

Innkallelse av risikoutsatte pasientgrupper til influensavaksinasjon i allmennparksis – et kvalitetsforbedringsprosjekt

Grim Berg-Hansen, Kjetil Hagene Egge, Eivind Engen, Hasina Moaddab,

Sigrid Næss (leder), Henrik Røkkum

20.10.2008



Universitetet i Oslo

Det medisinske fakultet

Institutt for allmenn og samfunnsmedisin



DEL I

Sammendrag

Bakgrunn/emne. Influensa er en vanlig sykdom. Hos risikopasienter, det vil si personer over 65 år, diabetikere, voksne og barn med kronisk hjerte- og lungesykdom, kronisk nyresykdom og mennesker med nedsatt infeksjonsforsvar, medfører influensa økt risiko for alvorlig forløp, komplikasjoner og død. Andelen risikopasienter som vaksinerer seg er lavere enn Folkehelseinstituttets anbefalinger. Vi ønsket å se på hvordan man kan øke andelen influensavaksinerte blant risikopasienter i allmennpraksis.

Kunnskapsgrunnlag. Gjennom søk på systematiske oversiktartikler i The Cochrane Library fant vi ut at influensavaksinasjon kan redusere risikoen for alvorlig forløp, komplikasjoner og død blant risikopasienter. Vi fant også ut at innkallelse gjennom automatisk og personlig telefonkontakt samt brev og postkort kunne øke andelen vaksinerte. Ved påminnelse øker andelen vaksinerte ytterligere. Informasjon om hvorfor man skal vaksinere seg er også viktig.

Begrunnet tiltak og metode. Skriftlig innkallelse er vist å være et effektivt tiltak for å øke andelen vaksinerte blant risikopasienter i allmennpraksis. Det vil være enkelt og rimelig å gjennomføre, og i forhold til de andre tiltakene er det lite tidkrevende. I tillegg vil man kunne informere pasienten om hvorfor det er viktig å vaksinere seg mot influensa.

Organisering. Tiltaket er ment gjennomført i en allmennpraksis med en eller flere leger. Tverrfaglig samarbeid vil være avgjørende. Legesekretæren vil kunne ta seg av identifisering av risikopasienter, opprettelse av database og utsendelse av brev med innkallelse og informasjon. De vil i tillegg kunne gjennomføre selve vaksinasjonen. Kommunelegen bør også involveres.

Resultater/Vurdering. Etter vaksinasjonsperioden må alle involverte parter samles til et evalueringsmøte, hvor det diskuteres eventuelle problemer med selve gjennomføringen av tiltaket. Resultatet vil kunne vurderes ut fra andelen vaksinerte i forhold til forrige sesong. Hvis man ikke har tall fra året før, kan man bruke landsgjennomsnittet gitt av Folkehelseinstituttet.

Introduksjon

Årlig blir 5-10 % av nordmenn syke av influensa. Influensavirus er en av hovedårsakene til luftveisinfeksjoner og en viktig årsak til sykehusinnleggelse og død. Vaksine er et viktig redskap i å forebygge sykdommen (1). Beregninger gjort ved Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet for perioden 1975-2004 viser at influensa i gjennomsnitt forårsaker en overdødelighet på mer enn 1000 dødsfall hver vinter (2). Mange av disse livene kunne vært reddet dersom flere hadde blitt vaksinert. Mange land, også Norge, har anbefalinger for bruk av vaksine, men det distribueres langt færre vaksiner enn anbefalingene skulle tilsi (2). Enkelte grupper, som eldre og personer med alvorlig bakenforliggende sykdom, har økt risiko for alvorlig forløp, komplikasjoner og død. Folkehelseinstituttet råder derfor eldre over 65 år, diabetikere, voksne og barn med kronisk hjerte- og lungesykdom, kronisk nyresykdom og de med nedsatt infeksjonsforsvar, til sammen over 900 000 personer i Norge, til å vaksinere seg mot sesonginfluensa hver høst (2). Årlig influensavaksinasjon reduserer risikoen for luftveisinfeksjoner, sykehusinnleggelser og død i disse risikogruppene (1). Basert på utleveringstall av influensavaksiner fra Folkehelseinstituttet har vaksinasjonsdekningen i denne målgruppen økt fra 32,5 % i 2003/04 til ca. 51 % 2006/07 (2). Allikevel er denne dekningen dårligere enn i de fleste andre vestlige land, både i Norden og i resten av Europa. Det er også langt unna WHO's mål med 75 % dekning innen 2010 (1). Det er derfor ønskelig og behov for en ytterligere økning av vaksinasjonsdekning i årene som kommer, da dette vil gi stor gevinst både på individ- og samfunnsnivå. Økning av vaksinasjonsraten blant risikogruppene i allmennpraksis er derfor et meget aktuelt satsningsområde. Vi ønsket å se nærmere på dette med intensjon om å innføre ett effektivt tiltak for å øke andelen vaksinerte.

Kunnskapsgrunnlag

I prosessen frem mot valg av KLoK-oppgave kom vi over en norsk oversiktsartikkel publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening; *Influensavaksinering – hvorfor, for hvem og med hvilken vaksine* (1). Den tar for seg kunnskap om influensa og behovet for influensavaksinasjon i risikogruppene, hvor vaksinasjonsdekningen i Norge i dag er for lav (51 % dekning) sammenliknet med WHO's målsetning (75% dekning). Den oppsummerer også tiltak og faktorer som er effektive for å øke andelen vaksinerte risikopasienter. Vaksinasjonsdekningen i risikogruppene i Norge er basert på utleveringstall fra Folkehelseinstituttet og man kan derfor anta at disse tallene gir uttrykk for et reelt problem. Med bakgrunn i denne artikkelen søkte vi etter vitenskapelige publikasjoner som omhandlet viktigheten av influensavaksinasjon i risikogrupper, samt effekt av ulike tiltak for å øke vaksinasjonsraten.

Etter et møte i gruppen ble det bestemt at vi skulle forsøke å holde oss til systematiske oversiktsartikler, helst i databasen The Cochrane Library, ettersom denne kontinuerlig blir gjennomgått og oppdatert etter strenge kriterier. Sekundært skulle vi også søke i databasen PubMed, da The Cochrane Library ofte har relativt få artikler. Videre bestemte vi oss for å holde oss til materiale publisert eller oppdatert etter 1999 for å unngå eldre og utdaterte studier.

Influensavaksinering av risikogruppene – er det lurt?

Vi søkte i The Cochrane Library på ”influenza vaccin*”. Dette ga 17 systematiske oversiktsartikler, hvorav to metaanalyser var relevante i forhold til effekt av vaksinasjon for risikogrupper (3,4);

Vaccines for preventing influenza in the elderly” fra 2006 (3) tok for seg 64 studier som omhandlet forebyggelse av influensa hos eldre ved hjelp av vaksine. Det ble vist at langtidsinstitusjonaliserte med høy vaksinasjonsrate har bedre effekt av influensavaksine enn ikke-institusjonaliserte med tanke på risiko for pneumoni, sykehusinnleggelse og influensarelaterte dødsfall (3). Dette kan være en indikasjon på

at selve vaksinasjonsraten er avgjørende for effekten i en populasjon. Dessuten er langtidsinstitusjonaliserte ofte eldre og sykere enn ikke-institusjonaliserte, de har dermed reduserte reserver å spille på ved influensasykdom hvilket kan tenkes å reflektere den økte effekten av influensavaksinen blant disse versus ikke-institusjonaliserte.

”Influenza vaccine for patients with Chronic obstructive pulmonary disease” fra 2006 (4) tar for seg seks studier av pasienter med KOLS og fem studier av eldre eller høyrisikopasienter. Effekten av influensavaksine ble undersøkt. Metaanalysen viser at influensavaksine gitt til pasienter med KOLS medfører en signifikant reduksjon av andelen som får eksaserbasjoner av sin lungesykdom. Det var en signifikant økning av lokale bivirkninger, slik som smerte rundt injeksjonsstedet, i gruppen som fikk vaksine versus placebo. Disse bivirkningene var dog forbigående og milde. Analysen fastslår at helsegevinsten ved influensavaksine utvilsomt overgår bivirkningene (4).

Videre søkte vi PubMed på ”influenza”, ”vaccin*”, ”effect*”, ”elderly”, ”COPD” og ”heart disease”. Grunnet stort treff begrenset vi søket til artikler publisert de siste tre år.

Dette resulterte i at vi satt igjen med én stor amerikansk studie, publisert i 2007, relevant for vår problemstilling (5). I studien, som omhandler effekt av influensavaksine hos eldre (>65 år), ikke-institusjonaliserte, ble data fra 18 cohort-studier samlet inn over en periode på 10 år. Hvilket resulterte i totalt 713 872 personsonger. Det ble vist at influensavaksinasjon var assosiert med en 27 % risikoreduksjon for hospitalisering grunnet pneumoni eller influensa og en 48 % risikoreduksjon for død sammenliknet med gruppen som ikke ble influensavaksinert. Dersom man tar i betraktning en hypotetisk confounder, som ville ført til overestimering av effekt, blir tallene noe lavere, dog fremdeles statistisk signifikante (5).

Hvilke tiltak har vist effekt?

Vi søkte på "Influenza vaccin*" i The Cochrane Library. Dette gav 17 systematiske oversiktsartikler, hvorav én var aktuell med tanke på tiltak for å øke vaksinasjonsraten hos pasienter i allmennpraksis. Denne artikkelen, "Patient reminder and recall systems to improve immunization rates" (6), ble sist oppdatert i 2007, og publisert The Cochrane Library i 2008. Totalt dekker denne 47 engelskspråklige randomiserte kontrollerte studier eller case-kontroll-studier. Vi mener at denne artikkelen er tilstrekkelig relevant og gyldig for vårt arbeid. Det ble heller ikke funnet andre studier av nyere dato eller med bredere dokumentasjon av gyldighet i The Cochrane Library eller i Pubmed.

I PubMed søkte vi på følgende Mesh-termer på området: "Influenza Vaccine", "Reminder systems", "Risk", "High-risk". Vi kombinerte disse Mesh termene til følgende søk: "Influenza Vaccine" AND "Reminder systems" AND "Risk" OR "High-risk". Dette søket gav oss 17 artikler og tre systematiske oversiktsartikler. De tre oversiktartiklene var enten for gamle eller ikke relevante for problemstillingen. Blant artiklene var det flere relevante enkeltartikler, men disse var gjennomgående nokså små, og dessuten ble flere av dem behandlet i oversiktsartikkelen som vi tidligere hadde funnet i The Cochrane Library. Ingen av dem hadde tilkommet etter siste oppdatering av oversiktsartikkelen i The Cochrane Library, og følgelig valgte vi kun å forholde oss til oversiktsartikkelen i The Cochrane Library, samt den norske oversiktartikkelen (1) da denne var den eneste som tok for seg norske forhold.

Den systematiske oversiktsartikkelen i The Cochrane Library viser at pasientpåminnelser og innkallelssystemer i primærhelsetjenesten er effektive tiltak for å øke andelen vaksinerte pasienter (6). Følgende tiltak ble funnet å være effektive:

- Personlig telefonpåminnelse (OR 1,92, 95 % CI 1,2-3,07)
- Brevpåminnelse (OR 1,79, 95 % CI 1,5-2,15)
- Postkortpåminnelse (OR 1,44, 95 % CI 1,09-1,89)
- Automatisk telefonpåminnelse (OR 1,29, 95 % CI 1,09-1,53)

Videre ble det funnet at gjentatte påminnelser gav bedre resultat enn én enkelt påminnelse. Personlig telefonpåminnelse var det mest effektive, men også det dyreste tiltaket. Brev og postkort ble funnet å være gode og samtidig billige tiltak for å øke vaksinasjonsraten. Vårt prosjekt vil ikke nødvendigvis gi samme OR for tiltaket ettersom pasientpopulasjon og andel vaksinerte neppe er direkte overførbart (6).

I den norske oversiktsartikkelen går det frem at én av fem nordmenn er en risikopasient med behov for influensavaksine (1). I sesongen 06/07 var andelen vaksinerte i den aktuelle gruppen 51 % (2). Målet til WHO og norske helsemyndigheter er 75 %. Viktige grunner til at folk ikke lar seg vaksinere er blant annet at de ikke ser behovet, ikke identifiserer seg som risikopasient, tror de er immune, anser influensa som ikke-alvorlig sykdom, føler seg friske og frykter bivirkninger (1).

Gitt en norsk allmennpraksis på 1200 pasienter, vil i gjennomsnitt 240 pasienter befinne seg i risikogruppen slik definert i vår oppgave. I dag vaksineres gjennomsnittlig 51 % av dem, tilsvarende drøyt 120 pasienter. Målet blir da i følge norske helsemyndigheter totalt 180 vaksinerte pasienter. Altså ønsker vi å øke antallet vaksinerte i den gitte allmennpraksis med ca. 60 pasienter. Den norske oversiktsartikkelen (1) viser til en stor amerikansk studie der man finner at man må vaksinere ca. 100 eldre (over 65 år) pasienter for å forhindre ett dødsfall. Den samme studien viser at det kreves 65 vaksinerte eldre pasienter for å unngå enten en sykehusinnleggelse eller ett dødsfall. Gitt at det store flertallet av våre risikopasienter er over 65 år, vil dette nesten være direkte overførbart til vårt prosjekt. Dersom vårt

mål om 75 % vaksinasjonsdekning oppnås, vil altså en allmennpraktiker som innfører tiltaket, gitt en listestørrelse på ca. 1200 pasienter, årlig ha én sykehusinnleggelse eller ett dødsfall mindre, og minst annet hvert år redde ett liv. Gitt at kontoret har fire tilsvarende pasientlister, vil drøyt to liv reddes hvert år.

Forbedringsarbeidet

Observasjoner og praksis

Folkehelseinstituttet leverer ut influensavaksiner for personer i risikogruppene. Basert på utleveringstall av vaksiner fra Folkehelseinstituttet, ser vi at vaksinasjonsdekning blant risikoutsatte pasienter er for dårlig. Dette er en meget pålitelig kilde, og man kan med stor grad av sannsynlighet anta at vaksinasjonsdekningen på 51 % for sesongen 2006/07 gir et korrekt bilde av dekningen i risikogruppene på landsbasis (2). Det må sies å være et stort forbedringspotensiale når Folkehelseinstituttets og WHO's mål er en vaksinasjonsdekning på 75 % (1).

Det foreligger klar evidens for at vårt forbedringstiltak med personlig informasjon og påminnelse har stor nytte. Generelle observasjoner gjort av gruppen i allmennlegepraksis viste gjennomgående at det ikke fantes noe systematikk i å informere alle risikopasienter på egen praksisliste om influensavaksinen. Vi mener derfor at det er svært viktig å innføre en systematisk varsling der man når frem til så mange som mulig av risikopasientene med informasjon.

Indikatorvalg

Kvalitetsindikator: andel risikopasienter som mottar influensavaksine i løpet av en sesong. Vi har valgt å definere risikopasienter som bør få influensavaksine etter mal fra Folkehelseinstituttet:

”Influensavaksinen anbefales spesielt til alle som har fylt 65 år, og til barn og voksne med:

1. alvorlig luftveissykdom
2. kronisk hjerte-/karsykdom
3. kronisk nyresykdom
4. nedsatt infeksjonsforsvar
5. diabetes.” (2)

Målsetningen for indikatoren: 75 % vaksinasjonsdekning i risikogruppene. Dette er i tråd med WHO's målsetning for 2010 (1).

Indikatorpopulasjonen: pasienter som tilhører risikogruppene etter anbefaling fra Folkehelseinstituttet.

Kvalitetsindikatoren er en objektiv målbar, tilgjengelig og pålitelig indikator. Man vil kunne sammenlikne data fra egen allmennpraksis med tall fra Folkehelseinstituttet, se hvorvidt man ligger høyere eller lavere enn landsgjennomsnittet og om målsetningen er nådd. Indikatoren gir lite rom for feiltolkninger da den måles med numeriske data. Den gir et klart og entydig svar på hvorvidt vaksinasjonsraten har gått opp eller ned jamført med tidligere vaksinasjonssesonger. Indikatoren vil kunne følges over tid og gi føringer for interne kvalitetsforbedringstiltak.

Begrunnelse av tiltak

Som det fremgår av vårt kunnskapsgrunnlag eksisterer det flere effektive tiltak for å øke andelen vaksinerte blant risikopasienter (1,6). For å gjøre prosjektet så lettvint og gjennomførbart som mulig, ønsket vi å konsentrere oss om ett tiltak. I den norske oversiktsartikkelen går det frem at det er viktig å øke pasientens kunnskap om influensa og vaksinasjon for å øke andelen vaksinerte (1). Derfor ønsket vi å

kombinere en innkallelse til vaksinasjon med informasjon om hvorfor vaksine er viktig for den enkelte pasient. Det er også vist at effektiviteten av tiltaket øker hvis pasienten gis en påminnelse om vaksinasjonen (6). Vi ønsket derfor også å inkludere dette i vårt tiltak.

Personlig telefonpåminnelse er det tiltaket som er vist å gi høyest effekt (OR 1,92). Gjennomføring av dette tiltaket vil imidlertid være kostbart og kreve mye tid (6). Automatisk telefonoppriking har dårligere effekt enn skriftlig påminnelse og krever dessuten innkjøp og installering av nytt utstyr, noe som krever både tid og penger. Skriftlig innkallelse er vist å være et effektivt tiltak for å øke andelen vaksinerte blant risikopasienter. Dette er også et rimelig tiltak, og i forhold til de andre tiltakene som er nevnt er det lite tidkrevende (6).

Vaksinasjonen vil i seg selv være noe tidkrevende, og kanskje må allmennpraktikeren leie inn ekstra arbeidskraft, for eksempel i form av helsesekretærer, sykepleiere, i det aktuelle tidsrommet.

Det tiltaket som virket rimeligst og enklest å gjennomføre og i tillegg hadde en tilfredsstillende effekt, var skriftlig innkallelse (6). Et standardisert brev har i tillegg den fordelen at skriftlig innkallelse og informasjon til pasienten enkelt kan kombineres uten at det er særlig ressurskrevende. Da det er vist at påminnelse øker effektiviteten av tiltaket, kan man nærmere vaksinasjonsdagen sende ut et postkort til pasientene med en enkel påminnelse om forestående vaksinasjon. Enhver allmennpraktiker skal, jmfør kommunehelsetjenesteloven, ”søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte” i sine respektive pasientlister (7). Den økte belastningen på legekantoret i forbindelse med selve vaksinasjonen er dermed et dårlig argument for å ikke gjennomføre prosjektet.

Hva angår forhold rundt kostnad og nytte, er det to relevante aspekter. Det ene aspektet går på samfunnsnytt og pasientnytt av økt vaksinasjonsandel. Det finnes

god dokumentasjon for at dette er kostnadseffektivt og gir helsegevinst for samfunnet og den potensielt enkelte pasient (1-6). Det andre aspektet går ut på den enkelte allmennpraktikers utgifter og inntekter for å gjennomføre prosjektet. Utgifter vil i hovedsak dreie seg om selve innkallellesprosessen og avhenger dermed av hvilket tiltak som skal gjennomføres. Hvis allmennpraktikeren ikke allerede er i besittelse av utstyr til elektronisk pasientjournal, må dette innkjøpes og installeres. Vi antar at de fleste allmennpraktikere i Norge allerede har innført elektronisk pasientjournal i sin praksis. Når det gjelder inntekter, vil hver enkelt vaksinasjon utløse en bestemt takst. For at tiltaket totalt sett ikke skal påføre allmennpraktikeren ekstra utgifter, må taksten oppveie for de ekstra utgiftene. Vi antar at takstsystemet i Norge er slik at vaksinasjon av pasienter er økonomisk lønnsomt for allmennpraktikeren.

Gjennomføring av prosjektet

Selv om dette er et forbedringsprosjekt som kan gjennomføres i de fleste, om ikke alle, allmennlegepraksiser rundt om i Norge, ønsker vi i første omgang å implementere prosjektet i et kontorfellesskap med 3-4 allmennpraktikere som deler kontorlokaler og har felles helsesekretærstab. Grunnen til at det tas utgangspunkt i et legesenter med 3-4 allmennleger, er at man samlet sett vil ha en større pasientpopulasjon og dermed større tall å vurdere effekt av tiltaket ut ifra. Vi ønsker dog å presisere at tiltaket også vil være gjennomførbart på et legekantor med kun én allmennlegepraksis. Videre tar vi utgangspunkt i at vi som eksterne aktører kommer inn i et internt mikromiljø for å gjennomføre dette prosjektet. Det er derfor viktig at man under hele prosessen lytter til de involverte parter og er åpen for forslag til endringer som gjør at prosjektet lettere lar seg gjennomføre ved den aktuelle praksis. Helsesekretærene er en gruppe som vil bli avgjørende for gjennomføringen av prosjektet. Deres synspunkter blir derfor spesielt viktige å ta hensyn til. Dessuten kan de med medisinsk fagkunnskap omkring vaksinen også redegjøre for vaksinen på et saklig plan for pasienter som er skeptiske til vaksinasjon.

Deltakere:

- Legene
- Helsesekretærene (eventuelt også sykepleiere og bioingeniører)
- Pasientene
- Kommunelegen/Folkehelseinstituttet

Ettersom vaksinasjonssesongen er på høsten, arrangeres våren i forkant et informasjonsmøte der samtlige ansatte på legekantoret, dvs. leger og helsesekretærer, samles til et tverrfaglig møte. Her gis det informasjon om influensa og vaksinasjon (bakgrunn for prosjektet) samt selve gjennomføringen av kvalitetsforbedringsprosjektet. Prosjektplanen gis i tillegg skriftlig. På møtet diskuteres følgende punkter:

1. Bakgrunn for influensavaksine samt forbedringsprosjektet

Generell informasjon om influensavaksinasjon og behov for influensavaksinasjon i risikogrupperne presenteres. Med utgangspunkt i tall fra Folkehelseinstituttet presenteres vaksinasjonsdekningen før prosjektstart og målsetning med ønsket andel vaksinerte. Gevinstene av økt vaksinasjonsdekning poengteres. Denne informasjonen er svært viktig da medisinsk fagkunnskap om vaksinen gjør at de involverte parter kan redegjøre for vaksinen på en velinformert og korrekt måte overfor pasientene.

2. Delegering av arbeidsoppgaver

Prosjektet skal styres av legene ved kontoret. Det oppnevnes en lege med spesielt ansvar. Selve ansvaret for identifisering av risikopasienter på listene samt utsending av brev og postkort delegeres av hovedansvarlig lege til en av helsesekretærene. For å oppnå best mulig kontinuitet i arbeidet, er det fordelaktig at denne oppgaven tillegges én person.

3. Opprettelse av database med oversikt over alle risikopasienter

Opprettelse av database gjøres fortrinnsvis av helsesekretærene, eventuelt av legene, ved hjelp av dataprogram, for eksempel WinMed. Det søkes på diagnosekoder samt fødselsdato for å identifisere pasienter som tilhører risikogruppen etter anbefaling fra Folkehelseinstituttet. Kommunelegen informeres om behovet for vaksiner.

4. Pasientbrev

Forslag til et standardisert pasientbrev legges frem (vedlegg 1). Dette kan eventuelt modifiseres av legene ved den aktuelle praksis. Brevet sendes ca. fire uker før vaksinasjonssesongen starter til samtlige risikopasienter på allmennlegens pasientliste. Når vaksinen har ankommet legesenteret, vil de samme pasientene motta et påminnellespostkort i posten.

5. Vaksinasjonen

For å ha et sammenlikningsgrunnlag, innhentes det under vaksinasjonen informasjon fra pasientene om de ble vaksinert året før eller ikke. Alternativt kan denne informasjon hentes inn gjennom datasystemet. Samtidig vil man kunne dele ut et spørreskjema til pasientene om hvorfor de lot seg vaksinere (se vedlegg 2).

6. Evaluering av prosjektet ved hovedansvarlig lege og helsesekretær

På nyåret, etter endt vaksinasjonssesong, gjøres en oppsummering og beregning av andel vaksinerte pasienter tilhørende risikogruppen den aktuelle sesongen. Dette sammenliknes så med fjorårets sesong, og det registreres hvorvidt andelen vaksinerte har økt. Det gjennomføres en statistisk analyse på materialet for å se om den antatte økningen er statistisk signifikant ($p < 0,05$). Registeret bevares til neste års influensavaksinasjon for å registrere utvikling over tid.

7. Fremlegging av resultater

På et tverrfaglig møte med deltagelse av alle ansatte på kontoret og under ledelse av hovedansvarlig lege og helsesekretær, legges resultatene frem. Det gjøres også en

generell evaluering av prosjektet med eventuelle behov for utbedring av prosjektet til neste sesong.

Legen som oppnevnes som ansvarlig for gjennomføringen, bør utforme tidsfrister for gjennomføringen av de enkelte punktene, samt ha hyppige samtaler med hovedansvarlig helsesekretær om fremdriften i opprettelsen av databasen, samt utsendelse av brev og postkort.

Sammenlikningsgrunnlaget etter det første året er avhengig av at man får samlet inn noenlunde pålitelig informasjon om vaksinasjonsstatus fra fjorårets vaksinasjonssesong. Det er først ved andre års gjennomføring av prosjektet at man har et mer pålitelig sammenlikningsgrunnlag.

Prosjektet innføres som et ettårig prosjekt i første omgang, men det kan og bør gjentas årlig ved bruk av samme prosjektplan, forutsatt at det gir gode nok resultater.

Prosjektet kan forbedres med bakgrunn i egne erfaringer som kommer frem under evalueringsmøtet. Det er også viktig å holde seg oppdatert med ny kunnskap ved innhenting av relevant litteratur hvilket vedlikeholder kunnskapsnivået til de berørte parter omkring influensavaksinen. Videre må databasen oppdateres årlig for å fange opp nye pasienter på listen, eventuelt slette pasienter som ikke lengre står på listen.

Evaluering

Evaluering av selve gjennomføringen av prosjektet bør skje ved et evalueringsmøte med deltagelse av alle i involverte parter. Her kan man diskutere blant annet problemer i kommunikasjon mellom de involverte parter, arbeidsbelastning, problemer med opprettelse av database, bruk av teknisk utstyr og vurdering av kostnader.

Man kan evaluere effekten ved å vurdere spørreskjemaene som ble delt ut og utfylt av pasienten i forbindelse med vaksinasjonen (vedlegg 2), og således vurdere hva som var utslagsgivende for at de lot seg vaksinere.

Resultatet av prosjektet evalueres ved hjelp av indikatoren. Man vil da sammenlikne andel vaksinerte risikopasienter fra tidligere år med andelen etter innføring av tiltaket. Slik kan man finne ut om tiltaket resulterte i signifikant økt andel vaksinerte risikopasienter. Videre vil det være interessant å se om man nådde målet med en andel vaksinerte på 75 %. Dersom man ikke når målet, foreligger det to alternativer. Man kan forbedre eller intensivere tiltaket, for eksempel ved å endre tidspunkter, forbedre informasjonsskriv, eller forsøke innkallelse til avtalt time i stedet for drop in. Eventuelt kan man forkaste tiltaket og finne et nytt tiltak eller legge til et nytt tiltak i til det gamle. Her vil spørreskjemaet til pasientene kunne avsløre hva som subjektivt ga effekt.

Vi har kunnskapsgrunnlag som tilsier at telefonoppringning av pasienter er det mest effektive tiltaket (6). Likevel mener vi at dersom man kan komme til målet ved et billigere og mer gjennomførbart tiltak, vil det være å foretrekke. Effekten av vårt tiltak vist ved indikatoren, vil demonstrere om det er effektivt nok, eller om man må vurdere andre alternativer, som for eksempel telefonoppringning. Andre tiltak, som for eksempel informasjon i media, kan også gi god effekt. Dette er imidlertid ikke en oppgave for et allmennpraktikerkontor. Dessuten vil generell informasjon i media treffe bredt slik at man risikerer at pasientgrupper som ikke har effekt eller behov for vaksinen vil oppsøke legekantoret for å få denne, muligens på bekostning av andre oppgaver og pasientgrupper.

Diskusjon

Influensasykdom hos risikopasienter kan føre til et alvorlig sykdomsforløp med luftveisinfeksjoner, sykehusinnleggelse og død. Der er godt dokumentert at vaksinasjon av risikopasienter har en forebyggende effekt på slike komplikasjoner (1-5). Når et kvalitetsforbedringsprosjekt skal gjennomføres, er det avgjørende at problemstillingene rundt organisering og ressursbruk er grundig kartlagt og vurdert, og dette er skissert tidligere i oppgaven.

Organiseringen av prosjektet er tenkt som et tverrfaglig samarbeid mellom leger, helsesekretærer og kommunelege. Man ser for seg et system der skriftlig informasjon i form av standardiserte brev og postkort på en automatisert måte sendes ut til risikopasientene henholdsvis ca. en måned før og når vaksinene har ankommet legekantoret. Dette blir en rimelig og effektiv innkallelsesmetode som er gjennomførbar i en allmennpraksis med elektronisk pasientjournal, hvilket er tilfelle i de fleste praksiser i Norge i dag. Innkallelsen og selve vaksinasjonen vil føre til økt arbeidsmengde for alle som deltar i dette tverrfaglige prosjektet. Det vil derfor være avgjørende at prosjektet gir både helsemessig og økonomisk gevinst. Man må anta at taksten for vaksinasjon er større enn utgiftene slik at allmennlegen tjener økonomisk på tiltaket. At influensavaksinasjon har en helsemessig gevinst for risikopasientene på gruppenivå finnes det god dokumentasjon for. Tiltaket med innkallelse til vaksinasjon vil forhåpentligvis også ha en smittsom effekt når det gjelder preventiv adferd blant pasientene. Man kan tenke seg en bevisstgjøring omkring egen helse. Dette kan medføre flere legebeseøk med økte inntekter for allmennpraktikeren og bedre helse blant risikopasienter. Det er også sannsynlig at influensavaksinasjon av risikopasienter er av samfunnsøkonomisk interesse. Ved å forebygge luftveisinfeksjoner, sykehusinnleggelse og død, vil det frigjøres ressurser i helsevesenet som kan benyttes til andre formål. Når man veier organisering og ressursbruk opp mot viktigheten av problemet og effekten tiltaket vil ha, vil vi påstå at prosjektet bør gjennomføres fordi det vil skape helsegevinst i gruppen av risikopasienter og økonomisk gevinst på samfunnsnivå.

Vi har under arbeidet fått en sterk tro på at innføring av dette prosjektet vil være svært gunstig. Prosjektet baserer seg på enkle tiltak som burde være gjennomførbare i en allmennpraksis. En publisering ville distribuert prosjektet og gjort det tilgjengelig for allmennleger i hele Norge. De enkle tiltakene og de store helsemessige og økonomiske gevinstene vil dermed kunne være oppnåelige for enhver allmennlege.

Referanser

- (1) Marianne Bergsaker, Olav Hungnes, Bjørn Iversen. Influensavaksiner – hvorfor, for hvem og med hvilken vaksine. Tidssk Nor Lægeforen 2006; Nummer 21. 126:2814-7
- (2) Folkehelseinstituttet. Influensavaksinasjon 2007/08. (ny 10.03.2008)
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4372:1:0:0:::0:0 (21.04.2008)
- (3) Rivetti D, Jefferson T, Thomas R, Rudin M, Rivetti A, Di Pietrantonj C, Demicheli V. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004876. DOI: 10.1002/14651858.CD004876.pub2.
- (4) Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RWB, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD002733. DOI: 10.1002/14651858.CD002733.pub2.
- (5) Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB et al. Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. *N Engl J Med* 2007; 357: 1373 – 81.
- (6) Jacobson Vann JC, P Szilagyi. Patient Reminder and Recall systems to improve immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD003941. DOI: 10.1002/14651858 CD003941.pub2
- (7) Lovdata. LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene, §1-3. (ny 01.04.2007) <http://www.lovdata.no/all/hl-19821119-066.html> (29.05.08)

VEDLEGG 1

Brev til risikopasienter

Influensavaksine

Dette brevet blir sendt ut til alle som i følge Norsk folkehelseinstitutt har ekstra stor nytte av å bli vaksinert mot influensa. Dette gjelder:

- Personer som er 65 år eller eldre
- Voksne og barn med alvorlige luftveissykdommer
- Voksne og barn med kroniske hjerte-/karsykdommer
- Voksne og barn med nedsatt infeksjonsforsvar
- Voksne og barn med diabetes

Selv om du regner deg for en frisk person, vil influensa kunne føre til en varig svekket helse og i verste fall utløse alvorlig sykdom og død. Forskning viser at influensavaksinen reduserer denne risikoen betydelig.

Vi vil snart motta årets influensavaksine, og du vil da få et påminnelseskort i posten. Vi anbefaler på det sterkeste at du tar kontakt med legekantoret slik at du får tatt vaksinen.

Vennlig hilsen

Ditt fastlegekontor

For mer informasjon om influensavaksinasjon, gå inn på Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: www.fhi.no/influensavaksine

VEDLEGG 2

Evalueringsskjema

Før deg som har mottatt informasjonsbrev og postkort om influensavaksinen:

Hvilket av følgende alternativer bidro mest til at du lot deg vaksinere?

a) Informasjonsbrev og/eller påminnelsespostkort i posten

b) Informasjon fra helsepersonell

c) Informasjon fra media

d) Rutine

c) Annet → Skriv en kommentar om hva som bidro til at du ble vaksinert

.....
.....
.....
.....