



Flevoland

Aan de slag met de lage vaccinatiegraad in Flevoland

**Actualisatie handelingsperspectieven –
een voorstel aan het bestuur**

10-12-2024

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
1.	Inleiding	4
2.	Doel van dit rapport	4
3.	Context en afbakening van deze vaccinatiegraadplannen	4
4.	De vaccinatiegraad in Flevoland is onverminderd laag	6
5.	Visie	8
6.	Realistisch zijn over wat we kunnen	8
7.	Doelstellingen, prioritaire doelgroepen en vaccinaties	9
	Doelstellingen	9
	Doelgroepen waar wij ons prioritair op richten.....	9
	Vaccinaties waar wij ons prioritair op richten.....	10
8.	Actielijnen	10
	Verschillende scenario's.....	11
	Borgen van coördinatie van samenwerking op verhogen vaccinatiegraad	11
	Met betrekking tot de weergave van de actielijnen.....	12
	Actielijn 1: Face-to-face vaccinatieconsulten	13
	Actielijn 2: Laagdrempelig aanbieden van (inhaal)vaccinaties.....	14
	Actielijn 3: Betrekken andere beroepsgroepen.....	16
	Actielijn 4: Ondervertegenwoordigde doelgroepen	17
	1. Mensen met een niet-westerse achtergrond	18
	2. Mensen met een bevindelijk gereformeerde achtergrond.....	19
	3. Mensen met een antroposofische levensovertuiging.....	21
	Actielijn 5: Prikangst.....	22
	Actielijn 6: Jongeren	24
	Actielijn 7: Regionale dashboards vaccinaties	25
	Actielijn 8: Publiekscommunicatie	27
	Levend document	29
	Monitoring en rapportage	29
9.	Samenwerking tussen gemeenten en uitvoerende organisaties	29
	Wat gemeenten zelf kunnen doen.....	29
	Informatievoorziening- en uitwisseling tussen uitvoerende organisaties en gemeenten	31
	Bijlage 1 - Methode	33
	Bijlage 2 - Beknopte beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden in het RVP in Flevoland	34
	Bijlage 3 - Evaluatie 2019-2023	37

Samenvatting 'Aan de slag met de lage vaccinatiegraad in Flevoland – Actualisatie 2024'

Probleem

De vaccinatiegraad in Flevoland voor RVP-vaccinaties is erg laag. Ze liggen onder de vaccinatiegraad die de WHO als minimum beschouwt om het risico op uitbraken binnen de perken te houden. Daarom neemt het risico op uitbraken toe. De vaccinatiegraad is in Nederland en Europa de afgelopen jaren dalende, maar ook relatief gezien scoort regio Flevoland slecht.

Visie

Alle kinderen en zwangere vrouwen profiteren maximaal van de vaccinaties die binnen het RVP worden aangeboden. Dat wil zeggen dat iedereen die geen contra-indicatie heeft, is gevaccineerd. De ziekte last en sterfte als gevolg van RVP-vaccinaties tegen beschermen wordt daarmee geminimaliseerd, waardoor maximale gezondheidswinst wordt behaald.

Doelstellingen

- 1) Alle ouders in Flevoland hebben toegang tot betrouwbare informatie over vaccineren binnen het RVP, die aansluit bij hun behoeften.
- 2) Wij bereiken doelgroepen die ondervertegenwoordigd zijn in het RVP met passende communicatie en methoden.
- 3) De boodschap over het belang van vaccineren wordt zoveel mogelijk uniform, en door zoveel mogelijk partijen rondom de doelgroep en veelvuldig uitgedragen.
- 4) Vaccinaties worden laagdrempelig en flexibel aangeboden.
- 5) Wij hebben zicht op wat onze inspanningen opleveren.

Prioritaire doelgroepen

1. Twijfelaars en kritische prikkers
2. Aanstaande en nieuwe ouders
3. Doelgroepen die in het RVP ondervertegenwoordigd zijn
 1. Mensen met een niet-westerse achtergrond
 2. Mensen met een bevindelijk gereformeerde achtergrond
 3. Mensen met een antroposofische levensovertuiging
4. Kinderen en ouders met prikangst
5. Jongeren

Prioritaire vaccinaties

1. HPV-vaccinatie
2. BMR-vaccinatie
3. Maternale kinkhoestvaccinatie

Actielijnen

1. Face-to-face vaccinatieconsulten

2. Laagdrempelig aanbieden van (inhaal-)vaccinaties

3. Betrekken andere beroepsgroepen

4. Ondervertegenwoordigde doelgroepen

5. Prikangst

6. Jongeren

7. Regionale dashboards vaccinaties

8. Publieke communicatie

Context

- De sturing op het RVP/vaccinatiegraad is complex vanwege versnippering van de uitvoering over vier JGZ-organisaties.
- De plannen hebben betrekking op de 'koude fase'.
- VWS heeft een doorlopende landelijke aanpak om de vaccinatiegraad te verhogen.
- GGD'en moeten op termijn aan de slag met de inrichting van een nieuwe vaccinatievoorziening volwassenen.
- Binnen GGD Flevoland is recent een overkoepelende koers op het gebied van vaccinatiezorg vastgelegd.

Wat gemeenten zelf kunnen doen

- Dossier duidelijk intern beleggen
- Informeren en betrekken van gemeenteraad
- Het onderwerp RVP/vaccinatiegraad benoemen in relevante beleidsstukken
- Het nemen van de rol in het onderhouden van contacten met JGZ-organisaties en IZB over het thema vaccinatiegraad
- Het overwegen van een actievare operationele rol van de gemeente
- Het zorgen voor voldoende en herleidbare financiering

1. Inleiding

Sinds 2019 zijn gemeenten bestuurlijk verantwoordelijk voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en de vaccinatiegraad. In het licht van deze nieuwe verantwoordelijkheid vroegen gemeenten de GGD en JGZ-organisaties (JGZ-GGD, JGZ Almere, Icare en Zorggroep Oude en Nieuwe Land) destijds om te rapporteren over de vaccinatiegraad in de regio en de afzonderlijke gemeenten. Het bestuur vroeg tevens naar de mogelijkheden die er zijn om de dalende vaccinatiegraad aan te pakken. Dit resulteerde in het rapport 'De lage vaccinatiegraad in Flevoland' (2019), waarin de regionale en lokale situaties met betrekking tot de vaccinatiegraad werden toegelicht en handelingsperspectieven werden geboden om deze te verbeteren. In het vervolgrapport 'Aan de slag met de lage vaccinatiegraad in Flevoland' zijn de handelingsperspectieven nader uitgewerkt in een concreet actieplan. Dit laatste rapport is begin januari 2020 vastgesteld door het bestuur.

De afgelopen jaren hebben GGD en JGZ-organisaties gezamenlijk aan de uitvoering van dit plan gewerkt en hierover aan gemeenten gerapporteerd. Vanwege het snel veranderende context, mede veroorzaakt door de coronapandemie, is het rapport inmiddels aan actualisatie toe. In dit rapport beschrijven wij welke acties wij de komende jaren voorstellen om de vaccinatiegraad te verhogen.

2. Doel van dit rapport

Dit rapport heeft allereerst ten doel het bestuur keuzes voor te leggen die er met betrekking tot de acties om de vaccinatiegraad te verhogen kunnen worden gemaakt. Het beschrijft de relevante context en afwegingskaders die aan de voorgestelde actielijnen ten grondslag liggen.

Daarnaast dient het rapport om directies en management van GGD en JGZ-organisaties enerzijds, en de gemeenteraden anderzijds, nader te informeren over de stand van zaken rondom het dossier verhogen vaccinatiegraad en de verschillende rollen van de spelers hierin. Ten slotte dient het rapport als ijkpunt voor de JGZ-organisaties en Infectieziektebestrijding (IZB) zelf. Het proces van de totstandkoming van het rapport is beschreven in bijlage 1.

Al is de inhoud openbaar, het rapport is niet als middel voor publiekscommunicatie bedoeld. Op basis van de door het bestuur gemaakte keuzes zullen de doelstellingen en actielijnen (alleen de gekozen scenario's) als publieksdocument worden opgemaakt.

3. Context en afbakening van deze vaccinatiegraadplannen

De plannen om de vaccinatiegraad te verhogen moeten worden beschouwd in een bredere context, die wij in deze paragraaf kort schetsen.

- **De sturing op het RVP/vaccinatiegraad is complex vanwege versnippering van de uitvoering.** De gemeente maakt over de uitvoering van het RVP afspraken met de JGZ-organisaties die in de betreffende gemeente actief zijn (zie ook bijlage 2 voor een beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden rondom het RVP). Omdat in regio Flevoland vier JGZ-organisaties actief zijn, waarvan er één ook buiten regio Flevoland, en alle gemeenten behalve Almere met twee JGZ-organisaties te maken hebben (één voor 0-4 jarigen, andere voor 4-18 jarigen), is het sturen op het RVP en op de vaccinatiegraad regionaal bijzonder complex. Zo is het vanwege de verspreiding van data over verschillende organisaties niet of nauwelijks mogelijk om actuele

regiobeelden te verkrijgen. Ook is de onderlinge samenwerking tussen JGZ-organisaties en GGD op dit thema erg arbeidsintensief.

Met de komst van JGZ Almere naar de GGD en de intentieverklaring van de GGD om ook de JGZ 0-4 van ZONL over te nemen in Urk en de Noordoostpolder, ligt enige vereenvoudiging van deze situatie in het verschiet. Of de samenwerking op het dossier 'verhogen vaccinatiegraad' daardoor daadwerkelijk eenvoudiger gaat worden, hangt wel af van hoe de management- en besluitvormingsstructuren in de nieuwe situatie vormgegeven gaan worden.

- **De voorliggende vaccinatiegraadplannen hebben betrekking op de 'koude fase'.** In dit rapport beschrijven wij plannen voor het verhogen van de vaccinatiegraad die betrekking hebben op de langere termijn en op de koude fase, d.w.z. een toestand waarin er geen sprake is van een uitbraak van infectieziekten waartegen het RVP beschermt. Dat wil zeggen dat deze plannen niet ingaan op de extra inzet op bijvoorbeeld het zetten van vaccinaties of communicatie die in uitbraaksituaties nodig zijn. Hiervoor beschikken GGD en GHOR over speciaal hiervoor opgestelde draaiboeken en crisisplannen en volgen wij indien van toepassing het landelijk beleid zoals dat door het RIVM wordt gecommuniceerd. Dat neemt niet weg dat we in een uitbraaksituatie kunnen profiteren van de samenwerking tussen de verschillende organisaties die er op basis van de voorliggende plannen bestaat.
- **VWS heeft een doorlopende landelijke aanpak om de vaccinatiegraad te verhogen.** Vanaf november 2018 was dat de aanpak 'Verder met vaccineren', vanaf juli 2022 betreft dat de aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties'. Deze aanpakken kennen verschillende actielijnen, waarover wij in onze halfjaarlijkse memo's aan gemeenten communiceren. Het betreft veelal landelijke zaken waar wij regionaal, meestal op termijn, mogelijk profijt van zouden kunnen krijgen, zoals de verbetering van de communicatie over RVP-vaccinaties vanuit het RIVM of het doen van onderzoek naar de meest effectieve gesprekstechnieken tijdens vaccinatieconsulten. Wij houden deze landelijke actielijn voortdurend in de gaten en integreren nieuw-opgedane kennis zo mogelijk in onze werkwijzen. De meest recente kabinetsplannen¹ formuleren specifieke acties voor gemeenten en JGZ-organisaties om de vaccinatiegraad te verhogen. Extra financiering zal echter niet beschikbaar komen. Onduidelijk is bovendien hoe deze plannen zich tot de beleidsvrijheid van gemeenten verhouden.
- **GGD'en moeten aan de slag met de inrichting van een nieuwe vaccinatievoorziening volwassenen.** In de nasleep van COVID-19 en naar aanleiding van [een landelijk rapport](#) over de rommelige inrichting van het vaccinatiestelsel in Nederland, heeft het kabinet het voornemen uitgesproken om elke GGD een Vaccinatievoorziening voor Volwassenen (VvV) te laten inrichten. Hierin zullen GGD'en bepaalde vaccinaties uit landelijke vaccinatieprogramma's (de zgn. programmatische vaccinaties) gaan aanbieden, als informatie- en expertisecentrum vaccinaties dienen voor inwoner en professional, en programmatische vaccinaties regionaal coördineren. Dit moet leiden tot een samenhangend vaccinatieaanbod in de regio.

Momenteel is er nog geen consensus over hoe de uitvoering van deze VvV vorm moet krijgen en gefinancierd moet worden. Beslissingen hierover worden pas na 2024 verwacht. Wel is de opzet dat de VvV stapsgewijs zal worden opgebouwd, waarbij de COVID-19-vaccinatie en de gordelroosvaccinatie naar verwachting als eerste zullen worden aangeboden binnen deze

¹ Zijnde de buiten de gewone rapportageplanning verschenen [kamerbrief van april 2024](#), die als reactie op recente zorgwekkende signalen over de daling van de vaccinatiegraad en uitbraken van infectieziekten is verschenen; de begroting van VWS en de miljoenennota voor 2025.

vaccinatievoorziening. Via een groeimodel zullen in de toekomst andere vaccinaties worden toegevoegd. Op de lange termijn (>10 jaar) is het doel om de vaccinatievoorziening zelfs zodanig uit te breiden, dat zij alle vaccinaties van 0-100 jaar omvat, dus inclusief RVP-vaccinaties. Dit is echter een verre stip op de horizon.

- **Binnen GGD Flevoland is afgelopen jaar een overkoepelende koers op het gebied van vaccinatiezorg vastgelegd**, waarvan de visie en doelstellingen een kapstok geven voor het RVP-vaccinatiegraadbeleid. Doel van dit koersdocument is de interne en externe samenwerking op het gebied van vaccinatiezorg te verbeteren, hetgeen zijn uitwerking vindt in de daartoe op gerichte werkgroep 'GGD-brede vaccinatiezorg'. In het genoemde koersdocument zijn geen aparte doelstellingen met betrekking tot het verhogen van de vaccinatiegraad RVP-ziekten opgenomen, omdat deze in specifieke rapportages (zoals voorliggend document) worden benoemd. Wel is de verwachting dat de acties die ter verbetering van de interne samenwerking worden ingezet, ook de RVP-vaccinatieprocessen (binnen JGZ-GGD en JGZ-Almere) ten goede zullen komen.

4. De vaccinatiegraad in Flevoland is onverminderd laag

In het rapport 'De lage vaccinatiegraad in Flevoland' (2019) beschreven wij uitvoerig de vaccinatiegraad² in (de verschillende gemeenten van) regio Flevoland en hoe deze zich verhoudt tot Nederland, de norm van de Wereldgezondheidszorgorganisatie (WHO), en internationale tendensen. Ook beschreven wij de risico's die met een lage vaccinatiegraad samenhangen.

Wij zullen deze uitvoerige analyse hier niet herhalen. Anders dan destijds ontvangen gemeenten de actuele vaccinatiegraden immers 's zomers jaarlijks van ons via onze factsheets, en zijn deze, in uitgebreidere vorm, voortdurend te bekijken op

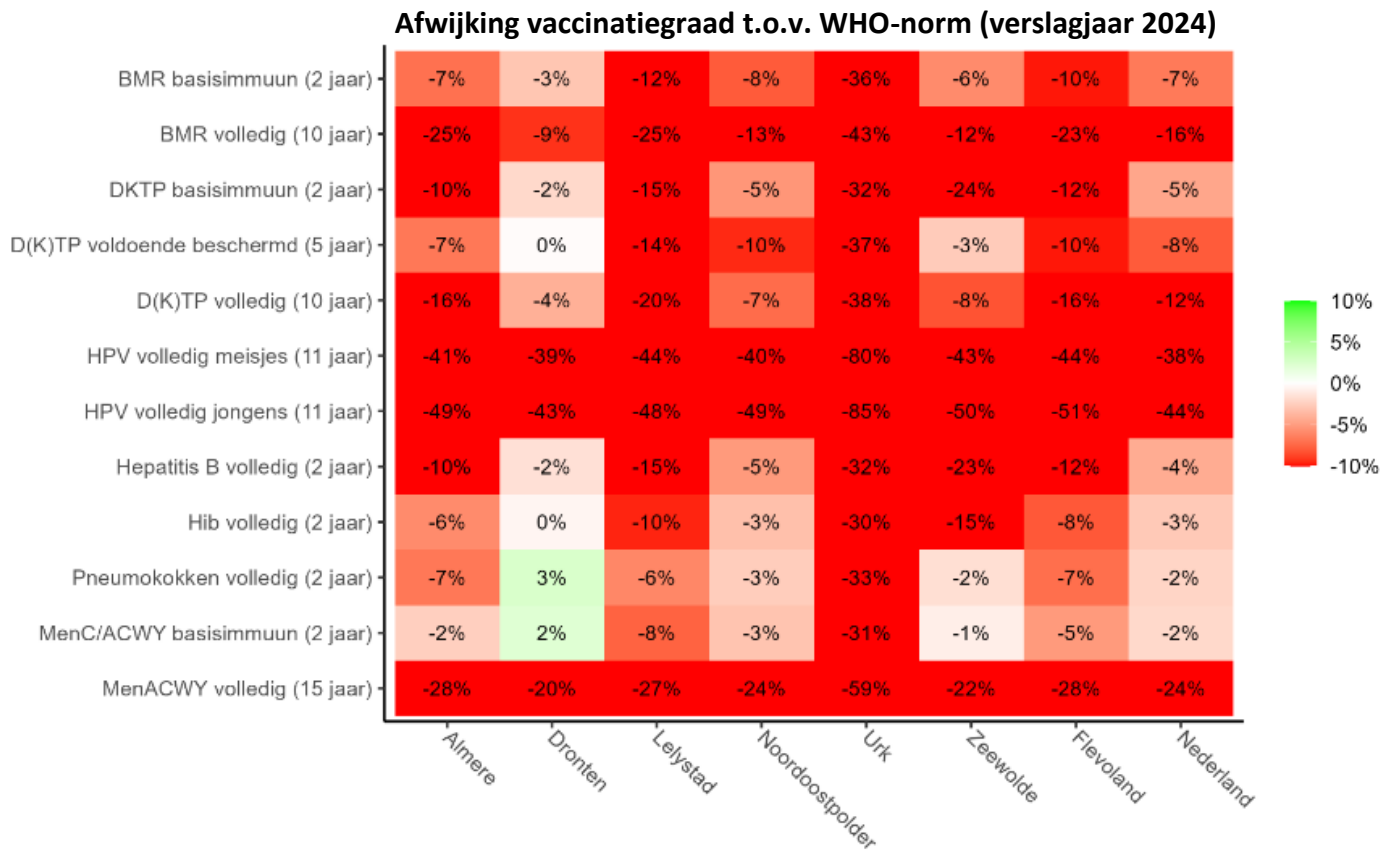
<https://www.eengezonderflevoland.nl/cijfers/vaccinatiegraad-flevoland/>. Een duiding van de ontwikkeling in de vaccinatiegraad geven wij gemeenten bovendien jaarlijks in onze najaarsmemo. En hoewel de vaccinatiegraad sinds 2019 heeft gefluctueerd, blijft de conclusie van destijds onverminderd staan: de vaccinatiegraad in Flevoland is onvoldoende, en staat verder onder druk. Ook de beschreven risico's blijven daarmee actueel.

Regio Flevoland scoort op vrijwel alle vaccinaties onder het landelijk gemiddelde en behoort bij alle vaccinatiegraden tot de hekkensluiters van de GGD-regio's. Wel is het zo dat we ons in 2019 in een positie bevonden dat onze vaccinatiegraden sneller daalden dan in andere GGD-regio's, en wij dus van jaar tot jaar niet alleen absoluut, maar ook relatief steeds slechter scoorden. Alhoewel, net als elders, onze absolute vaccinatiegraad ten opzichte van 2019 verder is gedaald, is onze relatieve positie niet verder verslechterd. Bij een deel van de vaccinaties is onze rangschikking ten opzichte van andere GGD'en juist iets verbeterd.

Belangrijker is echter hoe de vaccinatiegraad in onze regio zich verhoudt tot de WHO-norm. Dit is de

² Feitelijk is er geen sprake van 'één vaccinatiegraad'. De vaccinatiegraad wordt landelijk per vaccinatie, per meetmoment (op bepaalde leeftijden) en uitgesplitst naar regio en gemeente bepaald. Er is dus sprake van een veelvoud aan vaccinatiegraden, die onderling in hoogte en trend kunnen afwijken. Omdat er over het geheel genomen wel sprake is van grotere tendensen, zullen we ten behoeve van de leesbaarheid, en waar de inhoud dat toelaat, soms spreken van 'de vaccinatiegraad', aansluitend ook bij hoe het in de volksmond wordt gehanteerd.

vaccinatiegraad die de WHO als minimum beschouwt om het risico op uitbraken binnen de perken te houden. Voor het zeer besmettelijke mazelen (onderdeel van de BMR-vaccinatie) is deze grens 95%, voor de overige vaccinaties 90%. In onderstaande tabel is te zien hoe gemeenten en de regio ten opzicht van deze WHO-norm scoren, gebruikmakend van de meest actuele cijfers.



Tabel 1. De vaccinatiegraad per gemeente en vaccinatie ten opzichte van de WHO-norm.

Van belang is hier om te vermelden dat de vaccinatiegraadcijfers nu minder betrouwbaar zijn dan in 2019, en waarschijnlijk een onderschatting vormen. Dit komt omdat ouders sindsdien de mogelijkheid hebben gekregen om bezwaar te maken tegen de uitwisseling van de vaccinatiegegevens tussen JGZ en RIVM. Daarom weet het RIVM van een bepaald percentage kinderen hun vaccinatiestatus niet meer, en kunnen deze kinderen niet worden meegeteld bij het bepalen van de vaccinatiegraad.³

Overigens willen we benadrukken dat de dalende vaccinatiegraad niet alleen een landelijke, maar ook internationale trend weerspiegelt. Dit plaatst het in een bredere context, al maakt [recent onderzoek](#) duidelijk dat het vertrouwen in vaccinaties in Nederland harder daalt dan in andere Europese landen. Tegelijkertijd levert de internationale trend extra risico's op. Immers, een lage vaccinatiegraad in andere delen van Europa en de wereld zorgt voor een grotere circulatie van infectieziekten waartegen het RVP beschermt. Vanwege het vele internationale verkeer neemt de kans op uitbraken in Nederland daarmee ook toe.

³ Meer uitleg hierover is te vinden in de halfjaarlijkse memo's die aan gemeenten worden verstuurd.

5. Visie

Voor het opstellen van deze plannen hebben IZB en de JGZ-organisaties een gezamenlijke regionale visie op vaccineren binnen het RVP vastgesteld. Wij sluiten met deze visie aan bij de visies van WHO, Rijk, GGD en JGZ-organisaties.

Alle kinderen en zwangeren profiteren maximaal van de vaccinaties die binnen het RVP worden aangeboden. Dat wil zeggen dat iedereen die geen contra-indicatie heeft, is gevaccineerd. De ziektelast en sterfte als gevolg ziekten waar RVP-vaccinaties tegen beschermen wordt daarmee geminimaliseerd, waardoor maximale gezondheidswinst wordt behaald.

Deze visie is de stip op de horizon, de ideale situatie. Die toekomstdroom bereik je wellicht niet, maar geeft wel duidelijk de koers aan die je volgt. De visie ligt aan onze basis van onze plannen.

6. Realistisch zijn over wat we kunnen

De dalende vaccinatiegraad is een complex probleem. Onderzoek en de praktijk wijzen op verschillende factoren die van invloed zijn op de daling. In onze plannen zetten we in op de factoren die ons bekend, en door ons beïnvloedbaar zijn. Tegelijkertijd is er ook veel onbekend, zoals de mate waarin bepalende factoren verschillen tussen bepaalde regio's, gemeenten of doelgroepen. Ook zijn er landelijk nauwelijks aantoonbaar effectieve interventies bekend om de vaccinatiegraad te verhogen. Dat wil niet zeggen dat ze er niet zijn, maar wel dat we niet weten welke dat zijn; dit omdat er in de GGD-regio's weinig gericht onderzoek wordt uitgevoerd naar de resultaten van zulke interventies. Hierbij spelen kostenoverwegingen ook een rol. Op basis van de factoren en 'draaiknoppen' die in de wetenschappelijke literatuur worden benoemd, en de ervaringen die de JGZ-organisaties in hun spreekkamer opdoen, kunnen we evenwel een redelijk goede inschatting maken van wat resultaat zou moeten opleveren. Daar richten we onze acties op.

Tegelijk erkennen we dat er ook invloedrijke maatschappelijke factoren zijn die de vaccinatietendens beïnvloeden en (grotendeels) buiten onze macht liggen. Het gebrek aan vertrouwen in de overheid en instanties, de vaccinatiemoede na corona, het wijdverbreide rondgaan van desinformatie zijn voorbeelden van zulke factoren. Voor een klein deel kunnen ook wij proberen deze factoren gunstig te beïnvloeden. Zo kunnen we van ons deel proberen bij te dragen aan het herstel van het vertrouwen door ouders tijdens een gesprek actief uit te nodigen om hun vragen en zorgen over vaccinaties met ons te delen en hierop eerlijk in te gaan. Tegenover de desinformatie kunnen we actieve, positieve communicatie over vaccinaties inzetten. Zulke acties vragen echter om extra tijd, inzet en inspanningen, en vaak dus ook om extra middelen. Zonder dat zijn onze interventiemogelijkheden beperkt, en de resultaten die we verwachten te boeken daarmee ook. Bij gelijkblijvende inzet zullen we grotendeels gelijkblijvende resultaten halen.

Wat betreft de voorgestelde actielijnen willen we benadrukken dat er geen *silver bullet* is. Er bestaat geen enkele knop die, als we eraan draaien, het grote verschil gaat maken. Niet alleen lopen de redenen om niet te vaccineren wijd uiteen, ook zullen die bij ouders niet altijd expliciet zijn. Vaccinatietwijfel hoeft niet overtuigd of beredeneerd te zijn, maar kan een gevoelsbeslissing zijn op basis van soms onbewuste factoren. De realiteit is daarom dat veel verschillende inspanningen op veel verschillende gebieden nodig zijn om, opgeteld en over een periode van jaren, tot een verbetering van de vaccinatiegraad te komen.

De directe invloed van interventies op de vaccinatiegraad is sowieso nauwelijks te monitoren. Zoals we in eerdere rapporten al benadrukten, monitort het RIVM met vertraging: bij een bepaald cohort kinderen (alle kinderen uit een bepaald geboortjaar) kijkt het RIVM op gezette leeftijden naar het aantal tot dan toe gehaalde vaccinaties. Stel dat een kind een bepaalde vaccinatie met uitstel (dus na het meetmoment van het RIVM) krijgt toegediend, dan kan het zijn dat deze vaccinatie pas over enkele jaren, namelijk op het volgende meetmoment, in de statistieken verschijnt. Wordt de vaccinatie gegeven na het laatste meetmoment, dan zal de vaccinatie nooit in de RIVM-statistieken terug te zien zijn. Bovendien veranderen regiocohorten (en daarmee de vaccinatiegraad) ook flink doordat kinderen de regio in of uit verhuizen. De RIVM-vaccinatiegraad is dus een redelijk log en grof instrument, en niet altijd volledig.

Vanwege de door ons nauwelijks beïnvloedbare maatschappelijke factoren, in combinatie met een te summiere monitoring van de vaccinatiegraad, stellen wij ons in onze plannen geen vast vaccinatiegraadpercentage ten doel. Dit zou zinvol, noch realistisch zijn.

7. Doelstellingen, prioritaire doelgroepen en vaccinaties

Wij hebben een aantal doelstellingen geformuleerd, en een aantal specifieke doelgroepen en vaccinaties benoemd waar wij ons prioritair op willen richten. Prioritaire doelgroepen en vaccinaties kunnen overlappen.

Doelstellingen

- 1) Alle ouders in Flevoland hebben toegang tot betrouwbare informatie over vaccineren binnen het RVP, die aansluit bij hun behoeften.
- 2) Wij bereiken doelgroepen die ondervertegenwoordigd zijn in het RVP met passende communicatie en methoden.
- 3) De boodschap over het belang van vaccineren wordt zoveel mogelijk uniform, en door zoveel mogelijk partijen rondom de doelgroep en veelvuldig uitgedragen.
- 4) Vaccinaties worden laagdrempelig en flexibel aangeboden.
- 5) Wij hebben zicht op wat onze inspanningen opleveren.

Doelgroepen waar wij ons prioritair op richten

1. **Twijfelaars en kritische prikkers.** We weten dat de groep mensen die onzeker of kritisch is over vaccinaties groeit, mede onder invloed van desinformatie en een afnemend vertrouwen in de overheid. De JGZ moet een duidelijk en eerlijk antwoord hebben op de vragen en twijfels van ouders, en deze op een passende wijze adresseren. Ze moet hierbij aansluitend op de daadwerkelijke behoeften van de ouder. Wij handelen vanuit de overtuiging dat elke ouder de beste keuze wil maken voor zijn of haar kind.
2. **Aanstaande en nieuwe ouders.** In de spannende tijd van een eerste zwangerschap en geboorte krijgen ouders te maken met de keuze om wel of niet te vaccineren. Keuzes die nu gemaakt worden, werken in veel gevallen door op toekomstige vaccinatiebeslissingen, ook bij toekomstige kinderen. Het is daarom van belang dat we aanstaande en nieuwe ouders tijdig bereiken en vragen en eventuele zorgen vóór zijn, of kunnen bespreken.
3. **Doelgroepen die in het RVP ondervertegenwoordigd zijn.**
 - a. **Mensen met een niet-westerse achtergrond.** De vaccinatiegraad voor kinderen en jongeren met een niet-westerse achtergrond is (fors) lager is dan die voor kinderen en

jongeren zonder migratieachtergrond. De verschillen zijn het grootst voor specifieke RVP-vaccinaties, als bijvoorbeeld de HPV-vaccinatie en de maternale kinkhoestvaccinatie. Hierdoor blijft veel gezondheidswinst liggen en worden gezondheidsverschillen vergroot.

- b. Mensen met een bevindelijk gereformeerde achtergrond.** Bevindelijk gereformeerden vormen een religieuze en culturele minderheidsgroepering waarin religieuze bezwaren van invloed zijn op de vaccinatiekeuze. In onze regio zijn zij voornamelijk (maar niet uitsluitend) woonachtig in de gemeente Urk. Op Urk spelen ook andere cultureel-maatschappelijke redenen een rol bij het niet-vaccineren.
 - c. Mensen met een antroposofische levensovertuiging,** die vanwege antroposofische zienswijzen hun kind vaker niet of volgens een afwijkend schema laten vaccineren.
- 4. Kinderen en ouders met prikangst.** JGZ-organisaties nemen waar dat het aantal kinderen en ouders met prikangst de laatste jaren flink toeneemt. Prikangst kan er toe leiden dat er uiteindelijk voor wordt gekozen om niet te vaccineren, hoewel de intentie er wel is.
- 5. Jongeren.** Communicatie en informatie over vaccineren vrijwel uitsluitend gericht op ouders. Toch mogen kinderen vanaf 12 jaar mee-, en jongeren vanaf 16 jaar zelf beslissen over vaccinaties. Er is nog weinig bekend over wat informatie richten op jongeren doet met de vaccinatiegraad.

Vaccinaties waar wij ons prioritair op richten

- I. HPV.** De HPV-vaccinatie kent van alle vaccinaties de laagste vaccinatiegraad. Dat is zo in Nederland, maar ook in Flevoland. Ook is de HPV-vaccinatiegraad zeer uiteenlopend tussen verschillende doelgroepen, hetgeen gezondheidsverschillen in de hand werkt.
- II. BMR.** De BMR-vaccinatie kent een lagere vaccinatiegraad dan de meeste andere vaccinaties. Dat terwijl de vaccinatiegraad voor mazelen, vanwege de hoge besmettelijkheid van die ziekte, juist hoger zou moeten zijn om groepsimmunitet te bereiken.
- III. Maternale kinkhoestvaccinatie (MK).** Sinds enkele jaren kunnen vrouwen zich al in de zwangerschap laten inenten tegen kinkhoest. De baby is na de geboorte dan meteen beschermd en heeft bovendien een vaccinatie minder nodig. De verloskundige wijst de moeder voor een MK door naar JGZ, wat vaak het eerste contactmoment tussen JGZ en ouders vormt. Ook is de MK het eerste moment dat aan aanstaande ouders wordt gevraagd over vaccineren na te denken. Deze beslissing kan aan de basis liggen van toekomstige vaccinatiebeslissingen, en is daarom extra belangrijk. Daarnaast kent het voor baby's gevaarlijke kinkhoest een grote ziektelast, die met vaccinaties voorkomen kan worden.

8. Actielijnen

De actielijnen zijn de uitwerking van de doelstellingen, prioritaire doelgroepen en vaccinaties. Zij geven in grotere categorieën aan wat wij willen gaan doen om de vaccinatiegraad te verhogen. Doordat prioritaire doelgroepen en vaccinaties vaak overlappen, zullen actielijnen zich vaak op meerdere doelgroepen of vaccinaties richten.

Verschillende scenario's

Voor elke actielijn zijn er verschillende scenario's uitgewerkt, die de bestuurlijke keuzes inzichtelijk maken.

De **basisvariant** laat zien wat de JGZ-organisaties en IZB binnen de bestaande formatie kunnen oppakken (zie echter de volgende paragraaf, 'borgen van de coördinatie'). Dit betreft beperkte extra inspanningen en gaat vaak om zaken die redelijk laagdrempelig kunnen worden opgepakt. Acties zullen voornamelijk één voor één (en dus niet gelijktijdig) worden opgepakt, zodra de formatie dat toelaat. Deze acties worden daarom uitgesmeerd over meerdere jaren. We draaien dus maar kleine stukjes aan een beperkt aantal knoppen. Er zitten geen extra kosten aan verbonden, maar de verwachte impact is dan ook beperkt.

De **aanvullende variant** laat zien welke acties de JGZ-organisaties en IZB prioritair zouden oppakken als gemeenten extra middelen beschikbaar zouden stellen om te aanpak te intensiveren. Het gaat hier om de meest dringende zaken waarvan we het meeste effect verwachten, maar die niet binnen de bestaande formatie passen. In deze aanvullende variant pakken we nieuwe zaken op waar binnen de basisvariant geen ruimte is. Ook versnellen we de in de basisvariant genoemde opties en/of vergroten het bereik van de acties. We draaien dus iets meer aan een iets groter aantal knoppen. Hierbij is daarom een groter effect te verwachten dan bij de basisvariant. Toch benutten we kansen die we zien nog maar ten dele.

De **omvattende variant** betreft een weergave van wat we zouden oppakken als we de middelen hadden om een solide, gedegen aanpak neer te zetten. Hierbij benutten we de kansen die we met betrekking tot de genoemde prioriteiten zien maximaal en pakken acties gelijktijdig op, waardoor er niet alleen meer, maar ook eerder effect te verwachten is. We ontwikkelen aparte strategieën voor alle genoemde doelgroepen en vaccinaties.

Borgen van coördinatie van samenwerking op verhogen vaccinatiegraad

De samenwerking tussen de JGZ-organisaties en IZB is arbeidsintensief en leunt zwaar op het trekkerschap van IZB. Deze trekkers- en aanjagersrol was in het rapport van 2020 ook voorzien. De samenwerking is inmiddels geïntensiveerd en de rollen gegroeid. Naast haar wettelijke taken (zie bijlage 2) fungeert IZB als aanjager en trekker van alle gezamenlijke taken binnen de samenwerking (zie kader), waardoor het er de facto op neerkomt dat zij een rol van coördinator vervult. In de onderstaande actielijnen worden veel gezamenlijke plannen gepresenteerd, die de trekkersrol van IZB nog verder zullen intensiveren.

Tot nu toe ligt het trekkerschap bij een beleidsmedewerker binnen IZB. Er zijn echter geen specifieke uren voor belegd en de taken worden naast andere werkzaamheden uitgevoerd, die soms voorrang moeten krijgen. Daarnaast is het aantal beschikbare uren binnen de functie

Coördinerende taken van IZB binnen samenwerking verhogen vaccinatiegraad

- Organiseert halfjaarlijks overleg met JGZ-organisaties;
- Stelt halfjaarlijkse memo's en factsheets aan gemeenten op;
- Stelt jaarlijkse update over stavaza vaccinatiegraadplannen op;
- Trekker van gezamenlijke acties (bijv: communicatieplan);
- Houdt literatuur en landelijk beleid rondom verhogen vaccinatiegraad bij en adviseert JGZ-organisaties aan de hand hiervan;
- Trekt de actualisatie van de vaccinatiegraadplannen;
- Verantwoordelijke contact gemeenten (ambtenaren).

onvoldoende om alle taken opgepakt zouden moeten worden uit te voeren (zie ook de evaluatie 2019-2023 in bijlage 3). De omvang en zwaarte van de huidige taken passen niet meer binnen het tot nu toe gevoerde model en kan op deze wijze niet worden gecontinueerd.

De basisvariant van de scenario's (wat we kunnen uitvoeren binnen de formatie) wordt men geacht zo te lezen, dat deze uitgaat van de aanwezigheid van iemand die de samenwerking coördineert. Zonder een invulling van deze positie kunnen verschillende zaken uit het basisscenario niet worden opgepakt. Het is daarom van belang om deze rol van coördinator als functie formeel te beleggen en daar voldoende uren aan te koppelen. Deze stap is onontbeerlijk om de samenwerkingsplannen in de huidige vorm voort te kunnen zetten. Momenteel wordt ook verkend welke rol JGZ-GGD hierin kan spelen.

Met betrekking tot de weergave van de actielijnen

In de actielijnen werken we met afkortingen om aan te geven over welke actoren we het hebben: **A** = JGZ Almere; **G** = JGZ GGD; **Ic** = Icare; **Z** = ZONL; **I/G** = IZB/GGD, **KA** = Team Kennis en Advies van de GGD. Overigens is in de uitwerking van de actielijnen is nog geen rekening gehouden met een vereenvoudiging van de inrichting van het JGZ-landschap; er is uitgegaan van de bestaande situatie met vier JGZ-organisaties en deze worden in de actielijnen dan ook nog als aparte actoren aangegeven. Wij gaan ervan uit dat de acties, die immers gebaseerd zijn op de inhoud of een lokale situatie, in de nieuwe situatie in meeste gevallen onverminderd actueel blijven. Evenwel is niet uit te sluiten dat de insteek in sommige gevallen anders wordt als de bestuurlijke situatie verandert. Hierover zullen wij dan ook in de jaarlijkse voortgangsrapportage berichten.

De acties die in een actielijn zijn genoemd zijn soms ook voor andere actielijnen relevant. Zo kan je doelgroepcommunicatie met evenveel reden bij de doelgroepgerichte aanpak noemen als bij het communicatieplan. Wij hebben er ten behoeve van de leesbaarheid voor gekozen acties niet op meerdere plekken neer te zetten.

Actielijn 1: Face-to-face vaccinatieconsulten

Aanleiding

De JGZ heeft als taak ouders over vaccinaties te informeren. Uit onderzoek blijkt ook dat ouders de JGZ als belangrijkste informatiebron over vaccinaties zien én wensen. Zij hebben daarbij een sterke voorkeur voor face-to-face contact.

Het vaccinatieconsult is een face-to-facemoment waarop ouders door de JGZ-professional worden geïnformeerd over vaccinaties en er ruimte zou moeten zijn voor vragen en het bespreken van twijfels over vaccinaties. Momenteel is die ruimte er bij 3 van de 4 JGZ-organisaties niet: zij geven aan geen of onvoldoende tijd te hebben om het gesprek over vaccinaties aan te gaan. Dat komt of omdat er geen natuurlijk face-to-face gespreksmoment gekoppeld is aan vaccinaties (4-18 jaar), of omdat de ruimte van een consultatiebureaugesprek soms onvoldoende tijd laat (0-4 jaar). Soms wordt de mogelijkheid geboden om een apart vaccinatieconsult op een later tijdstip te plannen, maar de drempel daarvoor lijkt te hoog: er wordt weinig gebruik van gemaakt. Dat wil zeggen dat het primaire, meest voor de hand liggende moment waarop ouders zich zouden kunnen laten informeren over vaccinaties niet (voldoende) kan worden benut.

Om de kwaliteit van de vaccinatieconsulten te waarborgen is het bovendien van belang dat de relevante JGZ-medewerkers beschikken over de juiste gesprekstechnieken om het gesprek over vaccinaties aan te gaan.

Doel

1. Het aan kunnen bieden van face-to-face-vaccinatieconsulten bij alle ouders die daar behoefte aan hebben, zo veel mogelijk aansluitend bij bestaande contactmomenten.
2. JGZ-medewerkers zijn getraind in de juiste gesprekstechnieken om gesprekken over vaccinaties aan te gaan.

Wat we al doen

Ad 1:

- Organiseren van vaccinatieconsulten voor nieuwkomers (Ic) op vaccinatiedagen (A)
- Wekelijks telefonisch vaccinatieconsultspreekuur voor mensen met vragen of twijfels (A)
- Reserveren (blocken) van deel van spreekuurtijd om uitlopende consulten op te vangen (bijvoorbeeld n.a.v. vaccinatievragen) (Z)
- Bij het JGZ intake-huisbezoek, 2 weken na geboorte, wordt er voorlichting gegeven over vaccinaties door de jeugdverpleegkundige (Ic, Z, A)
- Aanbieden apart fysiek of telefonisch vaccinatieconsult (A, G, Ic, Z)
- Aanbieden vaccinatieconsulten tijdens contactmomenten (A, Ic)
- Mogelijkheid tot stellen vragen over vaccineren via digitaal klantportaal (A, Ic)
- Pilot avondspreekuur gedraaid (mogelijkheid beide ouders gelijktijdig te spreken; redelijk succesvol, maar gestopt vanwege moeilijkheden met rondkrijgen personele bezetting (Z)
- Vaccinaties worden door jeugdverpleegkundige besproken in de preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO) in groep 2 en groep 7 (G)

Ad 2:

- Training motiverende gesprekstechnieken, met geborgde (Z) of facultatieve (A) periodieke herhaling
- Eerste lichte medewerkers geschoold in gesprekstechnieken (A, G)
- Gespreksvoering met ouders is ook een onderdeel van verplichte e-learning RVP van RIVM (A, Ic, G, Z)

Wat we willen gaan doen

Basisvariant	Aanvullende variant	Uitgebreide variant
<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinaties worden door jeugdverpleegkundige besproken in de preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO) in groep 2 en groep 7 (A) • Investeren in het optimaal gebruik maken van het informatieconsult RVP in combi met regulier contactmoment of als los contactmoment (A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actief aanbieden vaccinatieconsult voorafgaand aan HPV-vaccinatie (A, G) • Reserveren extra blok in spreekuur om uitloop n.a.v. vaccinatieconsulten op te vangen (A, Z) • Ruimte om aanvullend op de PGO-onderzoeken een contactmoment op indicatie in te plannen om in gesprek te gaan met ouders bij vragen of twijfels (A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Standaard dubbelconsult inplannen bij alle eerste kinderen in een gezin en bij twijfelaars (Z)
<ul style="list-style-type: none"> • Training gesprekstechnieken voor medewerkers organiseren (Ic) • Borgen periodieke herhaling training gesprekstechnieken voor nieuwe medewerkers (A), jeugdartsen en verpleegkundigen met aandachtsgebied RVP (G) 		<ul style="list-style-type: none"> • Ouders standaard en actief de mogelijkheid bieden om vaccinaties te bespreken tijdens gezondheidsonderzoeken (G). Hiertoe nodig: <ul style="list-style-type: none"> a) Realiseren voldoende tijd tijdens gezondheidsonderzoeken om vaccinaties te bespreken b) Trainen van alle jeugdartsen en verpleegkundigen op gesprekstechnieken vaccinaties
<ul style="list-style-type: none"> • Vollediger in kaart brengen redenen voor niet-vaccineren (Ic) 		

Actielijn 2: Laagdrempelig aanbieden van (inhaal)vaccinaties

Aanleiding

Niet alle vaccinaties die worden overgeslagen of uitgesteld zijn het resultaat van twijfel of een bewuste keuze. Vaccinaties worden ook gemist uit praktische overwegingen, zoals het vergeten van een afspraak of het niet beschikbaar zijn op het aangeboden vaccinatietijdstip. JGZ-organisaties doen er alles aan om met praktische maatregelen dit soort bezwaren te ondervangen en de drempel om te vaccineren zo laag mogelijk te maken, en om gemiste vaccinaties zo snel mogelijk in te halen. De inzet van de ouder zelf blijft echter onontbeerlijk.

Doel

- De invloed van praktische barrières op het halen van vaccinaties minimaliseren
- Gemiste vaccinaties zo makkelijk mogelijk laten inhalen

Wat we al doen

Flexibiliteit bij afspraken

- Zeer grote flexibiliteit in maken afspraak (G, Z, A)
- Inloopspreekuur (Ic, Z, A)
- Laagdrempelig online omzetten afspraak (A, G, Z)
- Experimenteren met andere openingstijden (G, Z) en –locaties (Z)
- Inhaalspreekuren organiseren op alle vaccinatiedagen, waarop je (zonder afspraak) eerder gemiste vaccinaties kan komen halen (A, G)
- Maandelijkse inhaalspreekuren voor kinderen met afwijkend schema (G)

Reminders en no-show

- No-show-protocol bij 0-4 (A)
- Brieven met uitleg hoe nieuwe afspraak te maken bij no-show (4-18) (A, G)
- Nabellen bij no-show (Ic, Z)
- Herinnering sturen voor afspraak (Z)

Flexibiliteit bij vaccineren/locatie

- Afwijkend vaccinatieschema op verzoek van ouder (A, G, Ic, Z)
- Meevaccineren van broers/zussen met missende vaccinaties op zelfde afspraak (G, Ic, Z), binnen dezelfde leeftijdscategorie (0-4 of 4-18) (A)
- Ieder kind kan tijdens een vaccinatiemoment ook alle eerder gemiste vaccinaties inhalen (Ic, G, A, Z)
- Bieden mogelijkheid tot afmaken van vaccinatieserie bij het consultatiebureau, ook al zijn de kinderen al ouder dan 4 (A, Z)
- Thuis vaccineren bij medische indicatie (A, G, Ic, Z) of sociale indicatie van kind of gezin (A, Z)
- Vaccineren van kinderen uit andere GGD-regio's (G, Z) wanneer dit kind gebruik maakt van de jeugdgezondheidszorg in Almere in breder perspectief (A)
- Voor individuele kinderen de mogelijkheid bieden vaccinatie te halen op locatie van JGZ-organisatie (i.p.v. op groepsvaccinatielocatie) (A, G)
- Keuze voor locatie ligt bij ouder (Ic)

Wat we willen gaan doen

Basisvariant	Aanvullende variant	Omvattende variant
• Pilot variëren tijd inloopspreekuur op NOP (Z)		• Nabellen bij 4+ no-show na twee brieven (A)
• Klantreis RVP in kaart brengen (G, Z)		
• Onderzoek naar bereikbaarheid rondom RVP (locaties, telefonisch/mail, behoeften) (G)		
• Onder de aandacht brengen dat de mogelijkheid bestaat voor huisbezoek bij vaccinaties op medische en sociale indicatie (A)		

Actielijn 3: Betrekken andere beroepsgroepen

Aanleiding

Er wordt nog zelden, en dan alleen op beperkte punten, samengewerkt met sommige groepen (zorg)professionals als het gaat om het RVP. Dit terwijl deze professionals, die dicht bij de doelgroep staan, wel een bijdrage zouden kunnen hebben in het bereiken en doorverwijzen van ouders en jongeren als het gaat om vaccinatievragen. Dit temeer omdat het vertrouwen van mensen in zorgprofessionals groot is. Zo is bekend dat een aanbeveling van een zorgverlener (bijv. de huisarts) om te vaccineren een positieve invloed uitoefent op het vaccinatiegedrag van mensen. De verloskundige heeft in het huidige stelsel al een specifieke taak in het doorverwijzen van zwangeren naar de JGZ voor de maternale kinkhoestvaccinatie, maar we hebben weinig zicht op hoe (vaak) dat gebeurt. Ook andere beroepsgroepen van buiten de zorg, zoals kinderdagverblijven of scholen, kunnen de vaccinatieboodschap helpen uitdragen.

Een consequente boodschap over vaccineren, die op meerdere plekken herhaald wordt, kan erg effectief zijn. Het actief en veelvuldig aanbieden van juiste informatie over vaccineren geldt bovendien als meest effectief middel om mensen ongevoelig(er) te maken voor desinformatie.

Doel

Ring van professionele netwerkpartners/ambassadeurs rond doelgroep opbouwen die een kernboodschap over vaccinatie actief uitdragen en doorverwijzen naar JGZ.

Wat we al doen

- Er zijn korte lijnen met verloskundigen, maar nog niet over vaccinaties (Ic, Z)
- Spreekuur maternale kinkhoestvaccinatie in verloskundigenpraktijk (Ic)
- Incidenteel bezoek van jeugdverpleegkundige aan verloskundigen, waarbij prenatale vaccinaties gesprekstema is (A)
- Structureel overleg met kinderartsen, met vaccinaties als agendapunt (Z)

Wat we willen gaan doen

Basisvariant	Aanvullende variant	Omvattende variant
<ul style="list-style-type: none">• Ontwikkelen samenwerkingsaanpak (beperkte variant):<ul style="list-style-type: none">○ Gericht op huisartsen en verloskundigen○ Aanpak per beroepsgroep één voor één uitwerken (niet gelijktijdig)○ Vooral werken met wat er is (weinig maatwerk) (A, G, Ic, Z, I/G)• Na huisartsen en verloskundigen:<ul style="list-style-type: none">○ Beperkte inzet op betrekken andere beroepsgroepen*, bijv. tijdens bestaande overleggen	<ul style="list-style-type: none">• Ontwikkelen samenwerkingsaanpak (aanvullende variant):<ul style="list-style-type: none">○ Gericht op huisartsen en verloskundigen○ Aanpak per beroepsgroep gelijktijdig uitwerken (=versnelling);○ Zo veel mogelijk maatwerk (A, G, Ic, Z, I/G)• Na huisartsen en verloskundigen:<ul style="list-style-type: none">○ Aanpak ontwikkelen andere beroepsgroepen○ Aanpak per beroepsgroep één voor één uitwerken (niet gelijktijdig)	<ul style="list-style-type: none">• Ontwikkelen samenwerkingsaanpak (omvattende variant):<ul style="list-style-type: none">○ Gericht op alle beroepsgroepen*○ Aanpak per beroepsgroep gelijktijdig uitwerken○ Inzet op zoveel mogelijk maatwerk en samenhang○ Samenbrengen betrokken beroepsgroepen in lokale vaccinatie-allianties (A, G, Ic, Z, I/G)

<ul style="list-style-type: none"> ○ Geen ontwikkeling specifieke aanpak, werken met wat er is (A, G, Ic, Z, I/G) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vooral werken met wat er is (weinig maatwerk) (A, G, Ic, Z, I/G) 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Jeugdverpleegkundige meldt aankomende vaccinatiedagen op en evt. via basisschool (A) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informatie aan ouders rondom vaccinatie en vaccinatiedagen verstrekken via communicatiekanalen van basisschool voor betreffend cohort (A) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Onderzoek naar standpunten en ervaren barrières verloskundige en andere relevante zorgprofessionals m.b.t. MK (I/G, A, I, G, Z) 	

** Zoals gynaecologen, kinderartsen, kraamverzorgenden, kinderopvang, apothekers, scholen, jongerenwerk, jongerenplatforms, wijkteams, GZA (gezondheidsdienst op het AZC) en het COA (voor de AZC's), beroepsgroepen rondom opvang nieuwkomers Oekraïne, evt. nog te identificeren beroepsgroepen.*

Risico's en opmerkingen

De samenwerking met beroepsgroepen vraagt om bereidheid, inzet en tijd van hun kant. Zeker bij de belangrijkste doelgroepen, verloskundigen en huisartsen, kunnen tijdsdruk en personele problemen een belemmerende factor voor samenwerking vormen.

Actielijn 4: Ondervertegenwoordigde doelgroepen

Aanleiding

Zoals in hoofdstuk 7 van dit rapport weergegeven, zijn een aantal groepen ondervertegenwoordigd in het RVP. Hoewel de redenen om niet (volledig) te vaccineren van individu tot individu verschillen, weten we ook dat er bepaalde factoren of redenen voor niet-vaccineren zijn die kenmerkend zijn voor een bepaalde doelgroep. Om gelijke kansen op gezondheid te waarborgen is het nodig om deze factoren specifiek te adresseren, en gericht aan te sluiten op de behoeften van deze doelgroep. Want hoewel de 'generieke' actielijnen in deze plannen gericht zijn op alle ouders, bereiken deze de doelgroepen niet in gelijke mate, of sorteren bij bereik niet hetzelfde effect.

Een doelgroepgerichte aanpak (DGA) is specifiek toegesneden op de behoeften van een bepaalde doelgroep. Binnen het RVP willen wij een DGA inzetten voor groepen mensen die met de reguliere aanpak onvoldoende worden bereikt.

1. Mensen met een niet-westerse achtergrond

Aanleiding

In hoofdstuk 7 noemden we al dat de vaccinatiegraad (fors) achterblijft bij mensen met een niet-westerse achtergrond⁴, zeker bij bepaalde vaccinaties. Hoewel deze inzichten zijn gebaseerd op onderzoeken buiten onze regio, is er geen reden om aan te nemen dat dat in Flevoland anders is. Bij steden met de een diverse bevolkingssamenstelling zoals Almere (35% niet-westerse achtergrond) en Lelystad (23%) is het daarom zeer aannemelijk dat de lage vaccinatiegraad in deze doelgroepen van invloed is op de algehele vaccinatiegraad, en op het vergroten van gezondheidsverschillen in de samenleving. Mensen met een niet-westerse achtergrond worden ook in de landelijke handreiking DGA genoemd als doelgroep voor wie aanvullende maatregelen nodig zijn om hen voldoende te bereiken en informeren over vaccinaties.

Doel

Het bereiken van de verschillende doelgroepen met een niet-westerse achtergrond met passende informatie via passende methoden en passende kanalen.

Wat we al doen

- Werken met gezondheidsverklaringen in verschillende talen (G)
- Werken met een tolk/tolktelefoon als nodig (Ic, Z)

Wat we willen gaan doen

Basisvariant	Aanvullende variant	Uitgebreide variant
<ul style="list-style-type: none">• Optimaal inzetten op het aanbieden van beschikbare informatie over vaccineren in verschillende talen (I/G, A)	<p>Ontwikkelen gezamenlijke DGA, waaronder⁵:</p> <ul style="list-style-type: none">• Specifieke communicatie ontwikkelen gericht op specifieke doelgroepen en hun behoeften, gericht op de meest dringende issues• Met voorlichting aansluiten bij netwerken/initiatieven voor deze doelgroepen• Scholing van medewerkers in beweegredenen en zorgen van specifieke doelgroepen over vaccineren (A, G)	<p>Ontwikkelen uitgebreide gezamenlijke DGA, waaronder⁵:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ontwikkeling volledige communicatiestrategie per doelgroep• Verkenning wenselijkheid en haalbaarheid doelgroepspecifieke groepsbijeenkomsten en/of webinars
<ul style="list-style-type: none">• N.a.v. in beeld gebrachte algemene klantreis (actielijn 2), specifiek nagaan of er laagdrempelig verbeteringen in doelgroepcommunicatie kunnen worden bereikt (G)	<ul style="list-style-type: none">• Klantreis in beeld brengen voor deze specifieke doelgroepen, kijken op welke punten binnen bestaande formatie verbeteringen kunnen worden gerealiseerd (A, G)	

⁴ CBS: persoon met als migratieachtergrond een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije.

⁵ Een goed overzicht van alle acties relevant voor een DGA zal pas bij de ontwikkeling hiervan gegeven kunnen worden, inclusief welke JGZ-organisaties zich aan welke acties committeren.

Risico's en opmerkingen

Een DGA in deze doelgroepen vereist het opbouwen van een netwerk en inzet van sleutelfiguren in de gemeenschappen. Deze contacten worden opgebouwd op basis van vertrouwen en wederkerigheid. Daarom is continuïteit van inzet essentieel. Een tijdelijke inzet, die naar verloop van tijd weer stopt, kan leiden tot een vertrouwensbreuk en tot een beperking van de bereidheid van personen binnen de doelgroep om in de toekomst met de GGD samen te werken, ook op andere thema's.

2. Mensen met een bevindelijk gereformeerde achtergrond

Aanleiding

Bevindelijk gereformeerden vormen een religieuze en culturele minderheidsgroepering waarin religieuze bezwaren soms een beslissende rol spelen in de vaccinatiekeuze. In onze regio zijn bevindelijk gereformeerden voornamelijk woonachtig in de gemeente Urk en de Noordoostpolder. Deze geografische clustering, in combinatie met een lage vaccinatiegraad, leidt tot periodieke uitbraken van infectieziekten, die ook op de rest van de bevolking kunnen overslaan. De sociale clustering van bevindelijk gereformeerden speelt eveneens een grote rol bij uitbraken: zo bezoeken gereformeerde kinderen (ook diegenen die niet in een zgn. biblebeltgemeente wonen) vaak gereformeerde scholen met een vaccinatiegraad die nog lager kan zijn dan die op wijkniveau. Door de lage vaccinatiegraad neemt het aantal mensen dat een ziekte pas op latere leeftijd doormaakt toe, wat gepaard gaat met een groter risico op complicaties.

In de bevindelijke-gereformeerde gemeenschap zijn, buiten religie, ook andere cultureel-maatschappelijke redenen van belang bij het niet-vaccineren. Bij bevindelijk gereformeerden speelt medische informatie verkregen door de JGZ door religieuze en maatschappelijke redenen daarom vaak maar een marginale rol in de beslissing om wel of niet te vaccineren. Daarnaast is er ook in deze gemeenschap sprake van 'reguliere' vaccinatietwijfel (angst voor bijwerkingen, afnemend vertrouwen in overheid).

Doel

Het stimuleren van het maken van een weloverwogen keuze over vaccineren gebaseerd op de juiste en voor de doelgroep relevante informatie.

Wat we al doen

- Bij twijfel verspreiden folder christelijke patiëntenvereniging (Z)
- Bij twijfel zoveel mogelijk voeren van gesprekken met beide ouders tegelijkertijd, zodat evt. bezwaren van beide ouders besproken kunnen worden (Z)

Wat we willen gaan doen

Deze actielijn zal ook zwaar leunen op de acties uit de actielijn 'betrekken andere beroepsgroepen'.

Basisvariant	Aanvullende variant	Uitgebreide variant
<ul style="list-style-type: none"> • Aansluiten bij Urker aanpak (Gezond op Urk, en mogelijk: DURF ouderavonden) van gemeente Urk, waarbij inzet netwerk van zorgpartners op thema vaccinatie verkend gaat worden (G, Z, I/G) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting geven bij centering pregnancy (verloskundigenzorg aan groepen) van verloskundigen, aandacht voor prikangst integreren. Verkennen van mogelijkheden om vaccinaties voor deze groep ter plekke te verzorgen (Z), monitoren effect van deze interventies (I/G). • Verkennen mogelijkheden tot geven van voorlichting over vaccinaties bij centering parenting (Z) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Verkennen mogelijkheden laagdrempelig vaccineren maternale kinkhoest via huisarts die verloskundige werkzaamheden verricht (Z, G) 		
<p>Ontwikkeling communicatie (I/G i.s.m. JGZ-orgs):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgen voor bekendheid en verspreiding van betrouwbare informatiekanalen die niet van overheid komen (folder patiëntenvereniging, twijfeltelefoon etc.) • Inzetten op gerichte inzet reminders passend bij kenmerken doelgroep • Informatie verstrekken over het vóórkomen van de lage vaccinatiegraad en het risico ervan 	<p>Ontwikkeling communicatie (I/G i.s.m. JGZ-orgs):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerichte informatie ontwikkelen voor ongevaccineerde protestante adolescenten en jongvolwassenen met een verhoogd risico op mazelen • Onderzoeken hoe vaccinatievoorlichting ingebed kan worden in andere, bestaande voorlichtingsstructuren • Onderzoeken mogelijkheden voorlichting op scholen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verkennen inzet peergroups jongeren (G) • Verkennen wenselijkheid en haalbaarheid op de doelgroep gerichte groepsbijeenkomsten of webinar (evt in samenwerking met christelijke patiëntenvereniging) (G, Z)

<ul style="list-style-type: none"> • Informatie verstrekken over risico's en risicofactoren late besmetting en vatbaarheid • Richten op ervaringsverhalen 		
<ul style="list-style-type: none"> • Borgen van basiskennis van relevante JGZ-medewerkers over deze doelgroep, hun behoeften, en kansen (I/G, G, Ic, Z) • Onderzoek naar omgang met religieuze bezwaren en aanpak hiervan door JGZ-medewerkers (G) 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren proces- en effectmonitoringsonderzoeken voor ingezette interventies (I/G) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Verkennen aanpak voorlichting/screening/doorverwijzing rodehond en zo nodig verbeteren (I/G, Z) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Doelgroepgerichte uitbraakstrategie (incl. communicatie) opstellen voor mazelen en rodehond (I/G) 		

3. Mensen met een antroposofische levensovertuiging

Antroposofische ouders zien vaccineren niet als vanzelfsprekend en besluiten vanwege specifieke antroposofische standpunten vaker om hun kinderen volgens een afwijkend schema te vaccineren, of niet alle vaccinaties te accepteren. Antroposofen vormen een kleine maar specifieke groep die verspreid wonen, maar in onze regio ook in bepaalde wijken van Almere zijn geconcentreerd.

Doel

Het stimuleren van het maken van een weloverwogen keuze over vaccineren gebaseerd op de juiste en voor deze doelgroep relevante informatie.

Wat we willen gaan doen

Basisvariant	Aanvullende variant	Omvattende variant
	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeken hoe vaccinaties 4+ bespreekbaar kunnen worden gemaakt met ouders via school, evt. in samenwerking met Vrije School Muziekwijk en Oosterwold (A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Specifiek consultatiebureau vestigen in betreffende wijk. Hiervoor zijn speciale professionals nodig zijn (A)

Actielijn 5: Prikangst

Aanleiding

Prikangst, de angst voor de toediening van vaccinaties met een naald, komt steeds meer voor in de JGZ-praktijk. Dit is een landelijke tendens. Prikangst kan vóórkomen bij kinderen, maar ook bij de ouders. Bij kinderen gaat het meestal om wat oudere kinderen (4+), al kan de basis voor de prikangst in de vroegere jaren zijn gelegd. Bij ouders kan het gaan om mensen die zelf bang zijn voor naalden, maar toenemend ook om ouders die zich zorgen maken om vaccinatiepijn bij het kind. In beide gevallen kan het ertoe leiden dat ouders die in principe positief tegenover vaccinaties staan, vanwege de prikangst gaan twijfelen of van de vaccinatie van hun kinderen afzien.

Doel

De negatieve invloed van prikangst op het halen van vaccinaties voorkomen of minimaliseren.

Wat we al doen

- Beleid/werkinstructie ontwikkeld voor omgang met kinderen met prikangst (G)
- Scholing gegeven aan medewerkers over prikangst (G)
- Actieve kennisuitwisseling tussen JGZ-organisaties (G, Z)
- Prikangst als thema toegevoegd aan vragenlijst voorafgaand aan consult voor 4+ (A) en maternale kinkhoest (Z)
- Vaccinatieconsulten aanbieden voor kinderen met prikangst (A, G)
- Al in uitnodiging verwijzen naar website/folder waar tips in staan, o.a. om het kind voor te bereiden (A, G)
- Voor kinderen met erge prikangst mogelijkheid bieden tot individuele vaccinatie op JGZ-locatie (i.p.v. op groepsvaccinatie locatie) (A, G)
- Op Urk: zwangeren met prikangst kunnen door verloskundige worden geprikt (in bijzijn van jeugdverpleegkundige) (Z)
- Bij extreme prikangst of complicerende factoren zoals autisme, doorverwijzing naar de hierin gespecialiseerde prikpoli in Almere (A, G)

Wat we willen gaan doen

Basisvariant	Aanvullende variant	Omvattende variant
<ul style="list-style-type: none">• Periodiek herhalen scholing medewerkers (G)	<ul style="list-style-type: none">• Oppakken van het thema prikangst met verloskundigen die voor de MK doorverwijzen, bijv. door inzet van passende communicatiemethoden (Ic, Z)	
<ul style="list-style-type: none">• Prikangst als thema toegevoegd aan peutervragenlijst voorafgaand aan consult (Z)	<ul style="list-style-type: none">• Onderzoek doen naar de mate waarin prikangst een rol speelt bij het niet-verschijnen op vaccinatieafspraken, mogelijk via AIOS of academische werkplaats (A)	
<ul style="list-style-type: none">• Ontwikkelen en uitvoering geven aan beleid rondom prikangst 0 - 18 (A)		

• Gebruik maken van Toolkit AJN tegen prikangst (A)		
• Op de website aandacht voor prikangst bij MK- en griepvaccinaties voor zwangeren, wijzen op mogelijkheid voor individuele aanpak (A)		
• Intentie verkenning van mogelijkheden interventies prikangst (Ic)		

Risico's en opmerkingen

Het aantal kinderen en ouders met prikangst is groeiende. De tijd die hieraan door JGZ besteed wordt neemt daardoor ook toe. Bij een gelijkblijvende trend zal deze inzet op den duur mogelijk niet meer passen binnen de tijd/middelen die beschikbaar zijn binnen het RVP.

Actielijn 6: Jongeren

Aanleiding

Kinderen en jongeren komen tot 18 jaar in aanmerking voor de gratis vaccinaties uit het RVP. Waarschijnlijk omdat het merendeel van de vaccinaties in het RVP volgens schema op jonge leeftijd worden aangeboden, is landelijke communicatie en informatie over vaccineren vrijwel uitsluitend gericht op ouders. Toch mogen kinderen vanaf 12 jaar volgens de wet meebeslissen over vaccinaties, en is hun mening bij onenigheid doorslaggevend. Jongeren vanaf 16 jaar mogen helemaal zelf beslissen of ze een vaccinatie willen hebben of niet. Dit is echter zowel bij ouders als jongeren nauwelijks bekend. In de praktijk zijn ouders ook leidend bij de beslissingen over de vaccinaties die op tienerleeftijd worden gegeven.

Het kan zijn dat jongeren die niet of niet volledig zijn gevaccineerd deze vaccinaties voor ze 18 worden alsnog willen halen. Zij moeten dan wel van de mogelijkheden hiervan op de hoogte zijn. Bovendien zijn de jongeren van nu de ouders van de toekomst. Voorlichting over het nut van vaccinaties tijdens de tienerjaren kan een basis leggen voor de toekomstige vaccinatiebeslissing. Ook weten we dat mensen die zelf gevaccineerd zijn, eerder geneigd zijn hun kinderen ook te laten vaccineren.

Doel

- Het informeren van ouders en jongeren over de (mede)zeggenschap van jongeren over hun vaccinaties
- Stimuleren van inhaalvaccinaties bij niet- of niet volledig gevaccineerde jongeren
- Het via passende kanalen informeren van jongeren over
 - Het nut van vaccineren in het algemeen
 - Tienvaccinaties waar ze zelf medezeggenschap over hebben
 - De mogelijkheden tot het inhalen van gemiste vaccinaties

Wat we al doen

- Op elk contactmoment aanbieden van gemiste vaccinaties, laatste moment met 14 jaar (G)

Wat we willen gaan doen

Basisvariant	Aanvullende variant	Uitgebreide variant
<ul style="list-style-type: none">• Standaard bij klassikaal moment op het voortgezet onderwijs vertellen wat JGZ Almere doet en dit uitbreiden met het onderwerp vaccineren en het belang ervan. Wanneer leerlingen twifelen of persoonlijke vragen hebben kunnen ze een persoonlijk gesprek aanvragen (A)	<ul style="list-style-type: none">• Bij grote aanloop van deze persoonlijke gesprekken (zie basisvariant) moeten we kijken of dit regulier kan worden opgepakt of dat hier extra financiering voor nodig is (A)	<ul style="list-style-type: none">• Ontwikkelen en uitvoeren gezamenlijk communicatieplan bereiken jongeren m.b.t. doelen 1 en 3 (G/I, A, G)• Onderzoek naar hoeveel ouders en kinderen voor en na een interventie op de hoogte zijn van wettelijke mogelijkheid van kind om over vaccinaties mee te beslissen en of en hoe dit de vaccinatiegraad verandert
<ul style="list-style-type: none">• Verkennen mogelijkheid opname specifieke vragen/informatie over RVP-vaccinaties in de landelijke geanonimiseerde gezondheidsonderzoeken van 'Jij En Je Gezondheid' in		

het voortgezet onderwijs (A*, G)		
• Verkenning actief aanbieden van HPV-vaccinatie bij GGD-onderdeel Centrum Seksuele Gezondheid CSG (G/I)		

** Indien aan het opnemen aanpassen van vragen financiële consequenties verbonden zijn, dan is deze actie voor A als actie in de aanvullende kolom te beschouwen.*

Risico's en opmerkingen

Omdat we weten dat vaccinatiebeslissingen nu voornamelijk door ouders worden genomen, ook in de tienerjaren, en er weinig ervaring is met het direct targetten van jongeren, is de effectiviteit van de insteek op jongeren ongewis. Mocht een aanpak wel bereiken dat de vaccinatiebeslissing van tienervaccinaties door jongeren mede/zelf wordt genomen, is vanwege gebrek aan wetenschappelijke kennis hierover is niet bekend wat de uitwerking op de vaccinatiegraad zou zijn. Deze zou ook kunnen verslechteren. Er zijn aanwijzingen dat jongeren het makkelijker vinden om vaccinaties te weigeren dan hun ouders, wat wellicht met het lagere kennisniveau over vaccinaties samenhangt. Interventies gericht op jongeren moeten daarom vergezeld worden van onderzoek.

Actielijn 7: Regionale dashboards vaccinaties

Aanleiding

Voor een goede sturing op vaccinaties is sturingsinformatie onontbeerlijk. In hoofdstuk 6 legden we al uit dat de RIVM-vaccinatiegraad als monitoringsinstrument vrij log is. Vaccinaties die na het laatste meetmoment aan een kind worden verstrekt, worden in de RIVM-monitoring niet, of pas vele jaren later zichtbaar in de cijfers, en cohorten in een regio veranderen doordat kinderen verhuizen. Bovendien is er voor een goede uitvoering meer sturingsinformatie nodig dan alleen de vaccinatiegraad.

Om deze redenen is het zinvol om te kijken hoe we meer gebruik kunnen maken van informatie die beschikbaar is in onze eigen dossiers. Deze informatie stelt ons in staat gerichter te sturen op de uitvoering, en de resultaten van onze inspanningen inzichtelijk te maken, ook aan gemeenten. Daarom is afdeling Kennis en Advies van GGD Flevoland, samen met JGZ-GGD en JGZ Almere, eind 2023 begonnen met de ontwikkeling van RVP-dashboards.

Doel

Het verkrijgen van nauwkeurigere sturingsinformatie ten behoeve van uitvoering, monitoring en verantwoording van onze RVP-vaccinatie-opgave.

Wat we al doen

- Productiedashboard RVP ontwikkeld (gezette vaccins per gemeente) (A, G, I/G)
- Publieksdashboard lokale RIVM-cijfers www.eengezonderflevoland.nl/vaccinatie (I/G)

Wat we willen gaan doen

Basisvariant	Aanvullende variant	Omvattende variant
<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling dashboard inhaalvaccinaties (doel: zicht op vaccinaties die na RIVM-meetmoment alsnog zijn gezet, o.a. t.b.v. monitoren effect interventies) (KA, G) • Regionaal onderzoek naar het effect van inhaalvaccinaties op de vaccinatiegraad op basis van het dashboard inhaalvaccinaties (A, G) 		<ul style="list-style-type: none"> • Structureel blijven volgen van inhaalvaccinaties en het effect ervan voor alle cohorten en alle vaccinaties (KA, A, G)
<ul style="list-style-type: none"> • Uitbouwen productiedashboard RVP voor aangepaste vaccinatieschema's vanaf 2025 (KA, A, G) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling dashboard waarin we zicht krijgen op de meest gestelde vragen/onderwerpen van ouders over vaccinaties (doel: voorlichting en acties laten aansluiten op deze behoeften) (KA, A, G) 		<ul style="list-style-type: none"> • Versnelde en gelijktijdige ontwikkeling van de laatste drie actiepunten in de basisvariant (KA, A, G, I/G)
<ul style="list-style-type: none"> • Ontsluiten relevante sturingsinformatie uit ontwikkelde dashboards aan gemeenten (KA, A, G, I/G) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Uitbouw publieksdashboard eengezonderflevoland.nl, o.a. toevoeging regiokaarten (I/G, KA) 		

Risico's en opmerkingen

In het basisscenario worden de JGZ-dashboards RVP ontwikkeld, maar langzaam en één voor één; dit proces zal niet voor 2026 zijn afgerond.

Met uitzondering van het publieksdashboard op eengezonderflevoland.nl geven de overige dashboards de informatie uit de dossiers van JGZ-GGD en JGZ-Almere weer. Als ZONL onderdeel wordt van JGZ-GGD, kunnen ook de gegevens van 0-4 uit gemeenten Urk en Noordoostpolder in het publieksdashboard worden opgenomen. De sturingsinformatie van Icare zal vanwege technische en AVG-technische overwegingen (vooralsnog) geen onderdeel kunnen zijn van de dashboards. De verkregen sturingsinformatie zal daarmee geen compleet regiobeeld kunnen geven.

Actielijn 8: Publiekscommunicatie

Aanleiding

Goede publiekscommunicatie kan de vaccinatieboodschap versterken en ouders met vragen toeleiden naar de JGZ-organisaties of andere betrouwbare bronnen van informatie. Toch zetten JGZ-organisaties publiekscommunicatie als instrument nog weinig in. Ook kan communicatie met ouders⁶ op verschillende punten in de klantreis nog beter worden ingezet.

Een gezamenlijke communicatiestrategie stelt JGZ-organisaties en IZB in staat om een eensluidende boodschap uit te dragen. Ook is het efficiënt om samen op te trekken, bijvoorbeeld bij de ontwikkeling en deling van materiaal (bijv. folders of teksten voor schoolnieuwsbrieven), of het tegengaan van desinformatie. Ook is communicatie een essentieel onderdeel van enkele actielijnen die in deze plannen worden gepresenteerd.

Doel

- Bewerkstelligen actieve publiekscommunicatie door middel van een gezamenlijk communicatieplan
- Optimaliseren van communicatie naar ouders, buiten de bestaande één-op-één contactmomenten

Wat we al doen

- Aanbieden vaccinatie-informatie van het RIVM bij uitnodigingen tot vaccineren (A, G, Ic, Z)

Wat we willen gaan doen

De gekozen variant van een communicatieplan zal worden opgesteld door de GGD en alle JGZ-organisaties met hun communicatiemedewerkers. De precieze inhoudelijke invulling van het communicatieplan is afhankelijk van de bestuurlijke keuzes die er m.b.t. de andere actielijnen zullen worden genomen, welke vaak een communicatiecomponent met zich meebrengen.

Basisvariant	Aanvullende variant	Uitgebreide variant
<p>Een gezamenlijk communicatieplan (basisvariant) opstellen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gericht op laaghangend fruit• Focus op grootste doelgroepen• Focus op bestaande kanalen⁷, verbeteren algemene communicatie hierin• Optimaal inzetten op het aanbieden van bestaande info over vaccineren in verschillende talen• Kernboodschap ontwikkelen	<p>Een gezamenlijk communicatieplan (aanvullende variant) opstellen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fijnmazigere communicatie;• Aanvullende focus op specifieke risicogroepen met lage vaccinatiegraad• Inzet aanvullende communicatiekanalen, betrekken overige beroepsgroepen en stakeholders en ontwikkeling van meest dringende specifieke materialen• Kernboodschappen per doelgroep ontwikkelen	<p>Een gezamenlijk communicatieplan (uitgebreide variant) opstellen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fijnmazige communicatie voor alle doelgroepen op basis van uitgebreide analyse van alle doelgroepen, inclusief ouders, jongeren, zorgverleners en risicogroepen• Uitgebreide set met kernboodschappen, met visuele en interactieve content per doelgroep• Samenwerkingen bewerkstelligen met breed scala aan partners. Denk aan:

⁶ In deze actielijn doelen wij op (hoofdzakelijk eenzijdige) communicatie die ouders algemeen informeren of toeleiden naar de JGZ of andere bronnen. Communicatie in de spreekkamers of andere één-op-één communicatie is afgedekt in de actielijn 'face-to-face vaccinatieconsulten'.

⁷ Nieuwsbrieven JGZ organisaties, social media en websites.

<ul style="list-style-type: none"> • Qua timing aansluiten bij vaccinatiemomenten en landelijke campagnes • Incidenteel contact zoeken met grotere media (aanwezigheid bij radio, tv; publicatie in schriftelijke media) • Waar mogelijk verderzetten communicatieuitingen ook via gemeentelijke communicatiekanalen • Opstellen en aan doelgroepen en betrokken beroepsgroepen communiceren van lijst met bestaande informatiekanalen van onafhankelijke bronnen (niet-overheid), zoals de Twijfeltelefoon 	<ul style="list-style-type: none"> • Extra communicatiecampagnes opzetten rondom meest dringende issues • Plan maken voor structureel zoeken van media-aandacht in bestaande media • Communicatie voor uitbraaksituaties voorbereiden, per doelgroep 	<p>media, ngo's, sportverenigingen en influencers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langlopende gefaseerde campagne met piekmomenten en doorlopende zichtbaarheid gedurende de tijdsperiode • Crisiscommunicatie voorbereiden: Proactieve aanpak van desinformatie en misvattingen. Snelle responsmechanismen en duidelijk opgestelde rolverdeling bij crisis
<ul style="list-style-type: none"> • Oppakken communicatieonderdelen die in andere actielijnen onder de basisvariant vallen 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppakken communicatieonderdelen die in andere actielijnen onder de aanvullende variant vallen 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppakken communicatieonderdelen die in andere actielijnen onder de uitgebreide variant vallen

Levend document

Wij beschouwen onze plannen om de vaccinatiegraad te verhogen als een levend document. Zoals aangegeven in de evaluatie (bijlage 3) verandert het werkveld rondom het verhogen van de vaccinatiegraad immers voortdurend door nieuwe inzichten en maatschappelijke ontwikkelingen. Hierdoor worden sommige plannen af en toe door de realiteit ingehaald, of is het zinvol om, op basis van nieuwe inzichten of om bij de actualiteit aan te sluiten, aanvullende acties uit te voeren. Het is dus niet mogelijk of zinvol om onze acties voor de komende jaren star vast te leggen – zij kunnen immers veranderen. Wij zullen dus soms acties moeten toevoegen of verwijderen. De invulling van onze plannen krijgt daarmee de flexibiliteit die nodig is om bij de actualiteit te blijven aansluiten.

Monitoring en rapportage

Wij monitoren de voortgang van en eventuele wijzigingen in de acties en actielijnen. IZB is hier de trekker van. Wij zullen aan gemeenten jaarlijks in het najaar rapporteren over de uitgevoerde acties per actielijn, en veranderingen in de geplande acties of actielijnen motiveren.

9. Samenwerking tussen gemeenten en uitvoerende organisaties

Zoals wij in de evaluatie over de afgelopen periode beschreven (zie bijlage 3), zijn gemeenten in de afgelopen jaren als bestuurlijk opdrachtgever betrokken geweest bij het thema vaccinatiegraad, maar heeft een verdere invulling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid niet plaatsgevonden; ook omdat de uitvoerende organisaties (bestaande uit de JGZ-organisaties en IZB) hier niet specifiek op aanstuurden. Wij uitten en hoorden de wens om dit in de toekomst anders aan te vliegen.

Wat gemeenten zelf kunnen doen

Gemeenten kunnen op verschillende manieren (aanvullend) invulling geven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheid en/of hun betrokkenheid bij het thema RVP/vaccinatiegraad vergroten. De uitvoerende organisaties pleiten graag voor de volgende punten:

- **Dossier duidelijk intern beleggen.** Zorg voor een eenduidige belegging van het dossier RVP/vaccinatiegraad binnen de ambtelijke organisatie. Voor zover het dossier (mede) is belegd bij een ambtenaar die geen deelneemt aan de ambtelijke overleggen van de GGD, zorg voor een goede afstemming en duidelijke werkwijze tussen de verschillende ambtenaren, zodat relevante stukken worden doorgezet en inbreng in het AO wordt meegenomen. Hetzelfde geldt ook op bestuurlijk niveau, voor zover het RVP/vaccinatiegraad niet onder de portefeuille van de GGD-wethouder valt. Onafhankelijk van de belegging is het verstandig de samenwerking en/of afstemming over dit thema tussen de ambtelijke en bestuurlijke portefeuillehouders Jeugd enerzijds, en Publieke Gezondheid anderzijds, te borgen, omdat het relevantie heeft voor beide portefeuilles.
- **Informeel en betrek de gemeenteraad.** Dat gemeenten bestuurlijk verantwoordelijk zijn voor de vaccinatiegraad en RVP betekent ook, dat het College een actieve informatieplicht heeft jegens de raad. De gemeenteraad kan zonder informatie immers geen uitvoering geven aan hun kaderstellende en controlerende rol op dit thema.
 - Deel de halfjaarlijkse memo en de jaarlijkse vaccinatiegraadcijfers, en eventuele andere relevante stukken, met de gemeenteraad als binnengekomen stuk.
 - Creëer politiek draagvlak en urgentiebesef bij de raad.

- Thematiseer het onderwerp vaccinatiegraad/RVP (mogelijk als onderdeel van een breder GGD- of jeugdpalet) periodiek, bijvoorbeeld bij de introductie voor de nieuwe raad of op raadsinformatiemarkten. GGD en JGZ-organisaties kunnen daarbij ondersteunen.
- GGD en JGZ-organisaties kunnen de portefeuillehoudend ambtenaar ondersteunen bij de beantwoording van raadvragen over het thema (via directiesecretaris GGD).
- **Benoem het onderwerp RVP/vaccinatiegraad in relevante beleidsstukken.** Ook als de uitvoering van het onderwerp aan externe partijen als GGD en JGZ-organisaties is uitbesteed, blijft de bestuurlijke verantwoordelijkheid in handen van gemeenten liggen. Dit zou het gemeentelijke gezondheidsbeleid of beleid sociaal domein moeten reflecteren, door de hierop geldende doelen (met vermelding van uitvoerende partijen) te vermelden.
- **Neem uw rol in het onderhouden van contacten met JGZ-organisaties en IZB over het thema vaccinatiegraad.** Als bestuurlijk verantwoordelijke is dit de verantwoordelijkheid van gemeenten (zie ook bijlage 2). Zo kan het thema vaccinatiegraad geagendeerd worden op de periodieke overleggen die uw gemeente als opdrachtgever met de JGZ-organisaties heeft.
- **Overweeg een actievere operationele rol van uw gemeente** op het thema RVP/vaccinatiegraad. De mogelijkheden hiertoe zijn in gesprekken met uw gemeente gethematiseerd, en kunnen in samenwerking met GGD en JGZ-organisaties worden vormgegeven. Het gaat hier bijvoorbeeld om:
 - Bijdragen aan communicatie over het thema via gemeentelijke kanalen. Zo kunnen gemeenten informatie over vaccinatiecampagnes van JGZ-organisaties bijvoorbeeld verder zetten.
 - Het agenderen en bespreekbaar maken van het onderwerp bij relevante netwerkpartner(overleggen), en/of het inzetten van de gemeentelijke netwerkcontacten ten behoeve van de netwerkuitbouw van GGD en JGZ-organisaties op dit thema.
 - Leveren van specifieke bijdragen in natura aan de (deel)acties van GGD en JGZ-organisaties om de vaccinatiegraad te verhogen, bijv. door inzet van gemeentelijke expertise, communicatiecapaciteit etc.
 - Uitbouwen van lokale initiatieven of een lokale aanpak om de vaccinatiegraad te verhogen.
- **Zorg voor voldoende en herleidbare financiering.** Zowel GGD als JGZ-organisaties hebben het onderwerp RVP/vaccinatiegraad binnen bepaalde grenzen bij hun medewerkers belegd. Binnen de reguliere taakopvatting horen zeker bepaalde basiszaken zoals het monitoren van de vaccinatiegraad door IZB en algemene maatregelen bedoeld om de vaccinatiegraad te verhogen, zoals het optimaliseren van spreekuurtijden door JGZ-organisaties. Tegelijkertijd gaan sommige grotere acties benoemd in dit rapport de mogelijkheden van de huidige capaciteit (ver) te boven, en kunnen niet worden uitgevoerd zonder aanvullende financiering. Hierbij is problematisch dat er geen extra financiering vanuit het Rijk voor gemeenten beschikbaar is, terwijl het probleem van de lage vaccinatiegraad wel wordt erkend. De staatssecretaris roept gemeenten op tot 'creatieve oplossingen'. Administratief kan de gemeente, in overleg met JGZ-organisaties, kijken naar de mogelijkheden om de financiering voor RVP in de subsidies aan JGZ-organisaties apart te benoemen, zodat duidelijk is welk deel hiervoor bestemd is. Dat is momenteel niet altijd het geval, bijvoorbeeld bij aankomende wijzigingen in het RVP-schema. Dit zou mogelijk wel

kunnen leiden tot minder beleidsvrijheid voor JGZ-organisaties. Als gemeente kunt u, bijvoorbeeld via de VNG, ook actief lobbyen voor voldoende financiering om aan uw vaccinatieverantwoordelijkheid te kunnen voldoen.

Informatievoorziening- en uitwisseling tussen uitvoerende organisaties en gemeenten

- **We behouden de huidige schriftelijke informatievoorziening over de vaccinatiegraad en de halfjaarlijkse memo's** (zie tabel 2 onderaan deze paragraaf). Hierover heeft men aangegeven tevreden te zijn. De factsheets zijn in 2024 ook online beschikbaar gemaakt via www.eengezonderflevoland.nl/vaccinatie. Dat streven wij ook na voor de halfjaarlijkse rapportages.
- **Wij ontwikkelen een aanvullend vaccinatiedashboard voor de GGD en maken relevante cijfers voor gemeenten beschikbaar.** Zie de desbetreffende actielijn. Wij zijn ook in overleg met het RIVM over de publicatie van vaccinatiecijfers op 4-cijferig postcodeniveau voor nog betere sturingsinformatie, ook om aan de wensen van gemeenten tegemoet te komen. Tot nu toe is dat niet toegestaan, vanwege de mogelijke herleidbaarheid van individuele vaccinaties.
- **We richten de rapportage over de voortgang van de actielijnen en de veranderingen daarin flexibeler in.** Zoals aangegeven in het hoofdstuk 'actielijnen' is er een noodzaak om de plannen flexibel te houden en constant aan de actualiteit aan te passen. Wij rapporteren jaarlijks over de voortgang en wijzigingen van de plannen, volgens een los format per actielijn.
- **We bespreken de wenselijkheid van de aanwezigheid van de uitvoerende organisaties op AO (en BO?) waarin de halfjaarlijkse memo of factsheets worden wordt behandeld.** Dit zou leiden tot een direct contactmoment tussen gemeenten en de medewerkers van de uitvoerende organisaties over het onderwerp verhogen vaccinatiegraad. Zij zouden toelichting op de stukken kunnen geven en vragen beantwoorden. In onze gespreksronde met gemeenten hebben enige ambtenaren hiertoe de wens geuit. Een aanvullend of alternatief contactmoment kan ook het volgende punt zijn:
- **Wij organiseren bij behoefte van gemeenten jaarlijks een-op-een contactmoment tussen JGZ-organisaties/IZB en individuele gemeenten.** Meerdere gemeenten hebben de behoefte hiertoe uitgesproken. De optie staat voor elke gemeente open. Zo faciliteren we direct contact tussen uitvoerende organisaties en ambtenaren, met als doel informatieuitwisseling tussen gemeenten en uitvoerende organisaties en het stimuleren van samenwerking tussen uitvoerende organisaties en gemeenten. Behalve de vaccinatiegraad kan ook de uitvoering van de RVP in deze gesprekken naar voren komen.
- **De GGD onderzoekt of het mogelijk is om de kennismaking van nieuwe gemeenteraden met de GGD te herintroduceren, en maakt in dat geval RVP/vaccinatiegraad één van de onderwerpen.** Zo nemen we de raad al van begin af aan mee in dit onderwerp en de urgentie ervan. We onderzoeken of deze herintroductie binnen onze capaciteiten past.

Informatiemoment	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
Vaccinatiegraadoverleg IZB en JGZ IZB en JGZ-organisaties komen bijeen om RVP-gerelateerde zaken te bespreken, en de voortgang van de actielijnen te monitoren. In het najaar wordt ook een gezamenlijke duiding gegeven van de nieuwste vaccinatiecijfers.												
Halfjaarlijkse memo IZB naar gemeenten IZB verstuurt een halfjaarlijks overzicht met stand van zaken over actuele (landelijke en regionale) ontwikkelingen op het gebied van RVP aan het GGD-bestuur. IZB stemt hierover af met de JGZ-organisaties.												
Nieuwe vaccinatiecijfers RIVM RIVM publiceert nieuwe vaccinatiecijfers RIVM over voorgaand kalenderjaar.												
Factsheet vaccinatiecijfers IZB naar gemeenten IZB verstuurt commentaarloze factsheet naar gemeenten met de (trends van) de vaccinatiegraad in de gemeenten en Flevoland. Ook worden de cijfers online beschikbaar gemaakt via https://www.eengezonderflevoland.nl/cijfers/vaccinatiegraad-flevoland/												
Voortgangsrapportage actielijnen naar gemeenten De GGD-directie rapporteert in de bestuursvergadering jaarlijks over de voortgang van de uitvoering en resultaten van de actielijnen.												
Bij behoefte: een-op-een contactmoment tussen JGZ-organisaties/IZB en gemeenten	In overleg											

Tabel 2. Overleg- en informatiecyclus vaccinatiegraad en RVP tussen de partners gemeente, IZB en JGZ

Bijlage 1 - Methode

Voor de actualisatie van de plannen om de vaccinatiegraad te verhogen zijn de volgende stappen doorlopen:

GEGEVENSVERZAMELING

- **Deskresearch, oktober 2023-januari 2024.**
 - Uitgebreide literatuurstudie nieuwe wetenschappelijke inzichten sinds het verschijnen van het vorige rapport;
 - Landelijke en internationale beleidslijnen;
 - Gesprekken met andere GGD-regio's over hun plannen en beleid om de vaccinatiegraad te verhogen.
- **Gesprekken met JGZ-organisaties, februari 2024.** De deskresearch leverde een lijst met mogelijke doelgroepen, interventies en methoden op. In individuele gesprekken met JGZ-organisaties zijn deze opties een voor een doorgenomen, en was er ruimte voor JGZ-organisaties om vanuit hun praktijkervaring nieuwe focusgebieden, doelgroepen of signalen in te brengen. Ook bereidden wij ons voor op de gesprekken met gemeenten.
- **Gesprekken met gemeenten, maart-mei 2024.** In gesprekken met individuele gemeenten bespraken IZB en de relevante JGZ-organisaties met gemeenten hun eventuele wensen en verwachtingen met betrekking tot de nieuwe plannen. Ook bespraken we de (gewenste) rol van gemeenten en evalueerden we de informatievoorziening en samenwerking.

INTEGRATIE EN VERWERKING VAN VERZAMELDE GEGEVENS

- **Integratie van verzamelde gegevens en besluiten prioriteringen, april 2024-mei 2024.** Op basis van bovenstaande input zijn alle mogelijke interventieopties op een rij gezet, en zijn in afstemming met de JGZ-organisaties de prioriteiten bepaald.
- **Uitwerking actielijnen, mei 2024 – september 2024.** Op basis van de prioriteiten zijn de doelen en actielijnen samen met de JGZ-organisaties in verschillende scenario's uitgewerkt.
- **Schrijven en afstemming meerdere conceptversies actielijnen en rapport, april 2024-november 2024.**

Bijlage 2 - Beknopte beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden in het RVP in Flevoland

De rollen en verantwoordelijkheden met betrekking tot de uitvoering van het RVP en de vaccinatiegraad zijn beschreven in de herziene Wet publieke gezondheid (Wpg), een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) en de professionele richtlijn van het RIVM.

Uitvoeringsorganisaties

In de Wet publieke gezondheid is vastgelegd dat de uitvoering van het RVP wordt gedaan door of onder verantwoordelijkheid van de JGZ-organisaties⁸. Hiertoe sluiten gemeenten overeenkomsten met JGZ-organisaties af. De JGZ-organisaties werken in de uitvoering volgens de professionele richtlijn van het RIVM. Zij zijn zo ook verantwoordelijk voor het doorgeven van gegeven vaccinaties aan het RIVM, die op basis daarvan de vaccinatiegraad bepaalt.

Binnen Flevoland zijn er medio 2024 meerdere JGZ-organisaties actief voor verschillende gemeenten (zie tabel 3)⁹. Icare is ook buiten regio Flevoland actief als JGZ-organisatie.

Gemeente	Uitvoeringsorganisatie voor de 0-4 jarigen	Uitvoeringsorganisatie voor de 4-18 jarigen
Almere	JGZ Almere	
Lelystad	Icare JGZ	JGZ GGD
Dronten		
Zeewolde		
Noordoostpolder	Zorggroep Oude en Nieuwe Land	
Urk		

Tabel 3. Overzicht van in welke Flevolandse gemeenten de uitvoeringsorganisaties JGZ werkzaam zijn.

GGD/Infectieziektebestrijding

De GGD is op basis van Wet Publieke Gezondheid (Wpg) verantwoordelijk als adviseur van de gemeente voor de infectiebestrijding, epidemiologie en het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen. IZB monitort in dit kader ook de vaccinatiegraad. Het behoort tot de opgave van IZB om over de vaccinatiegraad structureel met de uitvoerende JGZ-organisaties te overleggen.

⁸ In uitzonderlijke situaties kunnen vaccinaties ook gezet worden door anderen, zoals door kinderartsen bij te vroeg geboren kinderen of op een polikliniek voor mensen met extreme prikangst.

⁹ Situatie november 2024 (zie ook hoofdstuk 3).

IZB kan gevraagd of ongevraagd een regionaal analyserapport RVP opstellen, samen met de uitvoerende JGZ-organisaties. IZB kan hierin, indien nodig, een uitbraak-risicoanalyse maken en de cijfers verbinden met kennis van sociaal-demografische ontwikkelingen in de regio/gemeente en met de uitvoering van het RVP. Ook kan IZB de incidentiecijfers over het vóórkomen van RVP-ziekten meenemen en zo een beeld schetsen van risico's en mogelijke schade voor de volksgezondheid in de regio door veranderingen in de vaccinatiegraad. Als er op basis van de rapportages signalen zijn dat de vaccinatiegraad op lokaal niveau terugloopt, kan overleg plaatsvinden met de uitvoerende organisaties en de gemeente. Samen kan men kijken naar mogelijke oorzaken en interventies (evt. samen met de afdeling gezondheidsbevordering van de GGD).

Gemeenten

De gemeenten zijn sinds 1 januari 2019 bestuurlijk verantwoordelijk voor de uitvoering en financiering van de vaccinaties. De Wpg omvat de grondslag voor de kwalitatieve en programmatische eisen voor de uitvoering van de gemeentelijke taak in het kader van het RVP. De inhoud van het RVP (het vaccinatieschema) en een aanduiding van welk gedeelte van het RVP onder verantwoordelijkheid van de gemeenten valt, is in een Algemene maatregel van bestuur (AMvB) geregeld. Het RVP wordt via het gemeentefonds gefinancierd via niet-geoordeelde gelden.

De gemeente is verantwoordelijk voor het onderhouden van relaties met zowel de JGZ als IZB over het RVP, zelf of via een samenwerkingsverband. De gemeente sluit voor de uitvoering overeenkomsten met JGZ-organisaties. Gemeenten zijn er vervolgens verantwoordelijk voor om toe te zien op dat de uitvoeringsorganisaties de vaccinaties toedienen met inachtneming van de professionele eisen. Omdat de RVP landelijk is en gedetailleerd beschreven is hoe de RVP moet worden uitgevoerd, hebben gemeenten beperkte beleidsvrijheid rond de uitvoering.

De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het verhogen van de vaccinatiegraad ligt bij gemeenten. Zij zien erop toe dat JGZ-organisaties inzetten op een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. Ook zorgen zij ervoor dat er periodiek overleg plaatsvindt met de afdeling IZB van de GGD over de rapportage van de vaccinatiegraad. Als de vaccinatiegraad te laag wordt, is het aan gemeenten om aanvullende acties om de vaccinatiegraad te verhogen te bespreken en financieren.

Waar het zaken betreft die de volksgezondheid (incl. infectierisico's) raken, is de arts IZB het eerste aanspreekpunt en adviseur van de gemeente.

VWS

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt de inhoud van het RVP, daartoe geadviseerd door de Gezondheidsraad (GR). De regie van het RVP heeft VWS belegd bij het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM (RIVM-CIb).

RIVM

Het RIVM is verantwoordelijk voor de regie, coördinatie en inhoudelijke ondersteuning van het RVP. Deze regelt o.a. de inkoop en distributie van vaccins, de landelijke communicatie over het RVP, het oproepen van de te vaccineren personen, de centrale registratie van vaccinatiegegevens en de bewaking van de kwaliteit van het programma. Het RIVM monitort ook de vaccinatiegraad van het RVP in Nederland. De rapportage van landelijke, regionale en gemeentelijke cijfers over het afgelopen kalenderjaar wordt ieder jaar in juni gepubliceerd en aan de afdelingen IZB teruggekoppeld. Bij

regionale problemen met de vaccinatiegraad kunnen de medisch adviseurs van het RIVM, indien noodzakelijk, worden betrokken.

Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

De IGJ ziet toe op kwaliteit van uitvoering van het RVP, waarbij het toetst aan landelijke professionele richtlijnen.

Bijlage 3 - Evaluatie 2019-2023

In deze bijlage evalueren we kort de resultaten van het voorgaande vaccinatiegraadrapport uit 2020 en het proces dat sindsdien is gelopen.

Uitvoering actiepunten: veel afgerond, wel grote invloed van COVID-pandemie

Wij hebben de voortgang van de acties uit het rapport 'Aan de slag met de lage vaccinatiegraad in Flevoland' jaarlijks in kaart gebracht. Gelijktijdig met de najaarsrapportage aan gemeenten stuurden wij een telkens een puntsgewijze statusupdate van de acties toe. Uit deze statusupdate werd duidelijk welke acties zijn afgerond of in aangepaste vorm zijn opgepakt. Dit betreft de meeste acties die in het rapport zijn benoemd.

Als acties zijn uitgesteld of niet meer actueel waren, is dat ook in de statusupdate toegelicht. Wij zullen deze puntsgewijze benadering per actie hier niet herhalen. Wel kunnen we algemeen vaststellen dat de COVID-19-pandemie, die geen twee maanden na de vaststelling van het actieplan Nederland trof, de voornaamste reden was dat een deel van de acties vertraagd of niet zijn uitgevoerd. Dit komt enerzijds omdat de pandemische situatie van vrijwel alle betrokken organisaties een forse extra inzet vroeg, zodat, zeker in de eerste twee jaar, maar deels ook nog in de nasleep van deze eerste fase, geen capaciteit en ruimte was om zaken op te pakken. Anderzijds heeft de discussie rondom COVID-19-maatregelen en -vaccinaties consequenties gehad voor de manier waarop mensen tegen infectieziekten en vaccineren aankijken, wat ons de wenselijkheid en/of haalbaarheid van enkele acties heeft moeten doen herzien.

Overigens is ook het tekort aan coördinatiecapaciteit van de samenwerking om de vaccinatiegraad te verhogen een reden dat zaken vertraagd worden opgepakt. De verantwoordelijkheid voor het RVP ligt bij meerdere spelers, en dit zorgt ervoor dat er het initiëren van of afstemmen over gezamenlijk acties door een centrale partij moet gebeuren. Ook zijn er algemene taken te vervullen. Deze rol nam de afdeling IZB van de GGD tot dusver op zich. Hier zijn echter geen specifieke uren voor vrijgemaakt, en moet dus naast bestaande werkzaamheden in de werkuren worden ingepast. Dit zorgt ervoor dat zaken soms puur vanwege gebrek aan trekker capaciteit blijven liggen. Deze situatie is niet houdbaar.

Twee grote acties die in de vorige periode niet konden worden opgepakt ('ontwikkeling en uitvoering gezamenlijke communicatiestrategie' en 'opzetten vaccinatiealliantie') blijven actueel en worden in de herziening van de plannen weer meegenomen¹⁰.

Opzet actieplan

Algemeen merkten wij in de afgelopen jaren dat de gedetailleerde uitwerking van vooraf vastgestelde actiepunten niet de flexibiliteit biedt die nodig is om in te blijven spelen op een snelveranderende context. Dit betreft zeker niet alleen de invloed van COVID-19, maar ook de vele wijzigingen binnen het RVP zelf. Bovendien komt er constant nieuwe kennis beschikbaar die het werk en de interventies kan sturen. Zoals eerder aangegeven¹¹ hebben maatregelen om de vaccinatiegraad te verhogen de voortdurende, actieve aandacht van onze organisaties, en hebben we ook veel acties uitgevoerd die in de originele plannen niet genoemd waren. Wij achten het daarom onverstandig om een nieuw plan

¹⁰ Ze zijn in het huidige rapport terug te vinden in iets andere bewoordingen en vorm in de actielijnen 'Publiekscommunicatie' en 'Betrekken andere beroepsgroepen'.

¹¹ In de bestuurlijke oplegger bij de najaarsmemo RVP 2023.

weer op dezelfde manier op te zetten. Een flexibeler insteek zou ruimte geven om de plannen lopend actueel te houden, hetgeen beter past bij de dynamiek van het werkveld.

Samenwerking binnen de driehoek GGD, JGZ en gemeenten

Bij de overgang van de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor RVP en vaccinatiegraad aan gemeenten moest de samenwerking tussen de verschillende betrokken partners (zie bijlage 2) nieuw worden vormgegeven.

Ten eerste moesten gemeenten en JGZ-organisaties hun samenwerking als respectievelijk opdrachtgever en uitvoeringsorganisatie op het gebied van RVP vormgeven. Dit is gebeurd, maar wel is uit voorliggende evaluatie gebleken dat de vaccinatiegraad geen gespreksonderwerp is in de periodieke besprekingen tussen JGZ-organisaties en gemeenten.

Ten tweede moesten JGZ-organisaties en IZB de samenwerking op het gebied van de vaccinatiegraad vormgeven. Deze was, voorafgaand aan 2019, feitelijk afwezig, ook bij JGZ-organisaties onderling. Hierin zijn we de afgelopen jaren goed geslaagd. Inmiddels treffen de JGZ-organisaties en IZB elkaar twee keer per jaar tijdens een overleg met als specifieke thema het verhogen van de vaccinatiegraad. Daarnaast is ook de onderlinge samenwerking eenvoudiger en veelvuldiger geworden en zijn de lijntjes kort. Onze samenwerking dient zelfs als voorbeeld voor andere GGD-regio's. Evenwel maakt de huidige inrichting van het JGZ-landschap, waarbij de JGZ-taken over vier verschillende organisaties zijn verdeeld, het samenwerken wel zeer tijds- en arbeidsintensief. Er moet immers constant met 5 partijen worden afgestemd (4 JGZ-organisaties en IZB), die elk hun eigen besluitvormingsstructuren kennen.

Ten derde moest de betrokkenheid van gemeenten bij het thema vaccinatiegraad zich uitkristalliseren. In verschillende regio's in het land is hier op verschillende wijze invulling aan gegeven. In regio Flevoland is deze rol van gemeenten de afgelopen jaren beperkt gebleven tot bestuurlijk opdrachtgeverschap. Dat kan een keuze zijn, maar de vraag is of dit een bewuste keuze was. De meeste gemeenten gaven aan dat het onderwerp niet echt aandacht kreeg omdat het werd gezien als 'uitbesteed aan andere partijen'. Dat klopt wat betreft de uitvoering RVP, maar ook bij het hanteren van dat uitgangspunt zou de bestuurlijke verantwoordelijkheid in de basis iets meer vorm hebben kunnen krijgen binnen gemeenten. Zo komt de vaccinatiegraad als thema (vrijwel) niet terug in gemeentelijke beleidsstukken, bleek het onderwerp soms niet (actief) ambtelijk belegd, of was de samenwerking of afstemming tussen de ambtenaar Publieke Gezondheid en ambtenaar Jeugd op dit onderwerp ook niet vanzelfsprekend. Bovendien wordt de gemeenteraad niet of nauwelijks betrokken of voorzien van informatie, terwijl zij het hoogste bestuursorgaan zijn. Daarnaast is er geen sprake geweest van extra gemeentelijke financiering voor de plannen om de vaccinatiegraad te verhogen.

Naast het actief vormgeven van de bestuurlijke rol zijn er mogelijkheden voor gemeenten om een nog actievere rol aan te nemen, zoals in sommige andere GGD-regio's gebeurt. Noch gemeenten, noch de uitvoerende organisaties hebben de betrokkenheid van gemeenten op het thema vaccinatiegraad in de afgelopen jaren echter gethematiseerd. Overigens is het uitstel van enkele acties door de pandemie (communicatieplan, vaccinatiealliantie) in deze samenwerking wel een belemmerende factor geweest, want daarin was het zoeken van operationele samenwerking met gemeenten wel voorzien. Uit de evaluerende gespreksronde met gemeenten in het voorjaar van 2024 blijkt dat er wel kansen gezien worden en er zeker bereidheid is bij gemeenten om zelf ook actiever met het thema aan de slag te gaan. Hier is wel een nauwere samenwerking met GGD/JGZ-organisaties voor nodig.

Tevredenheid gemeenten en evaluatie informatievoorziening

Een andere factor die de betrokkenheid van gemeenten mogelijk niet voldoende stimuleerde is het eenzijdige karakter van de informatievoorziening vanuit de uitvoerende organisaties naar gemeenten geweest. In het vorige rapport (2020) is voorzien in schriftelijke informatie die via ambtelijke en bestuurlijke overleggen wordt ingebracht, dit is ook consequent gebeurd. Omdat de uitvoerende organisaties bij deze overleggen echter niet aanwezig zijn, hebben zij en gemeenten elkaar in de afgelopen jaren dus niet direct gesproken over het thema vaccinatiegraad. In de eerdergenoemde gespreksronde van begin 2024 kwam naar voren dat dit tweezijdige contact van beide zijden wel gewenst is.

De inhoud van de schriftelijke informatievoorziening worden door gemeenten als goed beoordeeld, evenals de frequentie daarvan. De halfjaarlijkse memo kent echter een zeer klein publiek; gemeenten maken (nog) geen gebruik van de mogelijkheid, telkens benoemd in de bestuurlijke oplegger, om de memo onder bijvoorbeeld raadsleden te verspreiden. Verschillende gemeenten gaven naar aanleiding van onze evaluerend gesprekken aan dit wel te gaan overwegen. Sommige gemeenten lijken echter wat huiverig te zijn om deze informatie te verstrekken, omdat dit zou leiden tot extra raadsvragen. Evenwel is informatieverstrekking aan de gemeenteraad onderdeel van de informatieplicht van het College. Gemeenten ontvangen nu raadsvragen die erop wijzen dat gemeenteraden in het geheel niet op de hoogte zijn van de inspanningen die de afgelopen jaren op het gebied van het verhogen van de vaccinatiegraad zijn geleverd. Met betrekking tot het in stelling brengen van raadsleden heeft het overigens ook niet geholpen dat de GGD de in het verleden georganiseerde kennismaking voor nieuwe raadsleden met de GGD-organisatie door middelengebrek heeft moeten opgeven. Hierin was ook een introductie op het thema vaccinatiegraad voorzien.