



VERSLAG GEZONDHEIDSCONFERENTIE VACCINATIE

Donderdag 25 januari 2024

INHOUD

| | | |
|----|--|----|
| | VERSLAG GEZONDHEIDSCONFERENTIE VACCINATIE | 1 |
| 1 | WELKOMSTWOORD | 3 |
| 2 | TRAJECT NAAR HET ONTWERP VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING VACCINATIE | 3 |
| 3 | BELANG VAN VACCINATIE: EEN LEVEN LANG | 4 |
| 4 | VACCINE CONFIDENCE PROJECT | 4 |
| 5 | GETUIGENIS OVER OUTREACHEND WERKEN VIA MOBIELE TEAMS | 5 |
| 6 | GETUIGENIS OVER DE HERFSTVACCINATIE VANUIT ELZ LEUVEN | 5 |
| 7 | PARALLELSESSIE COMMUNICATIE EN VACCINATIEVERTROUWEN | 6 |
| 8 | PARALLELSESSIE DATA EN DASHBOARDING | 7 |
| 9 | PARALLELSESSIE LAAGDREMPELIG EN DUURZAAM AANBOD | 8 |
| 10 | PANEL MET DE VOorzITTERS VAN HET VOORTRAJECT – DEEL 1 | 9 |
| 11 | PANEL MET DE VOorzITTERS VAN HET VOORTRAJECT – DEEL 2 | 10 |
| 12 | EINDBESCHOUWING | 11 |



1 WELKOMSTWOORD

DOOR KARINE MOYKENS, SECRETARIS-GENERAAL, DEPARTEMENT ZORG

Karine Moykens heet iedereen welkom en kadert deze conferentie en doelstelling in een ruimere historiek, alsook in de toekomstige context. In 1998 werd de eerste gezondheidsdoelstelling vaccinaties geformuleerd; de nieuwe gezondheidsdoelstelling Vaccinatie moet nu de basis leggen voor het vaccinatiebeleid 2024-2030. De gezondheidsdoelstellingen vormen de hoeksteen van een gezonde en evenwichtige levensstijl. Ze spelen een onmisbare rol in het streven naar een gezondere toekomst voor individuen en gemeenschappen wereldwijd. De benadering van een populatiegerichte gezondheidszorg legt de basis voor het beleid en het dagelijks werk.

Vaccins kunnen worden beschouwd als één van de belangrijkste wetenschappelijke realisaties van de 20e eeuw aangezien ze in aanzienlijke mate bijdragen aan de verbetering van de volksgezondheid wereldwijd. Er wordt geschat dat door vaccinatie jaarlijks 4 à 5 miljoen sterfgevallen wereldwijd voorkomen worden. Sinds de invoering van een veralgemeende vaccinatie van zuigelingen in Vlaanderen zijn tal van infectieziekten die veelvoorkomend waren, verdwenen of uitermate zeldzaam geworden. Daarnaast draagt het bij tot het verminderen van ziekte-incidentie, ziekenhuisopnames, ernstige verwickelingen en sterfgevallen.

Het vaccinatiebeleid is doorheen jaren gegroeid tot wat het nu is en daar mogen we fier op zijn. Hoewel Vlaanderen reeds een koploper is wat vaccinatie betreft, moeten we er blijven voor zorgen dat het gevoerde beleid op een kwalitatieve wijze verdergezet kan worden en dat we het vertrouwen in vaccinatie kunnen bestendigen. Door nieuwe klemtonen te leggen, mee te groeien met maatschappelijke trends en in te spelen op nieuwe uitdagingen en mogelijkheden, kunnen we de gezondheidswinsten van de afgelopen decennia minstens behouden en zelfs vergroten.

Voor de volledige presentatie verwijzen we naar [de website van Departement Zorg](#).

2 TRAJECT NAAR HET ONTWERP VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING VACCINATIE

DOOR DR. IRIS DE SCHUTTER, AFDELINGSHOOFD PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID, DEPARTEMENT ZORG

Dr. Iris De Schutter schetst het traject richting het ontwerp van deze nieuwe gezondheidsdoelstelling Vaccinatie. Aangezien we vandaag reeds aan de 3^e gezondheidsdoelstelling Vaccinatie toe zijn, kunnen we bouwen op een rijke geschiedenis van vaccinatiebeleid en -organisatie. Tot op vandaag werden al heel wat mijlpalen bereikt met dit laagdrempelig beleid dat bijna iedereen in de maatschappij bereikt, zoals een hoge vaccinatiegraad bij het basisvaccinatieschema voor kinderen (met behulp van Kind & Gezin/Opgroeien), de uitbouw van Vaccinnet, de outreach van mobiele vaccinatie teams, enz.

Aangezien we in een maatschappij leven die continu in beweging is, is het absoluut noodzakelijk om aandacht te hebben voor nieuwe trends en dynamieken. Om op deze veranderingen een antwoord te bieden, is het noodzakelijk om de gezondheidsdoelstellingen tijdig te herzien en bij te sturen. Om een richting te geven aan een gedragen beleid werd deze nieuwe doelstelling niet alleen door het Departement Zorg gerealiseerd, maar kende het traject een ruime betrokkenheid van verschillende actoren in het beleids- en werkveld. Om met een aparte focus het vaccinatiebeleid te benaderen, werd het traject georganiseerd in zes werkgroepen (Data & IT, Medisch-wetenschappelijk, Vaccinatievertrouwen, Operationeel, Betaalbaarheid, Communicatie).

Dit participatief traject resulteerde finaal in de volgende hoofddoelstelling Vaccinatie: **“Tegen 2030 is de bevolking in Vlaanderen nog beter beschermd door vaccinatie”**. Hierbij is er een verbetering van de vaccinatiegraad voor welbepaalde vaccinaties en doelgroepen en is er behoud van de vaccinatiegraad waar die reeds voldoende is; dit door middel van een kwaliteitsvol en laagdrempelig vaccinatiebeleid, waarbinnen ook de toevoeging van nieuwe vaccins aan het programma wordt overwogen.

Voor de volledige presentatie verwijzen we naar [de website van Departement Zorg](#). Ook de volledige beschrijving van de strategische doelstellingen zijn te vinden in het [strategisch plan op de website van Departement Zorg](#).

3 BELANG VAN VACCINATIE: EEN LEVEN LANG

DOOR PROF. DR. ISABEL LEROUX-ROELS, UGENT EN UZ GENT

Prof. Dr. Isabel Leroux-Roels schetst het belang van vaccinatie en preventie, doorheen het hele leven. De stijging in onze levensverwachting is voor een belangrijk deel te danken aan preventie en de bestrijding van infectieziekten door het voorzien van zuiver water, antibiotica en vaccinatie. Vaccinatie wordt door de WHO dan ook beschouwd als één van de *'best buys in global health'*. Daarnaast leidt het zowel direct als indirect tot het realiseren van meerdere Sustainable Development Goals (SDGs). Vaccinatie heeft een impact overheen de volledige levenscyclus via een versterking van het immuunsysteem, het voorkomen van cardiale events, het indirect beïnvloeden van antibioticaresistentie, het beperken van absentisme, enz. Allerlei aspecten die bovendien moeilijk te becijferen zijn en daarom ook niet altijd meegenomen (kunnen) worden bij gezondheidseconomische overwegingen.

In Vlaanderen bestaat reeds een sterk basisvaccinatieschema voor kinderen dat zich vertaalt in een hoge vaccinatiegraad. Er wordt altijd zorgvuldig nagedacht over wat nog kan worden toegevoegd en wat de impact is op het vaccinatieschema. Zo zal, op vraag van de Minister, het Departement Zorg in 2024 een advies geven over de opname van RSV in het basisvaccinatieschema; RSV is namelijk de grootste doodsoorzaak bij kinderen jonger dan één jaar. Wanneer we de vaccinatiegraad bij volwassenen bekijken, zien we bij zwangere vrouwen doorheen de jaren een stijging van de vaccinatiegraad voor kinkhoest en griep. Bij de gezondheidswerkers zien we sinds COVID-19 echter een daling van de griepvaccinatiegraad. Hoewel bij de oudere volwassenen mooie vaccinatiegraden worden bereikt voor griep en COVID-19, ligt deze beduidend lager voor pneumokokken, herpes zoster en RSV.

Naast deze realisaties, zijn er ook uitdagingen voor de toekomst. Één van de grootste globale uitdagingen is de verouderende populatie. Deze evolutie vormt een grote uitdaging voor het zorgsysteem waardoor meer aandacht nodig is voor het concept van *'healthy ageing'*. Ook vaccinatie vormt een belangrijk onderdeel van dit concept door zijn bijdrage tot *'immune fitness'*, en heeft zo een belangrijke rol naast andere aspecten van een gezonde levensstijl, zoals voeding en beweging. Om dit te bewerkstelligen is echter meer aandacht nodig voor preventieve zorg en *'healthy ageing'*. Deze aandacht moet zich vertalen onder de vorm van mensen, middelen en een verhoogd percentage van het gezondheidsbudget voor preventie.

Voor de volledige presentatie verwijzen we naar [de website van Departement Zorg](#).

4 VACCINE CONFIDENCE PROJECT

DOOR GREET HENDRICKX EN DR. JADE PATTYN / UANTWERPEN

Greet Hendrickx en Jade Pattyn van VAXINFECTIO schetsen de resultaten van de eerste studie over vaccinatievertrouwen voor het vaccinatiebeleid in Vlaanderen. Via het [Vaccine Confidence Project](#) worden in Europa jaarlijks metingen uitgevoerd omtrent het vaccinatievertrouwen. Deze studie gaat (o.b.v. vragenlijsten) na of men vaccins veilig en effectief vindt, zowel voor vaccins in het algemeen als voor specifieke vaccins (HPV, mazelen, COVID-19, griep). Hierbij worden ook karakteristieken zoals geslacht, leeftijd, (geloofs)overtuiging, inkomen,... in kaart gebracht. De *'State of Vaccine Confidence in the EU'* van 2022 gaf aan dat het algemene vertrouwen in vaccins daalde sinds 2020, maar ongeveer constant bleef t.o.v. 2018. Algemeen kan gesteld worden dat het vertrouwen in vaccins redelijk hoog is, maar varieert afhankelijk van land en vaccintype. Bovendien is er een grote kloof tussen jongeren en ouderen. Verschillende factoren spelen een rol voor het vaccinatievertrouwen: van politieke tot individuele factoren, alsook vaccin-specifieke aspecten. In 2022 bevond België zich in de middenmoot van alle Europese landen m.b.t. tot verschillende factoren (veiligheid, effectiviteit en overtuiging).

Vertrouwen in vaccins wordt beïnvloed door veel externe factoren en kan snel veranderen. Het is echter moeilijk om te bepalen of de recente evoluties in vaccinatievertrouwen wijzen op korte termijn fluctuaties en omkeerbare trends, of wijzen op meer permanente verschuivingen. Onderzoek toont een correlatie tussen vaccinatievertrouwen en de vaccinatiegraad, maar de effectieve impact van fluctuaties in vertrouwen is moeilijk te voorspellen.

Dit jaar werd deze studie voor het eerst uitgevoerd op niveau van Vlaanderen. Dankzij deze specifieke metingen voor Vlaanderen kan meer inzicht verkregen worden om de gezondheidsdoelstellingen te ondersteunen, waarbij men streeft naar een periodieke opvolging van het vaccinatievertrouwen. Alle vragen in de Vlaamse studie zijn dezelfde als in de bovengenoemde Europese studie (m.u.v. de vragen rond COVID-19). Er werden 2 bevragingen afgenomen: de 1^{ste} vragenlijst richtte zich op de algemene bevolking; de 2^e vragenlijst op ouders met jonge kinderen. Voor de belangrijkste resultaten verwijzen we naar de volledige presentatie op [de website van Departement Zorg](#).

Voor het verdere beleid zal het nuttig zijn om deze resultaten te gebruiken in toekomstige communicatiestrategie. Er moet bovendien verder ingezet worden op het meten van de noden van artsen, CLB, Kind & Gezin/Opgroeien en op het organiseren van opvolgmetingen. Verdere focusgroepen en kwalitatieve studies kunnen meer inzicht bieden in de reden voor de twijfel. Mediamonitoring kan een meerwaarde betekenen om trends van het begin te capteren en vragen hierop te kunnen beantwoorden. Tot slot moeten we verder inzetten op investering in preventie en in het vertrouwen in de overheid via vaccinatiecampagnes.

5 GETUIGENIS OVER OUTREACHEND WERKEN VIA MOBIELE TEAMS

DOOR HANS WERBROUCK, P.I.H. ANTWERPEN

Hans Werbrouck deelt zijn ervaringen vanuit de mobiele teams, georganiseerd vanuit het Provinciaal Instituut voor Hygiëne (P.I.H.) Antwerpen, in opdracht van de Vlaamse overheid (Departement Zorg). De mobiele teams zijn werkzaam vanaf 2015 – na een mazelen-uitbraak in Joodse gemeenschap – en over heel Vlaanderen actief. De doelstelling of focus is gericht op bevolkingsgroepen die buiten het bestaande preventieve vangnet vallen, zowel voor basisvaccins bij kinderen en volwassenen, als voor griep- en COVID-19-vaccins voor dak- en thuislozen. De doelgroep omvat dus personen die preventieve zorg als laatste op hun prioriteitenlijst zetten.

De werking evolueerde heel wat sinds het 1^{ste} werkjaar, waar de focus vooral lag op het in kaart brengen van mogelijke doelgroepen. In de daaropvolgende jaren breidde de werking uit op vlak van zowel doelgroepen als info- en contactmomenten. Na een werking van 8 jaar werden maar liefst 63.802 vaccins toegediend en 1.499 vaccinatiemomenten georganiseerd.

De voornaamste lessen uit deze werking werden achtereenvolgens benoemd. Ten eerste, is vertrouwen de basis voor een goede werking, waarbij het belangrijk is om een ‘te vertrouwen gezicht’ te worden voor de doelgroepen. Daarnaast spreekt iedere doelgroep een andere taal (zowel letterlijk als figuurlijk) en vereist deze een aangepaste aanpak. Ten derde kan het belang van de locatie niet onderschat worden (naar bereikbaarheid, afstand,...); zien vaccineren doet vaccineren en het is effectief om te vaccineren waar mensen sowieso al zijn (bv. bij voedselbedelingen volwassenenonderwijs, moskeeën,...). Het team dient flexibel te zijn i.f.v. aanpak en werkuren (bv. vaccineren na werkuren om zoveel mogelijk mensen te bereiken). In functie van deze flexibiliteit is ook een regelmatige evaluatie van locaties belangrijk en een bijsturing i.f.v. de noden. Tot slot leerde men dat van *bottom to top* werken (klein beginnen en van daaruit groeien) als positief werd ervaren en dat samenwerking hier leidt tot een sterk resultaat.

Sinds COVID-19 wordt een nieuwe aanpak gebruikt met een aangepaste boodschap: Niet meer “Kom, laat je vaccineren”, maar wel “Kom eens langs om na te kijken of je de nodige vaccins al hebt gehad. Nadien kan je zelf beslissen of je je wilt laten vaccineren. Het kan nu.”

6 GETUIGENIS OVER DE HERFSTVACCINATIE VANUIT ELZ LEUVEN

DOOR BART TIREZ, FAMILIEHULP LEUVEN

Bart Tirez, voorzitter van de ELZ Leuven en regiodirecteur bij Familiehulp Leuven deelt de ervaringen met de herfstvaccinatie voor COVID-19 in 2023. De eerstelijnszones vertonen kenmerken van een vzw, fungeren als een netwerkorganisatie en hebben reeds een breed takenpakket. De ELZ Leuven stelt 2.5 VTE te werk sinds

2020. In kader van de herfstvaccinatie voor COVID-19 kregen de ELZ de opdracht van de zorggraden om deze in goede banen te leiden. Voor de COVID-19 herfstvaccinatie (2023-2024) werd gekozen voor een decentrale aanpak via de reguliere vaccinatoren, en niet via de vaccinatiecentra als voorheen. Hierin zouden de eerstelijnszones de organisatie in grote mate zelf op zich moeten nemen. In samenwerking met VIVEL, Domus Medica,... werd een Toolbox voor COVID-vaccinaties uitgewerkt waarop men kon terugvallen.

Bij ELZ Leuven bestond het kernteam voor deze vaccinaties uit een medisch expert, een farmaceutisch expert, een verpleegkundig expert en een stafmedewerker van de ELZ als coördinator van het team. Elk van deze had een duidelijke rol en takenpakket. Kennis van de eerste lijn en de sociale kaart zijn in dit verhaal cruciaal; bovendien moet men de actoren op het terrein zoveel mogelijk zelf aan het werk zetten.

Dit kernteam moest in eerste instantie de noden capteren; dit werd gedaan via een bevraging van huisartspraktijken en apotheken om zo de ondersteuningsnood in kaart te brengen en bereidheid voor de inzet bij collectieve vaccinatiemomenten in te schatten. Daarnaast moest de organisatie en planning van collectieve vaccinatiemomenten zelf plaatsvinden; hierbij waren mobiele equipes noodzakelijk (er werden 8 mobiele equipes van verpleegkundigen samengesteld) en speelde de apotheek – in de buurt van collectiviteiten – een belangrijke rol. Een 3^e taak was het uitzetten van een aanpak voor pediatrische vaccinatie waarbij men de keuze had om naar het ziekenhuis te gaan of op een gemeenschappelijk vaccinatiemoment langs te gaan. Tot slot, vormde stockmanagement en -beheer een laatste kerntaak.

Bij het uittekenen van een nieuwe aanpak voor de toekomst, moeten we eerst en vooral de geleerde lessen vastpakken. Op het terrein wordt op een schaakbord van actoren gespeeld wat een grote uitdaging vormt; hier moet men juist handelen zodat de juiste acties kunnen plaatsvinden. De overschakeling van een centrale aansturing naar een decentrale aansturing vroeg bovendien een aanpassing, maar vormt ook een deel van het succes. Tot slot, *'good things take time'*: vaak was het snel schakelen voor de ELZ en focus verleggen van de vele taken die er al zijn.

7 PARALLELSESSIE COMMUNICATIE EN VACCINATIEVERTROUWEN

DOOR GREET HENDRICKX, JORIS MOONENS, TONI CLAESSENS, CHARLOTTE DEVREESE

De parallelsessie start met een getuigenis vanuit Opgroeien. Daar zag men vragen en bezorgdheden rond vaccinatie evolueren over de tijd: zo is wantrouwen t.o.v. vaccins door COVID-19 overgeslagen op wantrouwen t.o.v. vaccins voor kinderen. Er wordt recenter ook een link gemaakt tussen vaccins en ziekte; deze bezorgdheid komt in grote mate vanuit sociale media (bv. Tik Tok) en vanuit intieme kring (mensen die tegen vaccineren zijn). Bij deze twijfels wordt aangegeven dat het hierin vooral belangrijk is om de tijd te nemen om in gesprek te gaan met ouders over hun bezorgdheden.

Greet Hendrickx gaat verder met een toelichting over vaccinatievertrouwen zelf: wat is het, hoe wordt het beïnvloed en wat is de invloed van vaccinatievertrouwen op de vaccinatiebereidheid? Vaccintwijfel is het uitstel of weigering van vaccinatie ondanks de beschikbaarheid van het vaccin en de vaccinservice; een complex en context-specifiek fenomeen, dat varieert in tijd en plaats. Een vergelijking van gegevens in vaccinatievertrouwen tussen 2015 en 2022 (voor en na pandemie) toont een daling in vaccinatievertrouwen in Europa. Echter is vaccinatietwijfel zelf van alle tijden, maar de dag van vandaag is het grote verschil de grotere snelheid van foutieve berichten, valse informatie, moeilijk verstaanbare informatie Tijdens COVID-19-tijden verschenen hierover online 17 berichten per seconde. De WHO stelde vóór de pandemie al dat vaccinatiewantrouwen één van de top 10 bedreigingen is voor de wereldgezondheid.

Tussen de groep mensen die alles aanvaardden en de groep mensen die niets aanvaardden, zit de groep die twijfelt. We mogen ons niet blindstaren op de kleine proportie personen die niets aanvaardden, maar moeten net focussen op de groep twijfelaars in het midden van dit continuüm. Vaccinatievertrouwen wordt niet alleen door vaccin- en vaccinatiespecifieke factoren beïnvloed, maar ook door individuele en *'social groups'* invloeden en door contextuele factoren (bv. invloed van bepaalde leiders). De WHO stelt voor om voornamelijk te focussen op gedrags- en sociale determinanten die we kunnen beïnvloeden (*behavioral and social drivers of vaccine uptake*).

Vaccinatievertrouwen behouden of aanscherpen vraagt monitoring, een meer preventieve aanpak (bij gezondheidswerkers en de bevolking), een actie/crisisplan en aandacht voor de belangrijke rol van gezondheidswerkers. Deze laatste zijn immers de meest vertrouwde bron van informatie omtrent vaccinatie.

Toni Claessens (UAntwerpen) licht de link toe tussen communicatie en vaccinatievertrouwen. De effectiviteit van een vaccin hangt af van de bereidheid van de bevolking om zich te laten vaccineren. Er is een groei in het wantrouwen zichtbaar: mensen willen zich meer bewust zijn van de kwaliteit en veiligheid van de vaccinaties; er is een sterker 'right to know' gevoel dan vroeger. Hierin zitten vaak ook oprechte bezorgdheden en dus moeten we er de nodige aandacht aan geven.

Vaccinatiecampagnes proberen burgers vaak te overtuigen door feitelijke argumenten te verstrekken over het belang en de veiligheid van het vaccin, gevolgd door een expliciete aanbeveling om zich te laten vaccineren. Gezondheidsboodschappen met als doel iemand te overtuigen om tot een bepaalde actie over te gaan kunnen soms ook weerstand oproepen. Er zijn ook alternatieve communicatiestrategieën die we succesvol kunnen toepassen met als doel burgers te informeren en vaccinatiebereidheid te verhogen. Zo is er de strategie omtrent debunking (onwaarheden van bepaalde ideeën blootleggen) en prebunking (publiek vooraf immuniseren tegen valse informatie), tweezijdige berichtgeving (zowel voor- als nadelen weergeven) en het benadrukken van keuzevrijheid. We moeten ons tot slot bewust blijven van de unieke kenmerken en regio-specifieke aard van vaccinatiebereidheid. Verder onderzoek naar gepaste manieren om te communiceren blijft zeer belangrijk.

Joris Moonens overloopt de operationele doelstellingen en enkele acties. Voor het volledig overzicht verwijzen we naar het strategisch plan op [de website van Departement Zorg](#). Deze kwamen tot stand vanuit de prioriteiten die binnen de werkgroep van communicatie en de werkgroep van vaccinatievertrouwen in het voortraject werden behandeld. Voor de volledige presentatie verwijzen we naar [de website van Departement Zorg](#).

Tijdens deze sessies werden enkele vragen gesteld vanuit het publiek of werden suggesties meegegeven. Het Departement Zorg neemt deze vragen en aanbevelingen mee, binnen de lijnen van haar bevoegdheid, in het verdere verloop van het traject en de concretisering van het plan en de acties.

8 PARALLELSESSIE DATA EN DASHBOARDING

DOOR ANNICK PAEPS, KOENRAAD JACOB, VEERLE JONG

Annick Paeps geeft een overzicht van de historiek van Vaccinnet. Waar zowel de toegang als scope van Vaccinnet in het begin beperkt waren, is Vaccinnet gaandeweg uitgegroeid tot een breed toegankelijke vaccinatie databank. Bij het opzet van Vaccinnet was het doel om een web-based bestelsysteem te bouwen voor alle vaccins verdeeld door de Vlaamse overheid. Hier kon men de vaccinastock opvolgen op basis van de registratie van toegediende vaccinaties, binnen één systeem voor alle vaccinatoren en voor alle vaccins en firma's, gekoppeld aan een vaccinatie-databank. De registratie in Vaccinnet groeide dus uit tot een vaccinatie-databank voor vaccinatoren en burgers, waarmee men studies kon uitvoeren ter opvolging van de vaccinatiegraad en -trends.

Vaccinnet biedt reeds een heleboel mogelijkheden en momenteel loopt een traject i.f.v. Vaccinnet 2.0. Hierbij staan verschillende upgrades gepland om plaats te vinden in de komende jaren. Zo plant men een update van de interface, het vergroten van het gebruiksgemak voor vaccinatoren, de overgang naar Europese richtlijnen (FHIR), het integreren van een uitnodigings- en herinneringssysteem, een uitbreiding van de bestelmodule en tot slot, de koppeling aan dashboarding. Momenteel loopt de analysefase van deze upgrade, waarna updates in verschillende modules zullen verschijnen de komende jaren.

Koenraad Jacob geeft inzicht in de recente evoluties in data en dashboarding, met oog op de noden in de toekomst. Er zijn heel wat disruptieve evoluties m.b.t. data en AI, waar de overheid een gepast antwoord op moet bieden. We zien namelijk dat deze recente evoluties worden omarmd door de maatschappij voor zowel eenvoudige processen – denk maar aan de snelle opkomst van overleg via bv. MS Teams – maar ook voor complexe, medische processen.

Centraal in de ‘customer journey’ van deze ‘data-economie’ dient de klant/patiënt/... te staan. Doorheen de jaren zagen we namelijk de evolutie van een informatie-economie, naar een deel-economie, tot een ‘ownership’-economie, waarin we allen beslissingen moeten nemen over wie onze data kan gebruiken voor welke doeleinden. De bereidheid of welwillendheid om data te delen vormt hierin een belangrijk aandachtspunt: mensen zijn bereid om bepaalde informatieve elementen te delen, maar er is een zeker wantrouwen naar overheidsinstanties toe. (cf. Gemeentemonitor 2023). Ook binnen het concept van *population health management* staat het individu centraal: het individu genereert informatie, die doorheen de lijnen van het zorglandschap en beleid gedeeld wordt, rekening houdend met verschillende voorwaarden, om zo beter inzicht te verkrijgen. Opnieuw dient de burger centraal te staan en moeten we ons de vraag stellen hoe we de burger zo optimaal mogelijk kunnen dienen, via data, informatie en inzichten.

Door COVID-19 zijn verschillende evoluties in een stroomversnelling gekomen: zo werd het ZorgAtlas Data Platform in hoge snelheid opgebouwd en werden verschillende dashboards vormgegeven, die toelaten om te vergelijken tussen regio’s. Centraal in dit verhaal van dashboarding staat het koppelen van data i.f.v. specifieke doelstellingen en specifieke noden van de actoren. Het belang van dataprotectie moet steeds worden benadrukt in kader van deze evoluties.

Koenraad Jacob overloopt de operationele doelstellingen en enkele acties. Voor het volledig overzicht verwijzen we naar het strategisch plan [op de website van Departement Zorg](#). Deze kwamen tot stand vanuit de prioriteiten die binnen de werkgroep Data & IT in het voortraject werden behandeld. Voor de volledige presentatie verwijzen we naar [de website van Departement Zorg](#).

Tijdens deze sessies werden enkele vragen gesteld vanuit het publiek of suggesties meegegeven. Departement Zorg neemt deze vragen en aanbevelingen mee, binnen de lijnen van haar bevoegdheid, in het verdere verloop van het traject en de concretisering van het plan en de acties.

9 PARALLELSESSIE LAAGDREMPELIG EN DUURZAAM AANBOD

DOOR DIRK WILDEMEERSCH, ROSANNE WOUTERS, HEIDI THEETEN

De parallelsessie start met een getuigenis uit het werkveld vanuit de CLB’s door dr De Schamphelleire. Het CLB heeft verschillende opdrachten uit het decreet leerlingenbegeleiding omtrent vaccinatie: het aanbieden van en vaccineren met gratis vaccins uit het vaccinatieschema van het Departement Zorg en de vaccinatiestatus bewaken voor elke leerling die schoolloopt of thuisonderwijs volgt. Er worden verschillende types contactmomenten en consulten overlopen bv. kleuterconsult, aanbod voor anderstalige nieuwkomers, decretaal onthaalmoment. Hier wordt ook steeds de voornaamste doelstelling geduid, namelijk ‘het beste voor het kind’. Er worden tot slot ook verschillende drempelverlagende initiatieven toegelicht (bv. activiteiten van het vaccinatieteam binnen CLB dat ouders actief opvolgt om toestemming te bekomen, CLB online, , OKAN-café in het asielcentrum met videotolk,...)

Vervolgens gaat Dirk Wildemeersch in op de geschiedenis van het laagdrempelig aanbod. Vertrouwen speelt een belangrijke rol in het al dan niet laten vaccineren, maar de ‘uptake’ van vaccinaties wordt ook in grote mate bepaald door het gemak, ‘convencience’ of de laagdrempeligheid van het aanbod. Bij het basisaanbod van vaccins werd vertrokken vanuit de expliciete keuze voor vrijwilligheid. Voor wie gevaccineerd wil worden, moeten vervolgens de mazen in het vaccinatie-net zo klein mogelijk gemaakt worden via: gezondheidszorgstructuur, vaccinatoren, vaccins, socio-culturele context en kwaliteit van het vaccinatieprogramma.

In de gezondheidszorgstructuur werd de expliciete keuze gemaakt voor een dubbel hybride systeem: enerzijds met een diversiteit in de ter beschikkingstelling (met gratis vaccins in het vaccinatieprogramma, gedeeltelijk terugbetaald vaccins (RIZIV) en te betalen vaccins); anderzijds in de diversiteit aan diensten voor toediening (met gestructureerde preventiediensten met gratis diensten, zoals K&G, schoolgezondheidsdiensten, bedrijfsgeneeskundige diensten, private artsen in deels terugbetaalde diensten zoals huisartsen en apothekers). De bulk van de vaccins (80%) wordt toegediend door deze openbare gestructureerde preventiediensten (80%); de mazen van het net wordt verder verkleind met vaccinaties door

private artsen (pediaters, huisartsen, andere – zo’n 15%), alsook de mobiele vaccinatieteams die zich richten op minder bereikte groepen (5%).

Zoals reeds benoemd, is een ruime groep aan vaccinatoren reeds betrokken in dit systeem en ook qua vaccins is er een stelselmatige toename van gratis vaccins in het programma vast te stellen over de jaren. Er moet steeds goed overwogen worden welke vaccins te includeren vooraleer deze kost wordt gemaakt; in het Vlaams vaccinatieprogramma heeft men een voorkeur voor Combi-vaccins i.f.v. laagdrempeligheid (minder prikken), streeft men naar een uitbreiding van doelgroepen voor specifieke vaccins en naar bredere bescherming binnen één ziekte.

Kwaliteit is tot slot een aspect dat bijdraagt tot het laagdrempelig en duurzaam aanbod. Hierin dient men te vermijden dat het Vlaams Vaccinatieprogramma wordt gezien als een tweederangs oplossing. Men dient opportuiniteitskosten zo veel mogelijk te vermijden via goede wetenschappelijke en operationele sturing, via de ‘best buy’ bij overheidsopdrachten en via opvolging van de performantie met bijsturing waar nodig. Ook onnodige kosten (bv. vervangen van vaccins in koudeketen incidenten) moeten vermeden worden. Het is tot slot belangrijk om een krachtig publiek maatschappelijk engagement te creëren, onder meer via deze gezondheidsdoelstelling .

Rosanne Wouters overloopt de operationele doelstellingen en enkele acties. Voor het volledig overzicht verwijzen we naar het strategisch plan op [de website van Departement Zorg](#). Deze kwamen tot stand vanuit de prioriteiten die binnen de werkgroep operationeel in het voortraject werden besproken. Voor de volledige presentatie verwijzen we naar [de website van Departement Zorg](#).

Tijdens deze sessies werden enkele vragen gesteld vanuit het publiek of suggesties meegegeven. Departement Zorg neemt deze vragen en aanbevelingen mee, binnen de lijnen van haar bevoegdheid, in het verdere verloop van het traject en de concretisering van het plan en de acties.

10 PANEL MET DE VOORZITTERS VAN HET VOORTRAJECT – DEEL 1

DOOR DIRK WILDEMEERSCH, DEPARTEMENT ZORG; GREET HENDRICKX, UANTWERPEN; JORIS MOONENS, DEPARTEMENT ZORG; KOENRAAD JACOB, DEPARTEMENT ZORG

In dit panel verwelkomen we 4 voorzitters van de werkgroepen in het voortraject. Onder moderatie van Marleen Finoulst reflecteren zij over de inzichten die we reeds hoorden doorheen de plenaire sessies en parallelsessies.

Dirk Wildemeersch geeft aan dat er enkele belangrijke acties te nemen zijn i.f.v. het laagdrempelig aanbod. Onder meer het bevorderen van de toegankelijkheid bevorderen via een reminder systeem, het aanspreken van een bredere groep vaccinatoren, het verder inzetten op vaccinaties in woonzorgcentra en betere samenwerking tussen vaccinatoren, enz. Joris Moonens beaamt dat een remindersysteem interessant kan zijn om op in te zetten; Greet Hendrickx vult aan dat er ook aanvullend ingespeeld kan worden op sensibilisering van de ouders wanneer hun kinderen zich laten vaccineren.

Vlaanderen behoort tot de beste leerlingen van de klas, maar de Vaccine Confidence Study toont dat we waakzaam moeten blijven. We zien een daling in vaccinatievertrouwen bij jongeren of jongvolwassenen. Greet Hendrickx geeft aan dat de redenen hiervoor moeilijk te achterhalen zijn aangezien de Vaccine Confidence Study geen kwalitatieve studie betreft. Met verder (kwalitatief) onderzoek kunnen we hier meer antwoorden op krijgen en vervolgens ook gerichtere acties voeren en hierop inspelen met de communicatie. Echter benadrukt ze dat we niet enkel op studies hoeven te berusten om tot deze informatie te komen: veel informatie zit bij mensen en gaat daar verloren. Belangrijk is het inzetten op een meldpunt voor signalen zodat die opgepikt kunnen worden. Koenraad Jacob beaamt dat we ons voornamelijk baseren op harde, kwantitatieve data, databases enz. Hij geeft aan dat we ook vaker de ‘zachte’ data in kaart moeten brengen en deze vervolgens te koppelen aan de ‘harde’ data. Uit deze combinatie, gemeten op frequente tijdstippen, kunnen we heel wat leren.

Er wordt gesproken over het gebruik van communicatie om in te spelen op bepaalde signalen. Hoe sterk moeten we onze boodschap formuleren? Joris Moonens geeft aan dat we tot nu toe vrij directief zijn (zonder

te verplichten) in de communicatiestrategie, maar onderzoek toont aan dat dit ook weerstand kan oproepen. We merken dat de keuzevrijheid met moeilijk te bereiken groepen heel belangrijk is. Hier speelt de nieuwe doelstelling op in: in het actieplan werd opgenomen om beter te informeren en informatie continu en beschikbaar aan te bieden, naast het 'overtuigende' communicatie-aanbod dat er reeds is.

COVID-19 was een interessante periode om te zien hoe data beslissingen informeert. We zagen significante verschillen in datacontinuïteit en IT-maturiteit tussen de gemeenschappen, geeft Koenraad Jacob aan. Hij geeft aan dat het belangrijk is om elke gemeenschap de nodige vrijheidsgraden te geven om op hun ritme aan dataverzameling te doen. Goede afspraken, ook federaal en interfederaal, alsook met universiteiten en onderzoekscentra zijn hier onmisbaar. Deze interoperabiliteit blijft een groot werkpunt.

Tot slot geeft men aan tevreden te zijn met het gelopen voortraject. Hierin werden veel actoren geconsulteerd en veel perspectieven gehoord; dergelijk traject brengt een nieuwe dynamiek en nieuwe inzichten. Ook het behoud van vaccinatievertrouwen als een aparte focus kan op veel bijstand rekenen. Wel moet opgelet worden met de veelheid aan ideeën en acties: een gezondheidsdoelstelling moet gefocust en krachtig zijn. Als alles belangrijk is, is niets meer belangrijk.

11 PANEL MET DE VOORZITTERS VAN HET VOORTRAJECT – DEEL 2

DOOR PROF. DR. PIERRE VAN DAMME, UANTWERPEN; PROF. DR. ISABEL LEROUX-ROELS, UGENT; PROF. DR. PHILIPPE BEUTELS, UANTWERPEN; PROF. DR. JEROEN LUYTEN, KU LEUVEN

In dit panel verwelkomen we 4 academici die ook als voorzitters fungeerden van enkele werkgroepen in het voortraject. Onder moderatie van Marleen Finoulst geven zij enkele aanvullende reflecties.

Het panel start met een blik op de vaccinatiegraad voor kinderen; deze is zeer goed, maar bij volwassenen kunnen we nog stappen zitten. Met welke inspanningen kunnen we volwassenen beter bereiken? Prof. Dr. Leroux-Roels benadrukt het belang van bepaalde lessen uit de COVID-19 periode hierbij: zo vonden mensen het uitnodigingssysteem heel duidelijk. Heel wat personen met chronische aandoeningen weten niet voor welk vaccin ze in aanmerking komen, dus hier kunnen we meer duidelijkheid in brengen. Tot slot, is het advies van een arts enorm belangrijk: we moeten trachten tijd vrij te maken voor artsen om te kunnen praten over vaccinatie, maar ook over preventie (bv. levensstijl) in het algemeen.

Prof. Dr. Van Damme geeft aan dat ook apothekers hierin een rol kunnen spelen. Uit de jongerenvaccinaties en uit COVID-19 hebben we geleerd dat een collectief aanbod werkt, maar het is uiteraard moeilijk te organiseren bij volwassenen – buiten een pandemie. Binnen de reguliere zorg dient er meer aandacht te zijn voor preventie en vaccinatie; dit kan van verschillende actoren komen en hier maken we nog te weinig gebruik van. Daarnaast beaamt hij dat er binnen huisartsgeneeskunde, binnen de reguliere zorg, meer ruimte moet zijn om aan preventie te doen. Hier ligt een belangrijk aandachtspunt bij de opleiding, waar preventie momenteel stiefmoederlijk wordt behandeld. We dienen dit punt te versterken binnen de opleidingen zodat zorgverleners zich comfortabel voelen met vragen over vaccinaties. Waar liggen de drempels hiertoe? Prof. Dr. Van Damme ziet hier het belang om dit op Europees niveau te implementeren: binnen het verplicht pakket om arts, apotheker enz. te worden, moet een minimum aantal uur besteed worden aan preventie (dus niet enkel vaccinatie, maar ook levensstijl en andere aspecten).

Er werd reeds aangehaald dat vaccinatie één van de beste middelen is die we hebben als samenleving om aan preventie te doen. Toch ligt dit (gezondheidseconomisch) onderzoek niet altijd op dezelfde lijn; en nemen landen soms onderling verschillend beslissingen. Hoe moeten we dit interpreteren vanuit gezondheidseconomisch perspectief? Prof. Dr. Beutels geeft aan dat een gezondheidseconomische analyse in de eerste plaats de ziektelast in kaart moet brengen; dit is een intrinsiek deel van een gezondheidseconomische analyse. Deze ziektelast verschilt van land tot land, wat al deels een verklaring vormt voor de verschillen tussen landen. Vervolgens wordt gekeken naar de impact van vaccins op de ziektelast, of de effectiviteit: bv. hoeveel gezonde levensjaren kunnen we hiermee winnen. Ten derde, brengen we kosten in kaart, waar – vooral in de implementatiekost – ook significante verschillen opduiken tussen landen.

Bij de vraag of zowel indirecte als directe kosten hierin meegenomen (moeten) worden, geven Prof. Beutels en Prof. Luyten aan dat beide idealiter worden opgenomen. De richtlijn geeft aan dat indirecte kosten in principe niet meegenomen moeten worden, maar je kan wel de impact aantonen op de indirecte kosten aangezien deze vaak een grote rol spelen. Indirecte kosten zijn echter moeilijker kwantificeerbaar en vaak in het voordeel van de actieve bevolking. Prof. Luyten geeft aan dat het includeren van indirecte kosten dus ook een ethische moeilijkheid met zich meebrengt en daardoor zijn overheden hier meer terughoudend in.

Bovendien kan je vanuit gezondheidseconomische analyses alsnog andere resultaten krijgen omdat er veel onzekerheid speelt omtrent verschillende parameters (bv. duur van bescherming). Prof. Dr. Luyten beaamt deze onbekende variabelen en de significante onzekerheid die heerst. Hoe kunnen we hiermee omgaan? We zien hier al gedeeltelijk een harmonisering op Europees niveau, maar er zijn alsnog nationale verschillen om mee om te gaan. De keuze voor een bepaalde werkwijze of methodiek is niet altijd een volledig objectieve beslissing, maar daar zit ook een waarde oordeel achter. Bovendien zijn sommige variabelen niet exact te kwantificeren. Deze onzekerheid maakt dus een intrinsiek deel uit van de gezondheidseconomische evaluaties en er is dus nood aan een gestroomlijnde procedures om hier consistente beslissingen in te maken.

Wat betreft het ontwerp van de nieuwe gezondheidsdoelstelling benadrukt het panel de ambitie die hierin wordt getoond. De doelstellingen zijn ambitieus; het is realistisch maar we mikken hoog om een mooie evolutie te kennen. We moeten overal een tandje bij steken, maar in functie van de volksgezondheid is dat ook belangrijk. Een percentage van 90% voor griepvaccinatie voor gezondheidswerkers geeft het signaal dat dit een evidentie moet worden. Hier hebben we belangrijke stappen in te zetten bij zorgverstrekkers, hier heeft het vertrouwen een knauw gehad.

12 EINDBESCHOUWING

DOOR HILDE CREVITS (VICEMINISTER-PRESIDENT VAN DE VLAAMSE REGERING EN VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN)

Minister Crevits blikt terug op deze conferentie via een eindbeschouwing. Vaccinaties zijn een van de belangrijkste middelen om ons te beschermen tegen infectieziekten en ze helpen ons zorgsysteem beter te beschermen. Met betrekking tot vaccinaties behoort Vlaanderen al tot de top van Europa en we willen hier verder op bouwen. Enkele sterktes binnen het huidige beleid – zoals de programma’s voor kinderen, Vaccinnet, de adviezen van de vaccinatiekoepel, mobiele vaccinatieteams,... – zijn dan ook belangrijk om verder op in te zetten. Daarnaast nemen mensen op het terrein een cruciale rol in – denk aan de lokale besturen, de zorgraden en alle partners binnen de eerstelijnszones – dankzij hen werden we een van de meest gevaccineerde regio’s.

Deze sterktes en lessen uit het verleden nemen we mee, maar we richten ons met deze nieuwe gezondheidsdoelstelling op de toekomst. We streven naar een verbetering voor bepaalde vaccinaties voor welbepaalde leeftijdsgroepen. De Vaccine Confidence Study werd dit jaar voor het eerst in Vlaanderen uitgevoerd: hiermee zijn we op de goede weg, maar er is nog ruimte voor verbetering. Tegen 2030 willen we bepaalde doelgroepen beter bereiken en het vertrouwen terug groter te maken.

Tot slot, worden er acties ondernomen op verschillende specifieke domeinen, bv. een betere distributie van vaccins, het uitvoeren van wetenschappelijke studies, het versterken van de communicatie en het verbeteren van de samenwerking tussen vaccinatoren, partnerorganisaties en lokale partners.

We leggen in de komende periode deze ontwerpdoelstelling voor ter goedkeuring bij de regering en het parlement om ons kwalitatief vaccinatiebeleid verder te versterken.