



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

**Geen relatie tussen veranderingen in
organisatorische aspecten met betrekking
tot vaccineren binnen de
jeugdgezondheidszorg en ontwikkeling in
aantal gevaccineerden 2013-2017**

RIVM Briefrapport 2018-0111
F.A. Quee et al.

**Dit rapport bevat een erratum d.d. 29-05-2019
op de laatste pagina**



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

**Geen relatie tussen veranderingen in
organisatorische aspecten met betrekking
tot vaccineren binnen de
jeugdgezondheidszorg en ontwikkeling in
aantal gevaccineerden 2013-2017**

RIVM Briefrapport 2018-0111
F.A. Quee et al.

**Dit rapport bevat een erratum d.d. 29-05-2019
op de laatste pagina**

Colofon

© RIVM 2018

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2018-0111

F.A. Quee (auteur), RIVM
L. Mollema (auteur), RIVM
J.A. van Vliet (auteur), RIVM
H.E. de Melker (auteur), RIVM
E.A. van Lier (auteur), RIVM

Contact:
Alies van Lier
Centrum Infectieziektebestrijding
alies.van.lier@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van een breder onderzoek naar mogelijke oorzaken van de licht gedaalde trend in de vaccinatiegraad van kindervaccinaties en sterkere daling in HPV vaccinatiegraad.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Geen relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten met betrekking tot vaccineren binnen de jeugdgezondheidszorg en ontwikkeling in aantal gevaccineerden 2013-2017

De afgelopen jaren hebben iets minder kinderen zich laten vaccineren tegen ziekten vanuit het Rijksvaccinatieprogramma. De daling is sterker voor de HPV-vaccinatie die aan meisjes wordt aangeboden. Er is nog geen sluitende verklaring voor gevonden. Het RIVM heeft onderzocht of organisatorische veranderingen bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) hier invloed op hebben; zij zijn verantwoordelijk voor de vaccinaties, die voor het merendeel via de consultatiebureaus worden gegeven. Uit het onderzoek blijkt dat er zowel positieve als negatieve organisatorische veranderingen zijn geweest. Er is geen verband gevonden met de daling in aantal vaccinaties. Ongeveer twee derde van de jeugdgezondheidsorganisaties heeft aan het onderzoek meegedaan, waardoor op basis van dit onderzoek geen volledig beeld van Nederland is gekregen.

Vanuit de jeugdgezondheidszorg kwamen signalen dat ouders minder vaak op het consultatiebureau komen en zij het gebruik van JGZ minder als vanzelfsprekend zien. Dit zou te maken kunnen hebben met een afnemende toegankelijkheid van de Jeugdgezondheidszorg inzake de vaccinaties. Het RIVM heeft daarom in kaart gebracht welke organisatorische veranderingen tussen 2013 en 2017 bij de Jeugdgezondheidszorg hebben plaatsgevonden. Hoewel een aantal locaties zijn gesloten, is de gemiddelde afstand tot het consultatiebureau gelijk gebleven. De openingstijden van consultatiebureaus zijn verruimd ten opzichte van 2000 (bijvoorbeeld ook in de weekenden en 's avonds). Het aantal kinderen dat een consultatiebureau bezocht was in 2016 iets lager dan in 2015. Ook wordt het aantal bezoeken aan een consultatiebureau vaker aangepast aan de behoeften van de ouder. De vier 'contactmomenten' per jaar waarop de vaccinaties aan baby's en peuters worden toegediend, zijn niet veranderd. Verder hebben meer consultatiebureaus ouders een herinnering voorafgaand aan het bezoek gestuurd. Ook bieden een aantal organisaties extra voorlichting voor ouders over vaccinaties.

De Jeugdgezondheidszorg noemt zelf als belangrijkste oorzaken de toenemende kritische houding van ouders, de invloed van *fake news* en berichtgeving in de media, het wantrouwen richting de overheid en de farmaceutische industrie, en een laag gevoel van urgentie doordat kinderziektes verdwijnen.

Kernwoorden: vaccinatiegraad, jeugdgezondheidszorg, DKTP, BMR, HPV

Synopsis

No link between organisational changes in youth healthcare services and the trend in vaccination levels from 2013 to 2017

Over recent years, slightly fewer children are getting vaccinated against diseases through the National Immunisation Programme. The drop is stronger for the HPV vaccination that is only offered to girls. No definite explanation has yet been found for this. The National Institute for Public Health (RIVM) has investigated whether organisational changes in youth healthcare services (JGZ) could have affected this; they are responsible for the vaccinations, which are to a large extent given at child health clinics. The investigation showed that there have been both positive and negative organisational changes. No link was found with the fall in the number of vaccinations. About two thirds of youth healthcare organisations took part in this study, which therefore did not obtain a complete picture of the situation in the Netherlands.

The message that came from the youth healthcare sector was that parents are coming to child health clinics less often and are seeing utilisation of youth healthcare services as less self-evident. This could be related to declining accessibility of the JGZ for the vaccinations. RIVM therefore created a picture of the organisational changes that have taken place in the youth healthcare sector between 2013 and 2017. Although a number of locations have been closed, average distances to the child health clinics have remained unchanged. The opening hours of the child health clinics have been extended with respect to 2000 (for example in the weekends and evenings as well). The number of children who came to the child health clinics was slightly lower in 2016 than in 2015. The number of visits to child health clinics has also been adjusted on a number of occasions to suit the parents' needs. The four 'contact moments' per year at which vaccinations are given to babies and toddlers have not changed. Moreover, more child health clinics have been sending reminders to parents before the visits. A number of organisations also offer extra information to parents about vaccinations.

The JGZ itself considers the main causes to be the increasingly critical attitude among parents, the influence of fake news and reporting in the media, distrust of the governmental authorities and the pharmaceuticals industry, and a perceived lack of urgency because childhood diseases are on the wane.

Keywords: vaccination level, youth healthcare services, DTP, MMR, HPV

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 11

2 Achtergrondinformatie — 15

2.1 JGZ in Nederland — 15

2.2 Eerder onderzoek naar organisatorische aspecten JGZ — 15

3 Methoden — 19

3.1 Vaststellen benodigde gegevens — 19

3.2 Inventarisatie van beschikbare data — 20

3.3 Data verzameling — 21

3.4 Analyse — 23

4 Resultaten — 27

4.1 Respons — 27

4.2 Welke veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ zouden van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor zuigelingenvaccinaties? — 27

4.2.1 Is er een verschil in bereik? — 27

4.2.2 Is de toegankelijkheid van cb's afgenomen? — 28

4.2.3 Is het aantal aangeboden contactmomenten op het cb afgenomen? — 30

4.2.4 Wat voor voorlichting wordt er gegeven over zuigelingenvaccinaties en het RVP en hoe kunnen ouders hierover vragen stellen? — 30

4.2.5 Is er een verschil in personele inzet? — 31

4.2.6 Is er een relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor zuigelingenvaccinaties? — 31

4.3 Welke veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ zouden van invloed kunnen zijn geweest op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor de DTP/BMR-vaccinatie (9-jarigen) en HPV-vaccinatie (12-jarigen)? — 32

4.3.1 Is er een verschil in de wijze van organiseren van de DTP/BMR-vaccinatie en HPV-vaccinatie en hoe kan een vaccinatie worden ingehaald? — 32

4.3.2 Is er een verschil in de afstand tot HPV-vaccinatielocatie? — 33

4.3.3 Wat voor voorlichting wordt er gegeven over de DTP/BMR- en HPV-vaccinatie en het RVP en hoe kunnen ouders hierover vragen stellen? — 33

4.3.4 Mogelijkheden voor ouders voor het stellen van vragen over de DTP/BMR- en HPV-vaccinatie — 34

4.3.5 Is er een relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor de HPV-vaccinatie? — 34

4.4 Welke veranderingen in overige organisatorische aspecten zouden van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad? — 35

4.4.1 Is er extra aandacht besteed aan het RVP naar aanleiding van de daling in de vaccinatiegraad? — 35

4.4.2 Is er zicht op de eigen vaccinatiegraad? — 35

4.4.3 Registratiewijze vaccinatie — 35

4.4.4	Hoe wordt de werkdruk ervaren? — 35
4.4.5	Belangrijkste redenen daling vaccinatiegraad — 36
5	Discussie en conclusie — 37
	Dankwoord — 41
	Literatuur — 43
	Bijlage 1. Figuren brief rapport onderzoek JGZ — 45
	Bijlage 2. Digitale vragenlijst onderzoek JGZ — 60
	Bijlage 3. Excel vragenlijst onderzoek JGZ — 68
	Bijlage 4. Tabel 6 Vaccinatiegraad per organisatorisch aspect voor DKTP primaire serie (1jr) en DKTP/BMR-basisimmuun (2jr) — 72
	Bijlage 5. Tabel 9. Vaccinatiegraad per organisatorisch aspect voor HPV (14jr). — 74

Samenvatting

De afgelopen jaren is er een licht dalende trend in de vaccinatiegraad van de kindervaccinaties geconstateerd en een sterkere daling in de HPV vaccinatiegraad. Deze daling is diffuus over het land verdeeld en er is hiervoor nog geen sluitende verklaring. Vanuit de jeugdgezondheidszorg (JGZ) kwamen signalen dat ouders minder vaak op het consultatiebureau (cb) komen en het gebruik van JGZ minder als vanzelfsprekend zijn gaan zien. Mogelijke oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat de toegankelijkheid met betrekking tot vaccineren van de JGZ is afgenomen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het RIVM daarom opdracht gegeven onderzoek uit te voeren naar de eventuele relatie tussen het dalen van de vaccinatiegraad en veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ, zoals afstand tot locatie of openingstijden.

De vraagstelling van dit onderzoek was: welke veranderingen in organisatorische aspecten met betrekking tot vaccineren van de JGZ, in de periode van 2013 tot eind 2017, zouden van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad? Door middel van een vragenlijstonderzoek onder JGZ-organisaties, aangevuld door informatie van de websites van JGZ-organisaties en gegevens verstrekt door RIVM-DVP, zijn verschillende organisatorische aspecten in kaart gebracht.

Op basis van 13 JGZ-organisaties verantwoordelijk voor 124 gemeenten is het bereik voor zuigelingen hoog in de periode 2013-2015 (95,2-95,3%) en licht gedaald in 2016 (94,5%). Bereik is hierbij gedefinieerd als minimaal 4 contactmomenten in het eerste levensjaar. Het aantal cb-locaties is de afgelopen jaren sterk gedaald (ongeveer 40% tussen 2000 en 2017), maar de gemiddelde afstand tot een cb is zowel in 2000 als in 2017 ongeveer 2 km. Daarnaast zijn de openingstijden in diezelfde periode ruimer geworden. Het aantal contactmomenten op het cb wordt steeds meer geflexibiliseerd of teruggebracht. Zo worden sommige contactmomenten alleen aangeboden als er zorgen zijn over het kind of op verzoek van de ouder. Ook worden contactmomenten in een andere vorm (bijvoorbeeld digitaal) aangeboden, in plaats van een bezoek aan het cb. Ongeveer de helft van de ondervraagde organisaties biedt extra voorlichting over zuigelingenvaccinaties aan naast de voorlichting van het RIVM. Voor veranderingen in bereik, het aantal aangeboden contactmomenten en het geven van extra voorlichting is geen relatie gevonden met de ontwikkeling van de vaccinatiegraad.

De DTP-/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen worden bijna altijd door middel van groeps vaccinatie verstrekt. De gemiddelde afstand tot een HPV-vaccinatie locatie is ongeveer 5,5 km. Deze afstand is vrijwel gelijk gebleven vóór en ná de daling van de HPV-vaccinatiegraad. De aangeboden inhaalvormen voor deze vaccinaties zijn per organisatie zeer divers. Ongeveer de helft van de ondervraagde organisaties biedt extra voorlichting aan naast de voorlichting van het RIVM over beide vaccinaties. De ontwikkeling van de vaccinatiegraad lijkt niet gerelateerd aan veranderingen in

organisatorische aspecten omtrent de DTP-/BMR-vaccinatie en HPV-vaccinatie.

JGZ-organisaties geven zelf aan de toenemende kritische houding van ouders, de invloed van 'fake news' en de media, het wantrouwen richting de overheid en 'Big Pharma' en een laag urgentiegevoel vanwege het verdwijnen van kinderziektes als belangrijkste oorzaken van de dalende vaccinatiegraad te zien.

Op basis van de beschikbare gegevens, lijken veranderingen in de onderzochte organisatorische aspecten geen relatie te hebben met de daling in de vaccinatiegraad. Wel moet worden opgemerkt dat de respons voor sommige variabelen laag was en het daardoor helaas niet goed mogelijk was een volledig beeld van Nederland te krijgen. De uitkomsten van dit onderzoek dienen daarom met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

1 Inleiding

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is een collectief preventieprogramma, met als doel het voorkomen van ziekte, complicaties en sterfte veroorzaakt door infectieziekten door middel van vaccinaties. Het RVP wordt uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg (JGZ) vanuit onder andere consultatiebureaus (cb) en GGD'en en wordt landelijk gecoördineerd door het RIVM.

In 2017 werd voor het derde jaar op een rij een daling in de vaccinatiegraad van het RVP geconstateerd (1). Deze daling is zichtbaar bij alle vaccinaties. Het gaat om een lichte daling van ongeveer 0,5% per jaar voor zuigelingen (sinds geboortecohort 2012, Figuur 1 bijlage 1), kleuters (sinds geboortecohort 2010, Figuur 2 bijlage 1) en schoolkinderen (sinds geboortecohort 2005, Figuur 3 bijlage 1). Voor de HPV-vaccinatie werd er voor het eerst (sinds geboortecohort 2002 (uitgenodigd in het jaar 2015), Figuur 4 bijlage 1) een daling gezien, die met 8% aanzienlijk is.

Er is (nog) geen sluitende verklaring voor deze dalende trend van de vaccinatiegraad (1-3). Er zijn geen duidelijke verschillen gevonden in daling van de vaccinatiegraad naar stedelijkheid, sociaaleconomische status, het aandeel SGP-stemmers en het geboorteland van ouders. Ook zijn er geen aanwijzingen voor uitstelgedrag (ouders die hun kinderen op latere leeftijd laten vaccineren) (1). De verhoogde instroom van asielzoekers blijkt enig effect te hebben, maar geeft (gezien het kleine aandeel van de totale populatie) geen volledige verklaring voor de daling. De daling is diffuus over Nederland verspreid (Figuur 5 bijlage 1).

In reactie op deze daling is door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) besloten te investeren in professionals, voorlichting en onderzoek. Zo is er een e-learning ontwikkeld voor uitvoerders van het RVP (<https://www.rijksvaccinatieprogramma.nl/professionals/e-learning>), de website van het RVP is vernieuwd (<https://www.rijksvaccinatieprogramma.nl/>), en er wordt extra tijd geïnvesteerd in het voorlichten van ouders op het cb. Omdat we niet precies weten wat de oorzaak is van de daling van de vaccinatiegraad moet zowel de vraag- als de aanbodkant worden onderzocht. Dit onderzoek richt zich op de aanbodkant (JGZ) van het RVP.

Vanuit de JGZ kwamen signalen dat zij kinderen later in beeld krijgen en kinderen minder vaak op het cb komen. Ook zou de toegankelijkheid van cb's mogelijk zijn afgenomen. De afstand tot het cb is mogelijk toegenomen, er zouden minder contactmomenten plaatsvinden en openingstijden zouden beperkter zijn geworden. In 2017 waren er geen gegevens beschikbaar die dit signaal verder konden duiden. Echter, veranderingen in deze organisatorische aspecten zouden mogelijk van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad. Het ministerie van VWS heeft het RIVM daarom opdracht gegeven onderzoek uit te voeren naar de eventuele relatie tussen het dalen van

de vaccinatiegraad en veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ, zoals afstand tot locatie of openingstijden.

De vraagstelling van dit onderzoek was: Welke veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ in de periode van 2013 tot eind 2017 zouden van invloed kunnen zijn geweest op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad? Deze vraagstelling kan worden opgedeeld in drie deelvragen met daarbij enkele subvragen.

Deelvraag 1: Welke veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ in de periode van 2013 tot eind 2017 zouden van invloed kunnen zijn geweest op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor zuigelingenvaccinaties, in het bijzonder de DKTP-vaccinatie en BMR-vaccinatie (zie paragraaf 4.2)?

- Is er een verschil in bereik?
- Is de toegankelijkheid van cb's afgenomen (denk hierbij aan aantal, afstand, openingstijden en inhaal mogelijkheden)?
- Is het aantal aangeboden contactmomenten op het cb afgenomen?
- Wat voor voorlichting wordt er gegeven over zuigelingenvaccinaties en het RVP en hoe kunnen ouders hierover vragen stellen?
- Is er een verschil in personele inzet?
- Is er een relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor zuigelingenvaccinaties?

Deelvraag 2: Welke veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ in de periode van 2013 tot eind 2017 zouden van invloed kunnen zijn geweest op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor de DTP/BMR-vaccinatie (9-jarigen) en HPV-vaccinatie (12-jarigen) (zie paragraaf 4.3)?

- Is er een verschil in de wijze van organiseren van de DTP/BMR-vaccinatie en HPV-vaccinatie en hoe kan een vaccinatie worden ingehaald?
- Is er een verschil in de afstand tot HPV-vaccinatie locatie?
- Wat voor voorlichting wordt er gegeven over de DTP/BMR- en HPV-vaccinatie en het RVP en hoe kunnen ouders hierover vragen stellen?
- Is er een relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor de HPV-vaccinatie?

Deelvraag 3: Welke veranderingen in overige aspecten zouden van invloed kunnen zijn geweest op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad (zie paragraaf 4.4)?

- Is er zicht op de eigen vaccinatiegraad?
- Is er extra aandacht besteed aan het RVP naar aanleiding van de daling in de vaccinatiegraad?
- Op welke wijze worden vaccinaties geregistreerd?
- Hoe wordt de werkdruk ervaren?
- Wat noemen organisaties zelf als belangrijkste oorzaken voor de daling in de vaccinatiegraad?

Met het beantwoorden van deze deelvragen is beoogd een landelijk beeld te krijgen van verschillende organisatorische aspecten van de JGZ - en veranderingen hierin - die mogelijk van invloed kunnen zijn geweest op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad. Deze informatie is voor individuele JGZ-organisaties vaak bekend, maar een landelijk overzicht hiervan ontbreekt. Met dit onderzoek willen we een indruk krijgen hoe we gezamenlijk de vaccinatiegraad hoog kunnen houden en welke organisatorische aspecten binnen de JGZ daar mogelijk aan bijdragen.

2 Achtergrondinformatie

2.1 JGZ in Nederland

Momenteel is de JGZ onder de verantwoordelijkheid van 43 organisaties (Figuur 6 bijlage 1)¹. In de meeste regio's wordt de JGZ integraal (I-JGZ) georganiseerd, dit betekent dat de JGZ wordt geleverd aan alle kinderen van 0-18 (25 organisaties). Andere organisaties verzorgen alleen de JGZ voor kinderen van 0-4 (14 organisaties) of kinderen van 4-18 jaar oud (4 organisaties). De JGZ kent verschillende organisatievormen. In 241 gemeenten is de I-JGZ ondergebracht bij de GGD, in 17 gemeenten bij een zorgorganisatie, in 24 gemeenten in een onafhankelijke stichting en in 10 gemeenten in gemeentelijk beheer. Bij de overige 96 gemeenten is de JGZ voor 0-4 jaar ondergebracht bij een zorgorganisatie en voor 4-18 jaar bij de GGD (388 gemeenten in totaal) (4)(Figuur 7 bijlage 1).

De JGZ is verankerd in de Wet Publieke Gezondheid sinds 2008. Sindsdien zijn er enkele veranderingen geweest in de wet- en regelgeving rondom de JGZ, zoals beschreven in onderstaand kader. Deze regelgeving is gericht op decentralisatie en verantwoordelijkheid bij gemeenten.

Veranderingen rondom wet- en regelgeving JGZ: 2008: Wet Publieke Gezondheid (WPG) van kracht

- Vervangt de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet.
- Gemeenten worden verantwoordelijk voor organisatie van de JGZ en de centrale aansturing van de infectieziektebestrijding.

2015: Besluit Publieke Gezondheid

- Uitgangspunt: alle kinderen in Nederland krijgen hetzelfde pakket aangeboden via het Basispakket JGZ.

2017: Aanpassing WPG

- Verankering RVP in WPG per 1-1-2018.
- Per 1-1-2019 uitvoering RVP onder bestuurlijke verantwoordelijkheid van gemeenten.

Toekomst: Invoering informed consent procedure RVP

2.2 Eerder onderzoek naar organisatorische aspecten JGZ

Sinds 2000 hebben verschillende onderzoeken betreffende de organisatie van de JGZ plaatsgevonden. Zorgen over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de JGZ, geopenbaard in rapporten van o.a. KPMG, TNO en de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) leidden tot een grootschalig onderzoek naar de bereikbaarheid van de Ouder & Kind Zorg (OKZ), genaamd 'OKZ binnen bereik?'(5). Dit rapport uit 2001

¹ De Zorgboog en Zuidzorg zijn als twee aparte organisaties meegenomen, zij hebben twee aparte vragenlijsten aangeleverd.

geeft een landelijke beschrijving van verschillende factoren die ook in het huidige rapport aan bod komen, zoals afstand tot het cb, het aantal cb-locaties in Nederland en de personele capaciteit binnen de JGZ.

De afgelopen jaren is er, mede door de eerder genoemde wetswijzigingen, organisatorisch veel veranderd in de JGZ. Het aantal JGZ-organisaties is verminderd en gemeenten dragen meer verantwoordelijkheid. Het rapport 'Het Rijksvaccinatieprogramma voor de jongste leeftijdsgroepen: de uitvoering kán nog beter, de bewaking móet beter' werd door de IGZ geschreven naar aanleiding van een lichte daling van de vaccinatiegraad in 2004 (6). De hoofdvraag was: waar binnen de JGZ 0-4 jaar wordt het RVP niet conform de richtlijnen uitgevoerd, en wat zijn hier de redenen hiervoor? Belangrijke conclusies waren dat meer ouders verzochten een aangepast vaccinatieschema te volgen en twijfels hadden over vaccinatie. Ook gaven JGZ-organisaties aan dat de informatievoorziening over het RVP niet altijd volledig of eenduidig was, en dat zij behoefte hadden aan ondersteuning om op adequate wijze om te gaan met kritische ouders.

Sindsdien heeft de IGZ meerdere onderzoeken binnen de JGZ uitgevoerd in 2008, 2013 en 2016-2017. Hierin werd gekeken naar een aantal centrale thema's, zoals het bereik, het aantal contactmomenten, kindermishandeling en zicht op eigen kwaliteit van zorg (zie onderstaand kader).

Greep uit resultaten 'OKZ binnen bereik?', 2001 (5)

- 1465 cb-locaties in Nederland (2000).
- 9,4 cb-locaties per 10.000 0-4 jarigen (2000).
- Per gemeente zijn er minimaal 6 cb's/10.000 0-4 jarigen en maximaal 47 cb's/10.000 0-4 jarigen.
- Cb's zijn gemiddeld 12 uur per week open.
- Het dichtstbijzijnde cb is gemiddeld op 2 km afstand voor 0-4 jarigen.
- 7% van de 0-4 jarigen moet een afstand van 4 kilometer of meer afleggen naar het dichtstbijzijnde cb.

Belangrijkste bevindingen onderzoeken IGZ op gebied van bereik en contactmomenten JGZ:

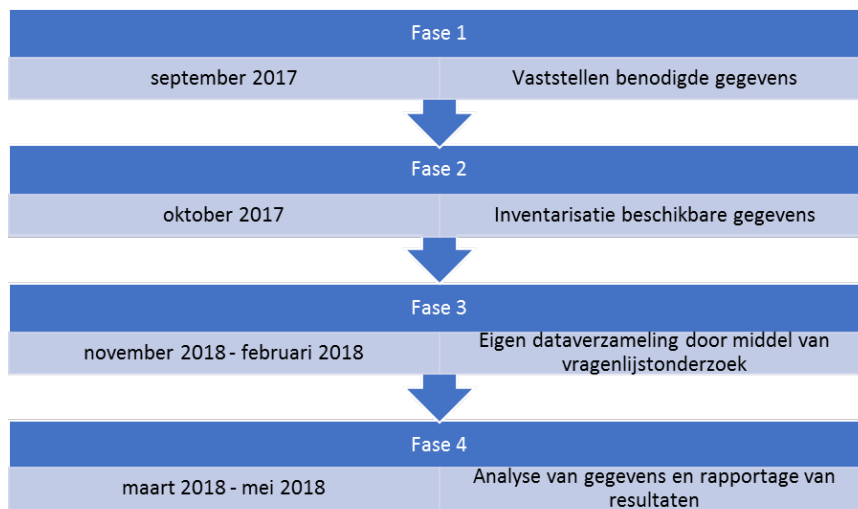
- **2008: De jeugdgezondheidszorg in beweging (7)**
 - Bij 15% van 0-4 organisaties is het bereik lager dan 95%.
 - Niet alle contactmomenten worden conform de richtlijnen aangeboden, vaccinatiemomenten blijven wel gelijk.
- **2013: De jeugdgezondheidszorg beter in positie (8)**
 - In meer dan 80% van alle JGZ-organisaties is meer dan 95% van de jeugdigen bereikt, al was het bereik van bijzondere groepen kinderen onvoldoende. Hieronder vallen kinderen van reizende ouders, kinderen van migranten, kinderen die illegaal in Nederland verblijven, kinderen die tijdelijk op een ander adres verblijven, kinderen die thuisonderwijs krijgen, kinderen van expats en kinderen die in een instelling verblijven.
 - 61% van de JGZ-organisaties wijkt af van de contactmomenten zoals vastgesteld in de richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg

- **2016-2017: Jeugdgezondheidszorg actief (9)**
 - Alle organisaties hadden een bereik van 95% of meer, dit is een verbetering ten opzichte van voorgaande jaren.
 - 27% van de organisaties voldoet niet aan het LPK (Landelijk Professioneel Kader) Contactmomenten.
 - Met spoed dezelfde definitie voor “in zorg/bereik” gebruiken om regionale vergelijkingen en landelijk overzicht beter mogelijk te maken.

3 Methoden

Voor dit onderzoek is een adviesgroep gevormd bestaande uit vertegenwoordigers van ActiZ, GGD GHOR Nederland, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Jeugdartsen Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) en het RIVM. Zij adviseerde bij de inventarisatie van de beschikbaarheid van data en over de beste onderzoeksopzet om aanvullende gegevens te verzamelen.

Het verzamelen van de benodigde gegevens voor de beantwoording van de vraagstelling bestond uit verschillende fases: 1) het vaststellen van het soort gegevens dat nodig was, 2) een inventarisatie van de gegevens die al beschikbaar waren bij verschillende organisaties en in de literatuur, 3) de eigen dataverzameling door middel van een vragenlijstonderzoek, en 4) het analyseren van de verzamelde gegevens en het rapporteren over de resultaten.



3.1 Vaststellen benodigde gegevens

Allereerst moest er vastgesteld worden welke organisatorische aspecten in de JGZ mogelijk van invloed kunnen zijn op de vaccinatiegraad. Aan de hand daarvan kon worden besloten welke gegevens er opgevraagd, dan wel zelf verzameld moesten worden.

Benodigde gegevens:

- Het aantal bereikte zuigelingen (tenminste 4 contactmomenten op het cb in het 1^e levensjaar)
- Overzicht aantal cb's, hun locatie en openingstijden, en het aantal antroposofische cb's
- (Postcode)gebieden waarvoor deze cb's verantwoordelijk zijn (om afstand tot cb te kunnen berekenen)
- Gegevens over hoe een gemiste vaccinatie kan worden ingehaald, een afspraak kan worden verzet en het gebruik van reminders

- Aantal contactmomenten aangeboden door de organisaties
- Informatievoorziening over RVP
- Gegevens over personele inzet (aantal jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen en het aantal fte's dat zij werkzaam zijn voor de organisatie) en werkdruk
- Wijze van organisatie van de DTP/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen
- Vaccinatielocaties voor HPV (om afstand tot locatie te kunnen berekenen)
- Registratiewijze van vaccinaties
- Vaccinatiegraadgegevens van voor de daling en de meest actuele vaccinatiegraad op verschillende niveaus (landelijk, per JGZ-organisatie, per gemeente, per postcodegebied)
- Aantal kinderen tussen de 0-18 jaar per gemeente in de periode 2013-2017

De definitie van bereik is gekozen aan de hand van het aantal vaccinatiemomenten in het eerste levensjaar. In het eerste levensjaar wordt er vier keer gevaccineerd op het cb. Kinderen die verder geen zorg op het cb afnemen, zouden dus tenminste vier keer op het cb moeten worden gezien om volledig te worden gevaccineerd.

3.2 Inventarisatie van beschikbare data

De beschikbare literatuur, die besproken is in paragraaf 2.2 leverde geen bruikbare data op. Deze gegevens zijn verouderd, of er was geen ruwe data meer beschikbaar. Voor de inventarisatie van beschikbare data zijn na overleg met de adviesgroep verschillende instanties benaderd.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) werd benaderd om te achterhalen of er nog ruwe gegevens beschikbaar waren die zij gedurende hun inspectieronden bij de JGZ-organisaties hebben opgevraagd. In hun rapporten behandelen zij de factoren bereik en het aantal aangeboden contactmomenten. Deze factoren behoren tot de centrale thema's die de IGJ periodiek onderzoekt. Echter bleek dat de IGJ sinds het grootschalige onderzoek in 2009 geen exacte cijfers meer verzamelt, maar dat organisaties zelf aan moeten tonen inzicht te hebben in hun bereik en vaccinatiegraad en daar indien nodig interventies op inzetten. Dit betekent dat er vanuit de IGJ geen ruwe data beschikbaar was die voor dit onderzoek gebruikt kon worden.

GGD GHOR Nederland, ActiZ en NCJ zijn benaderd voor een overzicht van alle cb's in Nederland en de (postcode)gebieden waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Deze organisaties bleken niet over een dergelijk landelijk overzicht te beschikken. Binnen het RIVM is door de Dienst Vaccinatievoorziening en Preventieprogramma's (RIVM-DVP) een lijst aangeleverd met de adressen van cb's waaraan zij vaccins leveren. Deze bleek onvolledig, aangezien sommige cb's worden voorzien van vaccins vanuit een grotere JGZ-vestiging en dus niet rechtstreeks door DVP. Met behulp van de gegevens van DVP en de websites van JGZ-organisaties is een zo compleet mogelijke voorlopige lijst van locaties van cb's opgesteld. DVP heeft ook een lijst aangeleverd met de registratiewijze

van vaccinaties per organisatie (opsturen papieren vaccinatiekaarten, RVP online, DDJGZ).

Voor de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen is een overzicht gemaakt van alle vaccinatielocaties in Nederland op basis van de uitnodigingsbrieven uit 2014 (cohort 2001, voor inzet daling vaccinatiegraad) en 2017 (cohort 2004, meest recente cohort waarover locatiegegevens beschikbaar waren) verkregen via RIVM-DVP, waar nodig aangevuld met input vanuit de betreffende GGD'en. Per jaar zijn van beide vaccinatiemomenten de postcode en datum verzameld en is vastgelegd welke meisjes (op basis van hun woonadres) op welke locatie werden uitgenodigd.

De jaarverslagen van diverse JGZ-organisaties zijn doorzocht op gegevens over het bereik van organisaties, maar dit leverde geen bruikbare, met elkaar te vergelijken data op. Zo werden er verschillende definities voor bereik gebruikt die soms weinig specifiek waren en waren jaarverslagen niet altijd beschikbaar.

Aanvullend zijn de websites van JGZ-organisaties doorzocht op informatie over het RVP, de mogelijkheden tot contact met de organisatie (via telefoon, mail, chat, digitaal portaal etc.) en het maken of verplaatsen van contactmomenten op de cb's. Daarnaast is de overkoepelende organisatie van antroposofische cb's benaderd, om informatie over het gebruik van antroposofische JGZ te verkrijgen.

Om de aanvullende gegevens zoals benoemd in paragraaf 3.1 te verzamelen, is besloten een onderzoek uit te voeren onder alle JGZ-organisaties. Voor zuigelingen is vanaf cohort 2012 voor DKTP/BMR basisimmuun (2jr) een daling in de vaccinatiegraad te zien (Figuur 1 bijlage 1). Idealiter zouden daarom de veranderingen in organisatorische aspecten in de periode 2011 tot heden moeten worden onderzocht. Aangezien enkele JGZ-organisaties in de afgelopen jaren van organisatievorm zijn gewisseld of gemeenten hebben opgenomen dan wel afgestoten, werd verwacht dat zij niet (meer) beschikten over deze historische gegevens. Er is daarom gekozen om over de meer recente periode 2013-2017 gegevens op te vragen bij de JGZ-organisaties.

3.3 Data verzameling

Het onderzoek bestond uit twee onderdelen: een Excel-sheet en een digitale vragenlijst (zie bijlage 2-3). De Excel-sheet bestond uit vragen over bereik, het openen, sluiten of verhuizen van cb's in de afgelopen 5 jaar, het aantal dagdelen waarop cb's geopend zijn en de (postcode)gebieden waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Ook werd er gevraagd naar verificering van een door ons aangeleverde lijst cb's per organisatie, die samengesteld was op basis van gegevens van RIVM-DVP en de websites van JGZ-organisaties.

De digitale vragenlijst bevatte vragen over personele inzet, het aantal contactmomenten op het cb, de organisatie rondom de DTP-/BMR- (9-jarigen) en de HPV-vaccinatie (12-jarigen), voorlichting die wordt aangeboden aan ouders, en middelen/interventies die eventueel zijn ingezet naar aanleiding van de dalende vaccinatiegraad. Hierbij is

teruggevraagd over een periode van 5 jaar (vanaf 2013 t/m 2017) om eventuele veranderingen binnen de organisatie te kunnen linken aan veranderingen in de vaccinatiegraad in die periode.

Op 5 december 2017 werd een uitnodiging voor dit onderzoek verstuurd aan de contactpersonen verantwoordelijk voor zaken rond het RVP van elke JGZ-organisatie. Deze werd gevolgd door een eerste reminder op 22 december 2017. Op 8 januari 2018 werd er door de programmamanager RVP een tweede reminder verstuurd naar organisaties waarvan nog niets vernomen was. De organisaties waar contact mee was geweest of die al een deel van de vragenlijsten hadden voltooid, kregen een reminder van de onderzoeker. In de week van 22 januari 2018 werd er vervolgens actief contact (telefonisch) gezocht met alle organisaties die nog niet (volledig) hadden meegedaan om te proberen de respons verder te verhogen. Deelnemende organisaties kregen een vergoeding van €500,- aangeboden. Vragenlijsten ontvangen voor 1 maart 2018 zijn meegenomen in deze rapportage.

In Tabel 1 staan de benodigde gegevens en hun bronnen beschreven.

Tabel 1. De benodigde gegevens en hun bronnen.

Benodigde gegevens:	Data verkregen via:
Bereik (tenminste 4 contactmomenten op het cb in het 1 ^e levensjaar)	Eigen onderzoek
Cb's (aantal en locatie)	Lijst RIVM-DVP Websites JGZ-organisaties Verificatie via eigen onderzoek
Aantal antroposofische cb's	Website Kinderspreekuur Telefonisch contact met coördinator antroposofische cb's
Openingstijden cb's	Eigen onderzoek
(Postcode)gebieden waar cb's verantwoordelijk voor zijn	Eigen onderzoek
Gebruik van reminders	Eigen onderzoek
Inhalen gemiste vaccinatie en verzetten contactmoment	Eigen onderzoek Websites JGZ-organisaties
Aantal aangeboden contactmomenten	Eigen onderzoek
Informatievoorziening over RVP	Eigen onderzoek Websites JGZ-organisaties
Personele inzet (aantal en aantal fte's)	Eigen onderzoek
Wijze van organisatie DTP/BMR- en HPV-vaccinatie	Eigen onderzoek
Vaccinatielocaties HPV	Uitnodigingsbrieven RIVM-DVP Aanvulling door GGD'en
Registratiewijze vaccinatie	RIVM-DVP
Vaccinatiegraadgegevens (landelijk, per JGZ-organisatie, per gemeente, per postcodegebied)	RIVM-DVP
Aantal kinderen per gemeente	CBS/Statline

3.4 Analyse

Vanwege de beperkte respons, is er voor gekozen voornamelijk beschrijvende analyses uit te voeren. De gegeven percentages zijn op organisatieniveau weergegeven, tenzij anders wordt vermeld.

Respons

Onder 'geen deelname' vallen organisaties die geen gegevens hebben aangeleverd of geen gehoor hebben gegeven aan de vraag om deelname aan dit onderzoek.

Bereik

Het gemiddelde bereik is bepaald op basis van de organisaties die bereikcijfers per gemeente hebben aangeleverd volgens onze definitie (minimaal 4 contactmomenten in het eerste levensjaar) over de gehele periode van 2013 tot 2016 (N=11). Voor deze organisaties is per jaar een gewogen gemiddeld bereik bepaald op basis van het aantal 0-jarigen woonachtig in elk van de gemeenten binnen de regio waarvan bereikcijfers bekend zijn.

$$\frac{\text{Aantal bereikte 0 – jarigen}}{\text{Totaal aantal 0 – jarigen}} * 100 = \text{gemiddeld bereik}$$

Voor 2017 is geen gemiddeld bereik bepaald. Nog niet elke organisatie had de mogelijkheid het bereik voor 2017 te berekenen omdat het peilmoment nog niet bereikt was. Hierdoor was het niet mogelijk een betrouwbaar gemiddelde voor het jaar 2017 te bepalen.

Organisaties die bereik volgens een andere definitie hebben aangeleverd, of alleen bereikcijfers op organisatieniveau hadden, worden los besproken en zijn niet meegenomen in de berekening van het gemiddeld bereik.

Aantal cb's en afstand tot cb

Het aantal cb's in Nederland is in eerste instantie gebaseerd op de zelf opgestelde lijst cb's met behulp van de adressenlijst van DVP. Deelnemende organisaties hebben deze lijst vervolgens geverifieerd en op basis daarvan is de lijst waar nodig aangepast. Het aantal cb's per 10.000 0-4 jarigen is berekend met behulp van de gegevens over het aantal 0-4 jarigen van CBS/Statline (www.statline.cbs.nl). Om het verschil in aantal cb's over de periode 2013-2015 in kaart te brengen is gekeken naar de opening en sluiting van cb's in deze periode.

Het aantal antroposofische cb's is bepaald op basis van de website www.kinderspreekuur.nl. De coördinator antroposofische cb's heeft telefonisch toelichting gegeven over de organisatie van antroposofische JGZ in Nederland.

De gemiddelde reistijd en afstand tot cb is bepaald met behulp van de Drive Time Matrix Nederland van Geodan. Hiermee is de snelste route per auto van 4-cijferige postcode van het woonadres naar 4-cijferige postcode van het cb bepaald en in kaart gebracht. Dit kon alleen berekend worden op basis van de cb's waarvan organisaties hadden aangegeven op welk cb kinderen woonachtig in dat gebied uitgenodigd

waren. Met behulp van gegevens uit Praeventis (voor cohort 2017) over het totaal aantal kinderen woonachtig per 4-cijferige postcode is een gewogen gemiddelde berekend.

Contactmomenten

Om het gemiddeld aantal aangeboden contactmomenten per leeftijdsgroep, per jaar te berekenen is een gewogen gemiddelde berekend. Dit gemiddelde is gewogen op basis van het aantal kinderen in die leeftijdscategorie. Het verschil tussen grote en kleine regio's wordt zo genuanceerd.

Afstand tot HPV-vaccinatie locatie

De gemiddelde reistijd en afstand tot HPV-vaccinatie locatie is op dezelfde manier bepaald als de reistijd en afstand tot cb. Met behulp van gegevens uit Praeventis (voor cohort 2001 en cohort 2004) over het totaal aantal meisjes woonachtig per 4-cijferige postcode is een gewogen gemiddelde berekend.

Belangrijk hierbij te vermelden is dat veel vaccinatie locaties worden gekozen omdat ze bijvoorbeeld dicht bij een middelbare school zijn (vooral in dunbevolkte gebieden). Het is bij ons onbekend welk meisje naar welke middelbare school gaat, dus het is niet mogelijk met behulp van dit gegeven de afstand tot vaccinatie locatie te bepalen. Wij hebben de vaccinatie locaties zoals die in de uitnodigingsbrieven van RIVM-DVP staan vermeld voor meisjes woonachtig in een bepaald 4-cijferig postcodegebied gebruikt. Ook was het alleen mogelijk om de afstand en reistijd per auto te bepalen. Een aanzienlijk deel van de meisjes zal waarschijnlijk per fiets reizen. Fietsroutes zullen niet gelijk zijn aan autoroutes. Daarnaast geeft het kaartje niet weer hoeveel meisjes er in een bepaald gebied wonen. Dit betekent dat in een rood gekleurd gebied op het kaartje (Figuur 22 bijlage 1) slechts enkele meisjes kunnen wonen. Toch geeft het een idee hoe toegankelijk de HPV-vaccinatie locaties in Nederland zijn.

Personele inzet

Personele inzet is per organisatievorm (0-4, 0-18) apart behandeld. Aangezien wij niet weten welke taken jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen per leeftijdsgroep uitvoeren, was het niet mogelijk beide organisatievormen te combineren. Met behulp van CBS/Statline is er berekend hoeveel fte's per 10.000 kinderen er beschikbaar waren voor elke organisatievorm. Voor 0-4 organisaties is dit bepaald met het aantal kinderen van 0-4 jaar oud woonachtig in de regio's waarvan gegevens over personele inzet beschikbaar waren, voor 0-18 organisaties met het aantal kinderen van 0-18 jaar oud.

Relatie tot vaccinatiegraad

Om te onderzoeken of er een relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten en de daling in de vaccinatiegraad bestaat, zijn verschillende variaties in organisatorische aspecten vergeleken met de vaccinatiegraad.

De vaccinatiegraadgegevens zijn afkomstig uit het landelijke registratiesysteem Praeventis, dat is aangesloten op de Basisregistratie Personen (10). Binnen dit systeem wordt de geldigheid (juistheid en

tijdigheid) van vaccinaties op individueel niveau beoordeeld volgens een algoritme op basis van de jaarlijks door het Centrum Infectieziektebestrijding gepubliceerde RVP-richtlijn.

De geboortecohorten best passend bij de verzamelde gegevens over zuigelingenvaccinaties zijn cohort 2013 (tweede achtereenvolgende cohort waarin een daling in de vaccinatiegraad te zien was) tot en met cohort 2015 (meest actuele vaccinatiegraadgegevens). Als belangrijkste indicatoren voor de vaccinatiegraad is gekozen voor de vaccinatiegraad van DKTP primaire serie (1jr) en DKTP/BMR basisimmuun (2jr). De ontwikkeling van de vaccinatiegraad van de overige zuigelingenvaccinaties is vergelijkbaar met deze vaccinaties. Voor de HPV-vaccinatie is gekozen voor geboortecohort 2001 (voor daling) tot cohort 2003 (meest actuele vaccinatiegraadgegevens) voor HPV volledige immunisatie (14jr) de vaccinatiegraad te onderzoeken.

Aanvullend zijn er voorlopige vaccinatiegraadgegevens opgevraagd om inzicht te krijgen in de verdere ontwikkeling van de vaccinatiegraad. Dit maakt het mogelijk meer actuele veranderingen in organisatorische aspecten te kunnen relateren aan de vaccinatiegraad. Het betreft hier cohort 2016 voor DKTP primaire serie (1jr) en DKTP/BMR basisimmuun (2jr), en cohort 2004 voor HPV volledige immunisatie (14jr).

Er is gekeken naar de relatie tussen de ontwikkeling van de vaccinatiegraad en het verschil in:

- Bereik
- Cb-dichtheid (aantal cb's per 1000 0-jarigen)
- Afstand tot HPV vaccinatielocatie
- Het aantal aangeboden contactmomenten aan 0-jarigen
- Gebruik van reminders voorafgaand aan een afspraak op het cb
- De mogelijkheid voor een contactmoment doordeweeks buiten kantooruren of in het weekend
- Inhaal mogelijkheden voor HPV-vaccinatie uitgesplitst naar:
 - Het aanbieden van inhaal groepsvaccinaties
 - De volgende reguliere groepsvaccinatie als enige inhaal mogelijkheid
- Het aanbieden van extra voorlichting over het RVP, uitgesplitst naar:
 - Tolkentelefoon
 - Vertaalde folders over het RVP (alleen voor zuigelingenvaccinatie)
 - Vaccinatiesprekuren (individueel of in groepsverband) (alleen voor zuigelingenvaccinatie)
 - Aankondiging in de media (alleen voor HPV-vaccinatie)
 - Voorlichting op scholen (alleen voor HPV-vaccinatie)

Er zijn correlatiecoëfficiënten berekend om het verschil in vaccinatiegraad te vergelijken met het verschil in bereik, cb-dichtheid en afstand tot HPV vaccinatielocatie. Voor bereik en cb-dichtheid is er gekeken naar het verschil tussen de jaren 2013 en 2015 en het verschil in vaccinatiegraad voor DKTP primaire serie (1jr) en DKTP/BMR basisimmuun (2jr) tussen geboortecohort 2013 en 2015. Deze gegevens waren beschikbaar op gemeenteniveau.

Voor de afstand tot de vaccinatielocatie voor HPV is er gekeken naar het verschil tussen de jaren 2014 en 2017 en het verschil in HPV vaccinatiegraad op 14-jarige leeftijd tussen geboortecohort 2001 en 2004. De verschillen zijn berekend op gemeentenniveau en voor afstand tot HPV vaccinatielocatie ook op pc-4 niveau.

Voor personele inzet was het niet mogelijk een correlatiecoëfficiënt te berekenen. Deze gegevens waren enkel op organisatieniveau beschikbaar waardoor het niet mogelijk was een betrouwbare analyse uit te voeren.

Om de ontwikkeling van de vaccinatiegraad te relateren aan het aantal aangeboden contactmomenten in het eerste levensjaar, is per jaar de vaccinatiegraad bepaald voor elk aantal contactmomenten.

$$\frac{\text{Aantal gevaccineerde kinderen met } x \text{ aangeboden contactmomenten in cohort } y}{\text{Totaal aantal kinderen met } x \text{ aangeboden contactmomenten in cohort } y} * 100$$

Dit is gedaan op basis van 20 JGZ-organisaties waarvan wij over deze gegevens voor de gehele periode beschikten (van 2013 tot 2015). Organisaties zijn op twee manieren vergeleken: A) het aantal contactmomenten is de gehele periode gelijk gebleven of B) het aantal aangeboden contactmomenten is gedaald of gestegen.

Dezelfde methode is gebruikt voor organisaties die een vorm van reminders inzetten voorafgaand aan een afspraak op het cb, het aanbieden van extra voorlichting over het RVP en het aanbieden van verschillende soorten inhaalmomenten voor het missen van een HPV-vaccinatie.

Er is één organisatie die gebruik maakt van een individueel contactmoment voor de vaccinatie van 9-jarigen tegen DTP/BMR. Dit wordt sinds 2014 gedaan (cohort 2005). De vaccinatiegraad voor deze organisatie is berekend en vergeleken met de vaccinatiegraad van organisaties die door middel van groeps vaccinatie de vaccinatie verstrekken.

Voor alle organisatorische aspecten is er ook gekeken naar de voorlopige vaccinatiegraad van DKTP primaire serie, DKTP/BMR basisimmuun (cohort 2016), en HPV volledige immunisatie (cohort 2004).

Veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ kunnen mogelijk worden gerelateerd aan de vaccinatiegraad als het verschil in daling van de vaccinatiegraad van dezelfde orde van grootte is als de landelijke daling van de vaccinatiegraad. Voor de DKTP/BMR-vaccinatie gaat het dan om een daling van ongeveer 2% tussen geboortecohort 2013-2015 en voor HPV om een daling van ongeveer 15% tussen geboortecohort 2001-2003.

4 Resultaten

4.1 Respons

In totaal zijn er 33 digitale vragenlijsten (77%) en 21 Excel-sheets ontvangen (64%) (Tabel 2, Figuur 8 bijlage 1). Een deel van deze vragenlijsten was niet volledig ingevuld, omdat de gegevens benodigd voor het beantwoorden van de vragen niet altijd beschikbaar waren bij de organisaties, vanwege bijvoorbeeld reorganisatie of verschil in definitie. De voornaamste reden voor non-respons was het gebrek aan personele inzet om de gegevens binnen de gegeven tijd te kunnen verzamelen/opleveren. Er is geen noemenswaardig verschil in de daling van de vaccinatiegraad tussen deelnemende en niet deelnemende organisaties (Tabel 3).

Tabel 2. Respons naar type organisatie

Type organisatie	Aantal	Digitale vragenlijst retour	Excel-sheet retour
Integrale JGZ	25	19 (76%)	13 (52%)
JGZ 0-4 jaar	14	10 (71%)	8 (57%)
JGZ 4-18 jaar	4	4 (100%)	n.v.t.
Totaal	43	33 (77%)	21 (64%)

Tabel 3. Daling vaccinatiegraad wél (n=35) en niet (n=8) deelnemende organisaties

Geboortecohort	Daling vaccinatiegraad deelname (%)	Daling vaccinatiegraad geen deelname (%)
DKTP basisimmuun (cohort 2013-2015)	-1,6	-1,7
BMR basisimmuun (cohort 2013-2015)	-1,9	-1,7
HPV volledige immunisatie (cohort 2001-2003)	-15,1	-16,8

4.2 Welke veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ zouden van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor zuigelingenvaccinaties?

4.2.1 Is er een verschil in bereik?

Het gemiddelde bereik lijkt in de periode 2013-2015 constant gebleven en is licht gedaald in 2016 (Tabel 4).

Niet elke organisatie was in staat om de door ons gegeven definitie van bereik te hanteren: Het percentage kinderen met minimaal 4 contactmomenten op het cb in het 1^e levensjaar (0-jarigen). Eén organisatie kon alleen non-bereik gegevens aanleveren en had van 2013 tot 2016 een bereik van bijna 100%; er werden minder dan 10 kinderen per jaar niet bereikt. Twee organisaties meten het bereik op basis van minimaal één contactmoment in het eerste levensjaar, wat voor beide

organisaties tussen de 99% en 100% ligt. Van 6 organisaties waren geen bereik gegevens beschikbaar.

Tabel 4. Bereik 2013-2016 berekend op basis van 12 organisaties verantwoordelijk voor 124 gemeenten. Twee organisaties hadden alleen bereikgegevens op organisatieniveau en niet op gemeenteniveau.

Jaar	Gemiddeld bereik* (%)	Min-Max (%)
2013	95,3	87,9-100
2014	95,2	86,3-100
2015	95,3	77,7-100
2016	94,5	85,4 -100

*Minimaal 4 contactmomenten op het cb in het 1^e levensjaar

4.2.2 *Is de toegankelijkheid van cb's afgenomen?*

Aantal cb's

Een totaal van 20 organisaties heeft de aangeleverde lijst met cb-locaties geverifieerd. Deze organisaties tellen in 2017 437 cb-locaties verspreid over 187 gemeenten. Dit is ongeveer 14,4 cb/10.000 kinderen van 0-4 jaar. Op gemeenteniveau (met uitzondering van de Waddeneilanden) heeft gemeente Veenendaal de minste cb's per 10.000 kinderen van 0-4 jaar (3,2/10.000) en gemeente Noord-Beveland de meeste (83,3/10.000). Op organisatieniveau kent Volksgezondheid Gemeente Utrecht de laagste cb-dichtheid (4,4/10.000) en Thuiszorg West Brabant de hoogste (23,9/10.000). De cb-dichtheid is de laatste vijf jaar nauwelijks veranderd (N=13).

Naar schatting telt Nederland in totaal 914 cb-locaties, dit zijn 13,2 cb's/10.000 kinderen van 0-4 jaar. Dit aantal is gebaseerd op de zelf opgestelde lijst cb-locaties, waar nodig gecorrigeerd na verificatie door de deelnemende organisaties. Er waren slechts kleine veranderingen.

Openingstijden

Cb's zijn gemiddeld 4 dagdelen per week open, met minimaal 0,25 dagdelen per week (1 dagdeel per maand) en maximaal 12,5 dagdelen per week (N=18). Een dagdeel is gedefinieerd als een ochtend of middag. Van de organisaties die de JGZ voor de leeftijd 0-4 verzorgen, bieden 5 organisaties (N=27, 19%) minstens één keer per maand een spreekuur in het weekend aan. Bij 9 organisaties (N=27, 33%) is het mogelijk om minstens één keer per maand doordeweeks buiten kantooruren – 's ochtends vroeg of 's avonds – op spreekuur te komen. Meer details zijn te vinden in Figuur 9 bijlage 1.

Afstand tot cb

Van 1253 (31% van totaal aantal postcodegebieden) 4-cijferige postcodegebieden is bekend op welk cb kinderen woonachtig in dat gebied worden uitgenodigd (Figuur 10A bijlage 1). De gemiddelde afstand per auto tot een cb is 2,0 kilometer. Ongeveer 87% van alle 0-jarigen woont binnen een afstand van 5 kilometer van een cb (Figuur 10B bijlage 1).

Antroposofische cb's

In Nederland zijn er momenteel 25 antroposofische cb's, verspreid over 22 steden (volgens www.kinderspreekuur.nl). Twee hiervan zijn gelieerd

aan een antroposofische huisartsenpraktijk. De overige cb's zijn voor iedereen toegankelijk, hiervan zijn er 6 antroposofische cb's aangesloten bij een reguliere JGZ organisatie. Ouders maken altijd zelf de keuze antroposofische JGZ te zoeken, en worden niet actief doorverwezen naar een antroposofisch cb.

De coördinator van de Interdisciplinaire werkgroep Antroposofische Ouder- en Kindzorg (IAOKZ) geeft aan dat het aantal antroposofische cb's in Nederland de laatste vijf jaar gelijk is gebleven. Wel ziet zij een toename in vraag naar antroposofische JGZ. Mensen zijn ook bereid verre afstanden af te leggen om bij een antroposofisch cb zorg te kunnen afnemen. Lang niet elke regio heeft een eigen antroposofisch cb.

Er is een groot verschil in vaccinatiegraad tussen verschillende antroposofische cb's (11). De coördinator van IAOKZ geeft aan dat er op het antroposofisch cb vaak meer tijd wordt besteed aan het bespreken van twijfels over vaccineren. Niet elk antroposofisch cb heeft een contract met het RIVM-DVP. Dit leidt er toe dat antroposofische zorg extra kosten voor de ouder met zich mee kan brengen.

Reminders voorafgaand aan contactmoment op het cb (N=28)

Reminders worden vaak ingezet ter herinnering aan contactmomenten op het cb. In 2013 zette ongeveer 30% van de ondervraagde organisaties een reminder in, in 2017 is dit meer dan 90%. In 2017 maakte ongeveer 85% van de organisaties hiervoor gebruik van SMS (Figuur 11 bijlage 1). Ongeveer 15% zet (ook) e-mail in als herinnering. Onder de optie 'Anders' (18%) geven organisaties aan telefonisch contact te zoeken met gezinnen die vaker niet op afspraken op het cb zijn verschenen of een brief te sturen. WhatsApp wordt voor dit doel niet gebruikt.

Mogelijkheden om een afspraak te maken/verzetten (N=39)

Op basis van de websites van JGZ-organisaties is in kaart gebracht op welke manieren het mogelijk is een afspraak te maken of te verzetten (Figuur 12 bijlage 1). Alle organisaties bieden de mogelijkheid aan dit telefonisch te doen. Ongeveer de helft van de organisaties maakt hiervoor ook gebruik van e-mail of een contactformulier op de website. Iets meer dan 20% van de organisaties heeft een serviceportaal waarin afspraken kunnen worden beheerd en zij informatie over hun kind kunnen inzien. 25% van de organisaties maakt gebruik van Mijn Kind Dossier (MKD) om ouders de mogelijkheid te bieden hun eigen afspraken te kunnen beheren. Het MKD is een online portaal waarin ouders de ontwikkeling van hun kind kunnen volgen en afspraken kunnen beheren.

Inhalen van contactmoment op het cb (N=28)

De helft van de organisaties geeft aan dat een gemist vaccinatiemoment op het cb bij alle bureaus binnen twee weken ingehaald kan worden. De andere helft geeft aan dat dit bij de meeste cb's kan. Soms is het niet mogelijk binnen twee weken opnieuw een volledig consult in te plannen, maar het is altijd mogelijk om bij inloopsprekuren een vaccinatie (in) te halen. Ook wordt de mogelijkheid geboden om in een andere gemeente op spreekuur te komen, met als voorwaarde dat deze gemeente onder dezelfde organisatie valt.

4.2.3 *Is het aantal aangeboden contactmomenten op het cb afgenomen?*

Het aantal contactmomenten voor 0-jarigen is de afgelopen 5 jaar licht gedaald (N=21). In 2013 werden er gemiddeld 8,1 contactmomenten aangeboden voor 0-jarigen, in 2017 zijn dat er 7,8. Er wordt veel gebruik gemaakt van flexibilisatie. Afhankelijk van de hoeveelheid zorg die een kind nodig heeft, kunnen contactmomenten worden weggelaten of een extra contactmoment kan worden ingepland. De contactmomenten op 7, 5 en 9 maanden zijn bij een aantal organisaties verdwenen, vervangen door een nieuwsbrief of andere vorm van voorlichting, of worden alleen nog op indicatie (bij zorgen over het kind) of op verzoek gegeven. Er worden voor 0-jarigen variërend van 6 tot 9 contactmomenten op het cb aangeboden, waarvan 4 vaccinatiemomenten (Figuur 13 bijlage 1).

Bij de 1-jarigen is het aantal contactmomenten ook wat gedaald. Waar in 2013 nog 80% van de organisaties 2 contactmomenten of meer aanbod is dit in 2017 nog 65%. In 2013 werden er gemiddeld 1,8 contactmomenten aangeboden voor 1-jarigen, in 2017 zijn dit er 1,6. Bij sommige organisaties is ook hier sprake van flexibilisatie. 1-jarigen kennen in ieder geval 1 contactmoment waarop wordt gevaccineerd.

Het gemiddeld aantal aangeboden contactmomenten voor 2- en 3-jarigen is gelijk gebleven. Op 2-jarige leeftijd bieden ongeveer 90% van de organisaties 1 contactmoment of meer aan. Bij een enkele organisatie worden contactmomenten op 2-jarige leeftijd alleen nog op indicatie gegeven. Voor 3-jarigen biedt 60% van de organisaties 2 contactmomenten aan, de overige 40% heeft 1 contactmoment geflexibiliseerd. Op 3-jarige leeftijd is er altijd 1 contactmoment waarop wordt gevaccineerd.

Samenvattend, contactmomenten waarop wordt gevaccineerd worden altijd standaard aangeboden, contactmomenten daar omheen zijn door sommige organisaties geflexibiliseerd en worden in dat geval in overleg met ouders ingepland of weggelaten. Contactmomenten op indicatie of verzoek zijn altijd bij elke organisatie mogelijk.

4.2.4 *Wat voor voorlichting wordt er gegeven over zuigelingenvaccinaties en het RVP en hoe kunnen ouders hierover vragen stellen?*

Extra voorlichting voor ouders over zuigelingenvaccinaties

Van de deelnemende JGZ-organisaties betrokken bij zuigelingenvaccinatie (N=28) bieden er 15 organisaties (54%) extra voorlichting aan over zuigelingenvaccinaties naast de voorlichting van het RIVM en mogelijkheid tot voorlichting tijdens het vaccinatieconsult (Figuur 14 bijlage 1). De tolkentelefoon wordt het meest ingezet (73%, 11/15). Van informatiebijeenkomsten voor ouders (13%) en extra schriftelijke informatie naar het huisadres (7%) wordt minder gebruik gemaakt. Andere typen voorlichtingen die worden ingezet zijn vaccinatiegesprekken (3 organisaties) en de JGZ-ouderchat (2 organisaties). Twee organisaties bieden in samenwerking met een antroposofisch cb extra voorlichting over vaccinatie aan.

Mogelijkheden voor ouders voor het stellen van vragen over vaccinatie (N=28)

Bij elke organisatie is het mogelijk via telefonisch contact of per e-mail vragen te stellen over vaccinatie en het RVP naast het kunnen stellen van vragen tijdens een consult (Figuur 15 bijlage 1). Ook e-mail wordt door vrijwel alle organisaties ingezet. Social media wordt door ongeveer 65% van de organisaties ingezet om vragen over zuigelingenvaccinaties te beantwoorden. Extra contactmomenten, zoals een extra consult of een inloopspreekuur bestemd voor het stellen van vragen zijn meestal mogelijk voor zuigelingen (96% en 89%). Ook wordt er verwezen naar het RIVM voor beantwoording van vragen over het RVP, maar vaak wordt dit alleen gedaan indien de organisatie de vraag zelf niet kan beantwoorden. Ook is er vaak een contactformulier aanwezig op de website van desbetreffende organisatie.

4.2.5 *Is er een verschil in personele inzet?*

In beide organisatievormen (0-4 en 0-18) is de afgelopen vijf jaar weinig verandering geweest in het aantal fte per 10.000 kinderen (0-4 jaar (N=7) Figuur 16 bijlage 1, 0-18 jaar (N=13) Figuur 17 bijlage 1). Tussen 2013 en 2014 lijkt er een kleine stijging te zijn in het aantal jeugdverpleegkundigen werkzaam in organisaties voor 0-18 jaar. Dit is waarschijnlijk veroorzaakt door de invoering van het adolescentenconsult. Dit consult wordt door diverse organisaties aangeboden aan kinderen in klas 3 vmbo en klas 4 havo/vwo en bestaat uit een vragenlijst over onder andere gewicht, alcohol en seks.

4.2.6 *Is er een relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor zuigelingenvaccinaties?*

Er is geen correlatie gevonden tussen het verschil in bereik en de cb-dichtheid en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor DKTP/BMR basisimmuun (2jr) (Tabel 5, Figuur 18-19 bijlage 1).

Tabel 5. Correlatie tussen verandering in organisatorisch aspect en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad van DKTP/BMR basisimmuun (2jr).

	Aantal organisaties (gemeenten)	Correlatiecoëfficiënt
Vershil bereik vs. verschil vaccinatiegraad (2013-2015)	9 (91)	DKTP = 0,37 BMR = 0,21
Vershil cb-dichtheid vs. verschil vaccinatiegraad (2013-2015)	13 (198)	DKTP = 0,04 BMR = 0,05

Ongeacht het aantal aangeboden contactmomenten aan 0-jarigen wordt een daling in de vaccinatiegraad gezien (N=12) (Tabel 6 bijlage 4). Er is onbekend hoeveel ouders daadwerkelijk het aantal aangeboden contactmomenten afnemen, dus er kan niet worden gezegd of het daadwerkelijke aantal contactmomenten een relatie met de vaccinatiegraad heeft, maar daar lijkt het niet op. Organisaties die in de periode 2013-2016 minder contactmomenten zijn gaan aanbieden zien

dezelfde mate van daling van de vaccinatiegraad. Er is één organisatie die in deze periode een contactmoment meer is gaan aanbieden. Ook deze organisatie ziet een dalende trend in de vaccinatiegraad. De vaccinatiegraad daalt, ongeacht of er reminders worden ingezet om ouders te herinneren aan hun afspraak op het cb. Ook organisaties die in de periode 2013-2016 gebruik zijn gaan maken van reminders, zien een daling van de vaccinatiegraad.

Ook voor het aanbieden van spreekuren doordeweeks buiten kantooruren of in het weekend en het aanbieden van verschillende vormen van extra voorlichting wordt er een vrijwel gelijke daling gezien tussen cohort 2013 en 2015. Belangrijk is dat het bij enkele organisatorische aspecten gaat om slechts enkele organisaties. Op regionaal niveau is de vaccinatiegraad gevoeliger voor fluctuatie.

4.3 **Welke veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ zouden van invloed kunnen zijn geweest op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor de DTP/BMR-vaccinatie (9-jarigen) en HPV-vaccinatie (12-jarigen)?**

4.3.1 *Is er een verschil in de wijze van organiseren van de DTP/BMR-vaccinatie en HPV-vaccinatie en hoe kan een vaccinatie worden ingehaald?*

Organisatie DTP/BMR voor 9-jarigen (N=21)

Met uitzondering van één organisatie wordt de DTP/BMR vaccinatie voor 9-jarigen door middel van groepsvaccinaties verstrekt. Deze organisatie biedt de vaccinatie voor DTP/BMR sinds 2014 aan door middel van een individueel contactmoment op het cb. In 2018 zijn er nog twee organisaties gestart met vaccinatie op kleinschalig niveau.

HPV-vaccinatie voor 12-jarigen (N=21)

De HPV-vaccinatie wordt in de regel twee keer per jaar aangeboden door middel van een voorjaars- en een najaarscampagne. Bij alle organisaties wordt de HPV-vaccinatie door middel van groepsvaccinatie aangeboden. Bij één organisatie kan er op enkele middelbare scholen een vaccinatie gehaald worden. Echter, dit wordt niet door scholen zelf georganiseerd, de school dient in dit geval als locatie voor groepsvaccinatie.

Organisaties geven aan dat een DTP/BMR- of HPV-vaccinatie ook gegeven kan worden tijdens een individueel contactmoment als hier goede reden toe is. Het betreft hier voornamelijk kinderen met een speciale indicatie (bijvoorbeeld prikangst), kinderen met een aangepast vaccinatieschema of nieuwkomers. Een individueel contactmoment wordt bij uitzondering aangeboden en behoort niet tot het standaard aanbod.

Inhalen van de DTP/BMR- en HPV-vaccinatie (N=20)

Het inhalen van de DTP/BMR- en HPV-vaccinatie kan bij alle organisaties standaard bij de volgende groepsvaccinatie (m.u.v. de organisatie met een individueel contactmoment voor 9-jarigen). Ook is het bij 60% van de organisaties mogelijk tijdens een individueel contactmoment een vaccinatie te halen (Figuur 20 bijlage 1). Ongeveer 40% van de

organisaties organiseert voor de DTP/BMR vaccinatie een inhaal groeps vaccinatie waarop de gemiste prik kan worden gehaald, tegenover 35% voor HPV. Bij 25% van de organisaties is het mogelijk op een inloopsprekkuur een vaccinatie in te halen.

Bij de meeste organisaties is het mogelijk om op een uitwijklocatie een DTP/BMR-vaccinatie of HPV-vaccinatie te halen. Hier kan een vaccinatie worden gehaald in een andere gemeente dan de gemeente waar het kind woont.

Individuele contactmomenten worden niet bij elke organisatie als standaard inhaalbaarheid gebruikt, maar zijn soms gereserveerd voor kinderen met een speciale indicatie. Overige kinderen worden verwezen naar de volgende groeps vaccinatie.

4.3.2 *Is er een verschil in de afstand tot HPV-vaccinatie locatie?*

Bij een vergelijking van de afstand tot een HPV-vaccinatie locatie tussen cohort 2001 en cohort 2004 zien we dat deze nauwelijks is veranderd (Tabel 7). Zowel in cohort 2001 als cohort 2004 lag de gemiddelde afstand per auto tot een HPV-vaccinatie locatie op ruim 5 kilometer.

Tabel 7. Gemiddeld aantal kilometers per auto naar HPV-vaccinatie locatie

Vaccinatieronde	Aantal locaties	Gemiddeld aantal kilometers reistijd tot HPV-vaccinatie locatie
HPV 1 Cohort 2001	259	5,8
HPV 2/3 Cohort 2001*	263	5,6
HPV 1 Cohort 2004	265	5,7
HPV 2 Cohort 2004	273	5,7

*Er werden voor dit geboortecohort in sommige regio's nog 3 vaccinaties gegeven.

Ongeveer 55% van de meisjes woont binnen een afstand van 5 kilometer of minder van een HPV-vaccinatie locatie. Tussen beide geboortecohorten zijn slechts kleine verschillen zichtbaar (Figuur 21 bijlage 1). In het geografisch overzicht zien we dat vooral meisjes woonachtig in de grensgebieden en in het gebied rond de Veluwe, tussen Barneveld, Ede en Arnhem een reistijd tussen de 20 en 36 minuten hebben (Figuur 22 bijlage 1).

4.3.3 *Wat voor voorlichting wordt er gegeven over de DTP/BMR- en HPV-vaccinatie en het RVP en hoe kunnen ouders hierover vragen stellen?*

Ongeveer de helft van de deelnemende organisaties verantwoordelijk voor het geven van de DTP/BMR- en HPV vaccinatie (13 van de 22) biedt extra voorlichting naast de voorlichting van het RIVM en eventuele informatiebalie tijdens groeps vaccinatie aan over de DTP/BMR- en HPV vaccinatie (Figuur 14 bijlage 1). De tolkentelefoon wordt door 31% van de organisaties ingezet. Voor 9- en 12-jarigen worden soms aankondigingen voor groeps vaccinaties geplaatst in lokale media (31% en 38%). Verder wordt met name voor 12-jarigen ook social media ingezet en wordt er verwezen naar de website www.jouwggd.nl. Twee organisaties geven extra voorlichting over de HPV-vaccinatie op scholen.

4.3.4 *Mogelijkheden voor ouders voor het stellen van vragen over de DTP/BMR- en HPV-vaccinatie*

Bij elke organisatie is het mogelijk via telefonisch contact of per e-mail vragen te stellen over vaccinatie en het RVP (N=22) (Figuur 15 bijlage 1). Social media wordt door ongeveer 50% (10 van de 21) van de organisaties ingezet voor vragen over de DTP/BMR- (9 jaar) en HPV-vaccinatie (12 jaar). Ook wordt er verwezen naar het RIVM voor beantwoording van vragen over het RVP, maar vaak wordt dit alleen gedaan indien de organisatie de vraag zelf niet kan beantwoorden. Ook is er vaak een contactformulier aanwezig op de website van desbetreffende organisatie.

Eén organisatie geeft bij "Anders, namelijk" aan dat er tijdens groepsvaccinaties een informatiebalie bezet door jeugdartsen wordt ingericht. Mogelijk wordt dit ook door andere organisaties gedaan, maar hebben zij dit niet aangegeven omdat dit niet een van de standaard antwoordmogelijkheden was. Een andere organisatie geeft aan twee weken voorafgaand aan de groepsvaccinaties een call center in te richten waar ouders en kinderen terecht kunnen met vragen. Daarbuiten worden vragen via de administratie doorgestuurd naar vaccinatiecoördinatoren.

4.3.5 *Is er een relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad voor de HPV-vaccinatie?*

Er is geen correlatie tussen de afstand tot HPV-vaccinatielocatie en de vaccinatiegraad (Tabel 8, Figuur 23 bijlage 1)

Tabel 8. Correlatie tussen de afstand tot HPV-vaccinatielocatie en de vaccinatiegraad van HPV volledige immunisatie (14jr).

	Aantal organisaties (gemeenten)	Correlatiecoëfficiënt
Verschil afstand tot HPV vaccinatielocatie vs. verschil vaccinatiegraad HPV (2014-2017)	29 (388)	Per 4-pc = -0,0067 Per gemeente = -0,04072

Er werd geen verschil in daling van de HPV-vaccinatiegraad gezien tussen organisaties met verschillende manieren van voorlichting en/of verschillende inhaalmogelijkheden (Tabel 9 bijlage 5).

Er zijn kleine verschillen in de mate van daling, maar deze zijn geen van allen groot genoeg om van een eventuele relatie met veranderingen in organisatorische aspecten te spreken. Belangrijk is dat het bij enkele organisatorische aspecten gaat om slechts enkele organisaties. Op regionaal niveau is de vaccinatiegraad gevoeliger voor fluctuatie.

4.4 **Welke veranderingen in overige organisatorische aspecten zouden van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad?**

4.4.1 *Is er extra aandacht besteed aan het RVP naar aanleiding van de daling in de vaccinatiegraad?*

Van de ondervraagde organisaties heeft slechts één organisatie extra budget ontvangen vanuit de gemeente naar aanleiding van de dalende vaccinatiegraad (N=31). Het ging hier om gemeente Urk, waar door Sarfati middelen beschikbaar zijn gesteld. Urk kende een drastische daling in de vaccinatiegraad vanaf cohort 2011, met name voor de vaccinatie tegen BMR. Hierdoor ging er meer aandacht naar deze bijzondere gemeente. Met de extra financiën zijn voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd en foldermateriaal ingezet. Ook gaf dit extra gelegenheid voor consulten over het RVP.

Drie organisaties geven aan hier wel met gemeenten over te spreken, in twee organisaties wordt er nu extra onderzoek gedaan naar mogelijkheden ouders beter te informeren over vaccinatie.

4.4.2 *Is er zicht op de eigen vaccinatiegraad?*

Het RIVM berekent elk jaar de vaccinatiegraad op landelijk-, GGD- en gemeenteniveau. Deze berekende vaccinatiegraad hoeft niet altijd overeen te komen met de vaccinatiegraad berekend door organisaties zelf. Ongeveer 39% (12 van de 31) van de organisaties geeft aan dat de vaccinatiegraad die zij berekend hebben, overeenkomt met die van het RIVM. Twee organisaties (6%) gaven aan dat de vaccinatiegraad niet overeenkomt. Eén organisatie geeft hiervoor als reden dat de vaccinatiegegevens in sommige gevallen niet volledig werden vastgelegd. De andere organisatie (4-18 jr) gaf aan met opkomstcijfers te werken. Opkomstcijfers geven aan welk percentage uitgenodigde kinderen een vaccinatie heeft gehaald. Deze cijfers kunnen niet direct gebruikt worden om een vaccinatiegraad te berekenen.

4.4.3 *Registratiewijze vaccinatie*

Ten tijde van het onderzoek maakte 24% (10 van de 42)² van alle JGZ-organisaties gebruik van Digitaal Dossier JGZ (DD JGZ). Iets minder dan 20% maakt nog gebruik van RVP Online (Figuur 24 bijlage 1). De overige organisaties (ongeveer 60%) zitten in de pilot fase van DD JGZ en zullen binnenkort ook volledig overgaan.

4.4.4 *Hoe wordt de werkdruk ervaren?*

Een groot deel van de organisaties geeft aan dat de werkdruk voor de uitvoer van het RVP hoog is (N=33)(Figuur 25 bijlage 1). Uitgesplitst naar organisatievorm zien we dat 25% (1 van de 4) van de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoer van de JGZ voor de leeftijden van 4-18 een hoge werkdruk ervaart. Voor organisaties van 0-18 jaar is dit 47% (9 van de 19) en voor organisaties van 0-4 jaar (8 van de 10) 80%. Organisaties melden dat de werkdruk vooral voortkomt uit het

² De lijst organisaties verschilt iets met onze lijst van JGZ organisaties.

combineren van de uitvoer van het RVP met andere taken, reorganisatie, registratiedruk en het vaccineren van statushouders.

4.4.5 *Belangrijkste redenen daling vaccinatiegraad*

Organisaties konden in vrije ruimte aangeven wat volgens hen de belangrijkste reden(en) voor het dalen van de vaccinatiegraad zijn (N=27). De genoemde redenen zijn (op volgorde van meest genoemd):

- Een toenemende kritische houding van ouders, ouders volgen minder het advies van de overheid.
- Ouders doen zelf onderzoek op het internet en lezen 'fake news' en negatieve informatie vanuit de media.
- Laag urgentie gevoel vanwege het verdwijnen van kinderziektes.
- Algemeen wantrouwen richting de overheid en 'Big Pharma'.
- Toename van vertrouwen in 'gezondheidsgoeroe's'.
- Communicatie van de professional sluit niet aan bij de cliënt door het spreken van andere taal (de cliënt proberen te overtuigen met wetenschap en feiten terwijl de cliënt op basis van gevoelens en meningen een keuze maakt).

JGZ-organisaties geven aan dat er steeds meer ouders met vragen over vaccinatie op het cb verschijnen.

5 Discussie en conclusie

Dit onderzoek geeft een dwarsdoorsnede van diverse organisatorische aspecten van een deel van de JGZ in Nederland. Organisatorische aspecten waar we kleine veranderingen in zagen over de periode 2013-2017 waren: bereik licht gedaald van 2015 naar 2016, aantal contactmomenten op het cb geflexibiliseerd of teruggebracht, aantal organisaties dat een reminder voorafgaand aan contactmomenten op het cb inzet is toegenomen en aantal organisaties biedt extra voorlichting voor ouders over vaccinaties. Daarnaast is het aantal cb-locaties verminderd en zijn de openingstijden van de cb's ruimer geworden in 2017 ten opzichte van 2000. De belangrijkste bevinding was dat er geen relatie werd aangetoond tussen deze veranderingen in organisatorische aspecten en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad. Vrijwel elke organisatie ziet een dalende trend in de vaccinatiegraad voor zuigelingen in de periode 2013-2015. Ook voor de HPV-vaccinatie zijn er geen aanwijsbare veranderingen in organisatorische aspecten die gecorreleerd lijken met de ontwikkeling van de vaccinatiegraad.

Het aantal cb's is de afgelopen 17 jaar sterk gedaald (5). Echter, de gemiddelde afstand tot het cb is gelijk gebleven (2 km) ten opzichte van 2000 en de openingstijden van cb's zijn verruimd. In 2006 was de afstand tot het cb korter, namelijk gemiddeld 1,5 km (12). Echter, dit zijn gegevens over heel Nederland, terwijl onze gegevens slechts een deel van Nederland in kaart brengen.

Het bereik van cb's is hoog voor zover deze bereikcijfers beschikbaar waren. Dit is ook vastgesteld door de IGJ tijdens hun laatste inspectieronde (9). Een verandering in bereik was niet gecorreleerd met de verandering in vaccinatiegraad. Echter, dit resultaat is gebaseerd op slechts 1/3 van de JGZ-organisaties in Nederland. Belangrijk hierbij te vermelden is dat niet alle JGZ-organisaties dezelfde definitie van bereik hanteren; alleen organisaties die bereik volgens onze definitie hadden aangeleverd, zijn meegenomen in dit onderzoek. Dat bereik door JGZ-organisaties verschillend wordt gedefinieerd is eerder opgemerkt door de IGJ (7). Er wordt gewerkt aan een universele definitie maar tot op heden is deze nog niet voorhanden. Een landelijk overzicht maken van het totale bereik van de JGZ wordt hierdoor gecompliceerd.

Een hoger aantal contactmomenten biedt meer openingen voor gesprekken over vaccineren. Dit zou twijfelde ouders kunnen motiveren toch voor het vaccineren van hun kind(eren) te kiezen. Het aantal contactmomenten dat door JGZ-organisaties wordt aangeboden varieert. Enkele organisaties zijn in de periode 2013-2017 minder contactmomenten gaan aanbieden. Een opvallende ontwikkeling is het flexibiliseren van contactmomenten, bijvoorbeeld door als alternatief een informatiebrief, een e-consult of een andere vorm van digitaal contact in te zetten. Sommige organisaties laten contactmomenten wegvallen indien deze niet nodig lijken voor het kind. Op verzoek of op indicatie kunnen ouders altijd een extra consult op het cb krijgen. Zowel het aantal als wijzigingen in het aantal aangeboden contactmomenten waren niet gecorreleerd met de ontwikkeling van de vaccinatiegraad.

De personele inzet lijkt in de periode 2013-2017 gelijk gebleven. Een toename van het aantal werknemers in een organisatie was vrijwel altijd het gevolg van een toename van het aantal gemeenten in beheer van de organisatie. De JGZ heeft de afgelopen jaren meer taken gekregen, en de komende twee jaar komen er nieuwe taken (en financiële middelen) bij. Vanaf 2019 komt het RVP in beheer van de gemeenten met een nieuwe vorm van financiering. Ook wordt het informed consent procedure uitgebreid en moeten er aanvullende groepsvaccinaties worden georganiseerd voor de MenACWY-vaccinatie voor 14-jarigen. Een aanzienlijk deel van de JGZ-organisaties geeft aan dat de werkdruk al hoog is en verwacht dat bovengenoemde aanvullende taken extra druk op de JGZ formatie zal leggen.

De DTP/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen worden door het hele land vrijwel op dezelfde manier georganiseerd. Eén organisatie geeft aan de DTP/BMR-vaccinatie tijdens een individueel contactmoment op het cb aan te bieden. In 2018 zijn er nog twee organisaties gestart met vaccinatie op kleinschalig niveau. In vergelijking met bereik op cb's, is het bereik door middel van massa vaccinaties voor HPV erg laag. Er zou nagedacht kunnen worden hoe deze doelgroep beter bereikt zou kunnen worden, bijvoorbeeld door vaccinaties op school aan te bieden.

De gemiddelde afstand tot de HPV-vaccinatielocatie is vrijwel gelijk voor en na de daling van de HPV vaccinatiegraad en lijkt daarmee geen invloed te hebben op de daling van de vaccinatiegraad. Het is onduidelijk of afstand tot HPV-vaccinatielocatie een rol speelt in de keuze tussen wel en niet vaccineren. Zo is er aangetoond dat de HPV-vaccinatiegraad daalt naarmate de vaccinatielocatie ver weg is (13). Echter, in ander onderzoek is aangetoond dat meisjes en ouders aangeven dat afstand tot vaccinatielocatie geen rol speelt bij het maken van de beslissing wel of niet een vaccinatie te halen (14, 15).

Het is moeilijk de invloed van voorlichting op de vaccinatiegraad tussen verschillende organisaties te vergelijken. Extra voorlichting over vaccineren en het RVP, naast de voorlichting van het RIVM en mogelijkheid tot voorlichting tijdens het vaccinatieconsult of eventuele informatiebalie tijdens groepsvaccinatie, wordt door ongeveer de helft van de deelnemende organisaties aangeboden. De manieren waarop deze voorlichting wordt aangeboden is divers. Er is niet gevraagd waarom organisaties ervoor kiezen dit wel of niet te doen. De diversiteit van de regio's in Nederland (Bible belt, regio's met asielzoekerscentra, stad versus platteland) vraagt om een verschillende aanpak in elke regio.

JGZ-organisaties geven zelf aan de toenemende kritische houding van ouders, de invloed van 'fake news' en de media, het wantrouwen richting de overheid en 'Big Pharma' en een laag urgentiegevoel vanwege het verdwijnen van kinderziekten als belangrijkste oorzaken van de dalende vaccinatiegraad te zien. Er is eerder aangetoond dat ouders beïnvloed worden door deze factoren (16).

Opmerkelijk was het gebrek aan landelijke gegevens met betrekking tot organisatorische aspecten van de JGZ, zowel binnen het RIVM als het IGJ. Er was bijvoorbeeld geen landelijk overzicht beschikbaar van het aantal cb's en de (postcode)gebieden die zij bedienen of van gegevens over het bereik. Ook GGD GHOR, ActiZ en de NCJ verzamelen geen landelijke gegevens op dit gebied. Om een landelijk overzicht te krijgen van organisatorische aspecten in de JGZ, zijn onderzoekers genoodzaakt deze zelf bij de individuele JGZ-organisaties op te vragen, zoals in dit onderzoek.

De respons op dit onderzoek was - ondanks diverse reminders - relatief laag, met name voor de Excel-vragenlijst, met daarin vragen over het bereik, het aantal cb's en de gebieden waarvoor deze verantwoordelijk zijn. Van niet alle non-respons organisaties is bekend waarom zij niet hebben deelgenomen. Een aantal organisaties die de vragenlijst niet of slechts deels hebben ingevuld, gaven aan dat zij geen capaciteit beschikbaar hadden om de benodigde gegevens te verzamelen binnen de gevraagde termijn. Daarnaast is er bij een aantal organisaties de laatste jaren veel veranderd in de samenstelling van de regio. Sommige GGD'en kregen nieuwe gemeenten in beheer waardoor hun regio groter werd. Ook hebben sommige gemeenten ervoor gekozen de JGZ in eigen beheer te nemen. Overdracht van gegevens lijkt in dergelijke situaties niet altijd plaats te vinden, waardoor deze organisaties geen goed beeld hebben van de organisatorische aspecten in het verleden.

Concluderend, is er geen relatie gevonden tussen veranderingen in organisatorische aspecten met betrekking tot vaccineren van de JGZ en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad. Landelijk is het aantal cb-locaties gedaald ten opzichte van 2000. De openingstijden zijn wat ruimer geworden. Er wordt een lichte daling gezien in het aantal contactmomenten aangeboden aan 0- en 1- jarigen. Gezien de relatief lage respons voor sommige variabelen en de diversiteit van de Nederlandse populatie en de JGZ-organisaties die daarvoor verantwoordelijk zijn, dienen de uitkomsten van dit onderzoek met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het onderzoek was gericht op het bestuderen van veranderingen in organisatorische aspecten in relatie tot daling in de vaccinatiegraad. Het niet vinden van een relatie hiertussen, betekent niet dat veranderingen in de organisatie niet een positief effect zouden kunnen hebben op de vaccinatiegraad. Indien ervoor wordt gekozen deze aspecten blijvend te monitoren is er een betere landelijke registratie nodig en hiervoor is intensievere samenwerking tussen de overkoepelende organisaties, zoals het RIVM, ActiZ, GGD GHOR NL, NCJ en IGJ, en de uitvoerende JGZ-organisaties een vereiste. Ook is het van belang landelijk dezelfde definities te hanteren.

Dankwoord

Graag willen wij in de eerste plaats alle JGZ-professionals die hebben deelgenomen aan het Onderzoek JGZ bedanken voor hun medewerking. Daarnaast bedanken wij graag de volgende organisaties/personen voor hun input:

Adviesgroep:

Gea Vrieze (AJN, GGD Hart voor Brabant)
Selma van der Harst (ActiZ)
Sandra Hamming (GGD GHOR NL)
Margreet Verdel (V&VN)
Trix van Steenberg (NVDA)
Rachel Janssen (De Zorgboog en Zuidzorg)
Hans van Vliet (programmamanager RVP, RIVM)
Bettie Carmmigelt (NCJ)
Liliane van Haren (DVP RIVM)

RIVM:

Henriette Giesbers
Irmgard Zonneveld
Petra Oomen
Jelle Sijtsma
Jan van de Kassteele
Nienke Voerman
Francoise van Heiningen

Nivel:

Robert Verheij
Ronald Batenburg

Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd:

Frank van Leerdam

NCJ:

Ondine Engelse

IAOKZ:

Rineke Boerwinkel

GGD regio Utrecht:

Ewoud Fanoy
Dorothy Lie
Marijke Kolsteren

Medische adviseurs:

Rolf Appels
Gerre Vermeulen
Ingrid Drijfhout
Gert Weijman
Josien van Wijk
Yvonne Wijnands

Rendelien Verschoof-Puite

Medewerkers regiokantoren RIVM-DVP en GGD'en

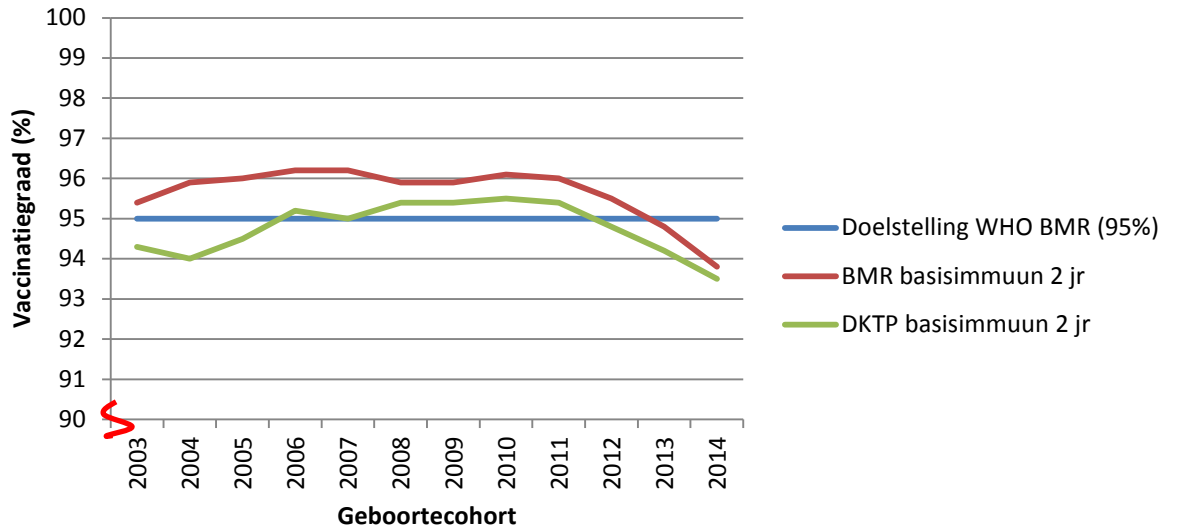
Deelnemers overleg Vaccinatieconsult

Literatuur

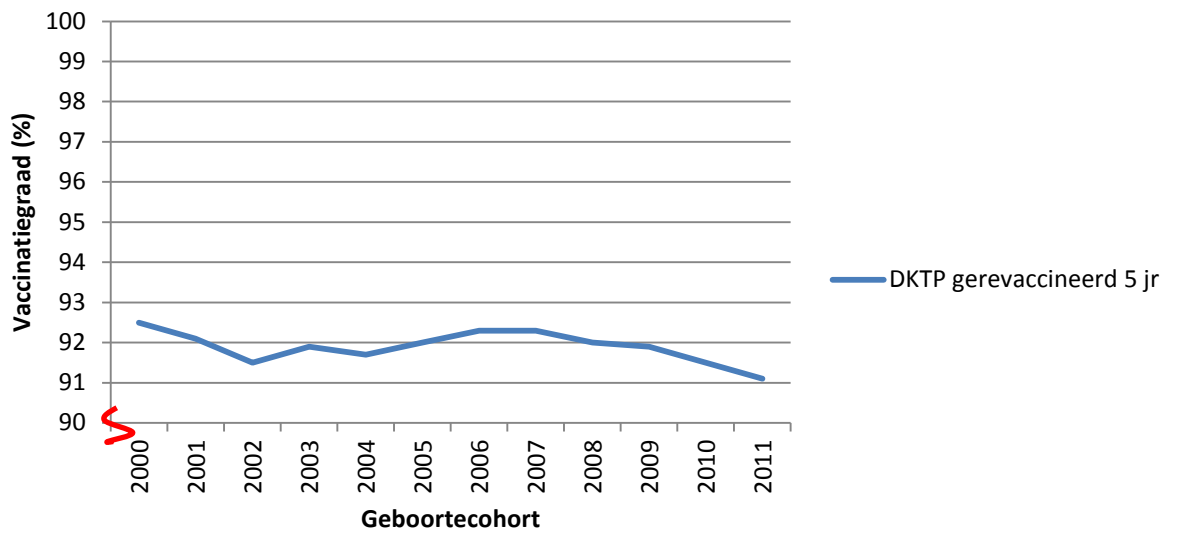
1. Van Lier EA, Geraedts JLE, Oomen PJ, Giesbers H, Van Vliet JA, Drijfhout IH, et al. Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2016: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2017. RIVM Rapport 2017-0010.
2. Van Lier A, Van de Kassteele J, De Hoogh P, Drijfhout I, De Melker H. Vaccine uptake determinants in The Netherlands. *European Journal of Public Health*. 2013;24(2):5.
3. Paulussen TGW, Hoekstra F, Lanting CI, Buijs GB, Hirasings RA. Determinants of Dutch parents' decisions to vaccinate their child. *Vaccine*. 2006;24:7.
4. GGDGHOR. Overzicht Integrale JGZ 2017 [Available from: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gebiedsindelingen/preventie#!node-integrale-jeugdgezondheidszorg>].
5. Verheij RA, van Boven PF, Kosterman F. OKZ binnen bereik? De toegankelijkheid van ouder- en kindzorg in een geografisch perspectief. Bilthoven: Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM; 2001. RIVM-rapport 270556001 (<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270556001.pdf>).
6. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het Rijksvaccinatieprogramma voor de jongste leeftijdsgroepen: de uitvoering kán nog beter, de bewaking móet beter. Den Haag: IGZ; 2005.
7. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De jeugdgezondheidszorg in beweging. 2009.
8. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De jeugdgezondheidszorg beter in positie. Den Haag: IGZ; 2014.
9. Inspectie Gezondheid en Jeugd. Jeugdgezondheidszorg actief. 2017.
10. van Lier A, Oomen P, de Hoogh P, Drijfhout I, Elsinghorst B, Kemmeren J, et al. Praeventis, the immunisation register of the Netherlands: a tool to evaluate the National Immunisation Programme. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2012;17(17).
11. Van Lier EA, Oomen P, Giesbers H, Conyn-van Spaendonck MAE, Drijfhout IH, Zonnenberg-Hoff IF, et al. Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland: verslagjaar 2014.: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2014. RIVM rapport 150202003.
12. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Nabijheid voorzieningen: afstand tot consultatiebureau (in 2006): CBS; 2017 [Available from: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80306ned&D1=17&D2=0&D3=a&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>].
13. Rondy M, Van Lier EA, Van de Kassteele J, Rust L, De Melker H. Determinants for HPV vaccine uptake in the Netherlands: A multi level study. *Vaccine*. 2010.

14. Van der Berg JD, Roorda J, Westerman MJ. Redenen om een dochter niet te vaccineren tegen humaan papillomavirus in Twente; vragenlijstonderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2010(154).
15. Gefenaite G, Smit M, Nijman HW, Tami A, Drijfhout IH, Pascal A, et al. Comparatively low attendance during Human Papillomavirus catch-up vaccination among teenage girls in the Netherlands: Insights from a behavioral survey among parents. BMC Public Health. 2012; 12:498.
16. Harmsen IA, Mollema L, Ruiters RA, Paulussen TG, de Melker HE, Kok G. Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. BMC Public Health. 2013; 13:1183.

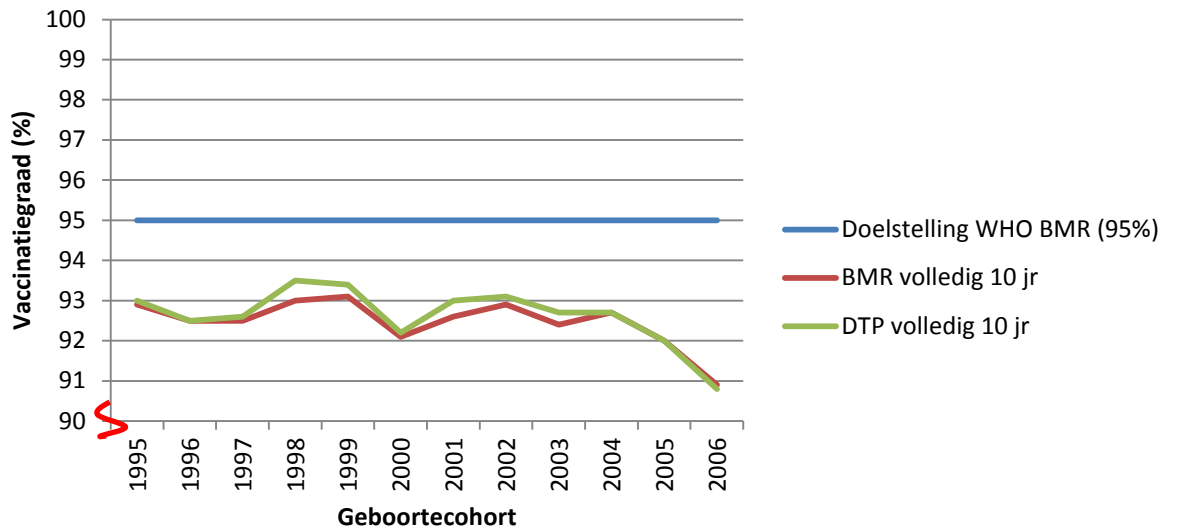
Bijlage 1. Figuren brief rapport onderzoek JGZ



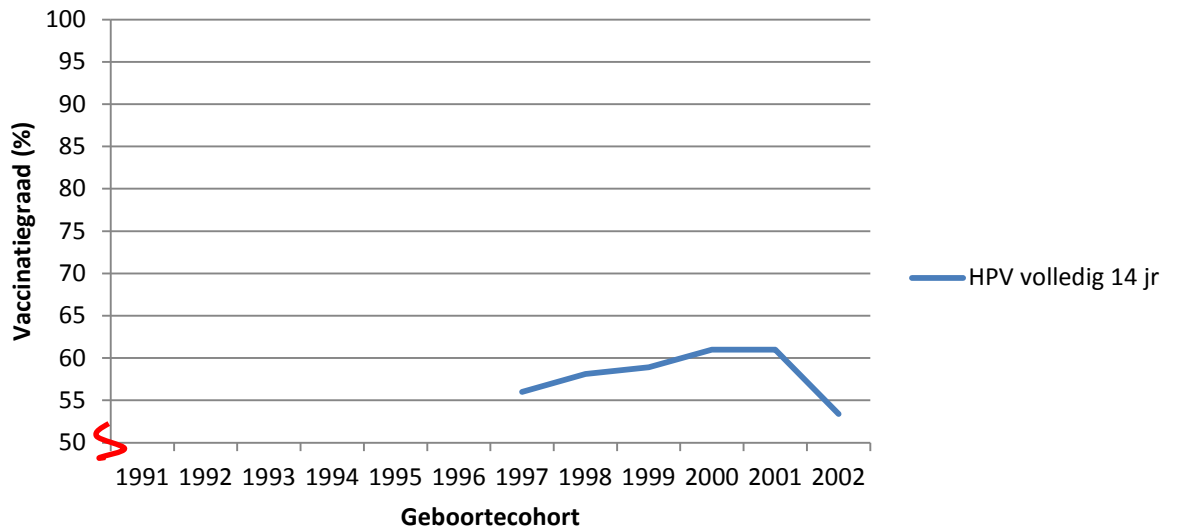
Figuur 1. Vaccinatiegraad DKTP en BMR basisimmunus per geboortecohort (2jr) (1).



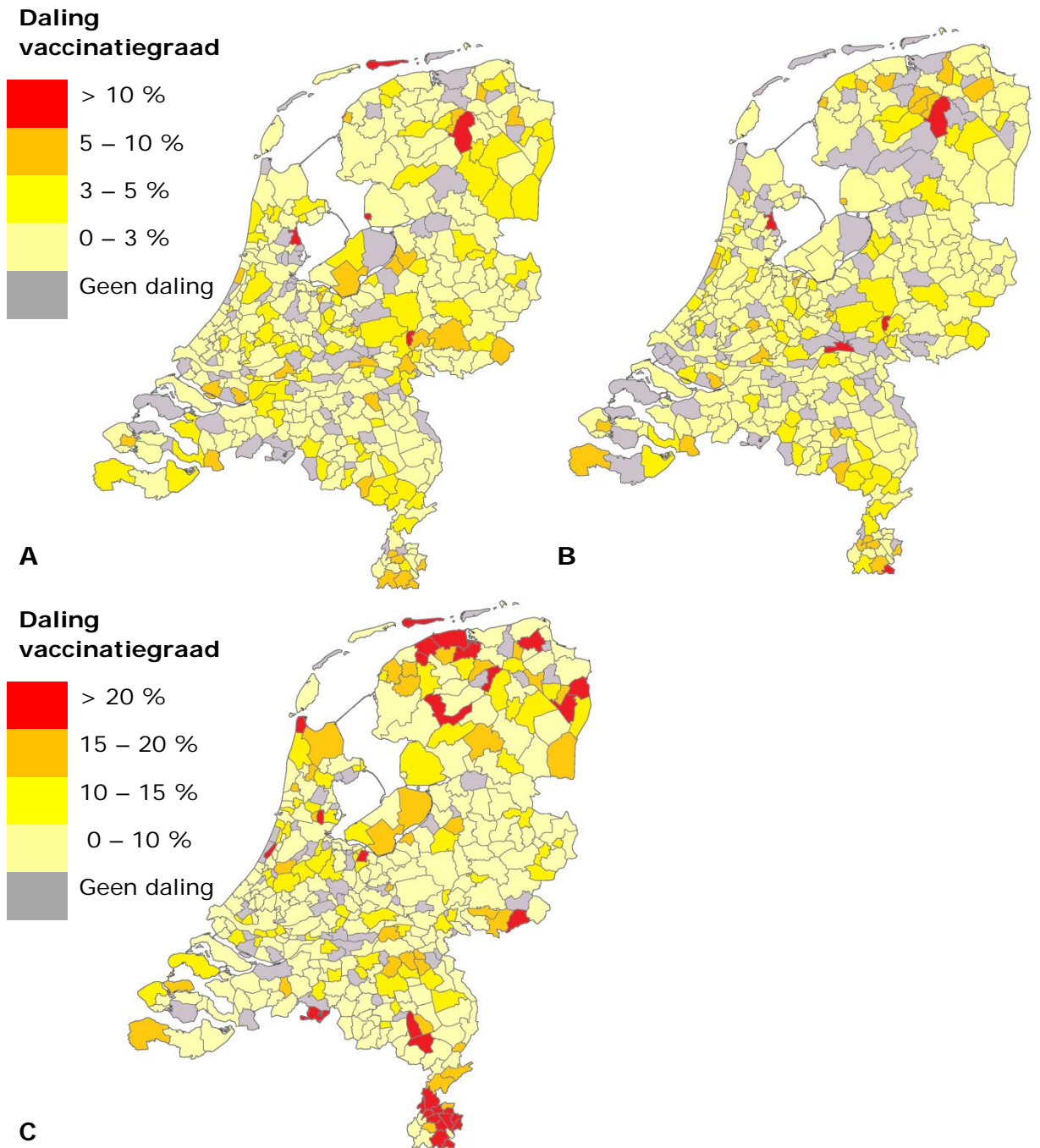
Figuur 2. Vaccinatiegraad DKTP gerevaccineerd per geboortecohort (5jr) (1).



Figuur 3. Vaccinatiegraad DTP en BMR volledige immunisatie per geboortecohort (10jr) (1).



Figuur 4. Vaccinatiegraad HPV volledige immunisatie per geboortecohort (14jr)(1).



Figuur 5. Daling vaccinatiëgraad van A) BMR (basisimmuun 2 jaar)³, B) DKTP (basisimmuun 2 jaar) tussen geboortecohort 2011 en 2014 en C) Daling vaccinatiëgraad van HPV (volledige immunisatie 14 jaar) tussen geboortecohort 2001 en 2002⁴.

³ Nadere analyses wezen uit dat in de gemeente Noorderveld de vaccinatiëgraad alleen erg laag is in het gebied waar COA-opvanglocatie Veenhuizen is gevestigd. Indien de kinderen die in het buitenland zijn geboren en in desbetreffend gebied wonen buiten beschouwing worden gelaten, is de vaccinatiëgraad in Noorderveld vergelijkbaar met voorgaande jaren.

⁴ In regio Zuid Limburg is een aantal zittingen voor HPV-vaccinatie afgelast, na berichten over verontreinigde naalden, die onterecht bleken te zijn. Hierdoor hebben tijdelijk minder meisjes hun HPV-serie voor hun 14^{de} jaar af kunnen ronden.

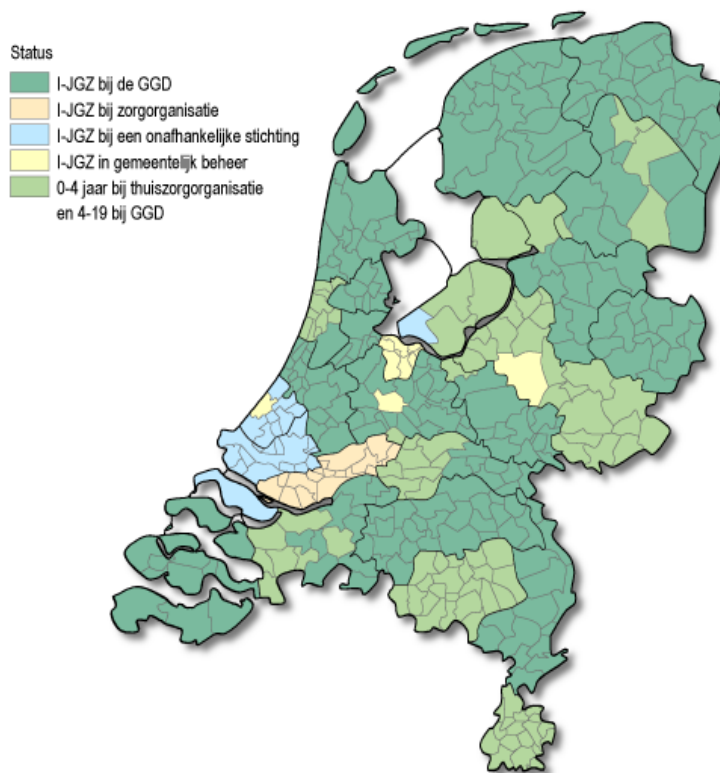
A



B

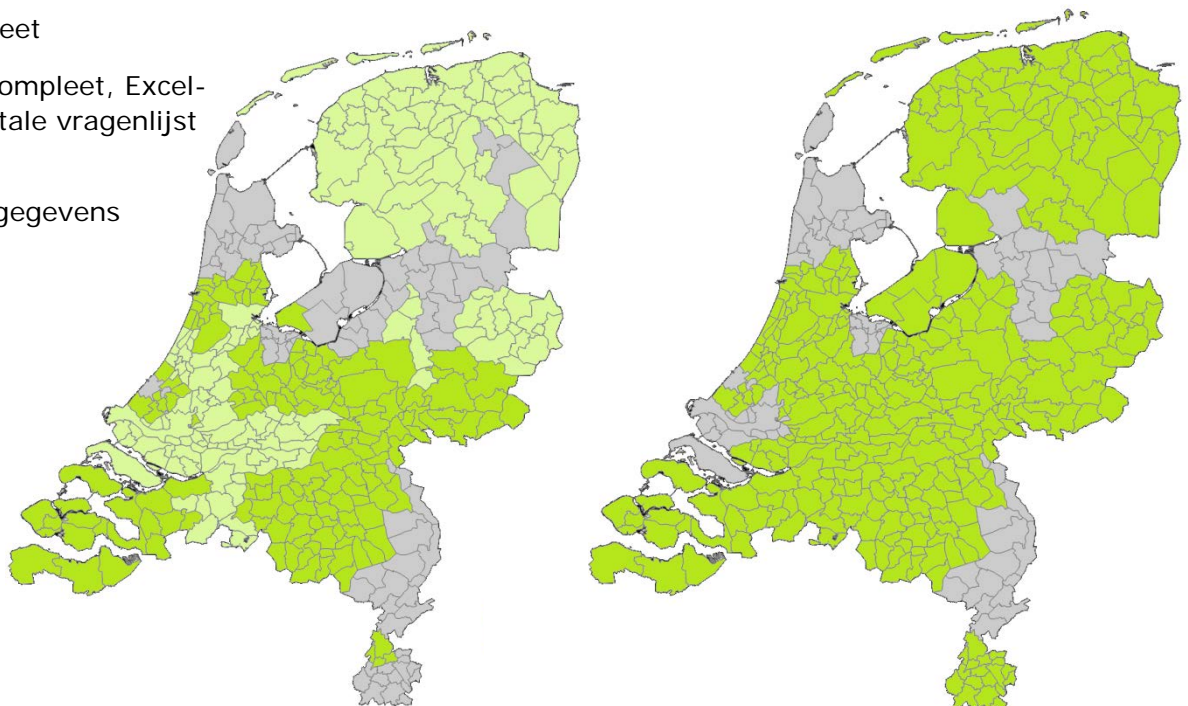
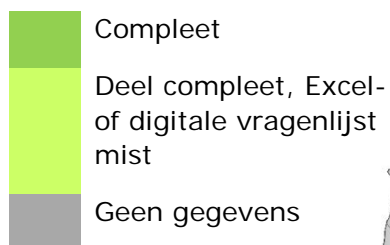


Figuur 6. A) JGZ-organisaties die JGZ integraal of JGZ voor 0-4 jarigen (zie ster) organiseren en B) JGZ-organisaties die JGZ integraal of JGZ voor 4-18 jarigen (zie ster) organiseren.



Figuur 7. Organisatievorm per gemeente, situatie juni 2017 (4).

Respons



A

B

Figuur 8. Respons van A) 0-4 en I-JGZ organisaties en B) 0-4 en 4-18 organisaties.

Weekendsprekuren:

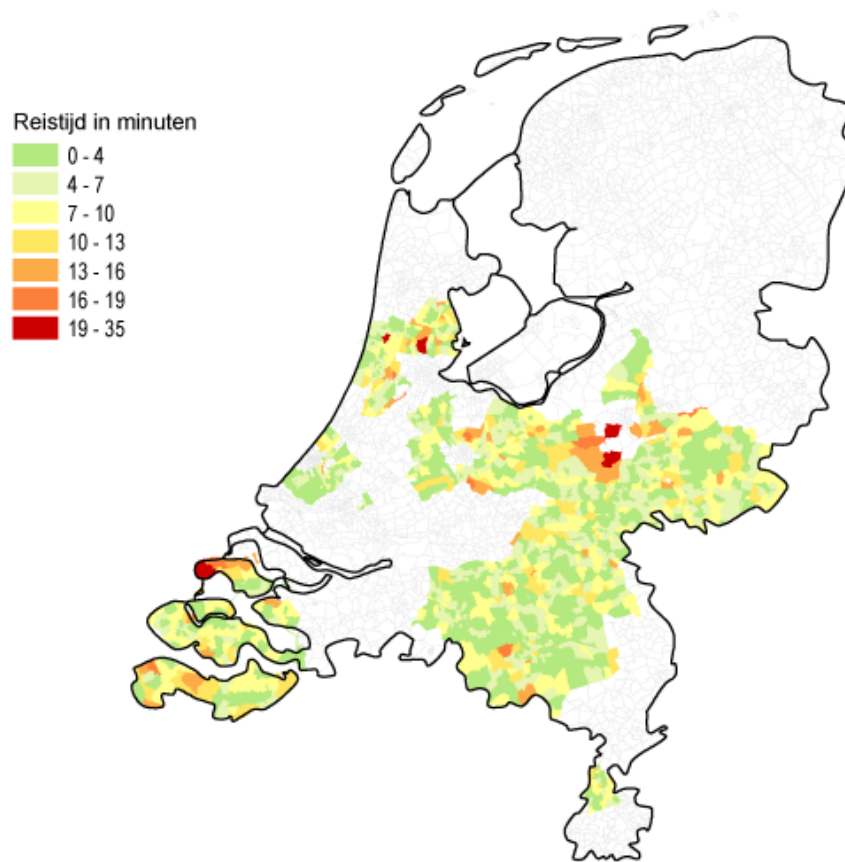
- Twee organisaties hebben een zaterdagbureau in één gemeente, respectievelijk 1 en 2 keer per maand. In één daarvan is dit spreekuur enkel toegankelijk voor gezinnen uit de gemeente.
- Eén organisatie biedt op 2 locaties één keer per maand een weekendsprekuren aan.
- Eén organisatie biedt 1x per maand een weekendbureau in de regio aan (op wisselende locatie, alleen op alle grote locaties).
- Eén organisatie heeft op 2 locaties een bureau op zaterdagochtend, maar stopt hiermee in 2018.

Spreekuren buiten kantooruren:

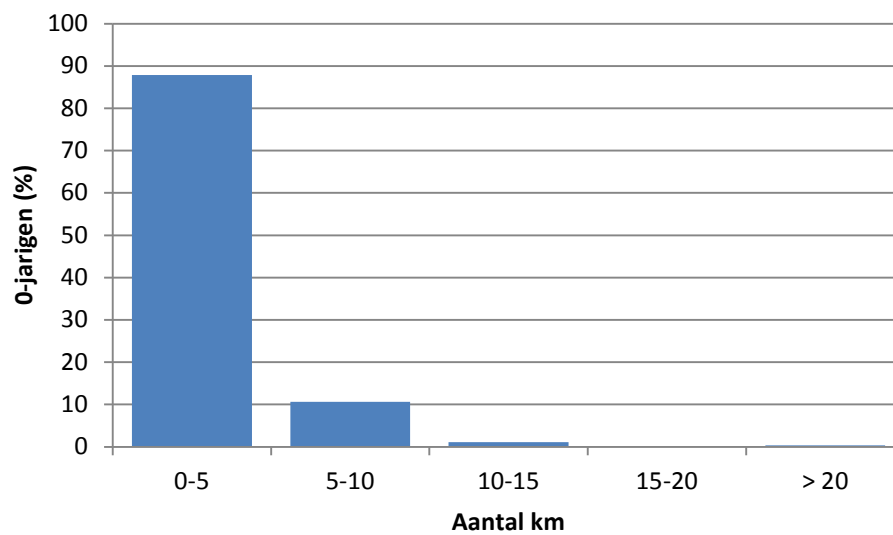
Spreekuren buiten kantooruren worden door elke organisatie anders aangeboden.

- Op 2 locaties een avondsprekuren, respectievelijk 1 keer per week en 1 keer per twee weken.
- Op alle grote locaties een avondsprekuren wisselend van locatie door de regio, er is 1 keer per maand een avondsprekuren in de regio.
- Op enkele locaties een avondbureau.
- Eén keer per maand een avondsprekuren, alleen bedoeld voor inwoners van de gemeente.
- Een avondbureau in 1x per twee weken.
- Op 3 locaties om de week een avondsprekuren.
- Op 2 locaties een avondsprekuren.

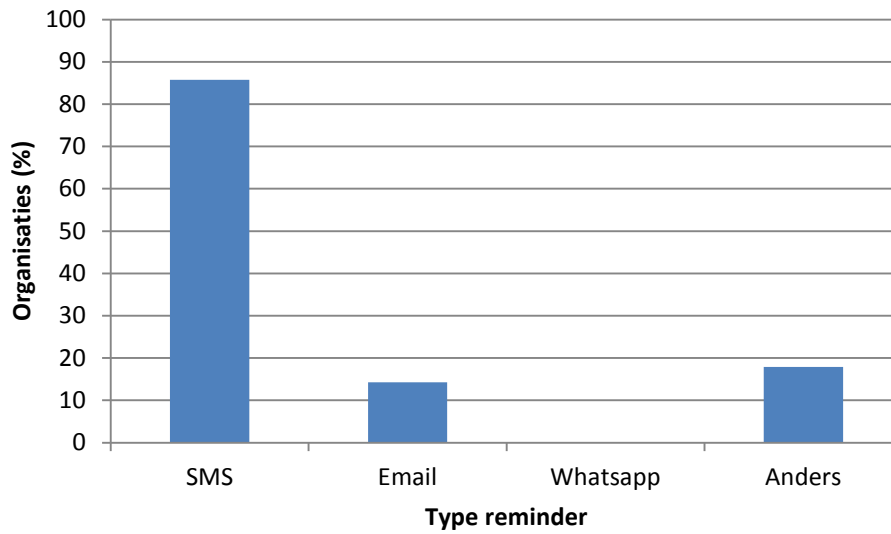
Figuur 9. Organisatie van weekend- en avondsprekuren van JGZ-organisaties in Nederland.



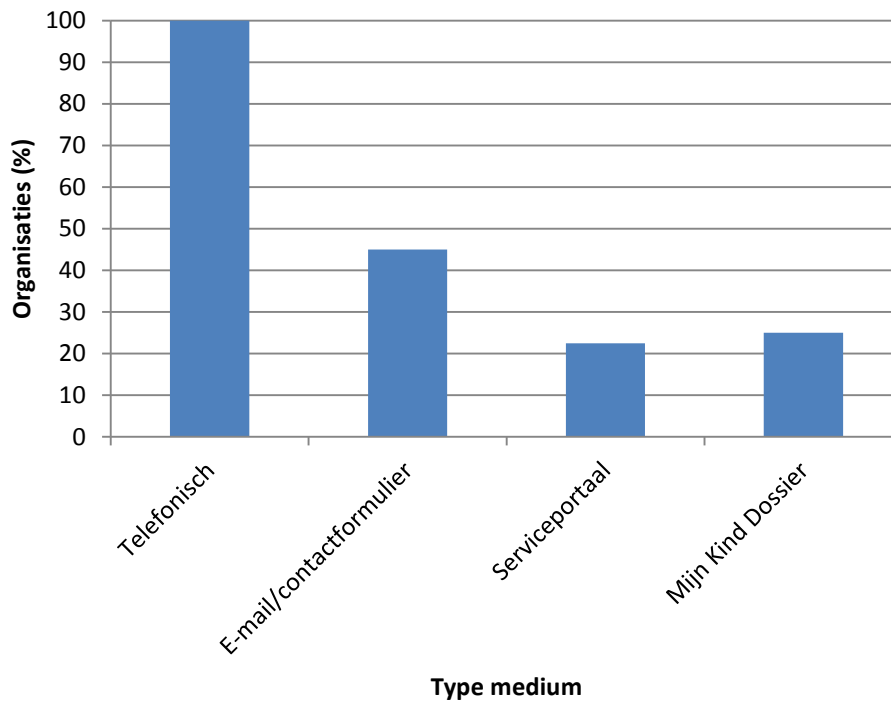
Figuur 10A. Reistijd (in minuten) per auto tot consultatiebureau in 2017.



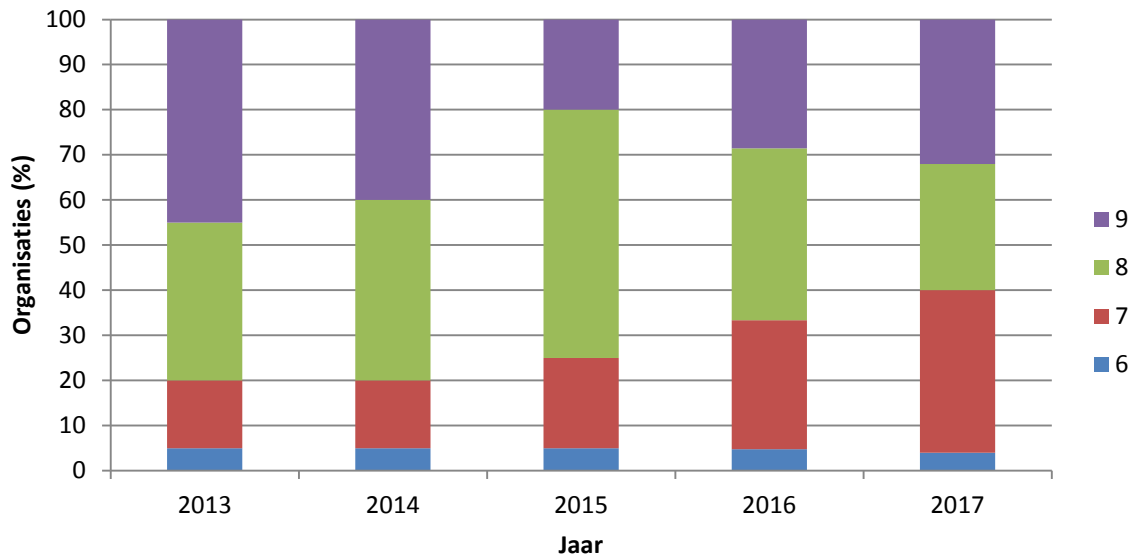
Figuur 10B. Afstand (in km) per auto tot consultatiebureau in 2017.



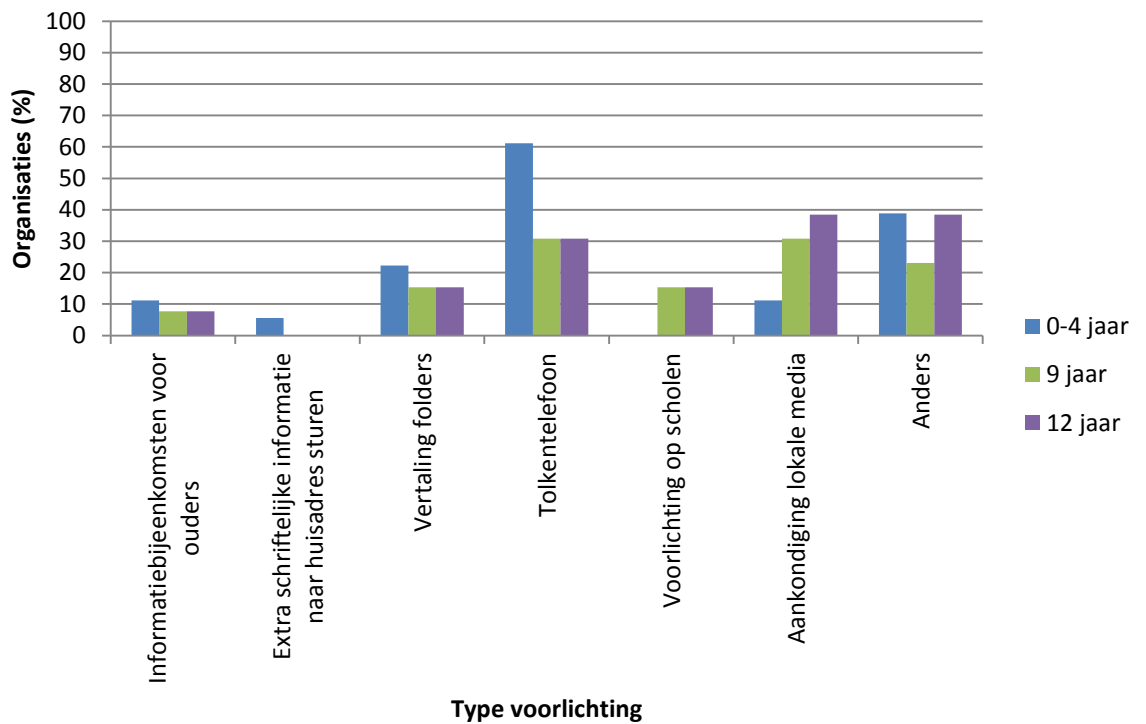
Figuur 11. Inzet van een reminder voor een afspraak op het consultatiebureau, naar type medium.



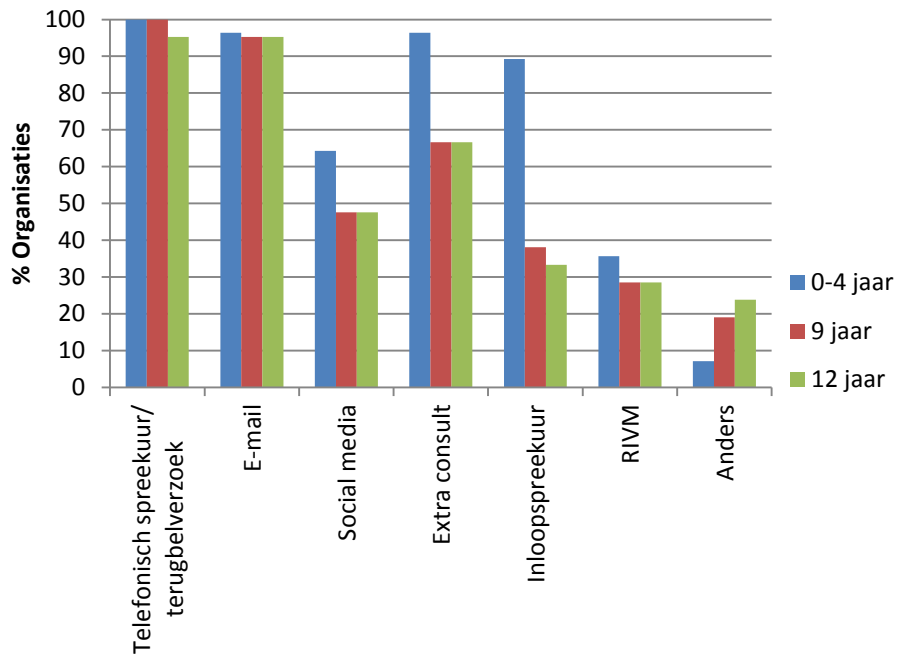
Figuur 12. Aangeboden mogelijkheden voor het maken of verzetten van een afspraak op het cb, naar type medium.



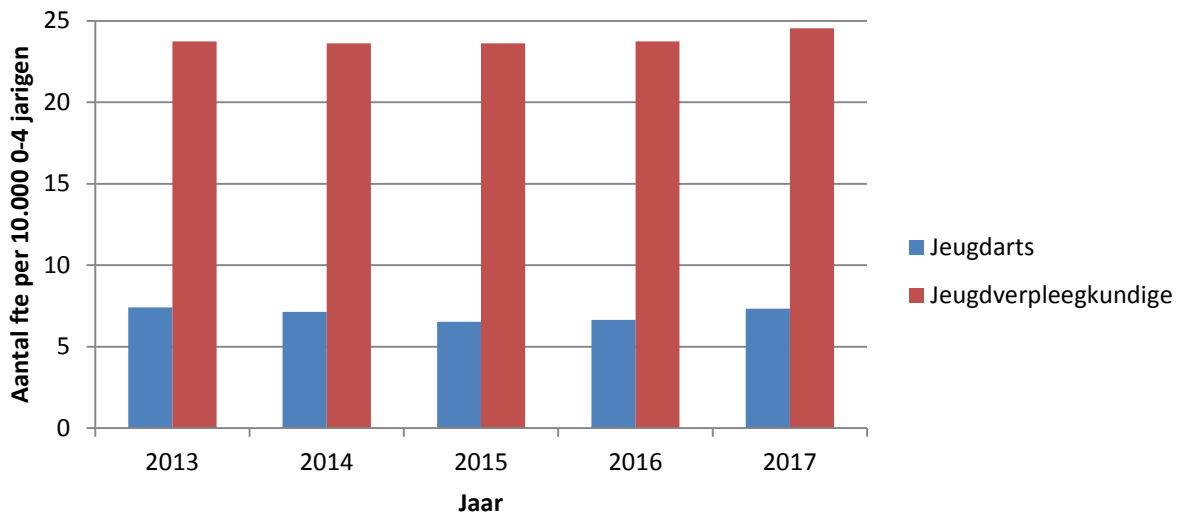
Figuur 13. Aantal contactmomenten op het consultatiebureau voor 0-jarigen aangeboden door JGZ-organisaties per jaar.



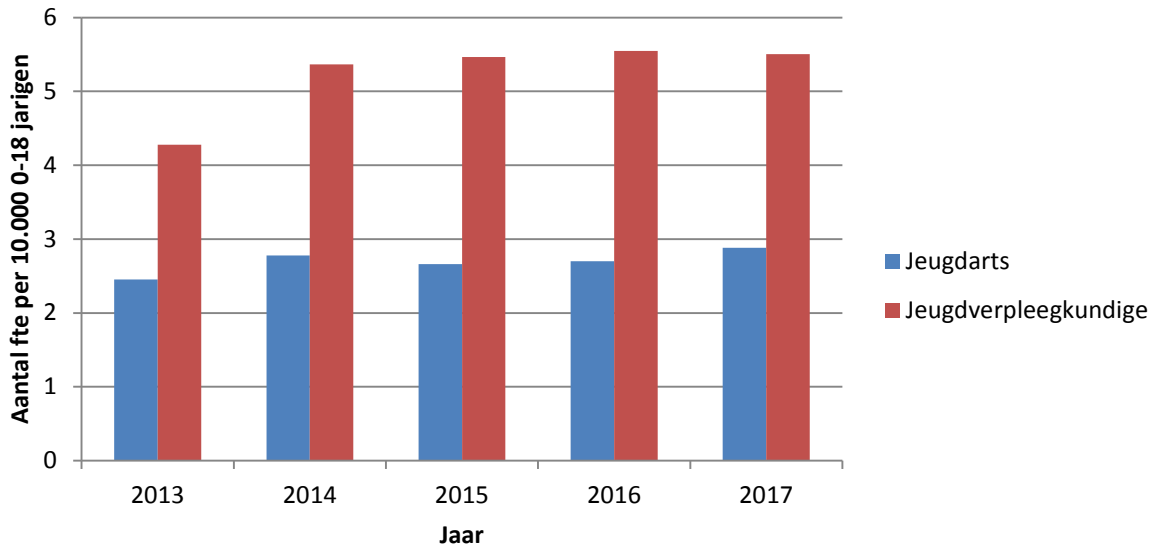
Figuur 14. Type extra voorlichting over het RVP dat wordt ingezet voor verschillende leeftijdsgroepen.



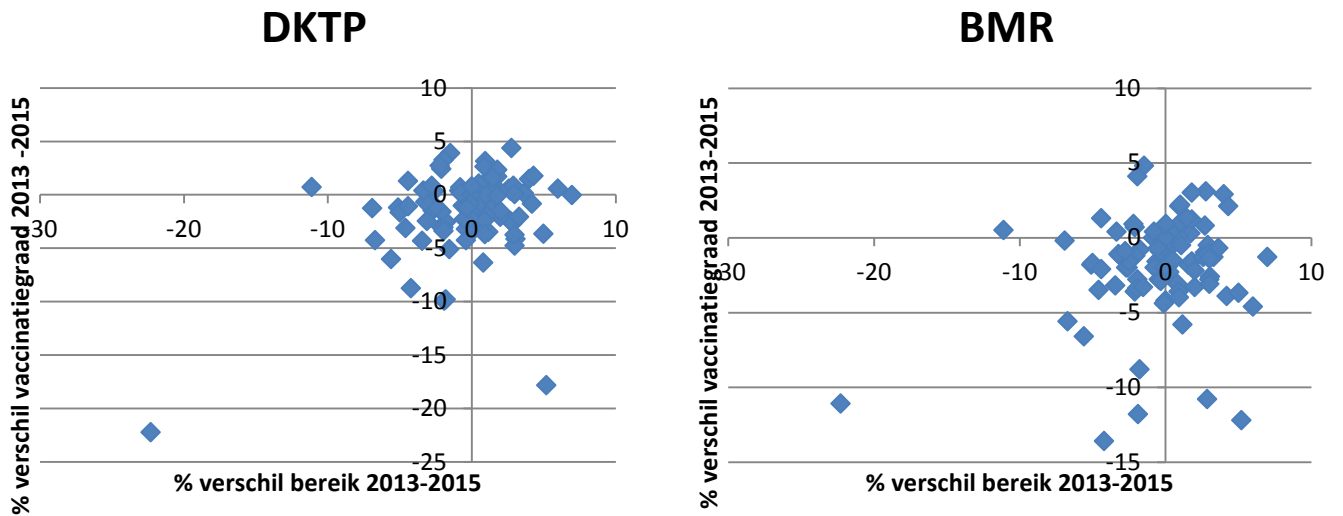
Figuur 15. Mogelijkheden voor het stellen van vragen over vaccinatie en het RVP voor verschillende leeftijdsgroepen.



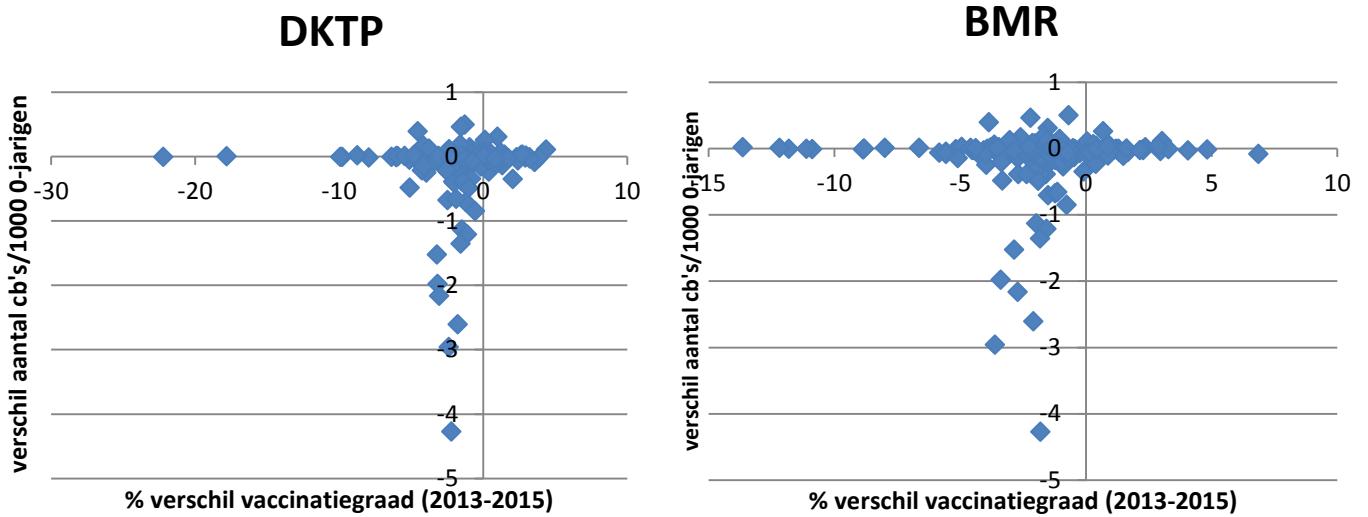
Figuur 16. Aantal fte's jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen per 10.000 0-4 jarigen.



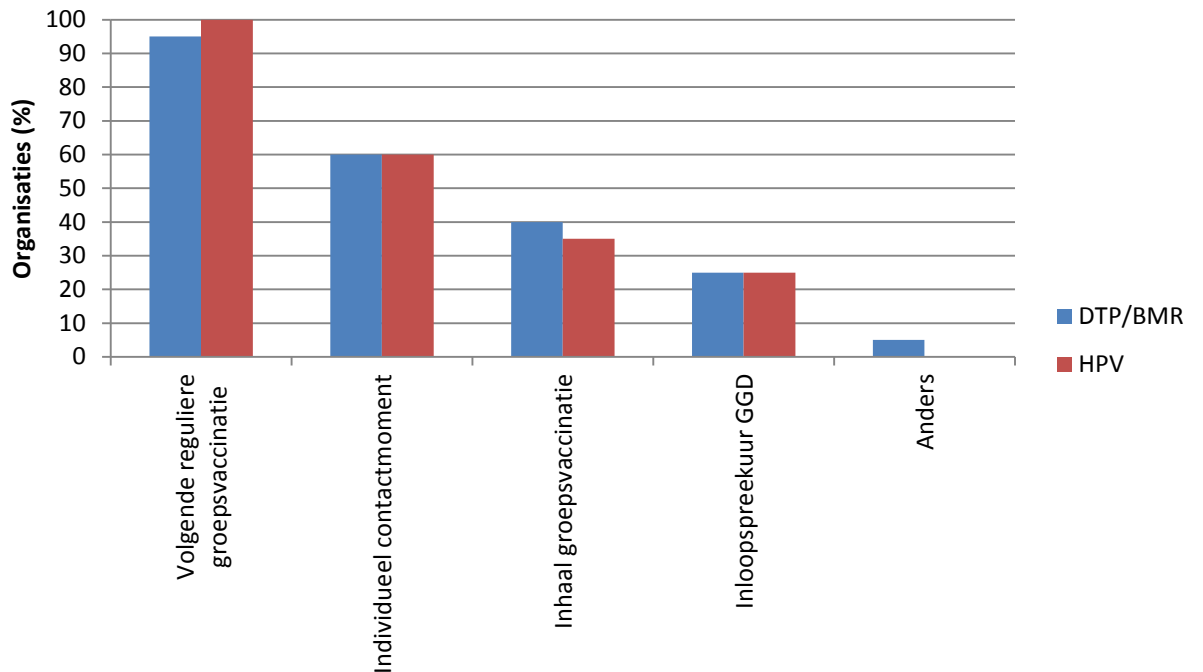
Figuur 17. Aantal fte's jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen per 10.000 0-18 jarigen.



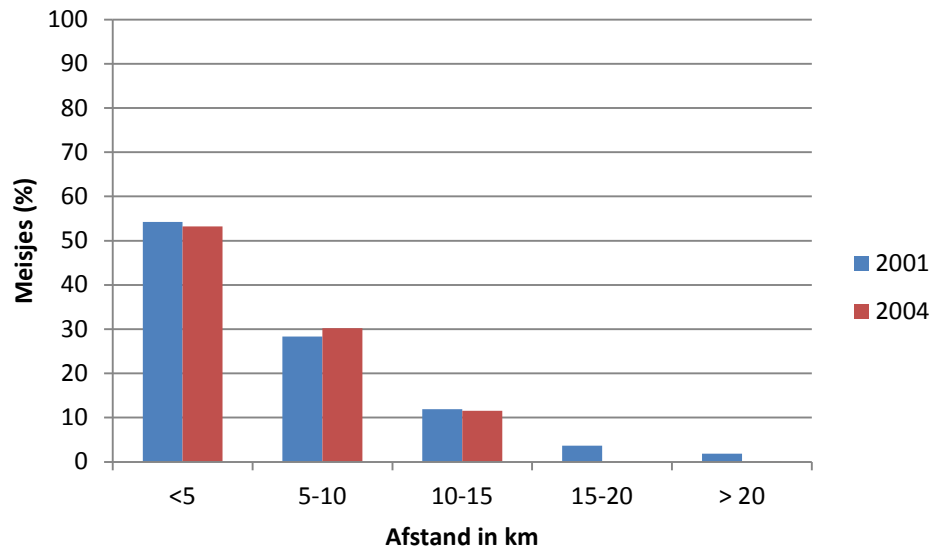
Figuur 18. Verschil vaccinatiegraad (cohort 2013-2015) vs. verschil bereik (2013-2015) voor DKTP basisimmuun (l) en BMR basisimmuun (r) op 2-jarige leeftijd.



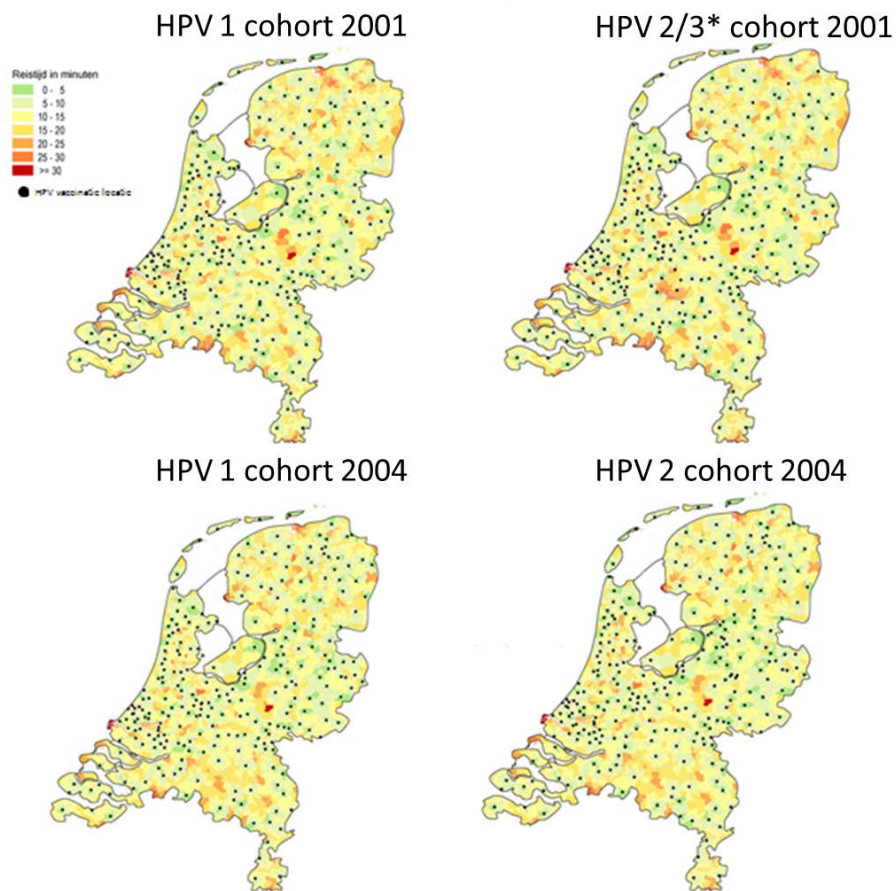
Figuur 19. Verschil vaccinatiegraad (cohort 2013-2015) vs. aantal cb's per 1000 0-jarigen (2013-2015) voor DKTP basisimmuun (l) en BMR basisimmuun (r).



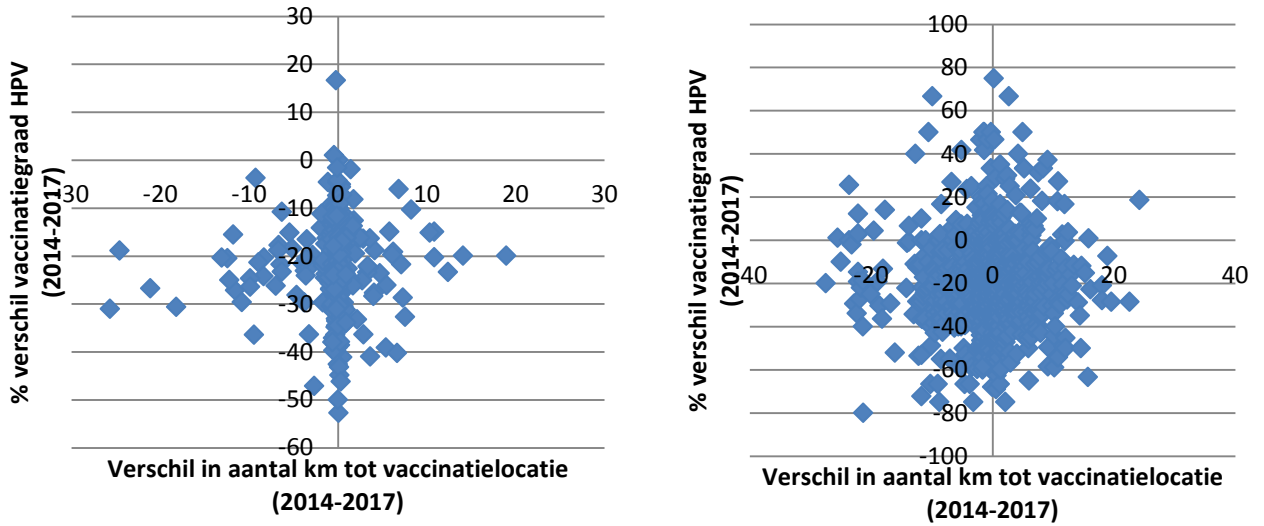
Figuur 20. Inhaal mogelijkheden voor DTP/BMR- en HPV-vaccinatie per organisatie.



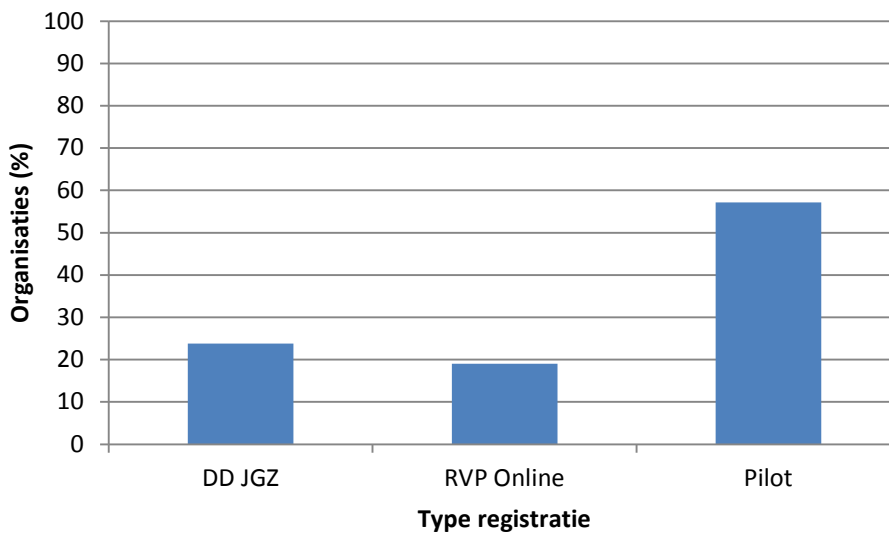
Figuur 21. Afstand (in km) per auto tot vaccinatielocatie van HPV-1 voor cohort 2001 en 2004.



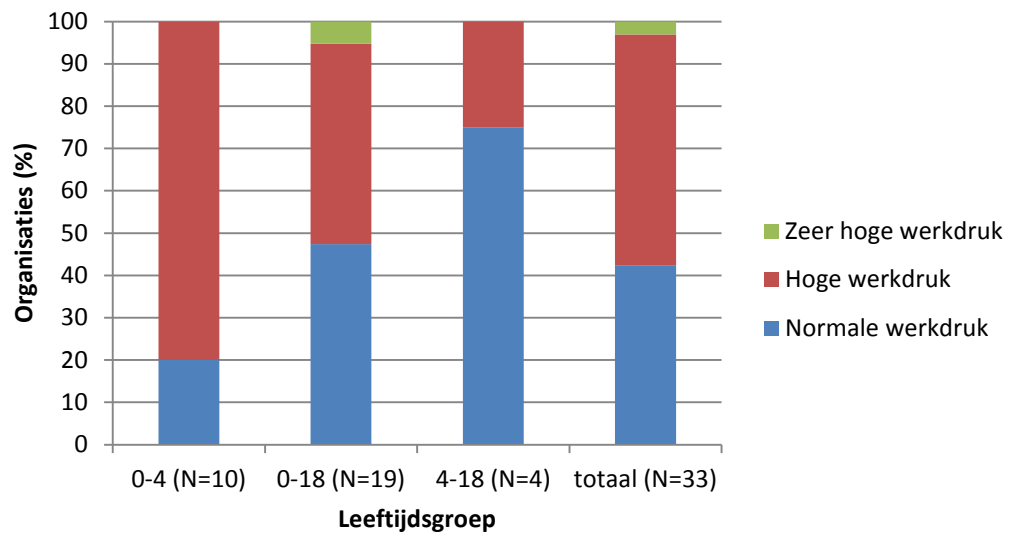
Figuur 22. Reistijd (in minuten) per auto tot HPV-vaccinatielocatie.
 *Er werden voor dit geboortecohort in sommige regio's nog 3 vaccinaties gegeven.



Figuur 23. Verschil vaccinatiegraad (cohort 2001-2004) vs. afstand tot vaccinatie locatie HPV (2014-2017) per gemeente (l) en per wijkcode (r).



Figuur 24. Wijze waarop vaccinaties worden geregistreerd, onderverdeeld in Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ), Rijksvaccinatieprogramma Online (RVP Online) en organisaties die in de pilot fase van DD JGZ zitten.



Figuur 25. Ervaren werkdruk naar leeftijdsgroep waarvoor organisatie JGZ organiseert en totaal.

Bijlage 2. Digitale vragenlijst onderzoek JGZ

1) Wie kunnen we het beste benaderen indien we vragen hebben naar aanleiding van de ingevulde vragenlijst?

Naam:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

2) Voor welke leeftijdsgroep verzorgt uw organisatie de jeugdgezondheidszorg (JGZ)?

- 0-4 jaar
- 4-18 jaar
- 0-18 jaar

3) Voor welke JGZ-organisatie bent u werkzaam?

De volgende vragen gaan over de personele inzet van uw organisatie.

Graag willen wij weten of de personele inzet binnen uw organisatie de afgelopen jaren is veranderd. De personele inzet kan van invloed zijn op de werkdruk, flexibiliteit (denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheid voor ouders om een gemist contactmoment op korte termijn in te halen) en het faciliteren van extra regionale voorlichting over het RVP. Ook is het van belang om te weten of de personele inzet van organisaties meegroeit, indien het aantal kinderen in de regio dat jeugdgezondheidszorg nodig heeft toeneemt.

4) Hoeveel jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten waren er in de afgelopen 5 jaar in uw organisatie werkzaam en hoeveel fte werk(t)en zij in totaal? Het gaat hierbij alleen om medewerkers/fte die specifiek werden ingezet voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Indien deze opsplitsing niet mogelijk is, kunt u dan het totaal voor alle jeugdartsen en -verpleegkundigen samen invullen?

	In 2013		In 2014		In 2015		In 2016		In 2017	
	Aantal	fte	Aantal	fte	Aantal	fte	Aantal	fte	Aantal	fte
Jeugdartsen										
Jeugdverpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten										
Totaal										

5) Is het aantal jeugdartsen/jeugdverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten (werkzaam voor de JGZ) binnen uw organisatie de afgelopen vijf jaar gedaald, gelijk gebleven of gestegen?

- Gedaald
- Gelijk gebleven
- Gestegen
- Weet ik niet

5a) Indien antwoord op vraag 5 is 'gestegen'.

Wat is/zijn de reden(en) voor de stijging van het aantal jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Meer financiële middelen
- Andere manier van organiseren
- Toename aantal kinderen in de regio
- Anders, namelijk...

5a) Indien antwoord op vraag 5 is 'gedaald'.

Wat is/zijn de reden(en) voor de daling van het aantal jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Gebrek aan financiële middelen
- Andere manier van organiseren
- Daling aantal kinderen in de regio
- Anders, namelijk...

6) Hoe wordt de huidige werkdruk binnen uw organisatie ervaren als het gaat om het uitvoeren van het RVP in uw regio en het beantwoorden van vragen van ouders hierover?

- Zeer hoge werkdruk
- Hoge werkdruk
- Normale werkdruk
- Lage werkdruk
- Zeer lage werkdruk

7) Heeft u nog opmerkingen en/of toelichtingen bij de vragen over de personele inzet van uw organisatie, dan kunt u deze hier vermelden.

De volgende vragen gaan over de contactmomenten voor 0-4 jarigen op het consultatiebureau.

Vanuit de JGZ zijn signalen gekomen dat het aantal contactmomenten is afgenomen. Een vermindering in het aantal contactmomenten kan er voor zorgen dat een kind eerder uit beeld raakt en inhaalmogelijkheden beperkter worden. Ook is het van belang in beeld te krijgen of kinderen na een gemist contactmoment op korte termijn opnieuw terecht kunnen en of er mogelijkheden zijn om in het weekend of door de week buiten kantooruren te vaccineren.

8) Hoeveel fysieke individuele contactmomenten werden er aangeboden voor 0-4 jarigen (graag invullen per leeftijdsgroep) in de afgelopen vijf jaar? Het gaat hier om alle contactmomenten op het consultatiebureau, dus niet enkel de vaccinatiemomenten. Indien het aantal contactmomenten in de loop van een jaar veranderd is, vermeld dan het aantal contactmomenten dat het grootste deel van het jaar is ingezet en vermeld deze wijziging bij de toelichting op deze vraag.

	In 2013	In 2014	In 2015	In 2016	In 2017
0-jarigen					
1-jarigen					
2-jarigen					
3-jarigen					

8a) Indien er de afgelopen vijf jaar een verandering is opgetreden in het aantal contactmomenten per leeftijdsgroep, wilt u hier toelichting geven op deze wijziging? Als u andere opmerkingen heeft over het aantal contactmomenten, dan kunt u deze hier ook kwijt.

9) Kunnen kinderen na een gemist vaccinatiemoment binnen twee weken terecht voor een inhaalconsult waarbij vaccinatie mogelijk is?:

- Ja, bij alle consultatiebureaus in het werkgebied van onze organisatie is dit mogelijk
- Ja, bij de meeste consultatiebureaus in het werkgebied van onze organisatie is dit mogelijk
- Ja, maar dit is slechts bij enkele consultatiebureaus in het werkgebied van onze organisatie mogelijk
- Nee, dit is in het werkgebied van onze organisatie niet mogelijk
- Weet ik niet/onbekend

10) Heeft u nog opmerkingen en/of toelichtingen bij de vorige vraag, dan kunt u deze hier vermelden.

11) Is het in het werkgebied van uw organisatie voor ouders mogelijk om in het weekend of door de week buiten kantooruren hun kind te laten vaccineren en zo ja, sinds welk jaar is dit mogelijk? U hoeft het jaar alleen in te vullen als deze optie ná 2012 is ingevoerd. Kies alleen voor nee als er in uw hele regio geen enkele mogelijkheid is om op deze momenten te vaccineren.

	Ja	Nee	Zo ja, wanneer ingevoerd?
In het weekend			
Door de weeks buiten kantooruren ('s ochtends vroeg of 's avonds)			

12) Indien antwoord op vraag 11 is 'ja'.

U heeft aangegeven dat het in uw regio mogelijk is om in het weekend of door de week buiten kantooruren te vaccineren. Kunt u hieronder omschrijven hoe dit in uw regio georganiseerd is? Denk hierbij aan: op welke locaties, op welke dagen/tijden, wordt deze optie standaard aangeboden of alleen indien een kind een regulier vaccinatiemoment gemist heeft etc.

De volgende vragen gaan over de organisatie van de DTP/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen.

De vaccinaties tegen DTP/BMR voor 9-jarigen en HPV voor 12-jarigen worden door JGZ-organisaties in verschillende settings aangeboden. Graag willen wij weten welke manieren van organiseren er worden gebruikt, en hoe vaccinaties kunnen worden ingehaald.

13) In welke setting worden de DTP/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen over het algemeen gegeven (meerdere antwoorden mogelijk) en sinds welk jaar wordt deze optie aangeboden? U hoeft het jaar alleen in te vullen als deze optie ná 2012 is ingevoerd. Indien er van verschillende settings gebruik wordt gemaakt binnen uw organisatie, wilt u dan na deze vraag toelichten waar en waarom?

	DTP/BMR-vaccinatie (9-jarigen)	HPV-vaccinatie (12-jarigen)	Zo ja, wanneer ingevoerd?
Groepsvaccinatie			
Individueel contactmoment			
Op scholen			
Anders, namelijk			

13a) Indien antwoord op vraag 13 is 'Anders, namelijk'.

U heeft aangegeven dat het halen van de DTP/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen ook op een andere manier wordt aangeboden. Kunt u hier toelichten op welke andere manier de vaccinatie(s) worden aangeboden en voor welke leeftijdsgroep dit wordt gedaan?

14) Vindt het vaccineren tegen DTP/BMR voor 9-jarigen en HPV voor 12-jarigen op hetzelfde moment en dezelfde locatie plaats?

- o Ja
- o Nee

14a) Indien antwoord op vraag 14 is 'Nee'.

U heeft aangegeven dat het vaccineren tegen DTP/BMR voor 9-jarigen en HPV voor 12-jarigen niet op hetzelfde moment en dezelfde locatie plaats vindt. Kunt u hier toelichten waarom hiervoor is gekozen?

15) Hoe kunnen de DTP/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen worden ingehaald na een gemist vaccinatiemoment (meerdere antwoorden mogelijk) en sinds welk jaar wordt deze optie aangeboden? U hoeft het jaar alleen in te vullen als deze optie ná 2012 is ingevoerd. Indien de organisatie van inhaalmomenten binnen uw regio verschilt tussen gemeenten, wilt u dan na deze vraag toelichten waar en waarom?

	DTP/BMR	HPV	Zo ja, wanneer ingevoerd?
Volgende reguliere groepsvaccinatie			
Individueel contactmoment			
Inhaal groepsvaccinatie (buiten reguliere groepsvaccinatie om, bijvoorbeeld inhaalspreekuren)			
Inloosspreekuur op GGD locatie			
Anders, namelijk...			

15a) Indien antwoord op vraag 15 is 'Anders, namelijk'.

U heeft aangegeven dat de DTP/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en/of de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen op een andere manier kan/kunnen worden ingehaald. Kunt u hier toelichten op welke manier deze inhaalmomenten worden aangeboden en sinds wanneer deze manier wordt aangeboden?

16) Heeft u nog opmerkingen en/of toelichtingen bij de vragen over inhaal mogelijkheden rond de DTP/BMR-vaccinatie voor 9-jarigen en de HPV-vaccinatie voor 12-jarigen, dan kunt u deze hier vermelden. Als er verschil is tussen gemeenten, wilt u dat hier dan verder toelichten?

De volgende vragen gaan over de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma.

Het Rijksvaccinatieprogramma wordt op verschillende manieren onder de aandacht gebracht, niet alleen landelijk maar ook regionaal. De JGZ-organisatie kan hier zelf ook een rol in spelen. Het is belangrijk in kaart te brengen welke extra voorlichting er over het RVP en vaccineren regionaal wordt aangeboden door de organisatie, op welke manier(en) ouders terecht kunnen met hun vragen over het RVP en vaccinaties en of er extra acties/interventies zijn geweest naar aanleiding van de dalende vaccinatiegraad.

17) Worden er naast de individuele voorlichting tijdens de reguliere contactmomenten en de publieksvoorlichting van het RIVM door uw organisatie extra middelen ingezet voor voorlichting over het Rijksvaccinatieprogramma? Denk hierbij bijvoorbeeld aan informatiebijeenkomsten voor ouders, vaccinatiespreekuren, voorlichting op scholen of tolkentelefoon.

- o Ja
- o Nee

17a) Indien antwoord op vraag 17 is 'Ja'.

Van welke vormen van voorlichting of extra middelen wordt gebruik gemaakt (meerdere antwoorden mogelijk) en sinds welk jaar wordt deze optie aangeboden? U hoeft het jaar alleen in te vullen als deze optie ná 2012 is ingevoerd. Als uw organisatie voor bepaalde leeftijdsgroepen de jeugdgezondheidszorg niet verzorgd kunt u 'Niet van toepassing' invullen.

	0-1 jarigen	2-4 jarigen	9- jarigen	12- jarigen	Zo ja, wanneer ingevoerd?
Informatiebijeenkomsten voor ouders					
Vaccinatiespreekuren					
Extra schriftelijke informatie naar huisadres sturen					
Vertaling folders					
Tolkentelefoon					
Voorlichting op scholen					
Aankondiging/bericht in de lokale media					
Niet van toepassing					
Anders, namelijk...					

17b) Indien antwoord op vraag 17a is 'Anders, namelijk'.

U heeft aangegeven dat er op een andere manier extra voorlichting en/of middelen worden ingezet om te informeren over het RVP. Kunt u hier toelichten welke extra voorlichting en/of middelen u gebruikt en sinds wanneer deze worden ingezet?

17a) Indien antwoord op vraag 17 is 'Nee'.

U heeft aangegeven dat er door uw organisatie geen extra voorlichting of middelen worden aangeboden om te informeren over het RVP. Kunt u hier aangeven waarom niet? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Wordt niet nodig geacht
- Andere prioriteiten
- Onvoldoende middelen
- Anders, namelijk

18) Heeft u nog opmerkingen en/of toelichtingen bij de vragen over extra voorlichting, dan kunt u deze hier vermelden.

19) Wordt er gebruik gemaakt van het versturen van een reminder voorafgaand aan een regulier contactmoment voor 0-4 jarigen via bijvoorbeeld SMS, WhatsApp of e-mail en sinds welk jaar wordt deze optie aangeboden? U hoeft het jaar alleen in te vullen als deze optie ná 2012 is ingevoerd.

	Ja	Nee	Zo ja, wanneer ingevoerd?
SMS			
WhatsApp			
E-mail			
Anders, namelijk...			

19a) Indien antwoord op vraag 19 is 'Anders, namelijk'.

U heeft aangegeven dat er op een andere manier reminders voorafgaand aan een regulier contactmoment worden verstuurd. Kunt u hier toelichten op welke manier dat wordt gedaan en sinds wanneer dit wordt uitgevoerd?

20) Heeft u nog opmerkingen en/of toelichtingen bij de vraag over reminders, dan kunt u deze hier vermelden.

21) Op welke manier kunnen ouders in uw regio buiten de gewone contactmomenten om, individuele vragen stellen specifiek over het RVP en/of vaccinaties (meerdere antwoorden mogelijk)? Als uw organisatie voor bepaalde leeftijdsgroepen de jeugdgezondheidszorg niet verzorgd kunt u 'Niet van toepassing' invullen.

	Zuigelingen (0-4 jaar)	9-jarigen (DTP/BMR)	12-jarigen (HPV)
Telefonisch spreekuur en/of terugbelverzoek			
E-mail			
Whatsapp/chat/facebook/twitter			
Extra consult			
Inloopsprekuren			
Hiervoor wordt verwezen naar het RIVM			
Niet van toepassing			
Anders, namelijk			

21a) Indien antwoord op vraag 21 is 'Anders, namelijk'.

U heeft aangegeven dat er op een andere manier individuele vragen gesteld kunnen worden over het RVP en/of vaccinaties. Kunt u hier toelichten op welke manier en voor welke leeftijdsgroep?

22) Hebben één of meerdere gemeenten in uw regio extra geld ter beschikking gesteld voor het uitvoeren van acties/interventies naar aanleiding van de dalende vaccinatiegraad?:

- o Ja
- o Nee

22a) Indien antwoord op vraag 22 is 'Ja'.

Hoe is (of wordt) dit extra geld besteed?

22b) Indien antwoord op vraag 22 is 'Ja'.

Zijn deze acties/interventies toegepast in alle gemeenten in uw regio?

- o Ja
- o Nee

22c) Indien antwoord op vraag 22b is 'Nee'.

In welke gemeenten zijn deze acties/interventies toegepast?

23) Heeft u nog opmerkingen en/of toelichtingen bij de vorige vraag, dan kunt u deze hier vermelden.

De volgende vragen gaan over de vaccinatiegraad ofwel de mate van deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma.

24) Komt de vaccinatiegraad in uw regio zoals gerapporteerd in het jaarlijkse vaccinatiegraadrapport van het RIVM over het algemeen overeen met de vaccinatiegraad zoals geregistreerd door uw eigen organisatie?

- o Ja
- o Nee
- o Weet ik niet/dit hebben we niet berekend

24a) Indien antwoord op vraag 24 is 'Nee'.

Waarin verschilt de vaccinatiegraad tussen het jaarlijkse vaccinatiegraadrapport en uw eigen registratie en wat zou een mogelijke oorzaak van dit verschil kunnen zijn?

25) Heeft u nog opmerkingen en/of toelichtingen bij de vorige vraag, dan kunt u deze hier vermelden.

26) Wat zijn volgens de medewerkers van uw organisatie de belangrijkste reden(en) voor het dalen van de (landelijke) vaccinatiegraad?

27) Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van dit onderzoek of de vragenlijst?

Hartelijk dank voor uw deelname!

Bijlage 3. Excel vragenlijst onderzoek JGZ

Voorbeeld GGD Hollands-Noorden

In onderstaande tabel kunt u invullen hoeveel kinderen er in uw regio worden bereikt. Het gaat hierbij om het percentage kinderen dat minimaal 4 contactmomenten heeft gehad op het consultatiebureau in het eerste levensjaar. In de lichtblauwe cellen kunt u het totale bereik voor uw organisatie invullen en daaronder, indien deze gegevens beschikbaar zijn, per gemeente.

Mocht u deze informatie op een andere manier digitaal aan kunnen leveren, bijvoorbeeld in een eigen overzicht of Excel-bestand, dan is dit uiteraard ook mogelijk. U hoeft dit werkblad dan niet in te vullen. Het bestand kunt u dan mailen naar franke.quee@rivm.nl.

		Welk percentage kinderen in uw regio heeft minimaal 4 contactmomenten op het consultatiebureau gehad in het 1e levensjaar?				
		2013	2014	2015	2016	2017
	GGD Hollands Noorden					
Gemeente	Alkmaar					
	Bergen					
	Castricum					
	Den Helder					
	Drechterland					
	Enkhuizen					
	Heerhugowaard					
	Heiloo					
	Hollands Kroon					
	Hoorn					
	Koggenland					
	Langedijk					
	Medemblik					
	Opmeer					
	Schagen					
Stede Broec						
Texel						

GGD Hollands-Noorden

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van de consultatiebureaus in uw eigen regio. Zou u willen nagaan of deze lijst compleet is en, indien dit niet het geval is, de lijst willen aanvullen? Indien u iets wijzigt of weghaalt in de lijst, zou u dit dan willen markeren, zodat wij gemakkelijk kunnen zien wat er veranderd is? Indien er in een plaats meerdere consultatiebureaus zijn, is het adres toegevoegd.

In kolom H kunt u invullen hoeveel dagdelen elk consultatiebureau geopend is. Eén dagdeel beslaat een ochtend of middag. Als het consultatiebureau de gehele dag geopend is, telt u dit als 2 dagdelen. Een consultatiebureau dat vijf dagen de gehele dag geopend is, is dus 10 dagdelen per week open.

Daarnaast zouden wij graag willen weten welke consultatiebureaus voor welke postcodegebieden verantwoordelijk zijn (in te vullen vanaf kolom I). Bijvoorbeeld, een kind woonachtig in postcodegebied XXXX wordt uitgenodigd op consultatiebureau YZ. Indien uw organisatie niet met postcodegebieden werkt, maar op basis van een ander gegeven (woonkernen, woonplaatsen), kunt u dat ook invullen. Zou u per postcode, woonkern of woonplaats een aparte cel willen gebruiken?

Mocht u deze informatie op een andere manier aan kunnen leveren, bijvoorbeeld in een eigen overzicht of Excel-bestand, dan is dit uiteraard ook mogelijk. U hoeft de (postcode)gebieden dan niet over te typen. Het bestand kunt u dan mailen naar franke.quee@rivm.nl.

Gemeente	Naam consultatiebureau	Plaats	Adres	Postcode		Hoeveel dagdelen per week is het consultatiebureau geopend voor contactmomenten?	Voor welke postcodegebieden is dit consultatiebureau verantwoordelijk (4-cijferig)?								
Alkmaar	CB Arubastraat	Alkmaar	Merwedestraat 4	1825	PV										
Alkmaar	CB Merwedestraat	Alkmaar	Arubastraat 2	1823	VK										
Alkmaar	CB Van Alphenstraat	Alkmaar	Van Alphenstraat 9	1813	KG										
Alkmaar	CB De Rijk	De Rijk		1483	VR										
Alkmaar	CB Schermer	Schermerhorn		1636	XE										
Bergen	CB Bergen	Bergen		1861	JW										
Bergen	CB Egmond aan de Hoef	Egmond aan den Hoef		1934	CP										
Castricum	CB Castricum	Castricum		1902	CB										
Den Helder	CB Bernardplein	Den Helder	Bernhardplein 76F	1781	HK										
Den Helder	CB Texelstroomlaan	Den Helder	Texelstroomlaan 5	1784	EA										

Gemeente	Naam consultatiebureau	Plaats	Adres	Postcode		Hoeveel dagdelen per week is het consultatiebureau geopend voor contactmomenten?	Voor welke postcode-gebieden is dit consultatiebureau verantwoordelijk (4-cijferig)?													
Den Helder	CB Middelzand	Julianadorp		1788	ES															
Drechterland	CB Hoogkarspel	Hoogkarspel		1616	PR															
Drechterland	CB Venhuizen	Venhuizen		1606	BW															
Enkhuizen	CB Enkhuizen	Enkhuizen		1602	PV															
Heerhugowaard	CB Heerhugowaard	Heerhugowaard		1703	EZ															
Heiloo	CB Heiloo	Heiloo		1851	KK															
Hollands Kroon	CB Anna Paulowna	Anna Paulowna		1761	VM															
Hollands Kroon	CB Middenmeer	Middenmeer		1775	AW															
Hollands Kroon	CB Nieuwe Niedorp	Nieuwe Niedorp		1733	AX															
Hoorn	CB De Akkerwinde	Zwaag		1689	NT															
Hoorn	CB Maelsonstraat	Hoorn	Maelsonstraat 11	1624	NP															
Hoorn	CB Betje Wolffplein	Hoorn	Betje Wolffplein 170	1628	NV															
Koggenland	CB Obdam	Obdam		1713	TG															
Langedijk	CB Zuid Scharwoude	Zuid-Scharwoude		1722	KA															
Medemblik	CB Medemblik	Medemblik		1671	CR															
Medemblik	CB Wervershoof	Wevershoof		1693	EK															
Medemblik	CB Andijk	Andijk		1619	CA															
Medemblik	CB Abbekerk	Abbekerk		1657	AH															
Medemblik	CB Wognum	Wognum		1687	RA															
Opmeer	CB Spanbroek	Spanbroek		1715	VA															
Schagen	CB Schagen	Schagen		1741	NA															
Schagen	CB Warmenhuizen	Warmenhuizen		1749	AM															
Stede Broec	CB Stede Broec	Grootebroek		1613	SJ															
Texel	CB Texel	Den Burg		1791	AT															

Bijlage 4. Tabel 6 Vaccinatiegraad per organisatorisch aspect voor DKTP primaire serie (1jr) en DKTP/BMR-basisimmuun (2jr)

Tabel 6. Vaccinatiegraad per organisatorisch aspect voor DKTP primaire serie (1jr) en DKTP/BMR-basisimmuun (2jr).

Geboortecohort	DKTP primaire serie (1jr)					BMR basisimmuun (2jr)					DKTP basisimmuun (2jr)					
	2013	2014	2015	2016	Vershil 2013- 2015	2013	2014	2015	2016	Vershil 2013- 2015	2013	2014	2015	2016	Vershil 2013- 2015	
Aantal aangeboden contactmoment en in eerste levensjaar																
	Aantal organisaties															
6	1	95,1	94,6	93,6	94,5	-1,6	94,4	93,7	93,4	74,6	-1,0	93,6	93,1	92,5	91,3	-1,1
7	3	96,7	95,7	94,9	95,2	-1,8	95,8	95,0	94,9	72,8	-0,9	95,2	94,6	94,0	91,6	-1,2
8	4	95,2	94,4	93,6	94,4	-1,6	94,6	93,2	93,4	72,8	-1,1	94,0	93,1	92,3	90,3	-1,7
9	4	95,4	94,9	93,5	94,5	-1,9	94,9	93,9	93,6	73,8	-1,3	93,9	93,4	92,7	90,9	-1,2
Gebruik reminders																
Ja	9	95,5	94,9	93,7	94,7	-1,8	94,6	93,8	94,6	71,7	-1,0	94,0	93,4	92,6	91,5	-1,4
Nee	20	95,3	94,6	93,7	94,3	-1,7	94,3	93,2	93,2	72,3	-1,1	94,0	93,2	92,4	90,5	-1,6
Contactmoment en buiten kantooruren of in het weekend																
Ja	4	96,2	95,8	94,7	95,3	-1,5	95,6	94,9	94,6	71,7	-1,0	94,5	94,2	93,3	91,6	-1,2

		DKTP primaire serie (1jr)					BMR basisimmuun (2jr)					DKTP basisimmuun (2jr)				
Nee	25	95,1	94,3	93,3	94,0	-1,7	94,3	93,2	93,2	72,3	-1,1	93,8	93,0	92,2	90,3	-1,6
Extra voorlichting																
Ja	17	95,6	94,9	93,5	94,2	-1,6	94,9	93,8	93,8	72,2	-1,0	94,1	93,4	92,7	90,7	-1,4
Nee	12	94,9	94,3	93,2	93,9	-1,7	94,6	93,5	93,4	72,6	-1,2	93,7	93,0	92,0	90,4	-1,7
Tolkentelefoon																
Ja	11	95,2	94,6	93,5	94,2	-1,7	94,6	93,5	93,4	72,6	-1,1	93,6	92,9	92,2	90,0	-1,4
Nee	18	95,4	94,7	93,8	94,4	-1,6	94,6	93,7	93,6	71,9	-1,1	94,2	93,5	92,6	91,0	-1,6
Vertalen folders																
Ja	4	96,4	95,6	94,7	95,0	-1,7	95,8	94,8	94,8	73,0	-0,9	95,0	94,4	93,9	91,4	-1,0
Nee	25	95,2	94,5	93,5	94,2	-1,7	94,4	93,4	93,3	72,1	-1,1	93,8	93,1	92,2	90,5	-1,6
Vaccinatiespr ek																
Ja	3	95,4	94,7	93,6	94,6	-1,8	94,7	93,6	93,8	72,6	-0,9	93,5	92,8	92,1	90,0	-1,5
Nee	26	95,3	94,6	93,7	94,2	-1,6	94,6	93,6	93,4	72,2	-1,2	94,1	93,4	92,6	90,8	-1,6

*GGD Hollands Midden is in deze analyse meegenomen als 'Nee', maar vraag was niet ingevuld.

Bijlage 5. Tabel 9. Vaccinatiegraad per organisatorisch aspect voor HPV (14jr).

Tabel 9. Vaccinatiegraad per organisatorisch aspect voor HPV (14jr).

Geboortecohort		2001	2002	2003	2004	Verskil 2001-2003
Inhaalgroepsvaccinatie	Aantal organisaties					
Ja	8	59,5	53,1	48,3	39,1	-11,2
Nee	15	61,9	53,9	49,9	40,7	-12,0
Alleen inhaalbaarheid op volgende groepsvaccinatie						
Ja	3	63,4	51,1	48,3	39,9	-15,1
Nee	20	60,8	53,9	49,5	40,3	-11,3
Extra voorlichting						
Ja	13	63,0	55,5	50,7	41,5	-12,3
Nee	10	59,6	52,1	48,4	39,2	-11,2
Aankondiging media						
Ja	4	65,1	56,1	50,9	41,7	-14,3
Nee	19	60,4	53,2	49,2	40,0	-11,3
Voorlichting op school						
Ja	2	55,7	49,5	44,6	36,1	-11,0
Nee	21	61,7	58,1	49,9	40,7	-11,8
Tolkentelefoon						
Wel	4	64,8	55,9	49,5	41,6	-15,4
Niet	19	60,6	53,3	49,4	40,0	-11,2

*GGD Hollands Midden is in deze analyse meegenomen als 'Nee', maar vraag was niet ingevuld.

Erratum bij rapport 2018-0111 "Geen relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten met betrekking tot vaccineren binnen de jeugdgezondheidszorg en ontwikkeling in aantal gevaccineerden 2013-2017"

1) *Het gemiddelde bereik in de periode 2013-2016 was niet correct, dit resulteerde in de volgende wijzigingen:*

Publiekssamenvatting

In de tweede alinea regel 11 moet de zin "Het aantal kinderen dat een consultatiebureau bezocht was in 2016 iets lager dan in 2015" worden "Het aantal kinderen dat een consultatiebureau bezocht is vergelijkbaar over de periode 2013-2016".

Synopsis

In de tweede alinea regel 10 moet de zin "The number of children who came to the child health clinics was slightly lower in 2016 than in 2015" worden "The number of children who came to the child health clinics was similar over the period 2013-2016".

Samenvatting

In de derde alinea regel 1 moet de zin "Op basis van 13 JGZ-organisaties verantwoordelijk voor 124 gemeenten is het bereik voor zuigelingen hoog in de periode 2013-2015 (95,2-95,3%) en licht gedaald in 2016 (94,5%)" worden "Op basis van 9 JGZ-organisaties verantwoordelijk voor 92 gemeenten is het bereik voor zuigelingen hoog over de hele periode 2013-2016 (94,9-95,2%)".

Paragraaf 4.2.1 Is er een verschil in bereik?

In regel 1 moet de zin "Het gemiddelde bereik lijkt in de periode 2013-2015 constant gebleven en is licht gedaald in 2016 (Tabel 4) zijn "Het gemiddelde bereik lijkt over de hele periode 2013-2016 constant gebleven".

Tweede alinea regel 8 voor de laatste zin "Van 6 organisaties waren geen bereik gegevens beschikbaar" moet de zin "Drie organisaties hadden alleen bereikgegevens op organisatieniveau en niet op gemeenteniveau en dat varieerde van 97 tot 99%" toegevoegd worden.

In tabel 4 hieronder staan de nieuwe cijfers voor het gemiddelde bereik voor dat jaar.

Tabel 4. Bereik 2013-2016 berekend op basis van 9 organisaties verantwoordelijk voor 92 gemeenten.

Jaar	Gemiddeld bereik* (%)	Min-Max (%)
2013	95,1	87,9-100
2014	95,0	86,3-100
2015	95,2	77,7-100
2016	94,9	85,4 -100

*Minimaal 4 contactmomenten op het cb in het 1^e levensjaar

Hoofdstuk 5. Discussie en Conclusie

In de eerste alinea in de vierde zin moet verwijderd worden: "bereik licht gedaald van 2015 naar 2016".

2) De cijfers voor de daling in vaccinatiegraad voor deelnemende en niet-deelnemende organisaties voor de verschillende vaccinaties waren niet correct. Dit resulteerde in de volgende wijziging:

Paragraaf 4.1 Respons

In tabel 3 hieronder staan de nieuwe cijfers voor daling in vaccinatiegraad voor deelnemende en niet-deelnemende organisaties en voor de verschillende vaccinatietoestanden.

Tabel 3. Daling vaccinatiegraad wél (n=35) en niet (n=8) deelnemende organisaties

Geboortecohort	Daling vaccinatiegraad deelname (%)	Daling vaccinatiegraad geen deelname (%)
DKTP basisimmuun (cohort 2013-2015)	-1,5	-1,6
BMR basisimmuun (cohort 2013-2015)	-1,2	-1,1
HPV volledige immunisatie (cohort 2001-2003)	-11,7	-12,9

3) De correlatiecoëfficiënten en het aantal gemeenten meegenomen in de berekening waren niet correct. Dit resulteerde in de volgende wijzigingen:

Paragraaf 4.2.6/4.3.5 Is er een relatie tussen veranderingen in organisatorische aspecten van de JGZ en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad?

In de tabel 5 en 8 hieronder staan de juiste cijfers voor de correlatiecoëfficiënten voor verschil in bereik vs. verschil in vaccinatiegraad voor DKTP en BMR en aantal gemeenten waarvoor dit berekend is. In figuur 18 hieronder (Bijlage 1) zijn de verschillen in vaccinatiegraad en bereik weergegeven, hierin is Vlieland niet meer meegenomen omdat dit een outlier betrof.

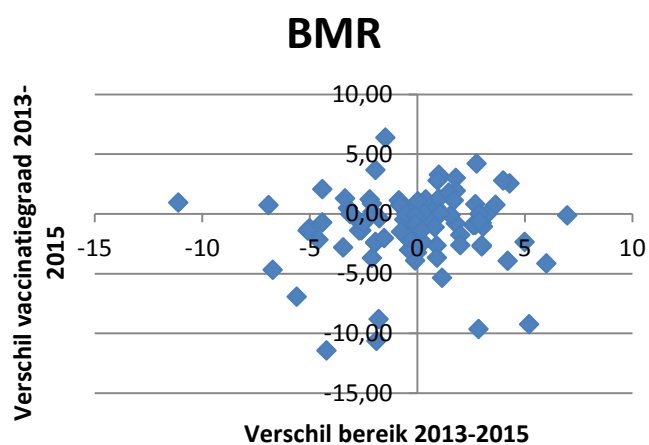
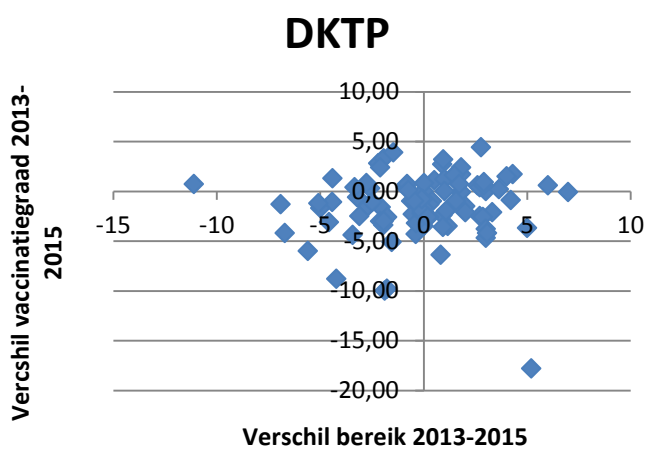
Tabel 5. Correlatie tussen verandering in organisatorisch aspect en de ontwikkeling van de vaccinatiegraad van DKTP/BMR basisimmuun (2 jr).

	Aantal organisaties (gemeenten)	Correlatiecoëfficiënt
Vershil bereik vs. verschil vaccinatiegraad (2013-2015)	9 (90)	DKTP = 0,05* BMR = 0,05*
Vershil cb-dichtheid vs. verschil vaccinatiegraad (2013-2015)	13 (187)	DKTP = 0,04 BMR = 0,05

*Vlieland als outlier geëxcludeerd in berekening correlatiecoëfficiënt verschil bereik vs. verschil vaccinatiegraad

Tabel 8. Correlatie tussen de afstand tot HPV-vaccinatie locatie en de vaccinatiegraad van HPV volledige immunisatie (14 jr).

	Aantal organisaties (gemeenten)	Correlatiecoëfficiënt
Verschil afstand tot HPV vaccinatie locatie vs. verschil vaccinatiegraad HPV (2014-2017)	29 (378)	Per 4-pc = -0,0067 Per gemeente = -0,04072



Figuur 18. Verschil vaccinatiegraad (cohort 2013-2015) vs. verschil bereik (2013-2015) voor DKTP basisimmuun (l) en BMR basisimmuun (r) op 2-jarige leeftijd.

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag