



Evaluatierapport
RIVM COVID-19-boostervaccinatieprogramma huisartsen
VERSIE 1.0 definitief (28 februari 2022)

Projectleiders RIVM: [redacted] 5.1.2e

Projectmedewerkers RIVM: [redacted] 5.1.2e, [redacted] 5.1.2e, [redacted] 5.1.2e



Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Betrokken partijen.....	3
3. Uitvoeringsonderdelen.....	4
3.1. Doelgroep en selectie.....	4
3.2. Toeleiding.....	5
3.3. Vaccins.....	7
3.4. Declaratie.....	8
3.5. Logistiek.....	9
3.6. Uitvoering.....	10
3.7. Registratie.....	10
3.8. Communicatie.....	11
3.9 Support.....	12
4. Samenwerking / Afstemming.....	12
5. Beleid.....	14
6. Analyse resultaten en eigen bevindingen.....	15
7. Conclusies en aanbevelingen.....	15
8. Documentatie.....	16
Bijlage 1 – Uitkomsten evaluatie; per mail ontvangen input door stakeholders 1. Successen inrichting/uitvoering.....	17
Bijlage 2 – Uitkomsten evaluatie bestuurlijke afstemming stakeholders.....	22



1. Inleiding

In december is de boostervaccinatiecampagne gestart. De boostervaccinatie is een extra vaccinatie die wordt gegeven boven op de twee vaccinaties die mensen eerder kregen (of na één prik met het Janssen-vaccin), als extra bescherming tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopnames. De prioritering in de campagne was hierbij om van oud naar jong te vaccineren. De oudsten en meest kwetsbaren kwamen vanaf december aan de beurt. Vanaf januari 2022 zouden oorspronkelijk de circa 4 miljoen 60-plussers ook een uitnodiging voor een boostervaccin ontvangen.

Vanwege de snelle verspreiding van de omikronvariant is de coronaboostercampagne versneld. Eén van de gevolgen is dat de periode tussen de laatste vaccinatie en de booster is verkort. Nederland hield 6 maanden aan na de laatste vaccinatie of COVID-19-besmetting. Dit interval is op 15 december 2021 ingekort naar 3 maanden. In het belang van de volksgezondheid krijgen hierdoor snel meer mensen een betere bescherming tegen ernstige ziekte door COVID-19.

In deze rapportage blikken we terug op de trajecten waarbij de huisarts een rol heeft gespeeld en benoemen we succesfactoren en verbeterpunten. De rapportage is opgebouwd op basis van de voor de uitvoering relevante onderdelen. Per onderdeel worden de succesfactoren, verbeterpunten en aanbevelingen geformuleerd die vanuit de evaluatie met interne – en externe stakeholders zijn benoemd.

2. Betrokken partijen

vanaf 21 december 2021 5.1.2e VWS en 5.1.2e GGD. Zie onderstaande tabel voor de deelnemers van de regiegroep.

Deelnemerslijst

	Naam	Organisatie	Onderdeel
1.	5.1.2e tot 01-12-2021	RIVM (voorzitter van de regiegroep)	Huisartsen
2.	5.1.2e	RIVM	Huisartsen
3.	5.1.2e vanaf 01-12-2021	RIVM (voorzitter van de regiegroep)	Huisartsen
4.	5.1.2e	RIVM	Huisartsen
5.	5.1.2e	RIVM	Communicatieadviseur huisartsen en GGD
6.	5.1.2e	RIVM	Huisartsen
7.	5.1.2e vanaf 17-01-2021	RIVM	Huisartsen
8.	5.1.2e	RIVM	Syndroom van Down en kinderen
9.	5.1.2e	RIVM	GGD
10.	5.1.2e vanaf 21-12-2021	RIVM	GGD
11.	5.1.2e	RIVM	GGD
12.	5.1.2e	RIVM	Registratie
13.	5.1.2e	RIVM	Instellingen, NMTW
14.	5.1.2e	RIVM	Instellingen NMTW



15.	5.1.2e		RIVM	LCI en deskundigheidsbevordering
16.	5.1.2e		RIVM	LCI
17.	5.1.2e		RIVM	Kernteam
18.	5.1.2e		RIVM	LCC
19.	5.1.2e		RIVM	Communicatie
20.	5.1.2e		LHV	Huisartsen
21.	5.1.2e	(vervanging van 5.1.2e)	LHV	Huisartsen
22.	5.1.2e		NHG	Huisartsen
23.	5.1.2e		SNPG	Huisartsen
24.	5.1.2e	tot 28-09-2021	SNPG	Huisartsen
25.	5.1.2e	vanaf 05-10-2021	SNPG	Huisartsen
26.	5.1.2e		VWS	Huisartsen
27.	5.1.2e	vanaf 11-01-2022	VWS	Huisartsen
28.	5.1.2e	(vervanging van 5.1.2e)	VWS	Huisartsen
29.	5.1.2e	vanaf 21-12-2021	GGD	Huisartsen, instellingen en NMTW
30.	5.1.2e	vanaf 21-12-2021	GGD	Huisartsen
31.	5.1.2e	vanaf 21-12-2021	GGD	Syndroom van Down en 5 t/m 11 jarigen

3. Uitvoeringsonderdelen

In de volgende paragrafen lichten we de verschillende trajecten waar de huisartsen een rol hebben gespeeld toe. Ook staan we stil bij de toeleiding, de vaccins, de declaratie, de uitvoering, de logistiek, de registratie, communicatie en support. Elke paragraaf wordt afgesloten met een evaluatie.

3.1. Doelgroep en selectie

Boostervaccinatiecampagne

- **Niet-mobiele thuiswonende patiënten:** selecteren van deze patiënten en aanmelden bij GGD na toestemming van de patiënt(en)
- **Thuiswonende patiënten met het syndroom van Down:** selecteren en uitnodigen van deze patiënten
- **Patiënten in instellingen die onder verantwoordelijkheid van de huisarts vallen:** alleen op verzoek van instellingen aanleveren van contra-indicaties
- **Op vrijwillige basis vaccineren:** van niet mobiele thuiswonende patiënten, patiënten in instellingen en in het kader van fijnmazig vaccineren

Basisvaccinatiecampagne

- **Ernstig immuungecompromitteerde patiënten:** aanmelden van patiënten die niet door hun specialist zijn uitgenodigd
- **Patiënten met een allergische reactie:** verwijzen van deze patiënten naar een allergoloog
- **Eerste en/of tweede vaccinatie niet-mobiele thuiswonende patiënten:** selecteren van deze patiënten en aanmelden bij GGD na toestemming van de patiënt(en)
- **Op vrijwillige basis vaccineren:** van niet mobiele thuiswonende patiënten, patiënten in instellingen en in het kader van fijnmazig vaccineren



Evaluatie

Succesfactoren:

- Er was een eenduidige selectie met zo min mogelijk uitzonderingen
- Op voorhand werd al meer rekening gehouden met kwetsbare groepen (zoals NTMW en instellingen)
- Er is breder gekeken dan de eerste ronde (meer inzet van derden en flexibelere inzet van uitvoerders)

Verbeterpunten en aanbevelingen:

- Huisartsen blijven inzetten bij de kwetsbare eigen cliënten, zoals de niet-mobielen en instellingen zonder medische dienst
- Bredere inzet van meer uitvoerders: Welke uitvoerders zouden logischerwijze kunnen helpen bij vaccineren, of aan de voorkant informeren en voorlichten
- Scenario's uitwerken
- Geen voorrang verlenen aan bijzondere groepen zonder duidelijk afstemming (vb. de griepgroep)

3.2. Toeleiding

De 'Werkinstructie COVID-19-vaccinatie voor huisartsen' die is opgesteld voor de boostervaccinatiecampagne is een voortzetting van de werkinstructie zoals opgezet tijdens de basisvaccinatiecampagne. Gezien de vele trajecten waar huisartsen bij betrokken zijn, is ervoor gekozen om een overkoepelende werkinstructie op te stellen. De overkoepelende werkinstructie dient als een overzichtelijk document waar de routes kort aan bod komen. Bij de desbetreffende routes is verwezen naar de afzonderlijke werkwijze. In de werkwijzen wordt het proces besproken.

Hieronder worden deze routes toegelicht. Hierbij is een onderscheid gemaakt in taken die de huisartsen uitvoeren in de basis -en boostervaccinatiecampagne.

Boostervaccinatiecampagne:

1. Niet-mobiele thuiswonende patiënten: selecteren van deze patiënten en aanmelden bij GGD na toestemming van de patiënt(en)

Mensen geboren in 2003 of eerder die niet of alleen liggend per ambulance vervoerd kunnen worden óf vanwege psychische redenen niet mobiel zijn, komen in aanmerking voor een boostervaccinatie aan huis. Zij worden door de GGD gevaccineerd. Aan huisartsen wordt een bijdrage gevraagd om deze patiënten te selecteren en aan te melden bij de GGD na toestemming van hun patiënt(en). Patiënten kunnen mondeling of schriftelijk toestemming geven. Op vrijwillige basis kan de huisarts ervoor kiezen de betreffende patiënt(en) aan huis te vaccineren, deze route wordt besproken bij punt 4.

Voor deze route is een afzonderlijke werkwijze opgesteld: "Werkwijze COVID-19 boostervaccinatie niet-mobiele thuiswonende patiënten".

2. Thuiswonende patiënten met het syndroom van Down: selecteren en uitnodigen van deze patiënten

Aan huisartsen wordt gevraagd de selectie van thuiswonende patiënten met het syndroom van Down geboren in 2003 en eerder uit te voeren, zodat zij een uitnodiging kunnen ontvangen voor vaccinatie bij de GGD. Hiervoor kunnen de gegevens naar verzendhuis DMDR worden gestuurd. Patiënten met het syndroom van Down die in een instelling wonen, worden door de instelling



aangemeld.

Voor deze route is een afzonderlijke werkwijze opgesteld: "Werkwijze COVID-19-vaccinatie thuiswonende patiënten met het syndroom van Down".

3. Patiënten in instellingen die onder verantwoordelijkheid van huisarts vallen: alleen op verzoek van instellingen aanleveren van contra-indicaties

Patiënten wonend in een instelling, maar met een eigen huisarts, worden door de GGD op locatie gevaccineerd. De huisartsen spelen geen rol, anders dan op verzoek van de instelling, de contra-indicaties en/of medische aandachtspunten doorgeven. De instelling stuurt daartoe een met het NHG afgestemd formulier. Dit is alleen nodig als de vragen op de gezondheidsverklaring van de GGD daar aanleiding toe geven, of als de instelling niet helemaal zeker is en graag de visie van de huisarts ontvangt. Binnen de instelling wordt deze informatie ontvangen door een begeleider (of ander type zorgverlener) op wie ook een beroepsgeheim of andersoortige geheimhoudingsplicht rust. Huisartsen die willen, kunnen in overleg met de instelling en de GGD ook zelf vaccineren in de instelling.

Voor deze route is een afzonderlijke werkwijze opgesteld: "Werkwijze COVID-19-vaccinatie op vrijwillige basis vaccineren".

4. Op vrijwillige basis vaccineren: van niet mobiele thuiswonende patiënten, patiënten in instellingen en in het kader van fijnmazig vaccineren.

Afgesproken is dat alle niet-mobiele thuiswonende patiënten en bewoners in zorginstellingen die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts vallen, in de boostercampagne gevaccineerd worden door de GGD. Er zijn ook een aantal (niet-mobiele thuiswonende) patiënten die hun eerste, tweede -of boostervaccinatie moeten krijgen in het kader van fijnmazig vaccineren. Een aantal huisartsen wil graag op vrijwillige basis een bijdrage leveren aan het vaccineren van deze groepen. Mocht een huisarts dit willen, dan kan de huisarts contact opnemen met de GGD. Voor de vaccinatie van de bewoners van instellingen dient de huisarts ook met de instelling af te stemmen. Indien de huisarts niet in het bezit is van de contactgegevens van zijn/haar GGD regio-coördinator dan kan de huisarts deze opvragen via 5.1.2e@rivm.nl.

Voor deze route is een afzonderlijke werkwijze opgesteld: "Werkwijze COVID-19-vaccinatie op vrijwillige basis vaccineren".

Basisvaccinatiecampagne:

1. Ernstig immuungecompromitteerde patiënten: aanmelden van patiënten die niet door hun specialist zijn uitgenodigd.

Patiënten die graag in aanmerking komen voor deze derde prik en nog niet door de eigen specialist uitgenodigd zijn, kunnen zich bij de huisarts melden. Alleen patiënten die ernstig immuungecompromitteerd zijn komen hiervoor in aanmerking. De huisarts hoeft zelf niet actief op zoek te gaan naar deze patiënten. Aanmelden kan met behulp van het aanmeldformulier.

Bekijk voor meer informatie:

- Medisch specialisten/ziekenhuizen: vaccinatie derde prik | RIVM
- Mensen met een afweerstoornis (immuungecompromitteerden) | RIVM
- NHG-praktijkhandleiding

Voor deze route is een afzonderlijke pagina opgesteld op de website van het RIVM [Medisch specialisten/ziekenhuizen: vaccinatie derde prik | RIVM](#)



2. **Patiënten met een allergische reactie: verwijzen van deze patiënten naar een allergoloog**
 Vanaf 19 oktober is er een route ingeregeld voor patiënten met een allergische reactie op een eerdere coronavaccinatie of met een bevestigde allergie voor één van de bestanddelen van het vaccin. Zij kunnen laagdrempelig door de huisarts via Zorgdomein worden doorverwezen naar de allergoloog. De allergoloog zal beoordelen of de vaccinatie tegen COVID-19 kan worden toegediend en op welke locatie dit gebeurt: via de reguliere weg (GGD) of in het ziekenhuis.

Voor deze route is een afzonderlijke werkinstructie opgesteld: "Werkinstructie mensen met een allergische reactie".

3. **Eerste en/of tweede vaccinatie niet-mobiele thuiswonende patiënten: selecteren van deze patiënten en aanmelden bij GGD na toestemming van de patiënt(en)**

Niet-mobiele patiënten die nog voor een eerste of tweede vaccinatie in aanmerking komen, kunnen via twee routes gevaccineerd worden.

1. De huisarts kan de patiënt thuis vaccineren en een opgetrokken spuit Comirnaty (BioNTech/Pfizer) hiervoor ophalen bij de GGD.
2. De huisarts vraagt toestemming voor het delen van de gegevens en meldt de patiënt vervolgens aan voor vaccinatie aan huis door het mobiele team via het aanmeldformulier vaccinatie aan huis voor niet-mobiele thuiswonenden

Voor deze route is een afzonderlijke werkwijze opgesteld: "Werkwijze COVID-19 boostervaccinatie niet-mobiele thuiswonende patiënten".

4. **Op vrijwillige basis vaccineren**

Een aantal huisartsen wil graag op vrijwillige basis een bijdrage leveren aan de COVID-19-vaccinatie. Dit kan een eerste, tweede of boostervaccinatie betreffen. De doelgroepen die hieronder vallen zijn:

- Niet-mobiele thuiswonende patiënten
- Bewoners in zorginstellingen, die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vallen
- Mobiele patiënten in het kader van fijnmazig vaccineren

Voor deze route is een afzonderlijke werkwijze opgesteld: "Werkwijze COVID-19-vaccinatie op vrijwillige basis vaccineren".

Evaluatie

Succesfactoren:

- Directe en snelle informatievoorziening
- Duidelijke werkinstructies op RIVM-website

Verbeterpunten en aanbevelingen:

- Vasthouden van regionale coördinatoren GGD voor Huisartsen
- Gebruik maken van de welwillendheid van huisartsen die mee willen helpen
- Aanmeldloket voor NMTW tijdrovend omdat het per patiënt moet
- Tijdige inrichting en voorbereid zijn
- Toeleiding naar de vaccinatie. Niet te veel verschillende groepen.

3.3. Vaccins

Alle mensen die in aanmerking komen voor een boostervaccinatie krijgen een mRNA-vaccin aangeboden: Moderna of BioNTech/Pfizer. Ongeacht het vaccin waar ze eerder mee zijn gevaccineerd. Het is niet mogelijk om te kiezen voor een bepaald vaccin. De EMA en de ECDC



hebben gezamenlijk bepaald dat het interval van 6 maanden kon worden teruggebracht naar 3 maanden als dit nodig zou zijn in het belang van de publieke gezondheid. In Nederland is het interval met de opkomst van de omikronvariant aangepast naar 3 maanden. Het terugbrengen naar een interval van minimaal 3 maanden geldt voor zowel de periode tussen de basis- en boostervaccinatie als na doorgemaakte COVID-19-infectie, die ook de afweer boost.

3.4. Declaratie

In de basiccampagne heeft het RIVM een grote rol gespeeld bij het opzetten van het declaratietraject voor de huisartsen. De huisartsen konden een declaratie indienen voor de gezette prikken en de aanvullende werkzaamheden die zij in het kader van de vaccinatiecampagne hadden uitgevoerd. In de basiccampagne waren er drie perioden waarin de huisartsen hun declaratie konden indienen. Dit was mogelijk via een tool van SNPG. Na de derde periode (deze eindigde op 28 november 2021) hebben verschillende gesprekken tussen VWS en LHV plaatsgevonden. VWS heeft op basis van deze gesprekken een brief opgesteld. In deze brief staat de wijze van declareren en de tarieven.

Onderstaande schuingedrukte tekst is een onderdeel van de brief van VWS. Het geeft een inzicht in de declaratieroutes tijdens de boostercampagne.

**

Concreet betekent dit dat er verschillende proces- en financieringsroutes zijn. Hieronder volgt een overzicht van de verschillende routes op basis van de financieringsroute.

Werkzaamheden volgend uit subsidieregeling en declaratie via de SNPG:

- *Incidenteel en kleinschalig zetten van 1ste en 2de evaccinaties in de eigen praktijk, hiermee wordt beoogd de vaccinatiegraad te verhogen onder moeilijk bereikbare groepen of in achterblijvende regio's. Het tarief hiervoor is € 21,- per gezette vaccinatie en de declaratie verloopt via het SNPG. De registratie wordt door de huisarts gedaan.*
- *Het zetten van boostervaccinaties bij niet-mobiele thuiswonenden door het ophalen van opgetrokken spuiten bij de GGD. Huisartsen kunnen ervoor kiezen de patiënten uit de eigen praktijk die voldoen aan de voorwaarden van vaccineren thuis, zélf te vaccineren in huis. Het tarief is € 90,16 per gezette vaccinatie en de declaratie verloopt via SNPG. De registratie wordt door de huisarts gedaan. Daar waar een gepensioneerde huisarts wordt ingezet door de GGD, verloopt de vergoeding via GGD op basis van max. uurtarief.*
- *3. Het uitvoeren van extra werkzaamheden, niet zijnde het direct zetten van vaccinaties, zoals selecteren, uitnodigen en informeren van de eigen patiënten. Het tarief is € 2,00 per ION. De declaratie verloopt via het SNPG, die in bezit is van de ION data.*
- *De vergoeding van extra activiteiten die de huisartsen sindsdien nog hebben uitgevoerd in de eerste vaccinatieronde met AZ. Het tarief is € 0,54 per ION. De declaratie verloopt via het SNPG.*
- *Nieuwe activiteiten die zijn ontstaan tijdens de boostercampagne, zoals het uitnodigen voor patiënten met downsyndroom en het uitnodigen voor niet-mobielen 60-plussers. Het tarief hiervoor is € 0,17 per ION. De declaratie verloopt via het SNPG.*

Activiteiten die huisartsen verrichten onder verantwoordelijkheid van de GGD. De financiering zal dan verlopen via de GGD meerkostenregeling VWS. De GGD betaalt de huisartsen die ingezet worden bij het vaccineren.

- *Het zetten van boostervaccinaties bij zorginstellingen zonder medische dienst. De GGD zorgt voor levering vaccins en de registratie. Het tarief is € 41,35 per vaccin. De declaratie door de huisartsen worden ingediend bij de GGD.*



- *Huisartsen die meehelpen op de GGD-vaccinatie locaties, worden door de GGD betaald, deze werkwijze is bekend van het voorjaar. Hiervoor gelden de maximale uurtarieven van de GGD, overdag € 81,13 en ANW € 96,13. De declaratie verloopt via de GGD meerkostenregeling. Huisartsen kunnen ook personeel beschikbaar stellen aan de GGD voor onder andere administratieve taken. Het tarief hiervoor is € 35,- per uur.*
- *Huisartsen die op verzoek van de GGD in hun eigen praktijk boostervaccinaties zetten. Ook hiervoor gelden de maximale uurtarieven van de GGD, overdag € 81,13 en ANW € 96,13. De declaratie verloopt via de GGD meerkostenregeling. Huisartsen kunnen ook personeel beschikbaar stellen aan de GGD voor onder andere administratieve taken. Het tarief hiervoor is € 35,- per uur.*

Evaluatie
<p>Succesfactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - X
<p>Verbeterpunten en aanbevelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het heeft lang geduurd voordat de verschillende proces- en financieringsroutes officieel waren. - Er wordt pas nagedacht over mogelijke proces- en financieringsroutes wanneer de huisartsen bijna alweer klaar zijn met prikken. - Het lijkt alsof er niet nagedacht wordt over de uitvoering van de proces – en financieringsroutes. - Niet alle betrokken partijen worden meegenomen in de gesprekken over de proces- en financieringsroutes. - Het hebben van verschillende routes voor het indienen van declaraties kan als vervelend worden ervaren door de huisartsen.

3.5. Logistiek

De huisartsen hebben tijdens de boostercampagne aan de voorkant geen gedefinieerde rol gehad in het vaccineren van bepaalde doelgroepen of leeftijdscohorten, wat in de basis campagne wel het geval is geweest. De huisartsen konden op vrijwillige basis opgetrokken spuiten BioNTech/Pfizer ophalen bij de GGD voor gerichte doelgroepen. Hiertoe behoorden in eerste instantie de niet-mobiele thuiswonende patiënten en patiënten in instellingen. Vanaf 31 januari 2022 is dit ook mogelijk in het kader van fijnmazig vaccineren door patiënten op een laagdrempelige wijze een (booster)vaccinatie aan te bieden.

Werkwijze

Voor deze route zijn twee werkwijzen opgesteld. Werkwijze op vrijwillige basis vaccineren en werkwijze niet-mobiele thuiswonende patiënten. In de werkwijze op vrijwillige basis vaccineren staat het proces, extra handelingen betreffende COVID-19-vaccinatie en de bewaar- en vervoercondities van het BioNTech/Pfizer-vaccin beschreven. Hierbij is ook een stappenplan weergegeven voor het ophalen van een opgetrokken spuit BioNTech/Pfizer bij de GGD.

Evaluatie
<p>Succesfactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - X
<p>Verbeterpunten en aanbevelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meer nadruk leggen op vaccinbeheer en bewaar- en transportcondities



3.6. Uitvoering

De uitvoering van de taken waar de huisarts een rol in heeft worden besproken in de wekelijkse werkgroep (zie hoofdstuk 4). Wanneer extra overleggen over specifieke onderwerpen nodig waren, werden deze gepland met de betrokkenen. De evaluatie van de uitvoering komt in de evaluatieblokken naar voren.

3.7. Registratie

Gezien de huisartsen zich oorspronkelijk zouden beperken tot selectie en uitnodigen en zij geen vaccinerende rol zouden aannemen in de boostervaccinatiecampagne, is de prioriteit niet gelegd op het aanpassen van het HIS voor het registreren van een boostervaccinatie.

De GGD heeft waar mogelijk gefaciliteerd dat de boostervaccinaties die door huisartsen gezet zijn, geregistreerd kunnen worden in het systeem van de GGD. Na registratie in het systeem van de GGD volgt geautomatiseerd een afschrift van de boostervaccinatiegegevens richting het patiëntendossier in het HIS van de huisarts.

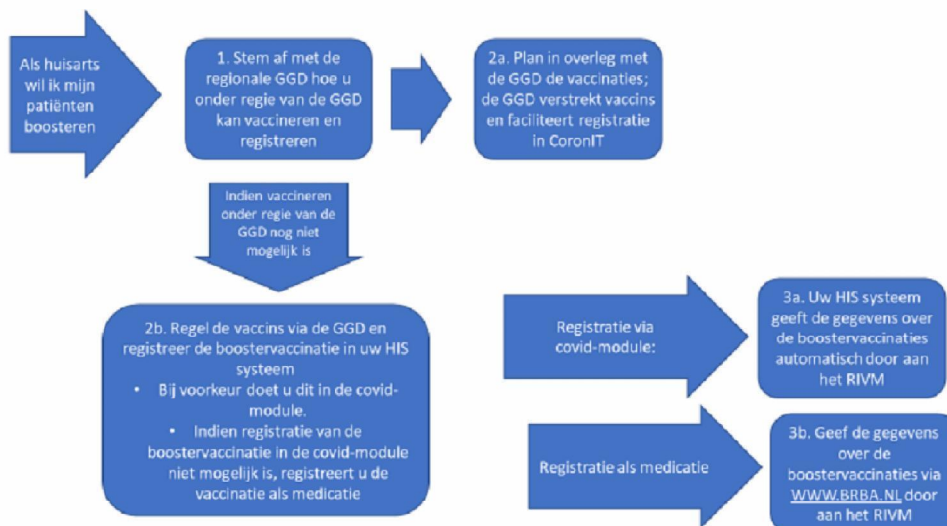
Indien registratie in het systeem van de GGD niet mogelijk was, dient de huisarts de boostervaccinaties te registreren in hun eigen HIS conform de werkwijze voor de basisserie. Geen enkel HIS ondersteunt het expliciet doorgeven van het boosterlabel. Sommige HISsen kunnen in het geheel geen derde prikken doorgeven aan het RIVM. In dat geval gebruiken de huisartsen BRBA.

Doordat er uiteindelijk veel meer huisartsen zijn gaan meehelpen in de versnelling van de booster campagne, heeft het RIVM 22 december 2021 besloten zelf boosterlabels toe te voegen aan alle door HIS'en aangeleverde vaccinaties. Hierdoor is het merendeel van de boosterprikken correct met boosterlabel geregistreerd in CIMS. De eerste en tweede prikken (fijnmazig vaccineren) hebben ten onrechte een boosterlabel toegekend gekregen.

Over het algemeen zijn er weinig meldingen binnengekomen over problemen met de registratie gedaan door de huisartsen en is de registratie gegaan zoals hierboven beschreven. De voorkeur is uitgesproken om de optie te bekijken om de HIS'en hier in het vervolg wel op in te richten.



Informatiekaart Uitvoeren en registreren van boostervaccinaties door huisartsen



Evaluatie

Succesfactoren:

- *Weinig meldingen dat vaccinaties niet goed zijn doorgelopen m.b.t DCC*
- *Incidenten over dubbele registratie zijn minimaal*

Verbeterpunten en aanbevelingen:

- ICT op tijd regelen – registratie en HIS
- Monitoring vooraf inrichten en dashboards maken

3.8. Communicatie

In het kader van de communicatie zijn de volgende activiteiten uitgevoerd, in lijn met de primaire vaccinatiecampagne:

- Overkoepelende werkinstructie: [Huisartsenpraktijken: selectie en uitnodigen | RIVM](#)
- Werkwijzen: [Huisartsenpraktijken: selectie en uitnodigen | RIVM](#)
- Website RIVM: [Huisartsenpraktijken: selectie en uitnodigen | RIVM](#)
- Counselingpagina RIVM: [Counseling bij COVID-19-vaccinatie | RIVM](#)
- PR Campagne (loopt nog) t.b.v. inzet huisartsen bijdrage in vaccineren
- Alerts:
 - [Instellingen kunnen huisartsen om contra-indicaties vragen](#)
 - [Rol van de huisarts in boostervaccinatie](#)
 - [Boostervaccinatie voor niet-mobiele thuiswonenden en patiënten met syndroom van Down](#)
 - [Bijdrage huisartsen aan boostercampagne](#)
- Nieuwsdossier LHV: [Corona \(20/01\): het laatste nieuws voor huisartsen – LHV](#)
- Praktijkhandleiding NHG: [Praktijkhandleiding COVID-19-vaccinatie - Coronavirus \(COVID-19\) - NHG](#)



De werkinstructies worden vaak gedownload:

Aantal unieke downloads	Werkwijze
4.871	Werkinstructie COVID-19 vaccinatie huisartsen
1.590	Werkwijze patiënten syndroom van Down
4.123	Werkwijze op vrijwillige basis vaccineren
4.026	Werkwijze niet-mobiele thuiswonende patiënten

Evaluatie
<p><i>Succesfactoren:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aan voorkant afstemming met relevante stakeholders - Goede samenwerking met communicatie VWS, RIVM, LHV, GGD - Heldere werkinstructies en alerts - Stakeholders tijdig betrekken en tijdig communiceren - Telefoonbelasting van de praktijken is beheerst gebleven - SNPG alerts met verwijzingen <p><i>Verbeterpunten en aanbevelingen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Heldere communicatie naar stakeholders en achterban behouden - Tijdig en volledig blijven informeren (o.a. werkinstructies en alerts) - Informatie eerder delen - Communiceren over successen - Communicatie kan beter en strakker afgestemd worden. - Bereik van huisartsen optimaliseren - Tijdig informeren (in aanvulling op communicatie LHV, NHG), synergie creëren. - Opstellen van een kanalenconfiguratie, welk kanaal zetten we in welke fase in (organisatie overstijgend)

3.9 Support

Zorgprofessionals die vragen hebben over hun eigen gezondheidssituatie kunnen de Q&A's raadplegen of contact opnemen met de koepelorganisatie. Er zijn meerdere Q&A's beschikbaar gesteld op de website van het RIVM, deze worden continu geüpdatet. Op de website van het RIVM zijn ook de werkinstructie en werkwijzen geplaatst. Hiernaast is er ook verwezen naar de NHG-praktijkhandleiding, de LCI-richtlijn en de website van de NHG en SNPG.

Er is voor zorgprofessionals met vragen over de COVID-19-vaccinatie een speciaal telefoonnummer ingeregeld: 088-5.1.2e. Met behulp van een keuzemenu worden de vragen over de betreffende afdelingen verdeeld:

1. LCC voor logistieke vragen, cold chain-incidenten en productmeldingen
2. LCI voor medisch-inhoudelijke vragen.
3. DVP voor registratievragen.

Evaluatie
<p><i>Succesfactoren:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aan voorkant afstemming met relevante stakeholders - Heldere werkinstructies en alerts - Telefoonbelasting van de praktijken is beheerst gebleven - SNPG alerts met verwijzingen



- Directe lijn naar LCC voor vragen vanuit het veld

Verbeterpunten en aanbevelingen:

- Tijdig en volledig blijven informeren (o.a. werkinstructies en alerts)
- Informatie eerder delen
- Tijdig informeren (in aanvulling op communicatie LHV, NHG), synergie creëren.

4. Samenwerking / Afstemming

Voor de afstemming met relevante partijen is een werkgroep ingericht. De rol en de vertegenwoordiging van partijen in de werkgroep was een voortzetting van de al bestaande werkgroep die was ingeregeld voor de basisvaccinatiecampagne.

De rol van de werkgroep is het opstellen en afstemmen van de werkwijze en te zorgen voor een goedlopend proces. Daarnaast is de werkgroep bedoeld om vroegtijdig aandachts- en verbeterpunten te signaleren en alle partijen goed aan te sluiten bij het traject en de (nieuwe) ontwikkelingen.

Werkgroep

In de werkgroep zijn operationele zaken uitgewerkt en besluitvorming voorbereid. De werkgroep heeft als doel om snel tot besluiten/afstemming te komen en sturing te geven aan het realiseren van alle operationele zaken ten behoeve van de trajecten waar de huisartsen bij betrokken zijn. Zoals afstemming over de inrichting van het proces, signaleren van knelpunten en voorstellen voor oplossingen.

Deelname door: [5.1.2e] RIVM, [5.1.2e] LHV, [5.1.2e] NHG, [5.1.2e] SNPG, [5.1.2e] NVDA, [5.1.2e] VWS en vanaf 21 december 2021 [5.1.2e] GGD. Zie paragraaf 2 voor de deelnemerslijst.

Frequentie: Eén keer per week op dinsdagmorgen. Oneven weken van 09.00 -10.00 en even weken van 09.00 – 10.30. Alle bijeenkomsten waren digitaal via Webex/Teams onder de naam: “Werkgroep uitvoering Huisartsen”. Voorzitterschap ([5.1.2e], vanaf 1 december 2021 [5.1.2e] en verslaglegging ([5.1.2e] vanaf 1 februari [5.1.2e],) werd gefaciliteerd door het RIVM.

Evaluatie

Succesfactoren:

- Goed contact landelijk tussen GGD GHOR, RIVM, LHV, NHG, VWS en SNPG
- Goede regionale samenwerking tussen GGD en huisartsen
- Snelheid die werd ingezet op vraag minister
- Participatie huisartsen zonder dwang en meer meegewerkt dan aanvankelijk beoogd (70.000 opgetrokken spuiten opgehaald d.d. 27 januari)
- GGD heeft de grote vraag die op zich is afgekomen voortvarend opgepakt
- Eerlijke overleggen, waarbij vervelende zaken niet onbesproken bleven
- Wekelijkse werkgroep uitvoering huisartsen met daarin informatievoorziening en updates vanuit verschillende partijen en trajecten
- Korte lijntjes en mensen zijn laagdrempelig te bereiken
- Op landelijk niveau was de samenwerking constructief en goed
- Regionaal mooie voorbeelden van goede samenwerkingen



- GGD in werkgroep aanwezig

Verbeterpunten en aanbevelingen:

- Frequent overleg behouden
- Landelijke afspraken blijven afstemmen met regio's, GGDGHOR en regionale GGD, LHV met achterban
- Goede afstemming behouden en afspraken blijven maken
- Duidelijke rolverdeling / governance behouden
- Landelijke kaders geven voor regionale speelruimte
- Beeldvorming en de verhouding tussen de verschillende trajecten in de gaten houden
- Uniformiteit in de routes waarin de HA selecteert/uitnodigt en de GGD vaccineert
- In kaart hebben hoe LHV en NHG informatie ophalen bij achterban
- Medisch specialisten: vooraf overleg en afstemming over de gestelde indicaties had meerwaarde gehad in het 3^e vaccin traject.
- Scenario's gezamenlijk uitwerken
- Vertegenwoordiging vanuit de GGD op verschillende trajecten/onderwerpen
- Standpunten beter afstemmen en mogelijkheden opzoeken voor flexibiliteit
- Investeren in samenwerking en vertrouwen
- Een eenduidig loket voor HA bij GGD
- Aanmeldroute verbeteren NMTW
- Wekelijks overleg met vooruitblik op een eventuele vervolgcampagne.
- Afspraken over werkwijze maken en opvolgen
- Aandacht voor afname boosterbereidheid
- Landelijk heldere afspraken maken om regionale ruis te voorkomen
- Best practices delen en definiëren

5. Beleid

In september is het RIVM gevraagd om de ontwikkelingen in de gaten te houden en te starten met de voorbereidingen voor een eventuele boostercampagne. En om hierbij ook rekening te houden met een eventuele versnelling. De uitvoering van de boostercampagne wordt bij zo min mogelijk partijen ondergebracht "GGD voert uit, tenzij..".

Voor de huisartsen werd gekeken naar het vrijwillig meehelpen met het vaccineren van de niet-mobiele thuiswonenden. Maar ook wanneer de medische risicogroep (griep prik groep) geprioriteerd zou worden, wilden wij de huisartsen vragen om de selectie en het uitnodigen van de medische risicogroep uit te voeren. In de basiscampagne is hiertoe gebruikgemaakt van één verzendhuis dat al een groot deel van de uitnodigingen voor de griepvaccinatie verzorgt. Hiervoor zijn in afstemming met Xerox speciale afspraken met het verzendhuis gemaakt en is vanwege het grote gezondheidsbelang ontheffing verleend voor het uitvoeren van een aanbesteding. Dit was een grootte voorwaarde voor het uitnodigen van deze groep, om de huisartsen zo min mogelijk te belasten voor het uitnodigen en de toestroom naar de GGD geleidelijk te laten verlopen.

Op 22 oktober 2021 is er een nota gestuurd naar het kernteam van het RIVM over de inzet van een verzendhuis. Waarbij er gekeken moest worden wat de inkooptechnische mogelijkheden zijn rondom de inzet van een verzendhuis in relatie tot de doorlooptijd om te kunnen starten met het uitnodigen van de doelgroep.



Hiernaast is er op 21 oktober 2021 een nota ingediend over de selectie en uitbreiding van de griepgroep. Hierin stond beschreven dat de LHV en NHG aangeven dat er een rol voor de huisarts is weggelegd voor het selecteren van mensen op basis van medisch risico. Daarbij geven ze wel aan dat dit groepen moeten zijn waarvoor geen handmatige acties in het systeem nodig zijn. De volledige implementatie van de uitbreiding van de griepgroep zal in seizoen 2022/2023 volgen, aangezien het niet mogelijk is om de aangepaste indicaties in te voeren voor seizoen 2021/2022.

Vanuit het kernteam kwam de vraag of de doelgroepen die staan beschreven in de uitbreiding van de griepgroep via andere routes te bereiken zijn. Daarnaast is de vraag in hoeverre ingezet moet blijven worden op voorbereidingen voor het uitnodigen van de griepgroep t.o.v. het uitnodigen alleen op basis van leeftijd. Hiervoor worden overwegingen gedeeld in de nota van 4 november 2021.

Het advies van de Gezondheidsraad geeft aan dat leeftijd de belangrijkste voorspeller is voor een ernstig beloop van COVID-19. Ook in het advies van 26 november is de boostercampagne ingericht op basis van leeftijd, van oud naar jong. Minister Hugo de Jonge (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) heeft 14 december 2021 bekendgemaakt dat na de 60-plussers, de 60-minners volgen op volgorde van leeftijd. Daarbij krijgt de griepgroep (met een verhoogd medisch risico) onder de 60 jaar een uitzondering. Een groot deel van deze groep krijgt vanaf 23 december 2021 zoveel als mogelijk een sms met een oproep zich te melden bij een GGD in de regio. Verder gaat het op volgorde van leeftijd zo snel als mogelijk. Eenvoud is het sleutelwoord. ([Nieuwsbericht](#) | [Rijksoverheid.nl](#))

Vanwege technische issues zijn de sms-berichten gefaseerd verstuurd vanaf 27 december 2021. De sms-uitnodiging moet helpen om mensen met een verhoogd medisch risico zo snel mogelijk extra te vaccineren. Deze sms-berichten zijn alleen verstuurd naar mensen die al eerder door de GGD zijn gevaccineerd.

Evaluatie

Succesfactoren:

- X

Verbeterpunten en aanbevelingen:

- Griepgroep: Huisartsen zijn niet meegenomen in de voorbereidingen van het uitnodigen op basis van de bekende gegevens bij de GGD.
- Griepgroep: Selectie heeft niet plaats gevonden door de huisartsen die oorspronkelijk de selectie hebben gedaan tijdens de basiscampagne. Selectie is hierdoor troebel.
- Selectie en benadering griepgroep tijdig inrichten

6. Analyse resultaten en eigen bevindingen

Dinsdag 18 januari 2022 hebben de betrokken organisaties per mail een evaluatieformulier ontvangen. De uitkomsten van de evaluatie zijn besproken tijdens de werkgroep van 25 januari 2022. 18 januari 2022 heeft ook een interne evaluatie plaats gevonden. Op 27 januari 2022 is er een gesprek geweest met 5.1.2e, gezien zij de projectleider was van de huisartsen tijdens de basisvaccinatiecampagne en de voorbereidingen van de boostercampagne. 5.1.2e en 5.1.2e zijn ook bij dit gesprek aangehaakt om de lessons learned en voorbereidingen van het verzendhuis te bespreken. Op bestuurlijk niveau heeft tussen LHV en NHG en het directieteam van het RIVM een evaluatie plaatsgevonden. In bijlage 2 zijn de uitkomsten van dit gesprek



weergegeven.

Van alle evaluaties zijn notulen gemaakt, de resultaten zijn besproken en worden hieronder bij paragraaf 7 conclusies en aanbevelingen gedeeld.

7. Conclusies en aanbevelingen

Conclusies:

- Er is een goede samenwerking in de regio's met de zorgpartners tot stand gekomen, dat is een verbetering en is ook zeer positief voor volgende routes
- We moeten klaar staan voor onvoorziene scenario's
- Wanneer we klaar moeten staan voor een nieuwe booster is o.a. afhankelijk van de nieuwe minister en zijn ideeën. Hij wil wel een praktische, betere en snellere voorbereiding, maar hoe we dat verder voor ons zien op lange termijn is lastig te zeggen.
- Het was helpend dat er vanuit de GGD een coördinator is die initiatieven oppakt vanuit instellingen of huisartsen.
- Op de korte termijn zijn we in afstemming met GGD/VWS/NHG/LHV over wie welke rol pakt in de boostercampagne en waar de verantwoordelijkheden liggen.
- Declaratieproces is ingewikkeld

Aanbevelingen voor het uitvoeringskader:

- Aanmaken van een draaiboek, gericht op de implementatie en uitvoering. Diverse scenario's uitwerken.
- Monitoring vooraf inrichten en dashboards maken
- Financiering op tijd regelen – actie VWS
- Bredere inzet van meer uitvoerders: Welke uitvoerders zouden logischerwijze kunnen helpen bij vaccineren, of aan de voorkant informeren en voorlichten
- Huisartsen inzetten voor kwetsbare groepen
- Uitvoeringskader en randvoorwaarden opstellen
- ICT op tijd regelen – registratie en HIS
- Regionale best practices delen
- Governance om uitvoering, beleid en besluitvorming beter op elkaar aan te laten sluiten.
- Bestuurlijk overleg toevoegen wanneer huisartsen een rol gaan spelen in een eventuele vervolgcampagne
- De stakeholders tijdig betrekken en goed communiceren.

Aanbevelingen op korte-, middellange- en lange termijn:

Korte termijn (Q2 2022)
<ul style="list-style-type: none"> - Duidelijkheid over doelgroep, wie deze vaccineert en registratie (onderdeel uitvoeringskader). - Discussie nodig over de vraag wie doet wat in het totale vaccinatie landschap (RIVM brede discussie) - Tijdig afstemmen met alle betrokken partijen over het vastgestelde beleid en registratie, om e.e.a. goed voor te bereiden. - Afspraken over inrichting financiering en registratie (onderdeel uitvoeringskader en financiële arrangementen). - Optimalisaties doorvoeren in proces NMTW (denk aan formulier NMTW van GGD tweerichtingsverkeer maken en regionale GGD toegankelijker maken voor de huisartsen) - Samenwerking opzoeken met griep/pneumo programma - Tijdig starten met scenarioplanning, waarin registratie een belangrijk thema is (geborgd in scenarioplanning) - Werkgroep in stand houden (opnemen in uitvoeringskader incl. aanwezigheid van de



verschillende partijen) - Heldere bestuurlijke besluitvorming die richting geeft aan de uitvoering - ICT acties uitzetten op korte termijn omdat die lange doorlooptijd hebben
Middellange termijn (Q4 2022)
- Duidelijkheid over doelgroep, wie deze vaccineert en registratie. - Doelgroepen: breed of o.b.v. indicatie. - Indien mogelijk griep-/pneumo- en covid-vaccinatie combineren
Lange termijn (2023)
- Doelgroepen: breed of o.b.v. indicatie - Tijdig afstemmen met alle betrokken partijen over het vastgestelde beleid en registratie, om e.e.a. goed voor te bereiden.

8. Documentatie

Opgeleverd product	Naam document	Locatie opslag
1. Nota uitbreiding griepselectie	20211104_Nota uitbreiding griepselectie	5.1.2h
2. Nota verzendhuis griepgroep	20211021_Nota verzendhuis griepgroep	
3. Werkinstructie overkoepelend	20220131 Werkinstructie COVID-19-vaccinatie huisartsen def.	
4. Werkwijze syndroom van Down	20211130 Werkwijze patiënten syndroom van Down	
5. Werkwijze niet-mobiele thuiswonende patiënten	20211224 Werkwijze niet-mobiele thuiswonende patiënten	
6. Werkwijze op vrijwillige basis vaccineren	20220131 Werkwijze op vrijwillige basis vaccineren definitief	
7. Notulen werkgroep	Jaartal/maand/dag	
8. Overzicht taken	2021116_Werkzaamheden	



huisartsen concept	huisartsen vervolg covid vaccinatie_LHV (002)_concept	5.1.2h
9. Werkinstructie allergologenroute	20211206 Werkinstructie mensen met een allergische reactie DEF	

Bijlage 1 – Uitkomsten evaluatie; per mail ontvangen input door stakeholders

1. Successen inrichting/uitvoering

1.1 Welke lessen van de basiscampagne hebben we kunnen verzilveren bij de boostercampagne?

- Dat groepen zoals de niet-mobiele thuiswonenden, thuiswonende kwetsbaren, kleinschalige woonvormen en instellingen zonder medische dienst al op het netvlies stonden voor de vaccinatieronde.
- Breder gekeken dan de eerste ronde, meer inzet van derden en flexibelere inzet van uitvoerders.
- Minder kort op de bal, dus tijdig, communiceren.
- Duidelijke werkinstructies op de website van het RIVM, waarnaar in de alerts verwezen wordt.
- Directe lijn naar LCC voor vragen vanuit het veld.
- Eenduidige selectiewijze met zo min mogelijk uitzonderingen.
- Huisartsen niet dwingen tot vaccineren (waar zij daar geen mogelijkheden zien om dat te doen).
- Aansluiting LCI/trajecten bij HA werkgroep meetings, korte lijntjes om zaken af te stemmen, dit hielp om te zorgen dat e.e.a. beter was afgestemd.
- Er is geprofiteerd van de verbeterde samenwerking
- Wel kleine groepjes maar geen plukjes vaccinaties meer door de huisarts verplicht op zeer korte termijn in te zetten

1.2 Wat zijn de successen van de boostercampagne?

- Dat uiteindelijk de huisartsen toch meer hebben meegewerkt aan de boostercampagne dan aanvankelijk beoogt.
- De snelheid die werd ingezet op vraag minister, door de GGD en RIVM voortvarend opgepakt.
- Informatievoorziening richting het veld is heel duidelijk met het tijdig versturen van alerts en verwijzing naar de werkinstructies. Dit leiden wij af aan het weinige aantal vragen dat we hierover krijgen.
- De betrokkenheid van huisartsen om ondanks de minder actieve rol om zelf te vaccineren, toch in veel gevallen in te springen om NMTW sneller te vaccineren door opgetrokken spuiten bij de GGD op te halen.
- Snelle organisatie en opschaling.
- Goede samenwerking regionaal tussen GGD en Huisarts.
- Goed contact landelijk tussen GGDGHOR, RIVM en LHV.
- Huisartsen de ruimte geven te participeren zonder dwang.
- Minder gedoe over registratie.
- Meer communicatie met HA over trajecten waarbij zij niet als hoofdpartij betrokken waren, maar wel te maken kregen met vragen van patiënten.
- De snelheid van de opschaling is goed gelukt. De bescherming van 90% van de 60-plussers vlak voor de enorme vermenigvuldiging van de omikron variant in NL is een factor die maakt dat NL weer van het slot mag.
- De flexibiliteit van de huisartsen en de inzet van toch zovelen.



1.3 Welke successen moeten vastgehouden worden voor een eventuele volgende campagne?

- De inzet van de huisartsen bij de kwetsbare eigen cliënten, zoals de niet-mobielen en instellingen zonder medische dienst.
- Gebruik maken van de welwillendheid van huisartsen die wel mee willen helpen.
- Tijdig en volledig informeren (via alert en up-to-date werkinstructies op de website van het RIVM).
- Betrokkenheid bij het versneld vaccineren van NMTW.
- Simpele selectie met zo min mogelijk uitzonderingen.
- Geen vaccinatieplicht huisartsen, wel stimuleren door de randvoorwaardelijke zaken vooraf zo goed mogelijk uit te werken.
- In de afgelopen campagne was de GGD in de lead. Wij zouden graag deze situatie gecontinueerd zien maar kunnen goed leven met een fall-back afspraak voor de huisarts die niet wil/kan vaccineren zonder daarmee de beroepsgroep te belasten (d.a. inzet "de thuisvaccinatie).
- Korte lijntjes houden.
- Flexibele inzet huisartsen: optimale inzet door in te spelen op de verschillen.

1.4 Wat is ervoor nodig om de successen vast te houden?

- Goede afstemming en afspraken maken. Goede communicatie naar elkaar en naar buiten.
- Tijdig en volledig blijven informeren (via alert en up-to-date werkinstructies).
- Wekelijks/frequent met alle betrokken partijen om iedereen goed aangeliend/geïnformeerd te houden (huisartsenoverleg op dinsdag en boosteroverleg op donderdag).
- Beleid dat direct duidelijk/concreet is en niet verandert.
- Huisartsen eerder vragen om op vrijwillige basis een bijdrage te leveren, evt eerder de samenwerking/afstemming op dit vlak met GGD.
- Leren en delen van de successen (en minder geslaagde voorbeelden).
- Duidelijk landelijk kader over taken en rollen en er zoveel mogelijk voor zorgen dat er geen regionale ruis ontstaan (inspanning van VWS, RIVM, GGD, LHV, NHG).
- Blijvende samenwerking, dinsdag overleg, korte lijntjes met VWS.
- Meer landelijk kaders met speelruimte voor de regio.
- Vooruitzien en voorbereid zijn.

1.5 Welke concrete acties en randvoorwaarden zijn hiervoor nodig?

- Duidelijke rolverdeling. Wie is de opdrachtgever? Welke governance afspraken zijn er gemaakt. Maar ook de technische kant moet goed ingericht zijn, zoals systemen die gegevens kunnen delen. Evenals financiële afspraken.
- Tijdige beschikbaarheid van informatie.
- Wekelijks overleg handhaven.
- Vanuit perspectief LHV: mandaat leden.
- Vanuit het samenwerkingsverband RIVM, GGD, LHV, NHG; afspraken op bestuursniveau.
- Tijdig heldere afspraken, verwachtingen en randvoorwaarden.
- Tussentijdse wijzigingen zoveel mogelijk voorkomen (ook richting politiek en VWS samen optrekken als nodig).
-

2. Verbeterpunten inrichting/uitvoering

2.1 Wat zijn de leerpunten van de boostercampagne?

- De communicatie kan beter en strakker afgestemd worden. Zo ook bijvoorbeeld informeren van de huisartsen als er of iets van ze wordt verwacht of een actie uitgevoerd gaat worden, dat zijn weerslag op de huisartsen kan hebben. Patiënten gaan de praktijk bellen met allerhande vragen.
- Zoals hierboven beschreven, de technische kant qua registratie en delende IT-systemen.
- Duidelijkheid over wie wanneer vaccineert (waar ligt de verantwoordelijkheid) en hoe registratie verloopt.
- Vrijwel direct na de start van de boostercampagne kwamen de vragen van HA over het geven van de booster aan NMTW (niet in een zorginstelling) de eerste weken konden we daar vanuit LCC Support nog geen antwoord op geven omdat de info nog niet bekend was of HA een opgetrokken spuit t.b.v. de booster bij de GGD kon gaan ophalen.



- Als HA boosterprikken kunnen zetten, dan ook zorgen dat ze meteen goed kunnen registreren (HIS).
- Vaccinbeheer en bewaar- en transportcondities: Pfizer is een vaccin met andere bewaar- en transportcondities dan AstraZeneca waar HA veel ervaring mee hadden. Ook bij HA is het gewenst om meer nadruk te leggen op deze bewaarcondities en goed vaccinbeheer, ook als het om opgetrokken spuiten gaat.
- Daarnaast heeft een aantal huisartsen ook via GGD-flacons Pfizer gekregen, ook hiervoor gelden speciale klaarmaakinstructies en bewaarcondities waar men niet goed genoeg bekend mee was (bleek uit vragen die we daarover bij LCC Support kregen).
- HA die mensen aangemeld hadden bij de GGD om mensen aan huis te laten vaccineren, moesten bij het aanmeldloket per patiënt aanmelden, heel tijdrovend als je veel patiënten wil aanmelden.
- Daarnaast was er geen eenduidige mogelijkheid mensen af te melden toen men eenmaal zelf versneld deze NMTW boosterprikken ging geven.
- Veel onduidelijkheid bij HA wie hun regio coördinator was bij de GGD. Soms was dat dezelfde als de vaccinverantwoordelijke op een locatie, maar vaak ook niet. Dus veel vragen over in contact komen met de GGD waarbij de info vanuit GGD niet altijd eenduidig en up to date was. Dit leidde tot veel "herhaal- contactmomenten" bij LCC Support.
- Probeer regionale ruis te voorkomen door landelijk heldere afspraken.
- Probeer met elkaar een best practice te definiëren.
- Probeer randvoorwaarden vooraf af te spreken.
- Verminder bureaucratie in de samenwerking.
- Vragen en kwesties graag centraal regelen – hierbij doel ik op de herhaaldelijke vragen rondom vaccinatie door doktersassistenten, en de 15 minuten wachttijd-kwestie. Beide zaken hebben m.i. meer tijd gekost en meer onrust opgeleverd dan strikt noodzakelijk. Dit lag onder andere aan het niet centraal oplossen van de vragen, maar bespreking in verschillende overleggen met verschillende mensen die verschillende meningen hadden, of zaken opnieuw gingen uitzoeken terwijl deze al eerder besproken waren.
- Tijdige inrichting en voorbereid zijn.
- Investeren in samenwerking en vertrouwen.
- ICT op tijd regelen.
- Financiering op tijd regelen.

2.2 Welke lessen van de basiscampagne hebben we niet/ onvoldoende kunnen verzilveren bij de boostercampagne?

- Toeleiding naar de vaccinatie. Nog steeds te veel blijven hangen in specifieke groepjes, voorrang verlenen aan etc.
- Registratie.
- Late opstart campagne door lange besluitvoering na advies van de Gezondheidsraad.
- Onvoldoende de tijd nemen.
- Voorrang verlenen aan bijzondere groepen zonder duidelijk afstemming (de griepgroep).
- Tussentijdse wijziging van de strategie.
- Oplossingen voor de moeilijk te bereiken groepen.
-

2.3 Welke leerpunten en optimalisaties moeten/kunnen meegenomen worden bij de mogelijke campagne op:

<p>Korte termijn (kwartaal 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duidelijkheid over doelgroep, wie deze vaccineert en registratie. 	<p>Middellange termijn (Q4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doelgroepen: breed of o.b.v. indicatie. 	<p>Lange termijn (2023)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tijdig afstemmen met alle betrokken partijen over het vastgestelde beleid en registratie, om e.e.a. goed voor te bereiden.
--	--	---



Algemeen:

- Zie punten hierboven. Bredere inzet van meer uitvoerders. Welke uitvoerders zouden logischerwijze kunnen helpen bij vaccineren, of aan de voorkant informeren en voorlichten.
- Direct HA meenemen in de plannen voor NMTW (breder dan alleen de patiënten in de zorginstellingen), niet iedereen wil/kan dit, maar de boostercampagne heeft laten zien dat een aanzienlijk deel toch snel gemobiliseerd was.
- Een eenduidig loket voor HA bij GGD voor afstemming, niet in alle gevallen is het nodig dat RIVM daartussen zit. We beantwoorden vragen graag, maar de keten is hierdoor soms wel langer voor de HA wat niet altijd nodig is.
- Productkennis: Meer info bij HA over de verschillende vaccins en bewaarcondities omdat dit ook van belang is als men het vaccin niet zelf klaar hoeft te maken (bewaken koude keten etc)
- HIS op tijd gereed om elke vorm van vaccinatie (1^e, 2^e, 3^e of boosterprik) te kunnen registreren.

2.4 Wat is ervoor nodig om de leerpunten en optimalisaties door te voeren voor een eventuele vaccinatie in kwartaal 2?

- Met de learnings die heel concreet de verbeterpunten aangeven (o.a. op het gebied van registratie) ruim voor het 2^e kwartaal aan de slag gaan om scenario's in kaart brengen waarmee snel opgestart kan worden met een eventuele volgende vaccinatiecampagne.
- Duidelijke afspraken en overzicht wie het aanspreekpunt op welk thema is.
- Op korte termijn komen met taakverdeling en voorbereiding hierop.

2.5 Welke concrete acties en randvoorwaarden zijn hiervoor nodig?

- Frequente afstemming alle betrokken partijen, eenduidig (en tijdig vastgesteld) beleid.
- Voor leerpunten voor de langere termijn is een discussie nodig over de vraag wie doet wat in het totale vaccinatie landschap. Wij denken dat dit een discussie is die verstoring werkt op de booster vaccinaties in 2022. Uiteraard moet die discussie gevoerd worden en is die discussie noodzakelijk voor een goede organisatie van de verschillende vaccinaties maar niet nu.
- Vragen en kwesties direct bij het juiste adres brengen, en niet laten rondzingen. De juiste personen aansluiten bij een overleg hierover, en personen die er niet over gaan, niet betrekken bij de overleggen, om ruis te voorkomen. Duidelijke afspraken maken wie wat oppakt en wie wat terugkoppelt.
- Is in gang gezet: plaatsbepaling huisartsen; instellingen; GGD in principe uitvoerder.
- Afspraken over inrichting financiering en registratie.
- Samen oplossingen zoeken voor knelpunten.
- Voorbereiding vaccineren specifieke doelgroep(en).

3. Samenwerking

3.1 Hoe was de samenwerking in de voorbereiding en uitvoering van de boostercampagne?

- In het begin zeer stroef. Vooral omdat de LHV op het standpunt bleef niet mee te helpen bij het zetten van boostervaccinaties. Dat zette toch wel een toon.
- Wel eerlijke overleggen, waarbij vervelende zaken niet onbesproken bleven, en dat is eigenlijk weer goed.
- Volgens mij toch wel korte lijnen en mensen zijn laagdrempelig te bereiken.
- Door wekelijks overleg en directe communicatie per mail, zijn de verwachtingen in goede banen geleid.
- In aanzet naar de campagne toe nog niet veel contact om af te stemmen, toen de campagne gestart was werd het contact intensiever, meer proactief i.p.v. reactief zou beter zijn.
- Goed, wel soms wat wrijving maar dat was begrijpelijk en prima.

3.2 Wat ging goed en moet er behouden blijven?

- De eerlijkheid en de pijnpunten bespreken. Dat de huisartsen uiteindelijk toch veel meer gingen helpen, vooral de individuele huisarts heeft hier een grote rol in gespeeld. Maar LHV heeft dit wel overgenomen.



- Goede duidelijk communicatie vanuit en afstemming met afstemming met het RIVM, ook met LCC.
- Korte lijnen met huisartsenteam was echt super fijn, basiscampagne had al korte lijnen, maar deze boostercampagne waren de lijnen nog korter, dat werkte snel en effectief.
- Korte lijntjes tussen HA werkgroep en LCI en vaccinatietrajecten.

3.3 Wat kan beter en hoe kan dit gerealiseerd worden?

- De verslagen van de werkgroep iets eerder versturen dan een dag voor het overleg.
- Tijdig scenario's uitwerken o.b.v. de ervaringen tot zover die klaarliggen om snel met een eventuele vervolgcampagne op te starten.
- Voor LCC zou het prettig zijn als we in een eerder stadium bij de voorbereiding van actieve communicatie naar buiten betrokken worden. Alleen al de concepten mee kunnen lezen geeft voldoende inzicht met wat er qua vragen potentieel op ons af komt.
- Ondanks dat HA niet actief vaccins voor de boostercampagne bij LCC (via SNPG) bestelden, ziet men het LCC Support loket wel als een plek waar men (telefonisch en via mail) als uitvoeringsprofessional vragen kan stellen. Ook als het niet letterlijk over bestellen of leveren van vaccin gaat. Dat is overigens prima, ook andere vragen kunnen door ons wel beantwoord worden als ze te maken hebben met de uitvoering van het vaccinatietraject (met uitzondering van de medische vragen, die gaan uiteraard naar LCI). Omdat het LCC-loket goed gevonden wordt door HA zou het prettig zijn om vooraf meer met elkaar af te stemmen wat de plannen worden en welke mogelijke vragen er verwacht kunnen worden, welke behoefte er is aan rapportage en signalering aan de hand van geregistreerd klantcontact.
- Op landelijk niveau was de samenwerking constructief en goed.
- Op regionaal niveau was de samenwerking wisselend met uitstekende voorbeelden (bv. Zuid-Holland Zuid) en minder goede voorbeelden.
- Bij de goede voorbeelden lijkt met name de persoonlijke inzet belangrijk (chemie). Waardevol is om de uitgeschreven goede voorbeelden te gebruiken voor een voorbeeld voor de regio's waar de samenwerking minder goed uit de verf kwam.
- Lokale samenwerking en relatie, elkaar vinden GGD/huisartsen.

Bijlage 2 – Uitkomsten evaluatie bestuurlijke afstemming stakeholders

Begin februari 2022 heeft bestuurlijke afstemming plaatsgevonden tussen LHV, NHG en het directieteam van het RIVM. Het betrof een evaluerend gesprek dat de volgende output opleverde:

Terugkijken

- Inzet huisartsen is flexibel geweest, gericht op kansen pakken in hun niche, en daarop (in-)richten

Vooruitkijken

- Bereid om te helpen bij piekopschaling GGD (motivatie volksgezondheidswinst)
 - o Rol in informeren, selecteren en vaccineren
 1. selectie van groepen waarbij de huisartsen een onmisbare rol heeft
 2. helpen met vaccineren van eigen niet mobiele patiënten (zowel thuis als in kleinschalige woonvormen); met escape
 3. hulp met vaccineren bij de GGD.
 - o Bindende afspraken mogelijk daar waar deze dicht bij deze niche zit, de rest op vrijwillige basis



- Let op capaciteitstekort richting Q4 door drukte, denk daarbij aan griep- en pneumokokken vaccinatie, maar zeker ook aan uitval van
- personeel door griep, COVID-19 etc.

Verbetersuggesties

- Het selectieproces zo min mogelijk gefragmenteerd uitvragen.
- Een gestandaardiseerde keuze rondom uitnodigingen verzenden (verzendhuis versus zelf uitnodigingen verzenden).
- Randvoorwaarden, zoals declaratie afspraken, vooraf op orde en nageleefd tijdens uitvoering.
- Regionaal meer stroomlijnen: behoefte aan een gestandaardiseerd uitvoeringskader van het RIVM aan de uitvoerende partijen waar zij mee samenwerken.
- Uitvoering niet te veel verdelen of verschillende uitvoerders maar partijen met eigen (eigenlijke) rol richting burger.
- Rol apothekers/KPMG bij logistiek = kwaliteitsslag.
- Meer investeren in monitoring en rapportage over deelname huisartsen, vaccinatieketen en richting leden