegroep (relatief risico 1,59; 95% betrouwbaarheidsinterval: 1,08 tot 2,34; $p=0,02$). Over het geheel genomen werd 25% van alle gezondheidszorgmedewerkers in de interventiegroep tegen influenza gevaccineerd, in vergelijking met 16% in de controlegroep. Kosten van het interventieprogramma betroffen slechts gemiddeld €1421,- per verpleeghuis en er was een niet significante tendens naar een hogere vaccinatiegraad naarmate de verpleeghuizen aan meer elementen van het interventieprogramma voldeden. Het relatief goedkope interventieprogramma resulteerde daarmee in een significant hogere, maar nog steeds beperkte, influenzavaccinatiegraad bij gezondheidszorgmedewerkers en een betere naleving van de programma-elementen was geassocieerd met een hogere vaccinatiegraad.

Om echter volledig te kunnen profiteren van de voordelen van influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers moet ofwel het programma worden aangepast en over een langere tijdspanne ten uitvoer worden gebracht ofwel verplichte influenzavaccinatie worden overwogen.

Verplichte influenzavaccinatie

Argumenten die in de literatuur gebruikt worden voor de implementatie van verplichte influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers zijn: de bewezen effectiviteit en kosteneffectiviteit, de algemeen geldende plicht om anderen niet te schaden, de beroepsmatige plicht van gezondheidszorgmedewerkers om hun patiënten niet te schaden, consistentie tussen eigen vaccinatiegedrag en het advies aan patiënten om zich te laten vaccineren en het feit dat vrijwillige programma's onvoldoende effectief zijn gebleken. Argumenten tegen verplichte vaccinatie zijn het schaden van de persoonlijke autonomie, beperking van de keuzevrijheid, de overtuiging dat er alternatieven voor verplichte vaccinatie mogelijk zijn, mogelijke kosten verbonden aan het vinden van diegenen die niet mee wensen te werken, de overtuiging dat het vaccineren van gezondheidszorgmedewerkers alleen in het belang van de werkgever zou zijn en angst dat verplichte vaccinatie de moraal van de gezondheidszorgmedewerkers zou kunnen schaden. Natuurlijk heeft vrijwillige vaccinatie de voorkeur als daarmee een acceptabele influenzavaccinatiegraad bij gezondheidszorgmedewerkers behaald zou kunnen worden. Dit is echter onwaarschijnlijk, getuige de effectiviteit van het door ons ontwikkelde programma. Daarom zou verplichte influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers overwogen kunnen worden. In 2008 toonde wij aan dat, inmiddels 4 jaar na de ontwikkeling van de NVVA-richtlijn, de gemiddelde influenzavaccinatiegraad bij gezondheidszorgmedewerkers in Nederlandse verpleeghuizen nog slechts 19% was. Verder lieten wij zien dat, ondanks het feit dat de meerderheid van het verpleeghuismanagement (>69%) het eens is met alle relevante argumenten ten gunste van implementatie van verplichte influenzavaccinatie, slechts een minderheid (24%) van het verpleeghuismanagement het ermee eens is dat verplichte vaccinatie ingevoerd zou moeten worden als vrijwillige vaccinatie niet resulteert in een voldoende hoge vaccinatiegraad bij gezondheidszorgmedewerkers. Het verpleeghuismanagement is dus blijkbaar nog niet klaar voor de implementatie van verplichte influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers.

Conclusies

Om de influenzavaccinatiegraad bij gezondheidszorgmedewerkers verder te verhogen bevelen wij aan om ons interventieprogramma te verbeteren en het nationaal en over een langere tijdspanne te implementeren. Als dit echter niet resulteert in een voldoende hoge vaccinatiegraad, dan bepleiten wij de implementatie van verplichte influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers in Nederlandse verpleeghuizen. Dit ontslaat verpleeghuismanagement echter niet van de verplichting om gezondheidszorgmedewerkers

te informeren en voor te lichten over influenzavaccinatie. Naar onze mening zou de implementatie van verplichte vaccinatie georganiseerd moeten worden in samenhang met de implementatie van ons aangepast interventieprogramma.

Promotoren:

Prof. dr. J.J.M. van Delden (Julius Centrum, UMC Utrecht)

Prof. dr. Th.J.M. Verheij (Julius Centrum, UMC Utrecht)

Co-promotoren:

Prof. dr. E. Hak (RU Groningen)

Dr. M.E. Hulscher (IQ Healthcare, UMC Nijmegen)

Financiering:

ZonMw grant nr. 6300.0005 en 6330.0026

Ook het verpleeghuismanagement zou geïnformeerd moeten worden over, en betrokken worden bij, een dergelijke implementatie van verplichte influenzavaccinatie bij gezondheidszorgmedewerkers. Voor Nederlandse gezondheidszorgmedewerkers in ziekenhuizen en voor huisartsen zouden aanvullende inspanningen geleverd moeten worden, om de mogelijkheid te onderzoeken om de influenzavaccinatiegraad op een vrijwillige basis te verhogen.

I. Looijmans –van den Akker, Arts In Opleiding tot Huisarts en Onderzoeker, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum, Utrecht.

E-mail: ilooijmans@casema.nl