



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Kennisnotitie**

## **Verkenning RSV-immunisatie in het eerste levensjaar**

***Verkenning van scenario's voor de uitvoering***

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

T 088 689 89 89

**Auteurs:**

ES/IS/LH

**Centrum:**

Infectieziektenbestrijding  
Landelijke Coördinatie  
Infectieziektenbestrijding

**Contact:**

Jeanne-Marie Hament

**Kenmerk:**

KN-2024-0046

**DOI:**

10.21945/RIVM-KN-2024-  
0046

**Datum:** 20-09-2024

## Samenvatting

Naar aanleiding van het GR advies 'Immunisatie tegen RSV in het eerste levensjaar' en op verzoek van VWS heeft het RIVM onderzocht wat de rol kan zijn van verschillende uitvoerders voor de RSV-immunisatie. Met verschillende potentiële uitvoerende partijen zijn hiertoe verkennende gesprekken gevoerd naar haalbaarheid en wenselijkheid van een actieve rol in de uitvoering. Onderstaande tabel geeft een visuele representatie van de opbrengst van de gesprekken.

	Uitvoeringsroute	Bereikbaarheid	Voorlichting	Vaccinvoorziening	Uitvoering/toediening	Bijscholing	Registratie	Financiering	Juridische borging	Voorkeur om zelf uit te voeren
Primaire doelgroep	Neonatale hielprik- en gehoorscreening	1	3	1	3	3	2	2	3	3-
	Jeugdgezondheidszorg	2	2	1	2	1	2	3	1	1+
	Verloskundig zorgverleners*	1	1	1	2	2	3	3	3	2+/-
	Huisartsen	3	3	3	2	2	3	3	3	3-
	Kinderartsen	3	3	1	1	1	3	3	3	3-
Secundaire doelgroep	Neonatale hielprik- en gehoorscreening	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Jeugdgezondheidszorg	1	1	1	2	1	2	3	1	1+
	Verloskundig zorgverleners	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Huisartsen	2	3	3	2	2	3	3	3	3-
	Kinderartsen	/	/	/	/	/	/	/	/	/

**1 Groen:** aspect dat beperkte inzet/aanpassing vereist, wat relatief eenvoudig te realiseren lijkt;

**2 Oranje:** aspect dat substantiële inzet/aanpassing vereist om te realiseren;

**3 Rood:** aspect waarvoor veel bezwaren en/of uitdagingen worden gezien om te realiseren.

\*Met verloskundig zorgverleners wordt een combinatie van gynaecologen en verloskundigen bedoeld.

Aan de hand van deze opbrengst is tijdens een gezamenlijke bijeenkomst met alle potentiële uitvoerende partijen de volgende aanbeveling voor uitvoeringsscenario's voor RSV-immunisatie in het eerste levensjaar vastgesteld:

Voor zowel de primaire als de secundaire doelgroep bevelen de veldpartijen een uitvoeringsroute aan waarbij de verloskundig zorgverleners en de jeugdgezondheidszorg samen een rol in de voorlichting nemen en waarbij de jeugdgezondheidszorg de immunisatie toedient.

De belangrijkste randvoorwaarden hierbij zijn dat voor het inregelen van deze uitvoeringsscenario's voldoende tijd en financiële middelen vereist zijn.

## **Inleiding**

### **Aanleiding**

Op 14 februari 2024 heeft de Gezondheidsraad (GR) aan de staatssecretaris van VWS een [advies](#) aangeboden over het immuniseren van kinderen tegen het respiratoir syncytieel virus (RSV) in hun eerste levensjaar. De raad adviseert om op korte termijn alle kinderen in hun eerste levensjaar via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) bescherming aan te bieden tegen RSV. Zij kunnen beschermd worden tegen RSV door ze antistoffen toe te dienen (immunisatie). Een andere manier om ze te beschermen is vaccinatie van zwangeren. De raad heeft de voorkeur voor het toedienen van antistoffen (nirsevimab) vanwege een aantal redenen, o.a. omdat op die manier meer kinderen beschermd kunnen worden dan met de vaccinatie van zwangeren.

Omdat RSV seizoensgebonden circuleert en nirsevimab een beperkte beschermingsduur heeft, is de timing van het aanbod belangrijk. De GR geeft aan dat daarom een tweeledige immunisatie strategie is vereist. Ten eerste hebben kinderen die vlak voor of tijdens het RSV-seizoen geboren worden, het meeste baat bij nirsevimab als dat kort na geboorte toegediend wordt (binnen uiterlijk twee weken). Ten tweede valt bij kinderen die na het RSV-seizoen worden geboren, de meeste gezondheidswinst te behalen als nirsevimab vlak voor het RSV-seizoen gegeven wordt.

Er is nog geen bestaande infrastructuur om kinderen binnen twee weken na de geboorte nirsevimab te geven. De GR is zich bewust van de impact die het zal hebben om een nieuwe infrastructuur op te zetten. Het is belangrijk dat dit goed ingeregeld wordt om kinderen tijdig te kunnen beschermen tegen RSV-infectie. De raad doet daarom de aanbeveling om te onderzoeken wat de rol kan zijn van verschillende uitvoerders, zoals verloskundigen en de jeugdgezondheidszorg.

Naar aanleiding van het GR advies heeft het ministerie van VWS aan het RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) de opdracht gegeven om te verkennen wat mogelijke uitvoeringsscenario's voor de RSV-immunisatie zijn. Dit om zo snel mogelijk opdracht te kunnen geven om de implementatie te kunnen voorbereiden en uit te voeren.

### **Doel verkenning**

Ophalen bij potentiële uitvoerende partijen:

1. Wat de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen zijn van (een) uitvoeringsscenario('s) binnen hun eigen partij, en
2. Welke mogelijke uitvoeringsscenario's zij bij voorkeur voor zich zouden zien,

en op basis hiervan een breed gedragen aanbeveling doen voor uitvoeringsscenario's voor RSV-immunisatie.

### **Aanpak verkenning**

#### **Proces verkenning**

In de periode april-juni 2024 is er contact gezocht met beroepsverenigingen en/of brancheorganisaties van zorgverleners die in contact zijn met zwangeren en pasgeborenen en de potentie hebben om de RSV-immunisatie uit te voeren. Ook is contact gezocht met betrokkenen bij de neonatale hieprikscreening (NHS) en neonatale gehoorscreening (NGS) waarvan de landelijke regie bij het RIVM-Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) ligt.

Ten eerste zijn 1-op-1 gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van elk van de potentiële uitvoerende partijen. Vervolgens is tijdens een gezamenlijke bijeenkomst met alle relevante veldpartijen de opbrengst van de 1-op-1 gesprekken teruggekoppeld waar een aantal uitvoeringsscenario's voor beide doelgroepen uit is voortgekomen die

gepresenteerd en besproken zijn. Vanuit deze opbrengst is een breed gedragen aanbeveling voor voorkeursuitvoeringsscenario's tot stand gekomen. Daarbij is ook rekening gehouden welke randvoorwaarden de individuele veldpartijen nodig hebben om hun (potentiële) rol goed uit te voeren. Om de randvoorwaarden vervolgens te realiseren zijn in de voorbereidende fase van het implementatieproces gesprekken nodig tussen de veldpartijen en VWS, maar ook met het RIVM. In dit rapport wordt de opbrengst van de 1-op-1 gesprekken en de uitkomst van de gezamenlijke bijeenkomst weergegeven.

### **Potentiële uitvoerende partijen**

Voor de verkenning is een selectie gemaakt van zorgverlenende partijen die contactmomenten hebben met zwangeren en/of pasgeborenen. Onderstaande partijen zijn betrokken:

- Neonatale hielprik- en gehoorscreening (NHS en NGS)
- Jeugdgezondheidszorg (JGZ) brancheorganisaties: GGD GHOR Nederland, ActiZ
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, jeugdverpleegkundigen (V&VN)
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging voor Infectiebestrijding (NVIB), werkgroep artsen vaccinatiezorg (WAV)

### **Kaders voor verkenning**

Kaders uit in het GR-advies die de scope van de verkenning bepalen zijn:

- De verkenning focust op immunisatie met de antistof nirsevimab,
- De immunisatie wordt standaard aangeboden in het eerste levensjaar via het RVP,
- De immunisatiestrategie is tweeledig:
  - voor de primaire doelgroep moet de antistof toegediend worden binnen twee weken na de geboorte,
  - voor de secundaire doelgroep moet de antistof toegediend worden vlak voor het RSV-seizoen.

#### *Primaire doelgroep*

Hierbij gaat het om zuigelingen geboren vlak voor of tijdens het RSV-seizoen. Grenzen van het RSV-seizoen en een exacte definitie voor de primaire doelgroep moeten nog nader worden bepaald i.s.m. de afdeling Epidemiologie van het RIVM-CIb. Grofweg omvat de primaire doelgroep iets meer dan de helft van het aantal kinderen dat per jaar geboren wordt (bron: CBS 2024).

#### *Secundaire doelgroep (jaarlijkse catch-up)*

Hierbij gaat het om baby's onder de leeftijd van 1 jaar die geboren zijn buiten het RSV-seizoen, maar hun eerste RSV-seizoen ingaan. Grenzen van het RSV-seizoen en een exacte definitie voor de secundaire doelgroep moeten nog nader worden bepaald i.s.m. de RIVM-CIb afdeling Epidemiologie. Grofweg omvat de secundaire doelgroep iets minder dan de helft van het aantal kinderen dat per jaar geboren wordt (bron: CBS 2024).

### **Leidraad verkennende 1-op-1 gesprekken**

Er is verkend wat voor (een) mogelijk(e) uitvoeringsscenario('s) binnen de eigen partij de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen zijn. Dit is gedaan aan de hand van een aantal uitvoeringsaspecten die een rol spelen in het te verwachten primaire proces:

- Bereikbaarheid, waarmee het volgende wordt bedoeld:
  - Kan de doelgroep goed bereikt worden?
  - Is de priklocatie voldoende bereikbaar en toegankelijk voor ouders met een zuigeling of baby en is daarmee de partij haalbaar en logisch?
- Publieksvoorlichting, waarmee het volgende wordt bedoeld:
  - Kan voorlichting en informatievoorziening goed worden gegeven aan aanstaande ouders of zijn er (ook) andere partijen nodig?
  - Zijn er aandachtspunten voor publieksvoorlichting?
- 'Vaccinvoorziening', waarmee het volgende wordt bedoeld:
  - Hoe kan de distributie worden ingeregeld?
  - Kan de cold-chain goed worden geborgd?
- Toediening (uitvoering), waarmee het volgende wordt bedoeld:
  - Is er bevoegd/bekwaam personeel om de immunisatie uit te voeren?
  - Is er voldoende bevoegd/bekwaam personeel?
- Bijscholing/deskundigheidsbevordering, waarmee het volgende wordt bedoeld:
  - Wat is er nodig is het bijscholen van zorgverleners over deze immunisatie?
  - Zijn er aandachtspunten voor de bijscholing?
- Registratie
  - Is er al een registratiesysteem waarin de immunisatie geregistreerd kan worden en/of wat is er (extra) nodig om registratie in te richten?
  - Wat is er nodig om uitwisseling van informatie met het RIVM te realiseren, o.a. met het oog op monitorings- en evaluatiedoelstellingen?
- Financiering
  - Zijn er bestaande financieringsroutes die we kunnen gebruiken of moet er een nieuwe route worden ingeregeld?
  - Worden er belemmeringen gezien om tijdig tot afspraken over vergoeding te komen?
- Juridische borging
  - Staat de huidige wetgeving uitvoering in de weg?
  - Zijn er andere juridische aandachtspunten?

Ook is aan de partijen gevraagd welke uitvoeringsscenario(s) zij voor zich zien, los van de eigen partij/organisatie. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen een uitvoerende rol in de voorlichting en een uitvoerende rol in de toediening. Bij verschillende partijen is ook getoetst voor welke uitvoeringsroute draagvlak was.

## Resultaat 1-op-1 gesprekken

Vanuit de gesprekken zijn een aantal hoofdbevindingen gekomen:

### Neonatale hielprik- en gehoorscreening (NHS/NGS) – RIVM

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten zijn besproken voor de **primaire doelgroep**. De secundaire doelgroep is niet met hen besproken omdat er vanuit de NHS/NGS-infrastructuur met deze doelgroep geen contact is.

#### *Bereikbaarheid*

- De NHS/NGS wordt in de eerste week na geboorte via een huisbezoek uitgevoerd.
- Het bereik van de NHS/NGS is zeer groot (deelnamegraad ~99%).
- Combineren van RSV-immunisatie met NHS/NGS brengt mogelijk ongewenste risico's voor de deelnamegraad en gezondheidswinst NHS/NGS met zich mee.

### *Publieksvoorlichting*

- Ruim voor de geboorte zullen ouders moeten worden voorgelicht over RSV-immunisatie.
- De NHS/NGS heeft geen contactmomenten voor de geboorte.
- Voorlichting via de verloskundig zorgverleners lijkt logisch, in lijn met maternale vaccinaties, ook gezien contactmomenten en vertrouwensband.

### *Vaccinvoorziening*

- Screeners zijn meestal werkzaam bij jeugdgezondheidszorg (JGZ)-organisaties, distributie en borging van de cold-chain kan dan via JGZ-organisaties lopen. Die zijn daar goed op ingericht.
- Er zal een nieuw werkproces moeten worden ingericht.

### *Uitvoering/toediening*

- Screeners zijn conform wet BIG niet bevoegd en bekwaam om te immuniseren.
- Voor NHS/NGS is er geen arts (op de achtergrond) aanwezig om te superviseren of contra-indicaties te stellen, een vereiste die wel aan een immunisatie wordt gesteld.

### *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*

- Het is niet mogelijk om met bijscholing/deskundigheidsbevordering te realiseren dat screeners bevoegd en (zelfstandig) bekwaam worden. In totaal gaat het om ~1000 screeners.

### *Registratie*

- Omdat screeners meestal werkzaam zijn bij JGZ-organisaties zou het mogelijk gemaakt kunnen worden dat er geregistreerd kan worden in de DD JGZ systemen.
- De DD JGZ systemen zijn gekoppeld aan de centrale vaccinatie database Praeventis bij RIVM.

### *Financiering*

- Er zou gebruik gemaakt kunnen worden van de financieringsroutes die al voor de NHS/NGS of RVP zijn bij de JGZ.
- Uitvoeringstarief moet uiteraard nog worden bepaald.

### *Juridische borging*

- Wet BIG is een belemmering voor deze uitvoeringsroute.

### *Conclusie*

Een aantal uitvoeringsaspecten die zijn ingeregeld voor de NHS/NGS zouden heel goed aansluiten op wat er nodig is voor de uitvoering van de RSV-immunisatie. Er zijn echter ook een aantal belemmeringen: screeners zijn niet bevoegd voor deze handeling, en mogelijke risico's voor de doelmatigheid van de NHS/NGS die moeten worden voorkomen. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door VZ, toediening JGZ, voor beide doelgroepen.

## **Jeugdgezondheidszorg (JGZ) – brancheorganisaties (GGD GHOR Nederland en ActiZ)**

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten zijn besproken voor **zowel de primaire als de secundaire doelgroep**. Waar dat relevant is staat expliciet benoemd wanneer iets betrekking heeft op één van beide doelgroepen.

### *Bereikbaarheid*

- De JGZ is dé expert op het gebied van vaccinaties en voert het Rijksvaccinatieprogramma uit. Het bereik daarvan is zeer groot.
- De JGZ voert in de meeste regio's rond twee weken na geboorte huisbezoeken uit, maar heeft hierin geen uniforme werkwijze en/of fysiek contactmoment. Om

dat te realiseren zijn substantiële aanpassingen nodig die tijd, capaciteit en financiële middelen vragen.

- Voor de secundaire doelgroep zou er wel (gedeeltelijk) gebruik kunnen worden gemaakt van bestaande contactmomenten.

#### *Publieksvoorlichting*

- De JGZ kan een belangrijke rol spelen in de voorlichting van (aanstaande) ouders. Het moment van de maternale vaccinaties, die door de JGZ worden toegediend, is hiervoor geschikt.
- Omdat een deel (~30%) van de zwangere de maternale kinkhoestvaccinatie niet haalt, is aanvullende voorlichting - bijvoorbeeld via verloskundig zorgverleners - vereist. Een folder geven is niet afdoende.
- Doelgroeponderzoek wordt aanbevolen om inzicht te krijgen in wie de voorlichting moet geven en deze vorm te geven.

#### *Vaccinvoorziening*

- Er bestaat bij JGZ-organisaties een goede systematiek voor vaccindistributie en borging van de cold-chain van vaccins. RSV specifieke aanpassingen hierop zijn nodig, wat investering en implementatietijd vraagt.
- Voor toediening tijdens huisbezoeken zal een nieuw werkproces moeten worden ingericht.

#### *Uitvoering/toediening*

- Binnen de JGZ is er bevoegd en bekwaam personeel om de immunisatie uit te voeren.
- Er is sprake van personeelstekort en krapte op de arbeidsmarkt, dat vormt een uitdaging.
- Er zal moeten worden uitgezocht wat nodig is m.b.t. het stellen van contra-indicaties. Dit gebeurt op dit moment door de JGZ-arts tijdens het eerste consult op het consultatiebureau en niet binnen twee weken na geboorte. De vraag is of er eerst beoordeling door een jeugdarts nodig is voordat de immunisatie toegediend mag worden door de jeugdverpleegkundige.

#### *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*

- Beperkte bijscholing is vereist bij de JGZ.

#### *Registratie*

- De DD JGZ systemen, die gekoppeld zijn aan de centrale vaccinatie database Praeventis bij RIVM, kunnen worden gebruikt voor de registratie.
- Het aanpassen van de DD JGZ systemen is complex (met verschillende ketenpartners) en er zijn lange doorlooptijden (van enkele jaren) aan verbonden.

#### *Financiering*

- Er kan gebruik worden gemaakt van de financieringsroute die al voor het RVP bij de JGZ aanwezig is.
- Afspraken over een uitvoeringstarief en implementatiekosten moeten worden gemaakt. Uitdagingen worden hierin voorzien.

#### *Juridische borging*

- In de wet is geborgd dat de JGZ het RVP uitvoert. Er moet worden uitgezocht of immunisatie juridisch ook onder het RVP valt.
- In de implementatieperiode is volgens huidige werkwijzes nog geen sprake van borging in de wet. Terwijl goede en tijdige wettelijke borging van RSV-immunisatie binnen het RVP nodig is voor registratie-aanpassingen en financiering. Er moet worden uitgezocht hoe hiermee kan worden omgegaan.

#### *Conclusie*

De JGZ-branchorganisaties zien voor de JGZ een belangrijke rol in de voorlichting en uitvoering van de RSV-immunisatie. Dit vereist wel substantiële aanpassingen en

(implementatie)tijd - zeker voor de primaire doelgroep - en er zal moeten worden voldaan wordt aan een aantal randvoorwaarden om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door VZ en JGZ, toediening JGZ, voor beide doelgroepen.

### **Jeugdgezondheidszorg (JGZ) – AJN**

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten zijn besproken voor **zowel de primaire als de secundaire doelgroep**. Waar dat relevant is staat expliciet benoemd wanneer iets betrekking heeft op één van beide doelgroepen.

#### *Bereikbaarheid*

- De JGZ is hét expertisecentrum op het gebied van kindervaccinaties en voert het RVP uit. Het bereik is zeer groot.
- De JGZ heeft een contactmoment rond twee weken na geboorte, maar elke organisatie vult dit moment zelf in. Een uniform fysiek contactmoment binnen twee weken na geboorte kan worden ingeregeld, dat vereist wel capaciteit en financiële middelen.
- Voor de secundaire doelgroep moet worden onderzocht of bestaande consulten kunnen worden gebruikt of extra (inloop)sprekuren worden gepland op het consultatiebureau.

#### *Publieksvoorlichting*

- De JGZ kan een belangrijke rol spelen in de voorlichting van (aanstaande) ouders. Het moment van de maternale vaccinaties, die door de JGZ worden toegediend, is hiervoor geschikt.
- Omdat een deel (~30%) van de zwangere de maternale vaccinaties niet haalt, is aanvullende voorlichting via verloskundig zorgverleners vereist.
- Zorgvuldige en duidelijke communicatie is nodig, met o.a. aandacht voor het onderscheid tussen immunisatie en vaccinatie.

#### *Vaccinvoorziening*

- De huidige route van RIVM naar JGZ-organisaties kan gebruikt worden. Er zullen aanpassingen en voorbereidingen nodig zijn, die mogelijk vragen om additionele financiële middelen.
- Voor huisbezoeken zullen medewerkers een koelbox mee moeten nemen. Een nieuw werkproces moet worden ingericht.

#### *Uitvoering/toediening*

- Er is bevoegd en bekwaam personeel om de immunisatie uit te voeren.
- Dit vergt mogelijk wel extra capaciteit, wat een uitdaging vormt.
- Er zal moeten worden uitgezocht wat nodig is m.b.t. het stellen van contra-indicaties door een arts alvorens de immunisatie wordt toegediend.

#### *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*

- Er is beperkte bijscholing voor JGZ-medewerkers vereist.

#### *Registratie*

- De DD JGZ systemen, die gekoppeld zijn aan de centrale vaccinatie database Praeventis bij RIVM, kan worden gebruikt voor de registratie. Deze systemen behoeven wel aanpassing.
- Het is de ervaring dat aanpassingen in DD JGZ systemen veel tijd kosten, door betrokkenheid en afhankelijk van meerdere externe partijen.

#### *Conclusie*

De AJN vindt de JGZ de logische partij om de immunisatie uit te voeren. De JGZ is dé expert op het gebied van kindervaccinaties en het is een pre om alle vaccinaties onder één dak uit te voeren. De huidige infrastructuur is echter niet toereikend om alle



kinderen op korte termijn al bescherming aan te bieden. Aanpassingen vergen tijd, capaciteit en financiële middelen, wat met name geldt voor de primaire doelgroep. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door VZ en JGZ, toediening JGZ, voor beide doelgroepen

### **Jeugdgezondheidszorg (JGZ) – V&VN-jeugdverpleegkundigen**

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten zijn besproken voor **zowel de primaire als de secundaire doelgroep**. Waar dat relevant is staat expliciet benoemd wanneer iets betrekking heeft op één van beide doelgroepen.

#### *Bereikbaarheid*

- Het bereik van de JGZ is zeer groot. RSV-immunisatie past bij de kerntaak van de JGZ.
- Voor de primaire doelgroep moet veel ingeregeld worden. Er kan gekeken worden naar een combinatie met het NHS/NGS huisbezoek of het eerste huisbezoek met de JGZ-verpleegkundige dat rond twee weken na geboorte plaatsvindt. Dat laatste is niet uniform geregeld.
- Voorkeur voor snel na geboorte immuniseren, om gezondheidswinst te optimaliseren.

#### *Publieksvoorlichting*

- Voorlichting vroeg in de zwangerschap via de verloskundig zorgverleners is nodig.
- Kan gelijktijdig met voorlichting over prenatale screeningen en maternale vaccinaties.
- JGZ-verpleegkundigen kunnen goede voorlichting geven aan (toekomstige) ouders. Zij komen in ~70% van de gevallen bij de JGZ in beeld tijdens de maternale vaccinaties.

#### *Vaccinvoorziening*

- Bij de JGZ kan vaccinvoorziening en borging van de cold-chain goed geregeld worden.
- Aanpassingen zijn nodig, koelkastcapaciteit moet in kaart gebracht worden en nieuwe werkwijze voor huisbezoeken moet ontwikkeld worden.

#### *Uitvoering/toediening*

- De JGZ-verpleegkundige is bekwaam en bevoegd om te immuniseren.
- Er moet worden uitgezocht welke vereisten er zijn aan het stellen van contra-indicaties, dat wordt nu door een jeugdarts gedaan voor de eerste RVP-vaccinaties >2 weken na geboorte.
- De druk op de werklust en personele bezetting neemt toe. Vraagt om goede samenwerking en financiële middelen.

#### *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*

- JGZ-verpleegkundigen hebben goede basiskennis, beperkte bijscholing is vereist.

#### *Registratie*

- De DD JGZ systemen, die gekoppeld zijn aan het RIVM, kan worden gebruikt voor de registratie. Benodigde aanpassingen worden niet als belemmering gezien.

#### *Financiering*

- Financieringsroute als die voor huidige RVP-vaccinatietrajecten kan worden gebruikt.
- Uitvoeringstarief moet worden vastgesteld voor extra tijd, personeel en implementatie.

#### *Juridische borging*

- In de wet is geborgd dat de JGZ het RVP uitvoert.

### *Conclusie*

Een aantal uitvoeringsaspecten bij de JGZ sluiten goed aan op wat nodig is voor RSV-immunisatie. Aanpassingen zijn – mits additionele middelen beschikbaar zijn - te realiseren. Waar verloskundig zorgverleners kort na geboorte structurele contactmomenten met de primaire doelgroep hebben, is dit bij de JGZ maar deels het geval en zou dit bij de JGZ moeten worden ingeregeld. Dit wordt niet als onmogelijk maar wel als uitdagend beschouwd. Met name voor de secundaire doelgroep is piekbelasting ook een aandachtspunt. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door VZ, toediening VZ voor primaire doelgroep en JGZ voor secundaire doelgroep.

### **Infectieziektebestrijding (IZB) – NVIB**

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten zijn besproken voor de **secundaire doelgroep**. Daarbij is niet uitgegaan van een primaire rol als uitvoeder, maar van een rol als **ondersteuner** van de JGZ - indien deze onderdeel is van dezelfde organisatie, wat voor veel GGD'en het geval is. De primaire doelgroep is niet besproken omdat de afdeling IZB van de GGD'en niet de infrastructuur en expertise heeft om de primaire doelgroep goed te bereiken, terwijl dit voor de JGZ wel geldt.

#### *Bereikbaarheid*

- De IZB heeft geen standaard contactmomenten met de secundaire doelgroep. IZB-locaties liggen over het algemeen minder dicht bij de doelgroep dan JGZ-locaties.
- Door de JGZ kan de secundaire doelgroep wel goed bereikt worden.

#### *Publieksvoorlichting*

- Voorlichting voornamelijk tijdens de zwangerschap, maar ook na de geboorte tezamen met overige informatie over vaccinaties. Dit vereist zorgvuldige timing.
- Zorgvuldige informatie nodig, monokonaal antistof en ervaring in buitenland goed uitleggen.

#### *Vaccinvoorziening*

- Vaccinvoorziening bij de JGZ is goed geborgd.

#### *Uitvoering/toediening*

- IZB-medewerkers zijn bekwaam en bevoegd om te immuniseren, al vaccineren zij zeer beperkt baby's. Tijdens de COVID-19-pandemie is veel ervaring met vaccineren opgedaan. Er is weinig ervaring met de allerkleinsten.
- Seizoensgebonden uitvoering leidt tot piekbelasting. Voldoende personeel is een voorwaarde.

#### *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*

- Bijscholing is nodig, gezien beperkte ervaring met immuniseren met monokonale antistoffen en de jonge doelgroep.

#### *Registratie*

- De wens voor een universeel landelijk vaccinatieregister wordt uitgesproken.
- Voor registratie bij de JGZ kunnen de DD JGZ systemen worden gebruikt.

#### *Financiering*

- De financieringsroute die al voor het RVP bij de JGZ aanwezig is kan worden gebruikt.
- Uitvoeringstarief moet nog worden bepaald, het inregelen van financiële compensatie is nodig.

#### *Juridische borging*

- Juridische borging voor het RVP bij de JGZ is goed.

### *Conclusie*

Er wordt voor de IZB geen zelfstandige rol in de uitvoering van de RSV-immunisatie voorzien. Voor de immunisatie van de primaire doelgroep kan de IZB geen rol van betekenis spelen, op die doelgroep sluit de infrastructuur en expertise niet goed aan. Voor immunisatie van de secundaire doelgroep zou de IZB een rol kunnen spelen als ondersteuner van de JGZ, als die de primaire uitvoerder zou zijn. Deze samenwerking zal hoofdzakelijk tot uitwerking kunnen komen daar waar de JGZ een onderdeel uitmaakt van de GGD-organisatie of daar waar gewerkt wordt in een vaccinatievoorziening van 0-100+. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door VZ, toediening VZ voor primaire doelgroep en JGZ voor secundaire doelgroep.

### **Verloskundigen – KNOV**

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten zijn besproken voor de **primaire doelgroep**. De secundaire doelgroep is niet besproken omdat vanuit de infrastructuur van verloskundigen de secundaire doelgroep niet kan worden bereikt.

#### *Bereikbaarheid*

- Verloskundigen zien naar schatting >90% van de pasgeborenen binnen twee weken na geboorte.

#### *Publieksvoorlichting*

- Zorgvuldige voorlichting tijdens de zwangerschap is nodig. Kan gecombineerd worden met andere preventie-onderwerpen.
- De KNOV geeft er de voorkeur aan dat verloskundigen beperkte voorlichting geven en aanstaande ouders voor uitgebreide voorlichting doorverwijzen naar de JGZ.
- Waken voor het ontstaan van 'shopgedrag' door toenemend aantal vaccinaties in RVP.

#### *Vaccinvoorziening*

- Dit zal moeten worden ingericht want bestaande voorzieningen bij verloskundigen (voor anti-D- en anti-hepB-immunisatie) sluiten, gezien de veel beperktere omvang daarvan, niet goed aan op wat nodig is qua omvang voor RSV-immunisatie. Er worden bij de inrichting geen grote belemmeringen voorzien.
- Nirsevimab kan tot 8 uur buiten de koelkast gehouden worden wat uitvoering bij thuisbevallingen of bevallingen in het ziekenhuis met de eerstelijns verloskundige mogelijk maakt.
- Voor tweedelijns bevallingen - onder supervisie van de gynaecoloog - zal de vaccinvoorziening via de ziekenhuisapotheek moeten lopen.

#### *Uitvoering/toediening*

- De KNOV ziet geen rol voor verloskundigen voor zich bij het immuniseren tegen RSV, omdat zij dit niet bij vinden dragen aan passende en waardegedreven zorg.
- Verloskundigen zijn bevoegd en bekwaam om te immuniseren. Dit kan zowel in de thuissituatie als in een geboortecentrum of ziekenhuissetting.
- Klinisch verloskundigen in het ziekenhuis werken onder supervisie van gynaecologen, indien immunisatie direct na geboorte zal plaatsvinden zal de uitvoering dus via gynaecologen lopen.
- Er zijn personeelstekorten en er is een hoge werkdruk.

#### *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*

- Scholing op het gebied van de ziekte, ziektebeeldimmunologie, het middel en de uitvoering van de handeling is nodig.
- Er zijn personeelstekorten en er is een hoge werkdruk.

### *Registratie*

- Er is geen landelijk verloskundig informatiesysteem beschikbaar waarin interventies voor pasgeborenen kunnen worden geregistreerd. (Landelijke) registratie vormt dus een uitdaging, ook voor de koppeling met het RIVM.
- Een mogelijkheid is registreren in het digitale of papieren kraamdossier dat ook als overdracht naar de JGZ dient, waarna door de JGZ geregistreerd kan worden in de DD JGZ.

### *Financiering*

- Financiering zal vroegtijdig moeten worden ingericht, zowel voor voorlichtingsrol als voor toedieningsrol. Uitdagingen worden voorzien.

### *Juridische borging*

- Voor een uitvoeringsroute via verloskundigen moet juridische borging nog worden ingeregeld.

### *Conclusie*

Een aantal belangrijke aspecten die nodig zijn voor de uitvoering van de RSV-immunisatie - zoals contactmomenten binnen twee weken na de geboorte en de bevoegdheid en bekwaamheid om te immuniseren - sluiten goed aan op wat verloskundigen standaard aan geboortezorg (kunnen) bieden. Voor een aantal andere aspecten moet het nodige worden ingeregeld. Echter, de KNOV geeft aan geen rol voor verloskundigen weggelegd te zien in de uitvoering omdat zij vinden dat het op basis van de huidige informatie niet duidelijk is of RSV-immunisatie bijdraagt aan passende en waardegedreven zorg. Over een rol in de voorlichting kan nader invulling worden gegeven maar zijn zij ook wat terughoudend. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door JGZ, toediening JGZ voor beide doelgroepen.

## **Gynaecologen – NVOG**

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten zijn besproken voor de **primaire doelgroep**. De secundaire doelgroep is niet besproken omdat vanuit de infrastructuur van gynaecologen deze doelgroep niet kan worden bereikt.

### *Bereikbaarheid*

- Zo'n 70% van de bevallingen vindt plaats in de tweedelij onder supervisie van de gynaecoloog. Niet alle pasgeborenen kunnen dus worden bereikt via de gynaecoloog.
- Er kan zeer kort na geboorte worden geïmmuniseerd.
- Er moet hierin worden samengewerkt met de kinderarts, gezien gynaecologen na de bevalling geen interventies op pasgeborenen uitvoeren.

### *Publieksvoorlichting*

- Voorlichting tijdens de zwangerschap door verloskundig zorgverleners is nodig en kan gecombineerd worden met andere onderwerpen zoals maternale vaccinaties.
- Een gelaagde informatievoorziening op verschillende niveaus en vanuit verschillende perspectieven is belangrijk om alle doelgroepen zo optimaal mogelijk te bereiken.

### *Vaccinvoorziening*

- In het ziekenhuis kan de vaccinvoorziening via de ziekenhuisapotheek goed worden geborgd.

### *Uitvoering/toediening*

- Verpleegkundigen en klinisch verloskundigen zijn bevoegd en bekwaam om te immuniseren. Er moet wel worden uitgezocht of zij zich hier ook senang bij voelen gezien de erg jonge doelgroep.

- Samenwerking met kinderartsen is vereist omdat zij een recept moeten uitschrijven en de immunisatie moeten superviseren.
- Personeelstekort in de geboortezorg is een gegeven en er wordt weerstand verwacht vanuit de beroepsgroep op extra taken.
- Voor de bevalling moet duidelijk zijn of de ouders hun pasgeborene willen laten immuniseren, bijvoorbeeld door dit op te nemen in het bevalplan.

#### *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*

- Er zullen duidelijke instructies nodig zijn voor de betrokken zorgverleners, ook met oog op volgorde van interventies.
- Er zijn wel personeelstekorten en er is een hoge werkdruk.

#### *Registratie*

- Registratie is een aandachtspunt. Er is geen landelijk registratiesysteem, informatieoverdracht naar tweedelijns verloskundigen en JGZ gaat respectievelijk handmatig en indirect.
- In de ontslagbrief zou een standaardzin over RSV-immunisatie kunnen worden toegevoegd.

#### *Financiering*

- Voorlichting over RSV-immunisatie moet worden geïncorporeerd in standaard consulten, terwijl de zorg al onder druk staat. Hier moet een passende vergoeding tegenover staan.
- Vergoeding voor maternale vaccinaties is suboptimaal ingeregeld terwijl VZ daar wel formeel een voorlichtende rol hebben in de uitvoeringsroute, voor RSV-immunisatie moet dit beter en tijdig worden ingeregeld.

#### *Juridische borging*

- Voor een uitvoeringsroute via gynaecologen moet juridische borging nog worden ingeregeld.

#### *Conclusie*

De NVOG ziet het belang van RSV-immunisatie kort na de geboorte. Zij vinden een uitvoeringsroute via de JGZ het meest geschikt, maar zouden zelf ook een rol kunnen spelen in de uitvoering. Die rol wordt als suboptimaal gezien, omdat er een aantal uitdagingen worden gesignaleerd om een en ander goed ingeregeld te krijgen, zoals samenwerking met kinderartsen en financiering. Daarnaast is het van belang dat eerstelijns verloskundigen eenzelfde uitvoerende rol als gynaecologen pakken, zodat alle pasgeborenen kunnen worden bereikt. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door VZ, toediening JGZ voor beide doelgroepen.

#### **Huisartsen – NHG**

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten voor **zowel de primaire als het secundaire doelgroep** zijn summier besproken. Tijdens het gesprek is met name stil gestaan bij de voorkeuren voor uitvoeringsscenario's los van de eigen partij/organisatie.

#### *Bereikbaarheid*

- Huisartsen hebben geen standaard contactmomenten met zwangeren of zuigelingen.

#### *Publieksvoorlichting*

- Voorlichting tijdens de zwangerschap door verloskundig zorgverleners is nodig. Kraamzorg kan ook een rol spelen.
- De huisarts kan op verzoek een betrouwbare voorlichter/adviseur voor ouders zijn.

- Zorgvuldige framing van RSV-immunisatie ten opzichte van RVP-vaccinaties is een aandachtspunt.
- Informatie op de RSV-pagina van Thuisarts wordt geadviseerd.

#### *Vaccinvoorziening*

- Vaccinvoorziening kan worden ingeregeld zoals voor het NPG en NPPV, maar er wordt voorzien dat dit complex is en uitdagingen oplevert zoals administratieve druk en risico op spillage.

#### *Uitvoering/toediening*

- In tegenstelling tot doktersassistenten zijn huisartsen zelfstandig bevoegd om te immuniseren, maar de werkdruk is hoog en er zijn personeelstekorten.
- Preventieve zorg wordt niet als taakopvatting van de huisarts gezien.

#### *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*

- Zou in te regelen zijn, maar de werkdruk is hoog en er zijn personeelstekorten.
- Om op verzoek voor te kunnen lichten is er behoefte aan consult-hulp en een NHG e-learning.

#### *Registratie*

- Er is geen (landelijk) registratiesysteem beschikbaar dat koppelt met RIVM. Dit is moeilijk realiseerbaar. Uitdagingen worden voorzien.

#### *Conclusie*

Het belang van de RSV-immunisatie wordt door het NHG onderschreven, maar het NHG ziet voor huisartsen geen rol in de uitvoering van de RSV-immunisatie. Dit is met name omdat dit niet tot de taakopvatting van huisartsen behoort. Om versnippering van het vaccinatielandschap te voorkomen, en conform het RVS-rapport 'Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend', zou de RSV-immunisatie bij voorkeur uitgevoerd moeten worden door de JGZ. De JGZ heeft hier ook de juiste expertise voor in huis. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door VZ, toediening JGZ, voor beide doelgroepen.

#### **Kinderartsen – NVK**

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen voor de uitvoeringsaspecten voor **de gehele primaire** zijn summier besproken. Er is tijdens het gesprek met name gefocust op de uitvoering van RSV-immunisatie voor kinderen uit de primaire doelgroep die op het standaardmoment van de immunisatie **in het ziekenhuis** zijn opgenomen. De secundaire groep is niet besproken omdat vanuit de infrastructuur van kinderartsen deze doelgroep niet kan worden bereikt.

#### *Bereikbaarheid*

- Kinderartsen hebben alleen contact met een kleine groep kinderen die onder behandeling van een kinderarts is (ongeveer 5%). Kinderartsen zien het overgrote deel van de pasgeborenen niet.
- Voor de groep kinderen die onder behandeling van de kinderarts staat op het standaardmoment van immunisatie, is veel gelegenheid om te immuniseren.

#### *Publieksvoorlichting*

- Voorlichting tijdens de zwangerschap is nodig.
- JGZ kan voorlichting geven, gecombineerd met maternale vaccinaties. Opkomst daarvan is echter ~70%, dus aanvullende voorlichting is nodig.

#### *Vaccinvoorziening*

- In het ziekenhuis kan de vaccinvoorziening via de ziekenhuisapotheek goed worden geborgd.

- Cold-chain is daarmee ook goed geborgd.

#### *Uitvoering/toediening*

- Verpleegkundigen zijn bevoegd en bekwaam om de immunisatie uit te voeren.
- Er zijn personeelstekorten.

#### *Bijbscholing/deskundigheidsbevordering*

- Er is beperkte deskundigheidsbevordering nodig, vooral met het oog op het middel, contra-indicaties en de immunisatie-strategie.

#### *Registratie*

- In het ziekenhuis worden vaker RVP-vaccinaties door kinderartsen toegediend. Voor uitwisseling van gegevens over toegediende RVP-vaccinaties met het RIVM is een digitaal (formdesk) formulier beschikbaar. Deze werkwijze volstaat alleen zolang het om kleine aantallen gaat.

#### *Financiering*

- Er zou uitgezocht moeten worden of er gebruikt gemaakt zou kunnen worden van de financieringsroute voor andere RVP-vaccinaties.

#### *Juridische borging*

- In het ziekenhuis worden vaker door kinderartsen RVP-vaccinaties toegediend. Er moet uitgezocht worden of bij de juridische borging daarvan kan worden aangesloten.

#### *Conclusie*

Het belang van de RSV-immunisatie wordt door de NVK onderschreven, gezien RSV een groot beslag legt op de capaciteit van kinderafdelingen. Het uitvoeren van RSV-immunisatie voor de gehele doelgroep door kinderartsen is niet wenselijk (niet de juiste zorg op de juiste plek) en niet haalbaar (geen capaciteit om dit te faciliteren). Voor zowel de primaire als de secundaire doelgroep heeft een uitvoeringsroute via de JGZ de voorkeur. Voor de primaire doelgroep zou een uitvoeringsroute via de verloskundig zorgverleners ook logisch zijn. Kinderartsen kunnen een uitvoerende rol spelen bij het immuniseren van kinderen uit de primaire doelgroep die in het ziekenhuis zijn opgenomen op het geplande moment van vaccinatie. Voorkeursuitvoeringsroute: voorlichting door VZ, toediening JGZ voor beide doelgroepen.

#### **Aanbeveling RSV-uitvoeringsscenario's**

De opbrengst van alle 1-op-1 gesprekken is tijdens een gezamenlijke bijeenkomst met alle potentiële uitvoerende partijen door RIVM gedeeld met als doel een gezamenlijk beeld van de wensen, mogelijkheden en beperkingen voor uitvoeringsscenario's voor RSV-immunisatie te krijgen.

Vervolgens is toegewerkt naar een aanbeveling voor de meest haalbare en wenselijke uitvoeringsscenario's die door alle potentiële uitvoerende partijen wordt ondersteund.

#### **Aanbeveling voor de primaire doelgroep**

Voor de primaire doelgroep bevelen alle partijen een structureel uitvoeringsscenario aan waarbij de verloskundig zorgverleners (VZ) en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) samen een gecombineerde rol in de voorlichting krijgen. Daarbij kunnen VZ zich beperken tot het geven van beperkte voorlichting en voor uitgebreide voorlichting doorverwijzen naar de JGZ. De JGZ dient de immunisatie toe.

De belangrijkste randvoorwaarden hierbij zijn dat voor het inregelen van dit uitvoeringsscenario voldoende tijd en financiële middelen vereist zijn. De implementatie zal vanwege zijn specifieke karakter meer tijd vragen dan gebruikelijk. Daarnaast zijn er

op dit moment veel andere RVP-ontwikkelingen gaande die veel aandacht en capaciteit vragen van de JGZ.

Het belangrijkste alternatieve uitvoeringsscenario dat naar voren kwam uit de gesprekken was een scenario waarbij de VZ een rol in zowel de voorlichting als de toediening kregen. Dit uitvoeringsscenario bleek beperkt haalbaar en niet wenselijk. Met name vanwege de KNOV die een uitvoerende rol voor verloskundigen in toediening van de RSV-immunisatie niet ziet weggelegd omdat zij dit niet zien als passende en waardegedreven zorg. Dit standpunt van de KNOV wordt door verschillende partijen als zorgelijk beschouwd omdat het een mogelijke breder risico vormt voor het invoeren en uitvoeren van vaccinaties en immunisaties in Nederland. Met name waar het gaat om een actieve rol in de publieksvoorlichting aan zwangeren, gezien juist verloskundigen dé zorgverleners zijn die in nauw contact staan met de zwangeren/aanstaande ouders. Uit recente onderzoeken onder zwangeren in het kader van de maternale kinkhoest en – griepvaccinatie komt duidelijk naar voren dat de verloskundige het meest vertrouwd wordt en het meest van belang is in de keuze voor het wel of niet halen van de maternale vaccinatie.

Naast het structurele uitvoeringsscenario van de RSV-immunisatie is ook kort stilgestaan of het zinvol is een tijdelijk alternatief scenario in te richten ter overbrugging, omdat wordt voorzien dat het inregelen van de implementatie bij de JGZ veel tijd in beslag zal nemen. Vanuit kinderartsen en huisartsen is namelijk de urgentie geuit om zo snel mogelijk met de RSV-immunisatie te starten. Hiertoe is gesproken over een uitvoeringsscenario waarbij kinderartsen of huisartsen een rol spelen in de toediening. Zo'n alternatief scenario bleek voor zowel de NVK als het NHG niet wenselijk en haalbaar, mede vanwege het feit dat dit niet bij de taakopvatting van deze beroepsgroepen past, beperkingen in het bereiken van de doelgroep en personeelstekorten.

### **Aanbeveling voor de secundaire doelgroep**

Voor de secundaire doelgroep bevelen de partijen een uitvoeringsroute aan waarbij de JGZ en de VZ samen een rol in de voorlichting nemen en waarbij de JGZ de immunisatie toedient.

Ook hierbij zijn de belangrijkste randvoorwaarden dat voor het inregelen van dit uitvoeringsscenario voldoende tijd en financiële middelen vereist zijn. Daarbij gelden wat implementatie betreft grotendeels dezelfde uitdagingen als voor de primaire doelgroep.

Ook voor de secundaire doelgroep is kort stilgestaan of het zinvol is om naast de structurele implementatie van de RSV-immunisatie een tijdelijk alternatief scenario ter overbrugging in te richten, via de huisartsen. Ook dit alternatieve scenario bleek niet wenselijk en haalbaar, vanwege het feit dat dit niet bij de taakopvatting van de huisartsen past en vanwege personeelstekorten.

### **Vervolg**

Op basis van het GR-advies en de aanbeveling uit onderliggend verkenningsrapport wordt het ministerie van VWS gevraagd een beleidsreactie op te stellen en bij een positief besluit het RIVM een opdracht te geven om samen met de uitvoerende partijen de voorbereiding van de implementatie te starten. Het schrijven van een implementatieplan en het uitwerken en afstemmen van de randvoorwaarden die nodig zijn voor de uitvoering zijn daarin de eerstvolgende stappen. Het RIVM houdt de overige veldpartijen op de hoogte van de voortgang in het proces en haakt hen aan op onderdelen waar dat relevant is, bijvoorbeeld door participatie in verschillende werkgroepen.



Onderstaande opsomming schetst een beeld van de verschillende aspecten die moeten worden ingeregeld voor de implementatie voor zowel de primaire- als de secundaire doelgroep:

- *Antistofvoorziening*, waarbij het gaat om zaken als inkoop, distributie en inrichting van de logistieke uitvoering (o.a. koelkastcapaciteit, werkwijzen).<sup>\*</sup> Aandachtspunt voor inkoop is dat er juridische borging ingeregeld is.
- *Selectie- en uitnodigingsproces*, waarbij moet worden onderzocht hoe de immunisatie het beste aangekondigd kan worden. Aandachtspunt is tijdige beschikbaarheid van BRP-gegevens, wat ook om goede juridische borging vraagt.
- *Publiekscommunicatie*, waarvoor zorgvuldige en goed op de doelgroep afgestemde inhoud en diverse specifieke communicatiemiddelen moeten worden ontwikkeld, die via diverse kanalen zullen worden ingezet. Er zal worden samengewerkt met relevante zorgprofessionals en input vanuit de doelgroep wordt opgehaald.<sup>\*</sup>
- *Uitvoering/toediening*, waarvoor een nieuwe infrastructuur moet worden ingericht of bestaande werkprocessen substantieel worden moeten aangepast.<sup>\*</sup> Er zal extra personeel nodig zijn waarbij een groot aandachtspunt de krapte op de arbeidsmarkt is.
- *Bijscholing/deskundigheidsbevordering*, zodat uitvoerenden die direct en indirect bij RSV-immunisatie betrokken zijn voldoende kennis en kunde ontwikkelen om (aanstaande) ouders goed te kunnen voorlichten en/of de immunisatie toe te kunnen dienen.<sup>\*</sup> Hiervoor zal worden samengewerkt met relevante zorgprofessionals en RSV(-vaccinatie)-experts.
- *Registratie*, waarvoor ICT systemen moeten worden aangepast zodat de immunisatie kan worden geregistreerd in het medisch dossier (DD JGZ), dat tijdig beschikbaar moet zijn. Voor het aanpassen van registratiesystemen gelden lange doorlooptijden (enkele jaren) en is juridische/wettelijke borging nodig. Ook gegevensuitwisseling tussen de JGZ en het RIVM moet worden ingeregeld zodat het RIVM immunisatie-gegevens centraal kan registreren.
- *Monitoring en evaluatie*, wat extra belangrijk is gezien de nieuwe, zeer jonge doelgroep en het nieuwe middel. Voor goede monitoring en evaluatie van de effectiviteit (door RIVM-EPI) en veiligheid (door Lareb) is zorgvuldige registratie (decentraal en centraal) een vereiste.
- *Juridisch*, zal er onderzocht moeten worden welke aanpassingen nodig zijn om RSV-immunisatie in het RVP goed te borgen, basisvoorwaarden te creëren voor verschillende implementatie-aspecten en aanvullende juridische voorwaarden ten aanzien van RSV-immunisatie in te regelen.
- *Financiering*, waarvoor zowel RIVM als de uitvoerende partijen benodigd budget in kaart moeten brengen en met VWS tot afspraken moeten komen. Aandachtspunt is dat er ook vergoeding moet komen voor de voorlichtingsrol. Er zal moeten worden onderzocht of bestaande financieringsroutes kunnen worden gebruikt of nieuwe moeten worden ingericht.

<sup>\*</sup>Tijdens de verkenning is door verschillende partijen aangegeven om een doelgroeponderzoek uit te voeren om richting te geven aan een aantal aspecten van het implementatieproces en het aanbod zorgvuldig af te stemmen op de behoeften. Zo kan onder (aanstaande) ouders worden gepeild wat hun kennis, houding, bereidheid en voorkeuren zijn met betrekking tot RSV-immunisatie, en wat zij nodig hebben om een goed geïnformeerde keuze te maken over wel of niet immuniseren.