

Evaluatie leeftijdgrensverlaging voor de griepvaccinatie

In 2008 is de leeftijdsgrens om voor een gratis influenzavaccinatie in Nederland in aanmerking te komen, verlaagd van 65 naar 60 jaar. Deze maatregel heeft tot nu toe echter weinig effect gehad op het gedrag van de gezonde mensen die tot deze doelgroep behoren. Een duidelijke voorlichting zou het vaccinatieprogramma ten goede komen.

Jaarlijks heeft tien à dertig procent van de Nederlandse bevolking last van influenza. Effecten hiervan zijn niet alleen pijn voor de patiënt en jaarlijks 100 tot 2000 sterfgevallen, maar ook minder arbeidsproductiviteit en hogere zorgkosten. In de afgelopen twee jaar is de infectiegraad in Nederland vrij hoog geweest en heeft de ziekte soms de vorm van een epidemie gekregen (RIVM, 2009; de Volkskrant, 2011). De griepvaccinatie wordt in Nederland gratis aangeboden aan bijzondere risicogroepen zoals diabetespatiënten, mensen met hart- en longziekten, nierpatiënten en aan mensen ouder dan zestig jaar. Het aantal sterfgevallen en de recente griepvaccinatie hebben geleid tot een aanscherping van het beleid omtrent griepvaccinatie. In andere landen, zoals bijvoorbeeld de Verenigde Staten, zijn de richtlijnen van de *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aangepast met de aanbeveling om een jaarlijkse griepvaccinatie te halen om een kudde-effect te promoten, waarbij het percentage van de immune personen zo hoog is dat ook de niet-beschermde individuen indirect van andermans griepvaccinatie profiteren.

In 2008 heeft de Nederlandse overheid op advies van de Gezondheidsraad (2007) besloten om de risicogroep voor de gratis griepvaccinatie uit te breiden met ook de gezonde groep van 60- tot 65-jarigen, die uit bijna een miljoen Nederlanders bestaat, ofwel alle mensen die niet tot de bijzondere risicogroep horen, maar gezien hun leeftijd wel baat hebben bij de griepvaccinatie. Dit moet zich vertalen in minder huisartsbezoeken, ziekenhuisopnames en sterfte. Het is zinvol om na te gaan of de maatregel effectief is, en welke factoren hieraan ten grondslag liggen.

ILARIA MOSCA

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en senior beleidsmedewerker bij de Nederlandse Zorgautoriteit

Achtergrond

Er bestaan wetenschappelijke artikelen die zich specifiek richten op de determinanten van deelname aan de griepvaccinatie. Mullahy (1999) laat zien dat individuele kenmerken, zoals opleiding en leeftijd, maar ook andere factoren zoals de zorgverzekeringdekking, invloed hebben op het krijgen van de griepvaccinatie. Denton (1997) kiest voor een andere invalshoek en kijkt de rol van transparantie en informatie. Door

een goede en gerichte voorlichting en informatie over de mogelijke bijwerkingen en de risico's van vaccinatie neemt de vaccinatiegraad toe.

In Nederland bestaat al lange tijd beleid voor de griepvaccinatie. In 1997 is het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) ontstaan, dat door de overheid wordt gefinancierd. De coördinatie daarvan valt onder het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Elk jaar wordt door de Gezondheidsraad een lijst opgesteld met de doelgroepen voor de griepvaccinatie. Tacken *et al.* (2009) monitoren jaarlijks het NPG: dan wordt er nagegaan welke patiënten conform de richtlijnen uit de NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie in aanmerking komen voor influenzavaccinatie en wie er uiteindelijk worden gevaccineerd. Tacken *et al.* (2009) tonen aan dat de vaccinatiegraad van de gezonde groep van 60- tot 65-jarigen met 51,9 procent relatief laag was; ongeveer de helft van de patiënten met een uitnodiging voor een griepvaccinatie heeft dus daadwerkelijk de prik gehaald. De vaccinatiegraad van de hoogrisicopatiënten uit dezelfde leeftijdsgroep lag met 76,7 procent een stuk hoger. De uitbreiding van de doelgroep lijkt dus niet het gewenste effect te hebben gehad.

Econometrische analyse

Met behulp van het LISS-panel (Langlopende Internet Studies voor de Sociale wetenschappen) kunnen enquêtedata gebruikt worden, in plaats van administratieve data zoals in het onderzoek van Tacken *et al.* (2009). Het LISS-panel bestaat uit ongeveer 8000 deelnemers die digitale vragenlijsten beantwoorden en de data zijn sinds oktober 2007 beschikbaar. Enquêtedata bieden de mogelijkheid om controlevariabelen op te nemen in de regressies. Verder kan de heterogeniteit van de vaccinatiegraad beter worden gecontroleerd door navraag te doen naar het gedrag uit het verleden van individuen. In september 2008 werd de leden van het panel gevraagd of ze in het verleden gebruik hebben gemaakt van het aanbod voor een griepvaccinatie, of ze in 2007 een uitnodiging voor de griepvaccinatie hebben ontvangen, of ze toen de griepvaccinatie hebben gehaald, en of ze contact met de zorgaanbieder hebben gehad. In januari 2009 werd de deelnemers aan het panel gevraagd of ze een prik in het voorjaar van 2008 hadden gekregen.

Resultaten

De participatie in het griepprogramma is fors toegenomen van 2007 naar 2008; in de groep 60-64

KATHERINE CARMAN
Universitair docent aan de Universiteit van Tilburg

jaar verdubbelt de vaccinatiegraad bijna, van 31 naar 61 procent. Verder blijkt dat mensen die een vaccinatie in 2007 hebben gehad de neiging hebben om deze in 2008 nogmaals te halen. Mensen van 65 jaar laten in 2008 ook een stijging zien van de vaccinatiegraad, van 53 naar 76 procent. De meesten blijven dus doen wat ze al in het verleden deden. Dit impliceert dat er rekening met het gedrag uit het verleden moet worden gehouden in de econometrische analyse. Tabel 1 geeft de resultaten weer van de marginale effecten van de risicogroepuitbreiding met gezonde mensen van 60 tot 65 jaar. Daartoe zijn vier probit-modellen gebruikt, waarbij de te verklaren variabele alleen de waarden 0 en 1 aanneemt. Als voor een bepaald individu het nut van de griepvaccinatie voldoende hoog is, zal hij overwegen de prik te halen, wat overeenkomt met een waarde 1 van de te verklaren variabele. Model 1 geeft weer of het individu een griep prik in 2008 heeft gehaald en gebruikt demografische kenmerken en een dummy voor het halen van de prik in 2007 als verklarende variabelen. Op deze manier wordt nagegaan of mensen in de loop van de tijd dezelfde keuze blijven maken. Model 2 schat of iemand in 2008 een griep prik had op basis van alleen de demografische kenmerken. Dit model identificeert de individuen die hoogstwaarschijnlijk de griep prik halen, ongeacht hun gedrag uit het verleden. Model 3 gebruikt alleen de demografische kenmerken van de mensen als verklarende factoren en heeft ten opzichte van model 2 een kleinere steekproef, namelijk alleen mensen die geen griep prik in het verleden hebben gehaald. In dit model is de aandacht gericht op de individuen die een prik voor het eerst halen in het jaar van de risicogroepuitbreiding. Model 4 schat de kans dat een individu in 2007 de griep prik heeft gehaald. Op deze wijze worden de factoren die verbonden zijn met het halen van de prik in het verleden bekeken.

De resultaten voor model 1 tonen aan dat de kans om een griep prik te halen in 2008 tot zestig procent toeneemt indien het individu al in 2007 een prik heeft gehad. Er bestaat circa drie procent toename in de vaccinatiegraad indien iemand vaak de huisarts bezoekt. Individuen die in 2007 een uitnodiging ontvingen voor de prik hebben 24,1 procent minder kans om de prik daadwerkelijk te krijgen in 2008. Een plausibele verklaring is dat als er geen rekening gehouden wordt met het gedrag uit het verleden van het individu, de uitnodigingen voor de griep prik de kans doen toenemen om het vaccin te krijgen. Echter, individuen die in het verleden de keuze gemaakt hebben om geen griep prik te halen, blijven bij die keuze. De uitbreiding van de risicogroep heeft dus weinig effect op het daadwerkelijk gedrag van deze personen. De eerste drie modellen tonen verder aan dat werkende mensen minder geneigd zijn een griep prik te halen. Zij onderschatten het belang van goede preventie; het is aannemelijk dat voor deze groep de verwachte actuele waarde van de vermindering van het risico op ziekte

of overlijden minder is dan de substitutiekosten van interventie.

De resultaten voor model 4 laten zien dat een uitnodiging om de prik te komen halen heel effectief is. Ook bezoeken aan de huisarts doen de kans toenemen om de prik te krijgen. Individuen met gezondheidsrisico's hebben vaak de neiging om het vaccin te halen en blijven dit gedrag ook na de uitbreiding van de risicogroep in 2008 tonen.

Conclusie

Het gedrag uit het verleden van individuen is een belangrijke factor in de beslissing om de griep prik te halen. Andere bepalende factoren zijn het aantal bezoeken aan de huisarts, het ontvangen van de griep prikuitnodiging en het al dan niet werkzaam zijn. Mensen die werken blijken minder gauw een gratis griep prik te halen, omdat ze de risico's van influenza vermoedelijk onderschatten. Bovendien ervaren ze hogere alternatieve kosten voor het halen van de prik dan niet werkende mensen.

Voorafgaand aan de nieuwe indicatiestelling in 2008, die behalve de bijzondere risicogroepen en 65-plussers ook gezonde mensen van 60 tot 65 jaar de mogelijkheid biedt om de griep prik gratis af te halen, waren de uitnodigingen voor het gratis halen van de griep prik effectief; in het bijzonder voor mensen in bijzondere risicogroepen. Het is aannemelijk dat velen in 2008 het belang van de uitnodiging niet goed hebben begrepen waardoor ze niet de kans hebben aangegrepen om gevaccineerd te worden. Dit onderstreept het belang om goede en tijdige voorlichting te geven om de effectiviteit van deze maatregel te verhogen. De uitbreiding van de indicatiestelling naar 60-plussers in 2008 blijkt weinig effect te hebben gehad op de vaccinatiegraad. De meeste mensen kregen het vaccin omdat ze tot een risicogroep horen. Dat werkende 60-plussers minder geneigd zijn om een prik te halen, is kostbaar. Zij hebben een hoge kans om influenza te krijgen, en dat leidt niet alleen tot hoge zorgkosten maar ook tot verlies aan arbeidsmarktparticipatie en productiviteit. Ook in dit geval speelt de voorlichting een belangrijke rol bij het gedrag van de ouderen.

Tabel 1

Schattingresultaten van de marginale effecten van de risicogroepuitbreiding met gezonde mensen van 60 tot 65 jaar.

Afhankelijke variabele	Model 1 Griep prik in 2008	Model 2 Griep prik in 2008	Model 3 Griep prik in 2008	Model 4 Griep prik in 2007
Griep prik in 2007	0,594***	-	-	-
Leeftijd	0,006	0,010	0,008	0,015
Dummy indien man	-0,014	0,005	0,004	0,050
Dummy indien samenwonend of getrouwd	0,045	0,047	0,018	0,040
Dummy indien werkend	-0,156***	-0,145**	-0,156**	-0,016
Dummy indien hbo-opleiding	-0,051	-0,040	-0,079	0,037
Dummy indien universitaire opleiding	0,011	-0,032	0,012	-0,075
Aantal huisartsbezoeken afgelopen jaar	0,029**	0,043***	0,035**	0,031***
Dummy indien uitnodiging gekregen voor de griep prik	-0,241***	0,297***	-0,251***	0,762***
Aantal observaties	484	484	333	484
Pseudo R ²	0,283	0,134	0,048	0,608

*** Significant op respectievelijk vijf- en eenprocentniveau.

LITERATUUR

- Carman, K.G. en I. Mosca (2011) Who takes advantage of free flu shots? Examining the effects of an expansion in coverage. *TILEC Discussion Paper*, 2011(011).
- De Volkskrant (2011) *Griep epidemie staat voor de deur*. Artikel op www.volkskrant.nl, 3 januari.
- Denton, A.P. (1997) Do I need a flu shot? *Home Care Provider*, 2(4), 164-165.
- Gezondheidsraad (2007) *Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling*. Advies op www.gezondheidsraad.nl.
- Mullahy, J. (1999) It'll only hurt a second? Microeconomic determinants of who gets a flu shot. *Health Economics*, 8(1), 9-24.
- RIVM (2009) *Griep epidemie in Nederland*. Nieuwsbericht op www.rivm.nl, 15 januari.
- Tacken, M., J. Mulder, H. van den Hoogen, W. Tiersma, J. Donkers, R. Verheij en J. Braspenning (2009) *Monitoring Nationaal Programma Grieppreventie 2008*. Nijmegen: LINH.