

5.1.2e

*Online bijeenkomst*

# Vijfde Vaccinatiealliantie

6 december 2021

5.1.2e

## Terugblik

Op 6 december jl. heeft de vijfde bijeenkomst van de Vaccinatiealliantie online plaatsgevonden.

Het programma stond in het teken van een blik vooruit: hoe komen we tot een toekomstbestendige vaccinatiezorg, alsmede lessen uit de COVID-19-vaccinatie.

De bijeenkomst werd geopend met een interview met 5.1.2e over bijzonderheden uit de COVID-19-vaccinatie. Daarbij deelde 5.1.2e zijn ervaringen vanuit het Belgische perspectief.

Het eerste thema richtte zich op hoe we de huidige praktijk kunnen verbeteren op basis van de geleerde lessen uit de afgelopen jaren. De focus hierbij lag op de praktische kant, zoals communicatie, informatievoorziening en specifieke aandacht voor moeilijk bereikbare groepen. Het thema werd geïntroduceerd met een presentatie door 5.1.2e waarin de relevante wetenschappelijke inzichten werden gedeeld. De introductie werd opgevolgd met drie deelsessies met praktijkervaringen die de volgende onderwerpen hadden:

1. 'Het bereiken van mensen in grootstedelijke gebieden' door 5.1.2e
2. 'Hoe om te gaan met religieuze doelgroepen' door 5.1.2e
3. 'Communicatie over vaccinaties bij jongeren' door 5.1.2e, 5.1.2e bij GGD Utrecht, en 5.1.2e bij GGD Twente

Het tweede thema focuste zich op de toekomst van het vaccinatiestelsel. 5.1.2e van De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) deelde de bevindingen en knelpunten van hun advies 'Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend'. Afsluitend werd er met 5.1.2e Publieke Gezondheid van VWS, 5.1.2e, gereflecteerd op de toekomstige organisatie van het vaccinatiestelsel.

Van elk onderdeel is een verslag gemaakt. Die verslagen vindt u hieronder. Wat ons betreft was het een mooie bijeenkomst met veel energie en betrokkenheid vanuit u en de andere deelnemers. Hartelijk dank daarvoor! Wij kijken uit naar een volgende bijeenkomst.



## Opening

# Wat zijn de verschillen tussen Nederland en België qua vaccineren en welke lessen kunnen hieruit worden getrokken?

5.1.2e

### Belangrijkste bespreekpunten

- In België is het coronabeleid minder streng dan in Nederland. Als je kijkt naar de mate van strengheid (Stringency Index) staat België in de top 3 minst streng.
- De boosterprik in België wordt goed opgepakt. Resultaat van de boosterprik is dat er duidelijk minder sterfte in de verzorgingstehuizen/verpleeghuizen is.
- De COVID-19 vaccinatiegraad is best goed in België. Er is veel goodwill en er is sprake van lokale verankering. Iedereen neemt zijn verantwoordelijkheid. Het is een zeer collectieve ervaring met veel enthousiasme tussen medewerkers, vrijwilligers en ambassadeurs.
- Ook de flexibele ruimte voor gemeenten is mede oorzaak voor de goede vaccinatiegraad. Het uitgangspunt was als volgt: 'organiseer het, hoe en waar maakt niet uit!'. Dit zorgde ervoor dat elke burgemeester actief aan de slag ging en de competitie tussen gemeenten maakte dat de vaccinatiecentra de pareltjes van de gemeenten werden. Zo speelde DJ's van Tomorrowland bijvoorbeeld op jongerenavonden in vaccinatiecentra.
- Bij moeilijk bereikbare groepen is een link zichtbaar met de sociaaleconomische status. De vaccinatiegraad onder hogere inkomens is ook in België hoger.

- In Nederland is de antivaxx-beweging duidelijk sterker, er bestaat een cultuur voor online debatprogramma's die veel aanhang krijgen waardoor men wordt bevestigd in de fabeltjesfuk. Dat is in België veel minder.
- Marc gelooft in een lik-op-stukbeleid: snel reageren op onjuiste informatie, niet over alles in discussie gaan, en daarbij waken voor het beeld dat de waarheid in het midden kan liggen.

### Uitkomsten en vervolg

De impact van deze pandemie op de vaccinatiebereidheid kan twee richtingen op gaan:

- Enerzijds is de eerste prik de moeilijkste prik. Als men eenmaal overtuigd is, dan raakt men in een gewoonte om dat te blijven doen. Nu hebben we bij de COVID-19-vaccinatie meer mensen bereikt dan ooit (met name senioren), dus kan je hopen dat een deel van die werking gaat zijn om zich te blijven vaccineren.
- Een andere richting is de post-pandemische moeheid van een bevolking om over een virus en vaccin na te denken in de jaren na een pandemie. Mensen willen hier straks niks meer over horen. Het onderwerp 'vaccineren' wordt moeilijker bespreekbaar.

5.1.2e

## Thema 1: Hoe kunnen we de huidige praktijk verbeteren op basis van de geleerde lessen uit de afgelopen jaren?

### Presentatie Corona Gedragsunit RIVM

## Kwalitatief en kwantitatief gedragsonderzoek over COVID-19-vaccinatie

### Onder begeleiding van

5.1.2e

5.1.2e

#### Doel

Het doel van deze presentatie was inzicht geven in onderzoek naar vaccinatiegedrag en naar redenen om wel of niet te laten vaccineren en hoe dit kan worden verbeterd.

#### Belangrijkste bespreekpunten

- De COVID-19 vaccinatiegraad stagneert. Voor de oudste leeftijdsgroepen is die rond de 90%, maar de jongere groepen (12-35 jaar: ca. 60-80%) blijft achter.
- De redenen die mensen hebben om niet te vaccineren tegen COVID-19 zitten vooral op zorgen om bijwerkingen en op de lange termijn. Daarnaast speelt de officiële informatie die ze krijgen mee (zoals informatie over de goedkeuring van een vaccin en de uitnodigingsbrief voor de vaccinatie). Ook speelt de keuze van mensen uit hun omgeving mee in de keuze om zich wel/niet te laten vaccineren.

- Om dit te kunnen verbeteren is het volgende van belang:
  - Informeren: hierbij gaat het om het verstrekken van goede betrouwbare informatie. Informatie is gericht op de autonome beslissing, er wordt niet gestuurd op wel vaccineren. Er wordt informatie gegeven over de voordelen en nadelen, de veiligheid en de effectiviteit.
  - Motivatier: hierbij gaat het om de doelen en waarden, voor jezelf maar ook voor anderen.
  - Faciliteren: intentie omzetten naar gedrag door toegankelijkheid en bereikbaarheid te vergroten en reminders te sturen. Het is van groot belang, dat het mensen zo makkelijk mogelijk wordt gemaakt om zich te laten vaccineren. Dit wordt vaak vergeten.
- Jong en gezond deel van de bevolking: deze groep wordt als laatst gevaccineerd en heeft extra motivatie nodig. Meer dan voor eigen gezondheid (kwetsbaren beschermen; ziekenhuisopnamen voorkomen).



- Ook de naleving van maatregelen wordt moeilijker naarmate de pandemie langer duurt en de meeste mensen al zijn gevaccineerd.
- Specifieke doelgroepen (zoals laaggeletterden, migranten, achterstandswijken) zijn vaak wantrouwer, en worden beïnvloed door hun omgeving, religieuze en politieke leiders. Ook een mogelijke taalbarrière speelt een rol.
- De inzet van de GGD ten behoeve van specifieke doelgroepen is sterk opgeschaald in de loop van de pandemie. Deze is fijnmazig, via gebruik van sleutelfiguren, betrekken lokale gemeenschap, de wijk ingaan, en gebruik van anderstalige en doelgroepgerichte informatie.
- Het vertrouwen in het coronabeleid is sterk gedaald sinds de start van de pandemie, bij ongevaccineerden ligt het vertrouwen duidelijk lager.

#### **Uitkomsten en vervolg**

Het blijft belangrijk om te investeren in het creëren van vertrouwen in de overheid, dit is van groot belang voor de vaccinatiegraad. Het is wenselijk om de inzet op fijnmazige voorlichting zoals de GGD nu doet door te zetten naar specifieke groepen. Ook kan een 'kennisupdate' effectief zijn.

Mensen hebben, na alles wat er gebeurd is, behoefte aan een overzicht van de huidige stand van zaken en kennis inzake vaccinaties. Door dit verhaal te laten uitgaan vanuit belangrijke vertrouwenwekkende groepen (huisarts, medische experts en opinieleiders) kunnen mensen weer worden gemotiveerd.

## **Deelsessie 1:**

# **'Het bereiken van mensen in grootstedelijke gebieden - voorlichting bij markten en moskeeën'**

## **Onder begeleiding van**

5.1.2e

### **Doel**

Het doel van deze werksessie was om ervaringen te delen ten aanzien van het bereiken van moeilijk bereikbare mensen in grootstedelijke gebieden.

### **Belangrijkste besprekingspunten**

- Het is van belang dat je naar mensen toe gaat en weet waar ze zijn. Zoals het voorbeeld in Rotterdam, waar artsen (vrijwillig) op de markt gingen staan om te vaccineren.
- In sommige gemeenten is het lastig om via moskeeën contact te maken met mensen. Daar moet de koepel toestemming voor geven. In Rotterdam is dat goed gelukt, zeker de moeite waard om het op die manier te proberen.
- Doelgroepgerichte benadering is belangrijk, maar erg arbeidsintensief.
- Hulp uit de curatieve zorg (huisartsen), daar hebben mensen meer vertrouwen in, dan in de overheid. Het veilige gesprek aan de ene kant en aan de andere kant de inzet van experts die vertrouwen wekken.
- Grotere inzet van vrijwilligers kan ook helpen, meer gebruik maken van de gemeenschap. Vrijwilligers zijn een soort ambassadeurs voor het vaccineren.

### **Uitkomsten en vervolg**

Factoren die bevorderend kunnen zijn om mensen te bereiken: persoonlijke identificatie, voorlichting door zorgprofessionals, kennis, geduld, en begrijpelijke informatie (bijvoorbeeld folders in verschillende talen met meer plaatjes/infographics).

Sommige factoren kunnen ook belemmerd werken, zoals de organisatie binnen de GGD ten tijde van de crisis, de taal en het taalniveau van de doelgroep, het gebrek aan materiaal in de taal van specifieke doelgroepen, en de COVID-19 maatregelen aan sich.

#### **Adviezen voor GGD'en:**

- Behoud het netwerk in de wijken voor anderstaligen en laaggeletterden;
- Investeer hierin voor langdurige relaties en vertrouwen;
- Zorg dat de voorlichters uit de eigen cultuur afkomstig zijn;
- Zorg voor eenvoudige informatiefolders in verschillende talen op taalniveau B1;
- Breng huisartsen in kaart die willen helpen met het geven van voorlichting.

## Deelsessie 2:

# 'Hoe om te gaan met religieuze doelgroepen?'

Onder begeleiding van

5.1.2e

5.1.2e

GGD Gelderland Midden)

### Doel

Het doel van deze werksessie was om ervaringen te delen ten aanzien van het bereiken van religieuze doelgroepen.

### Belangrijkste besprekpunten

- Het is belangrijk dat religieuze groepen worden bereikt. Dit draagt bij aan: het bereiken van een hogere vaccinatiegraad, de bescherming van mensen, het ontlasten van de zorg, het voorkomen van grote uitbraken, en het vergroten van awareness.
- De twee grootste religieuze groepen zijn: de reformatorisch gezindte (orthodox-protestanten) en mensen met een niet-Westerse achtergrond (moslims).
- Deze groepen dragen verschillende argumenten aan waarom zij niet gevaccineerd willen worden. Bij de gereformeerden is de overtuiging dat God over ziekte en gezondheid gaat, wat er ook gebeurt, dat is de intentie van God. Bij mensen met een niet-Westerse achtergrond komt het meer doordat er geen vertrouwen is in de overheid (en wel in complottheorieën), circuleren van valse informatie (onder andere op social media) en door de taalbarrière (met name bij ouderen).
- Religieuze doelgroepen bereiken betekent het combineren van interventies.
- Ga nooit een discussie aan over het geloof om mensen te overtuigen.

- Samenwerken met anderen uit de gemeenschap (huisartsen, religieuze leiders etc.) levert een waardevolle bijdrage aan het vergroten van de awareness maar ook aan een hogere vaccinatiegraad.
- Succesvolle interventies: info-tent (veel bezocht door mensen met een migratieachtergrond), en wekelijks terugkerende mobiele prikbusen (meest succesvol).

### Uitkomsten en vervolg

Verbeterpunten uit de praktijk:

- Ga niet uitgebreid in op medische aspecten van vaccinatie;
- Ga geen religieuze discussies aan;
- Ondersteun in de besluitvorming;
- Gun tijd, ook al laat de huidige infectiedruk dit niet toe;
- Richt locaties op waar men niet door de gemeenschap kan worden gezien.

Potentiële interventies - toekomst:

- Lokale huisartsen betrekken bij het vaccinatieproces;
- Locaties in deze steden of in de nabije omgeving openen;
- In de toekomst: eerder de focus leggen op deze groepen en niet pas ingrijpen bij een achterblijvende vaccinatiegraad.



## Deelsessie 3:

# 'Communicatie over vaccinaties bij jongeren'

Onder begeleiding van 5.1.2e (5.1.2e GGD Utrecht) en 5.1.2e GGD Twente)

### Doel

Het doel van deze werksessie was om ervaringen te delen ten aanzien van het bereiken van jongeren.

### Belangrijkste besprekpunten

- De 'jongere' bestaat niet: gesprek afstemmen op leeftijd, achtergrond, ervaringen, kennis en intellect.
- In gesprekken hoor je verschillende redenen om niet te vaccineren. Het voornaamste argument om niet te vaccineren is het gebrek aan vertrouwen in de overheid en de bekende tweedeling tussen gevaccineerden en twijfelaars: "Laat me twijfelen en noem me geen wappie".
- Wat is er belangrijk om jongeren te bereiken?
  - Informeren in plaats van overtuigen: informatie op sites van de overheid vinden jongeren niet betrouwbaar. Op het nuanceren van tegenargumenten zitten jongeren vaak niet op te wachten.
  - Weet wat er leeft: kijk op sociale media, dat helpt om mee te gaan in de beleevingswereld van de jongere.
  - Zoek het gesprek op: voorlichtingsgesprekken bij meer informele groepen. Stap in waar een opening is.
  - Sta open voor alle meningen: ook bij complotgedachtes, geef ruimte om de verhalen te delen. Niet meteen afrekenen, maar onderzoek waar het vandaan komt.
  - Levelen: alles wat niet natuurlijk over komt, prikken jongeren doorheen. Voel je aan dat je niet de persoon bent om het gesprek aan te gaan met jongeren, vraag dan een collega.

- Betrek jongeren in de vaccinatiecampagne: bijvoorbeeld in de vaccinatiestraten als stage voor het MBO. Dit zorgt ervoor dat betrokkenheid wordt gecreëerd onder de doelgroep. Deze betrokkenheid wordt dan als een vorm van mond-op-mond reclame gedeeld onder de jongeren.
- Met aanwezigheid op sociale media (Tiktok, Snapchat, Instagram etc.) kun je meteen reageren op wat er speelt. Via persoonlijke berichten komen dan ook de vragen over onder andere prikangst. Jongeren lijken zich wel hiervoor een beetje te schamen.
- Gebruik van goede metaforen kan soms helpen om de discussie plat te slaan. Voorbeeld: 'Waarom nu vaccineren, is nog niet goed onderzocht': maar de pandemie is nu, bij een brandend huis ga je niet wachten tot alle huizen in de buurt ook afbranden.

### Uitkomsten en vervolg

- Sta open in het gesprek;
- Wees daar ongedwongen in (geen dwang of drang);
- Haal de angel eruit;
- Doe meer tegen prikangst, hier lijkt nog winst te behalen. Bijvoorbeeld door te erkennen dat er iets is als prikangst (op landelijk niveau), gebruik van prikangstpoli's, en inzet van honden bij prikangst.

## Thema 2: Hoe ziet de toekomstige organisatie van het vaccinatiestelsel er idealiter uit?

### Presentatie RVS

## Bevindingen en knelpunten van 'Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend'

Onder begeleiding van 5.1.2e (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving)

#### Doel

Het doel van deze presentatie was inzicht geven in de bevindingen, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen uit de verkenning naar het Nederlandse vaccinatiestelsel.

#### Belangrijkste bespreekpunten

De RVS signaleert een aantal knelpunten in het huidige vaccinatiestelsel waardoor gezondheidswinst blijft liggen:

- Het vaccinatiestelsel is complex en vertoont weinig samenhang. De verschillende onderdelen – nationale vaccinatieprogramma's, vaccinaties binnen collectief verzekerde zorg en de vrije markt voor vaccinaties – hebben ieder eigen juridische en financiële kaders, vaccinatiepakketten en regels om vaccins hierin toe te laten, uitvoeringsmechanismen en registratiesystemen.
- De huidige vaccinatiezorg is rigide en weinig flexibel (vanuit perspectief burger). Er is weinig flexibiliteit in aanbod en uitvoering van vaccinaties.
- Informatiesystemen bevatten weinig informatie en communiceren niet met elkaar:
  - De bestaande registratiesystemen zijn van oudsher gericht op de juiste overdracht van zorg, niet op het verzamelen van gegevens;
  - De uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners, organisaties, opdrachtgevers en de burger verloopt moeizaam.
- De vaccinatiezorg bereikt mensen met een medische indicatie onvoldoende.

- Er is te weinig aandacht voor vaccinaties in de reguliere gezondheidszorg.
- Schurende sturingsparadigma's in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Gemeenten zijn wel bestuurlijk verantwoordelijk, maar ervaren weinig zeggenschap over het RVP.
- Meer draagvlak en betrokkenheid van burgers bij vaccinaties is nodig.

#### Uitkomsten en vervolg

De RVS schetst ook enkele denkrichtingen die de discussie over de toekomst van de vaccinatiezorg in Nederland kunnen voeden:

1. Organiseer (een deel van de) vaccinatiezorg op een andere manier:
  - Ingrijpen in uitvoeringspraktijk: er kan bijvoorbeeld een scheiding worden gemaakt tussen het oproepen van de doelgroep en het uitvoeren van de vaccinaties.
  - Ingrijpen op stelselniveau: bijvoorbeeld door het huidige RVP te laten doorlopen na de leeftijd van 18 jaar.
2. Geef meer aandacht aan vaccinaties in de reguliere zorg: dit kan door vaccinaties beter in te bedden in de bestaande behandelrichtlijnen, opleidingen en bij-/nascholing en met betere voorlichting voor patiënten.
3. Verbeter registratie en informatie-uitwisseling: dit betreft zowel communicerende informatiesystemen over de domeinen heen als de registratie van de juiste informatie die nodig is voor goede zorgverlening.

5.1.2e

## Gesprek

# Hoe ziet het toekomstige vaccinatiestelsel eruit?

Met

5.1.2e

5.1.2e

Publieke Gezondheid bij VWS)

### Doel

Reflecterend interview op basis van twee stellingen:

1. "Stel, de GGD'en worden primair verantwoordelijk voor het zetten van alle vaccinaties boven de 18 jaar, dan wordt het complexe vaccinatiestelsel eenvoudiger."
2. "Betrokkenheid van huisartsen, medisch specialisten, gynaecologen, apothekers etc. is cruciaal voor alle vaccinaties boven de 18 jaar."

### Belangrijkste besprekpunten

- Informatieoverdracht (gegevensuitwisseling) wordt gezien als een belemmering om boven de 18 jaar een minder complex systeem te maken.
- Bij COVID-19 hebben we deze belemmering ook gezien, verschillende doelgroepen werden gevaccineerd door verschillende uitvoerders, en gegevensuitwisseling bleek een uitdaging. Dat maakt dat er momentum is om verbeteringen te realiseren.
- Het gaat om medische gegevens, daar moet zeer zorgvuldig mee om worden gegaan. Dat wil niet zeggen dat we met behoud van die zorgvuldigheid geen

verbeteringen kunnen realiseren. Daar moeten we met elkaar goed naar kijken.

- De achterkant (de basis, de systemen) moet je goed organiseren, maar als je dat goed geregeld hebt, dan kan je juist aan de voorkant maatwerk regelen. Het gaat uiteindelijk om wat je de mensen biedt, dat je voorlichting geeft. Dat moet op lokaal en regionaal niveau geregeld worden.
- Het idee voor een zogenoemd 'vaccinatiecentrum' is opgekomen op basis van het rapport van de RVS. Je zou kunnen komen tot één vaccinatiecentrum op regionaal niveau (mogelijk door de GGD'en opgezet), wat niet alleen de prik zet, maar ook verantwoordelijk is voor informatievoorziening, voorlichting etc.
- De GGD'en hebben op dit moment geen rol bij de 18+. Sommige GGD'en geven wel reizigersvaccinaties, die vaccinaties vinden plaats via de commerciële markt. Maar waar het hier om gaat is om het eventueel doen van de griep- en pneumokokkenvaccinaties, en eventueel gordelroos in de toekomst. De term 'vaccinatiecentrum' is een term die er voor nu aan gehangen is, maar het zou

## 5.1.2e

gaan om de extra functie, namelijk de uitvoering van de alle vaccinaties boven de 18 jaar.

- Mochten de GGD'en primair verantwoordelijk worden voor de vaccinaties boven de 18 jaar, wil dat niet zeggen dat er geen rol weggelegd is voor andere professionals zoals huisartsen, medisch specialisten, gynaecologen en apothekers.
- De betrokkenheid van deze professionals is belangrijk vanuit hun kennis en kunde over bepaalde doelgroepen en in het verstrekken van informatie en het gesprek aangaan over vaccinatie. Maar niet bij allé vaccinaties boven de 18 jaar hoeft iedere beroepsgroep betrokken te zijn.
- Ook zouden de GGD'en de vrijheid behouden om andere professionals in te zetten voor het zetten van de vaccinaties. Deze worden dan wel uitgevoerd onder de primaire verantwoordelijkheid van de GGD'en.
- Belangrijke elementen voor de toekomst: enerzijds uniformiteit (dat elk kind dezelfde vaccinaties aangeboden krijgt), maar anderzijds is het ook van belang dat er gekeken kan worden naar de problematiek per gemeente. Het is belangrijk om dit te behouden.

### Uitkomsten en vervolg

- Momenteel werken we aan de beleidsreactie die vanuit het nieuwe kabinet verstuurd zal worden. De beleidsreactie is een voornemen; de verdere, randvoorwaardelijke uitwerking volgt na het versturen van de beleidsreactie.
- Het ambtelijke voorwerk is verricht en er zijn vele gesprekken gevoerd met betrokken partijen, maar het is uiteindelijk aan de politiek om een beslissing te maken.
- Verwachting is dat de beleidsreactie in het voorjaar wordt gedeeld met de Kamer.
- De kennis en ervaring, zowel opgedaan voorafgaand aan de COVID-19 pandemie als tijdens de pandemie wordt bij deze uitwerking benut. Blijf ons vooral van input voorzien.

5.1.2e

**Dit is een uitgave van**  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Postadres**  
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag  
Telefoon 070 5.1.2e  
[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

januari 2022