

Eerste reflecties op de RVS verkenning t.a.v. het vaccinatiestelsel

Deze eerste reflectie is opgesteld na bespreking in het MT LCI dd 13 april 2021. De reflectie zal verder vorm krijgen na bespreking Clb breed en RIVM breed (met DVP en CvB).

Algemeen

- Probleem van vergoeding vaccinaties voor medische risicogroepen mist (volgt in ZIN advies in juni 2021)
- Verder zijn de belangrijkste problemen wel geïdentificeerd.
- De samenvattende conclusie (Groot deel van gesignaleerde knelpunten zijn niet specifiek voor vaccinatiezorg. Oplossingen liggen dan ook niet binnen de vaccinatiezorg.) herkennen we zeker, maar volgens ons zijn er wel mogelijkheden binnen vaccinatiezorg.
- Het is belangrijk om snel een quickscan uit te voeren voor de Covid-vaccinatie, zodat evt. aanvullende lessen t.a.v. stelselproblemen direct meegenomen kan worden in de optimalisatie van het vaccinatiestelsel. Externe evaluaties die naar verwachting zullen plaatsvinden duren hiervoor te lang.

Denkrichting 1: Informatie-uitwisseling vormt een knelpunt voor de hele gezondheidszorg

- Betere registratie van risicofactoren en betere gegevensuitwisseling is heel belangrijk, maar zal naar verwachting niet op korte termijn iets opleveren. Ontwikkelingen en acties genomen rondom inrichten CIMS bij COVID19 vaccinatie moet hierin meegenomen worden.
- Monitoring is alleen goed te regelen als dit een wettelijke (verplichte) basis krijgt.

Denkrichting 2: Er is meer aandacht nodig voor vaccinaties in de reguliere zorg

- RVS beschrijft in 1^{ste} kernpunt dat een overkoepelende visie op en strategie voor vaccinatiezorg ontbreekt. Dit komt niet meer terug in de denkrichtingen. Dit is volgens ons een essentiële basis om te komen tot betere samenwerking tussen de curatieve en publieke gezondheidszorg t.a.v. vaccinaties.
- Er moet een gezamenlijke verantwoordelijkheid gevoeld worden. Dit is de basis voor overstijgende richtlijnen, scholing professionals en betere voorlichting aan patiënten.
- Voorlichting alleen door de overheid is kwetsbaar, in samenspraak met diverse zorg- en onderwijs-professionals kan een bredere voorlichting (individueel en collectief) gerealiseerd worden, waardoor een robuustere basis onder vaccinaties wordt gelegd.

Denkrichting 3: Deel van vaccinatiezorg kan op andere manieren worden georganiseerd.

- We ondersteunen het idee voor een RVP voor alle leeftijden (*life long vaccination*).
- *Life long vaccination* zou volgens ons de basis moeten vormen voor de overkoepelende strategie van vaccinatiezorg. Vaccineren als geheel bekijken ontbreekt nu en zou een grote verbeterstap zijn.
- *Life long vaccination* kan bijdragen aan maatwerk/flexibiliteit, vaccinatie als onderdeel van preventieve “medische” interventie, beter informeren van burgers op alle leeftijden.

- We zien een prominente rol voor het RIVM om de regie te voeren op samenwerking voor *life long vaccination*.
- Mogelijk kunnen GGD'en een grotere rol pakken in *life long vaccination*. Dan is het noodzakelijk de professionele component binnen de publieke gezondheidszorg te versterken (meer artsen M&G opleiden). Deze mensen zullen nodig zijn voor het uitbreiden van vaccinatiemogelijkheden, zowel qua locaties als qua RVP opschalen naar hogere leeftijden. Ze vormen het cement tussen burger, huisarts, medisch specialist.
(*versterken publieke gezondheid linkt naar het VWS governance traject*)
- Versnippering, in het vaccinatiestelsel en intern binnen RIVM, moet worden tegen gegaan.

Denkrichting 4: Relatie tussen rijksoverheid en gemeenten is soms onduidelijk

- Betreft bredere discussie verhouding rijk en gemeente.