

Maternale kinkhoestvaccinatie bij JGZ Zuid-Holland West

Op weg naar een optimaal bereik van de doelgroep



Ellen van der Linden

Juni 2020

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Hoofdstuk 1. Achtergrond en context	3
§ 1 achtergrond	3
§ 2 context	4
Hoofdstuk 2. Probleemanalyse	5
§ 1 gezondheidsprobleem en gevolgen	5
§ 2 de omgeving	6
§ 3 het gedrag van de doelgroep	6
§ 4 het gedrag van de actoren	7
§ 5 epidemiologie	7
Conclusie uit de probleemanalyse.....	8
Hoofdstuk 3. Veranderanalyse	8
§ 1 doelgroep	8
§ 2 actoren	9
Conclusie uit de veranderanalyse: mijn plan.....	9
Hoofdstuk 4. Methode en strategie	10
§ 1 methode	10
§ 2 strategie	11
Hoofdstuk 5. Plan van aanpak en evaluatie	11
§ 1 plan van aanpak	11
§ 2 evaluatieplan	12
 Bijlagen:	
1: referenties	13
2: enkele figuren uit het epidemiologisch onderzoek.....	14
3: intervention modelling stap 1: probleemanalyse	15
4: schema A. intervention modelling stap 2A: veranderanalyse	16
schema B. intervention modelling stap 2B: matrix of change	17

Inleiding

Waar gaat het over

De maternale kinkhoestvaccinatie wordt door JGZ Zuid-Holland West (JGZ ZHW) uitgevoerd sinds 16 december 2019.¹ Deze vaccinatie beschermt jonge zuigelingen in de eerste maanden na hun geboorte tegen kinkhoest. Een eerste analyse leert dat het bereik van zwangere vrouwen in ons werkgebied beter kan en dus nog teveel jonge zuigelingen onnodige gezondheidsrisico's lopen. In dit document wordt stapsgewijs toegewerkt naar een vernieuwing om het bereik te verbeteren.

Opdrachtgever en setting

Als stafarts met portefeuille Rijksvaccinatieprogramma (RVP) binnen het Expertisecentrum (EC) van JGZ ZHW is het MT mijn officiële opdrachtgever. De in dit document beschreven vernieuwing volgt uit evaluatie van het planningsdeel van het JGZ ZHW project maternale kinkhoestvaccinatie. Ik werk inzake het RVP intensief samen met een beleidsmedewerker.

Indeling

In het eerste hoofdstuk worden de achtergrond en context toegelicht. Vervolgens werk ik in de volgende twee hoofdstukken de probleemanalyse respectievelijk de veranderanalyse uit, met gebruik van de methodiek 'Intervention Mapping'. Het hoofdstuk erna gaat over methoden en strategieën, leidend tot een plan van aanpak wat ik in het hoofdstuk daarna uitwerk. Tenslotte volgt een evaluatieplan. In de bijlagen zijn referenties en verdere aanvullingen te vinden.

Hoofdstuk 1. Achtergrond en context

§1. Achtergrond

Kinkhoest

Kinkhoest is een zeer besmettelijke meldingsplichtige infectieziekte, veroorzaakt door de bacterie *Bordetella (para)pertussis*.² Bij jonge, nog niet of onvolledig beschermde baby's kan de infectie leiden tot een ernstig ziektebeeld met een uitputtende hoest en benauwdheid, longschade en hersenschade als mogelijke complicatie en potentieel een dodelijke afloop.³ Jaarlijks leidt besmetting van kinderen met de bacterie tot 170 ziekenhuisopnames en 1-2 overlijdens.¹ Infectie van de zuigeling vindt plaats via hoesten en niezen, veelal door ouders, broers of zussen, of direct door maternale overdracht tijdens de bevalling. Sinds 1996 komt kinkhoest weer vaker voor in de bevolking, dus ook bij zwangeren en gezinnen. In 2018 waren er 4777 meldingen.² Vermoedelijk is dat het topje van de ijsberg omdat verschijnselen licht kunnen zijn en er lang niet altijd getest wordt. Vanwege het voorkomen en de ernst van het ziektebeeld is bescherming vanaf de geboorte dan ook zeer wenselijk. De Gezondheidsraad adviseerde minister Schippers in 2015 om dit te bewerkstelligen door vaccinatie van zwangere vrouwen via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Staatssecretaris Blokhuis besloot in juli 2018 het advies van de Gezondheidsraad over te nemen en de vaccinatie uit te laten voeren door de jeugdgezondheidszorg.⁴

Vaccinatie en andere bescherming

Vaccinatie tegen kinkhoest bij kinderen maakt sinds 1957 deel uit van het RVP. Tot 1999 kregen baby's hun eerste kinkhoestvaccinatie op de leeftijd van 3 maanden, sinds 1999 op de leeftijd van 2 maanden. Om hen nog eerder te kunnen beschermen, namelijk vanaf de geboorte, is vaccinatie van hun moeders tijdens de zwangerschap een veilige en tegelijk de meest effectieve wijze.⁵ De optimale periode daarvoor is van 13 weken zwangerschapsduur tot 2 weken voor de bevalling, maar mag tot aan de dag van de bevalling.¹ Sinds 16 december 2019 maakt maternale vaccinatie met het Difterie Kinkhoest Tetanus (DKT) vaccin deel uit van het RVP met Rijksbekostiging. Voor die tijd konden vrouwen zich tegen kinkhoest laten vaccineren via huisarts of GGD maar moest dat door de vrouw zelf bekostigd worden. Naast vaccinatie kunnen zwangeren hun kind ook bescherming bieden indien zijzelf na een zwangerschapsduur van 12 weken en 6 dagen *bewezen* kinkhoest doormaken.¹ Vermoedelijk zal dit om een klein percentage gaan daar dit veelal niet bewezen zal zijn. Zowel bij tijdige maternale vaccinatie als bij het tijdig doormaken van kinkhoest door de zwangere vindt er transplacentaire overdracht van antistoffen plaats.¹ Dit gebeurt in mindere mate bij vrouwen met een gestoorde immuunfunctie, waardoor bij hun kind de bescherming via die weg minder zal zijn.⁶ En vindt de vaccinatie niet tijdig, dus pas binnen twee weken voor de partus aan, dan is er alleen bescherming van het kind tijdens de partus en door nabijheid van de moeder daarna. Dit laatste, een vorm van groepsbescherming, kan ook plaatsvinden door andere personen in de omgeving van het kind.⁴ Omgevingsmaatregelen kunnen door het relatief klein aantal meldingen niet als beschermend worden gezien.⁷ Indien zuigelingen via hun moeder vanaf de geboorte beschermd zijn tegen kinkhoest dan kan hun eerste kinkhoestvaccinatie een maand later starten en krijgen zij een vaccinatie minder.⁶ Dit is mits aan een aantal voorwaarden is voldaan, zowel aan maternale als de zijde van het kind. Bescherming zorgt voor een betere kans op blij en gezond opgroeien van individuele kinderen, bevordering van de volksgezondheid en preventie van fysieke, psychische en economische gevolgen als gevolg van kinkhoestinfecties en ziekenhuisopnames.

§ 2. Context

De doelgroep: zwangere vrouwen

Na attentie door de verloskundig zorgverlener en/of via een andere weg kan de zwangere op een speciale internetsite (<https://rijksvaccinatieprogramma.nl/22wekenprik>) meer informatie over de kinkhoestvaccinatie vinden, ook bij welke JGZ organisatie zij moet zijn om zich te laten vaccineren. Zij maakt vervolgens zelf telefonisch bij die JGZ organisatie een afspraak voor een vaccinatieconsult dat plaatsvindt vanaf een zwangerschapsduur van 22 weken.

De Verloskundig Zorgverlener (VZ)

Na een gunstige zwangerschapsecho bij 20 weken attendeert de VZ de zwangere op de mogelijkheid zich tegen kinkhoest te laten vaccineren bij de jeugdgezondheidszorg. Voor de VZ is het nieuw om een gesprek over vaccinatie te voeren en bij alle zwangeren een deel van de zorg aan de JGZ over te laten.

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

De JGZ is bekend met kinderen en hun ouders en het vaccineren van kinderen. De doelgroep zwangere vrouwen is een nieuwe doelgroep om te vaccineren voor de JGZ. De JGZ is alleen behandelaar van de vrouw op het moment van het vaccinatieconsult. Daarvoor kent de JGZ haar hooguit als moeder van een al eerder geboren kind. Daarna ziet JGZ haar weer terug met haar baby. Professionals van JGZ Zuid-Holland West (JGZ ZHW) vaccineren sinds 16 december 2019 aanstaande moeders op acht JGZ locaties, dit is 1 locatie per gemeente, tijdens daarvoor ingerichte spreekuren op diverse tijdstippen en dagen met het daartoe beschikbare DKT vaccin. Het consult is puur en alleen gericht op de vaccinatie, met een tijdsduur van ongeveer 10 minuten, uitgaande van kostendekking.

Covid-19

In februari 2020 brak de SARS-CoV-2 (Covid-19) virusinfectie uit in Nederland. Daardoor konden sinds medio maart tijdelijk alleen kritische processen doorgang vinden, waaronder de maternale vaccinatie.

Hoofdstuk 2. Probleemanalyse

Een overzicht van de probleemanalyse is te vinden in bijlage 2: intervention mapping stap 1. In de volgende paragrafen worden een aantal aspecten nader toegelicht.

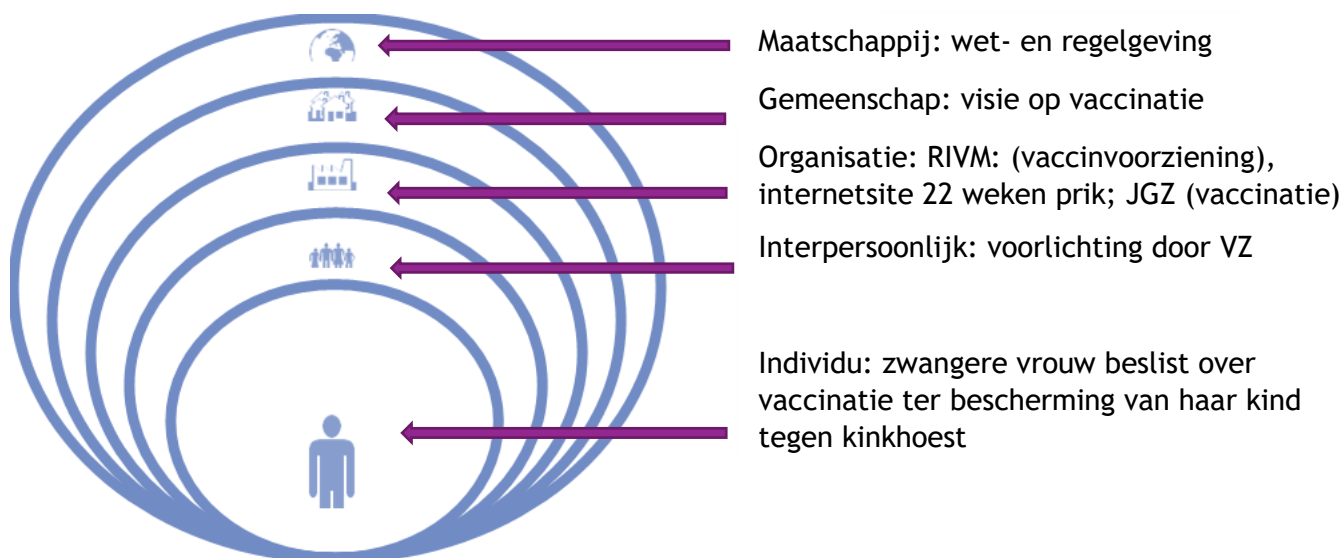
§ 1. Gezondheidsprobleem en gevolgen bij de doelgroep

Gezondheidsprobleem: infectie door Bordetella pertussis bij jonge zuigelingen vanaf de geboorte die, bij ontbrekende bescherming, zorgt voor ernstige ziekte, mogelijke complicaties zoals long- en hersenschade en overlijden. De grootste gevolgen zijn mogelijk voor:

- het kind, door de complicaties:
 - ✓ lichamelijke beperkingen;
 - ✓ kansen in het onderwijs en op arbeid;
 - ✓ functioneren in de maatschappij;
 - ✓ financiën en wonen;
 - ✓ relatie: vinden van een levenspartner.
- het kind, als ook broertjes of zusjes kinkhoest krijgen:
 - ✓ psychische gevolgen door complicaties en/of overlijden bij hen.
- gezinsleden, mogelijk versterkt door eigen ziekte bij kinkhoestinfectie:
 - ✓ missen van de ander als gevolg van overlijden (rouw);
 - ✓ psychische gevolgen van opname van het kind (schuldgevoelens, relaties);
 - ✓ verhoogde draaglast door opgetreden complicaties.
- maatschappij:
 - ✓ besmettingsgevaar voor de bevolking;
 - ✓ kosten ziekenhuisopname;
 - ✓ kosten en belasting zorgsector en onderwijs bij ontwikkelingsachterstand van het kind.

§ 2. De omgeving

Naar sociaal-ecologisch model ziet de omgevingsanalyse van de zwangere vrouw, als persoon om zichzelf en haar kind te beschermen tegen kinkhoest middels vaccinatie, er als volgt uit:



In dit model zijn vijf verschillende niveaus opgenomen: het individueel niveau, het interpersoonlijk niveau, het organisatieniveau, het gemeenschapsniveau en de maatschappij. Tussen de niveaus is wisselwerking en niveaus beïnvloeden gedrag van andere niveaus. In [bijlage 3](#) staat de probleemanalyse met actoren op de vijf niveaus met determinanten voor gedrag van het individu, VZ en JGZ schematisch weergegeven volgens Intervention mapping stap 1. Het schema biedt een overzicht van de belemmeringen die kunnen leiden tot het gezondheidsprobleem en de gevolgen daarvan.

§ 3. Het gedrag van de doelgroep

Hoewel is onderzocht hoeveel kinderen in het werkgebied van JGZ ZHW bij het 4 weken consultmoment wel of niet beschermd waren tegen kinkhoest via hun moeder (zie §5), is de beweegreden van hun moeder om zich wel of niet te laten vaccineren nog niet onderzocht. Bij JGZ ZHW zijn de onderzoeksmogelijkheden daarvoor aanwezig, maar is daaraan geen prioriteit gegeven. Er is daarom voor gekozen uit te gaan van gegevens uit de literatuur en wordt intern onderzoek op een later moment uitgevoerd om de gegevens uit de literatuur te vergelijken met de situatie in ons werkgebied. Het meest passende artikel is een overzichtsartikel uit 2015 wat de resultaten bijeen brengt van studies in landen met een lopend maternaal vaccinatieprogramma, met name het Verenigd Koninkrijk, Australië, Nieuw Zeeland en de Verenigde Staten.⁸ In dit artikel worden de volgende redenen genoemd waarom vrouwen zich niet laten vaccineren:

- Twijfel aan de veiligheid van het vaccin;
- Vaccinatie wordt niet nodig gevonden;
- Onbekendheid met het vaccin en de ziekte;

- Ontbrekend advies over de vaccinatie;
- Zij heeft geen toegang tot zorg of er is geen beschikbaarheid van zorg zodat zij zich kan laten vaccineren.

§ 4. Het gedrag van actoren

Inadequate of ontbrekende voorlichting over de vaccinatie is een belangrijke oorzaak van de bovengenoemde redenen van vrouwen om zich niet te laten vaccineren. Factoren die daaraan ten grondslag kunnen liggen zijn bijvoorbeeld dat:

- De vrouw te laat of geen verloskundige zorg krijgt of die in een ander land ontvangt waar geen maternale kinkhoestvaccinatie wordt gegeven;
- Aan de vrouw de voorlichting onvoldoende begrijpelijk wordt aangeboden, bijvoorbeeld door een taalprobleem, verstandelijke beperking of doordat zij laaggeletterd of analfabeet is. Genoemde factoren verbergt de vrouw veelal of worden door zorgverleners niet herkend.^{9,10} Ter illustratie: in Nederland hebben ongeveer 720.000 vrouwen tussen 16 en 45 jaar moeite met lezen en/of rekenen;¹¹
- Er sprake is van een problematische zwangerschap waardoor de nog relatief nieuwe maternale vaccinatie onderbelicht blijft;
- Tussen de VZ en de JGZ sprake is van een afstandelijke en/of zwakke relatie wat bij onvoldoende betrokkenheid bij het onderwerp meespeelt bij het geven van voorlichting.

Evengoed kan het zijn dat voorlichting wel goed plaatsvindt en de vrouw gemotiveerd is, maar dat een JGZ organisatie haar spreekuren onvoldoende passend bij de doelgroep organiseert, bijvoorbeeld alleen 's middags, op een onhaalbare locatie of een onvoldoende interessant consult: de prik vraagt teveel moeite of is die moeite niet waard.

Buiten de zorg kunnen actoren die tegen vaccinatie zijn, een trend in de samenleving, de zwangere ontmoedigen zich te laten vaccineren.

De staatssecretaris zorgde door regelgeving, met toestemming van de Tweede Kamer, dat de maternale kinkhoestvaccinatie werd ingevoerd en door de JGZ uitgevoerd. Ook gaf hij opdracht aan het RIVM om de organisatie daarvan in gang te zetten, inclusief communicatie naar de doelgroep. Mogelijk zijn de ontwikkelde communicatiemiddelen onvoldoende duidelijk of vindbaar voor de doelgroep.

§ 5. Epidemiologie

Ter evaluatie van de bescherming van jonge zuigelingen tegen kinkhoest via hun moeder in ons werkgebied voerde de epidemioloog van JGZ ZHW op mijn verzoek een analyse (o-meting) uit, zoals in de inleiding aangegeven. Gegevens werden verzameld over moeders van alle 1220 zuigelingen die het 4 weken consult hadden bij JGZ ZHW in de periode 15 januari tot en met 15 april 2020. Van betreffende zuigelingen werd 70% verondersteld beschermd te zijn tegen kinkhoest via hun moeder middels transplacentaire antistoffen als gevolg van vaccinatie of de ziekte kinkhoest. Beschermd waren vooral 1^e

kinderen, kinderen van Nederlandse moeders en kinderen van hoogopgeleide moeders (zie bijlage 2). Er is geen landelijke minimale vaccinatiegraad, wel is het streven een forse reductie van het aantal ziekenhuisopnames en preventie van overlijden door kinkhoest (persoonlijke communicatie met Dhr. G. Weijman, arts maatschappij en gezondheid, medisch adviseur van het RIVM). Bij collega's in Nederland ben ik via AJN Jeugdartsen Nederland nagegaan of er kennis is over de doelgroep en de beschermingsgraad, maar die navraag gaf geen duidelijkheid. Mogelijk heeft dit te maken met de korte tijd die verstreken is sinds de start van de maternale kinkhoestvaccinatie in combinatie met werkzaamheden die voortvloeien uit de Covid-19 uitbraak.

Conclusie uit de probleemanalyse

Uit voorgaande paragrafen blijkt dat 30% van de zuigelingen bij het 4 weken consult tussen 15 januari en 15 april in het werkgebied van JGZ ZHW niet beschermd waren tegen kinkhoest, een ernstige ziekte met potentieel kans op complicaties, overlijden en gevolgen voor kind, gezin en maatschappij. Bescherming daartegen kan op veilige, effectieve wijze plaatsvinden door vaccinatie tijdens de zwangerschap. De redenen waarom betreffende moeders zich tijdens de zwangerschap niet hebben laten vaccineren zijn (nog) niet onderzocht. Ik verwacht dat de redenen zijn bepaald door een combinatie van eigen determinanten, gedrag van actoren op meerdere niveaus en het nog betrekkelijk nieuw zijn van deze vaccinatie binnen het RVP. Om meer zuigelingen vanaf de geboorte te beschermen is naast de tijdsfactor ook gedragsverandering nodig. Daarvan de analyse in het volgende hoofdstuk.

Hoofdstuk 3. Veranderanalyse

Om tot een hoger percentage tegen kinkhoest beschermde jonge zuigelingen te komen is toename nodig van het percentage zwangere vrouwen (de doelgroep) dat zich laat vaccineren. Om dat te bewerkstelligen richt ik mij op beïnvloeding van het gedrag van de doelgroep. Zwangere vrouwen zijn voor JGZ ZHW bereikbaar via diverse publieke kanalen en indien aanwezig, individueel via hun oudere kind. Een andere weg is via de VZ in het werkgebied van JGZ ZHW. In bijlage 4 staat het beoogde gedrag van de doelgroep centraal in schema A. Vervolgens staan gedragsdoelen van de actor JGZ ZHW om het beoogde gedrag van de doelgroep te beïnvloeden uitgewerkt in de matrix of change in schema B, beide schema's weergegeven volgens Intervention Mapping stap 2. Hieronder toelichting daarop.

§ 1. Doelgroep

Voor een strategie om gedragsverandering bij zwangere vrouwen te bereiken wordt ook hier gebruik gemaakt van gegevens uit het in hoofdstuk 2, §3 genoemde overzichtsartikel.⁸ De meest effectieve strategieën die ook kunnen passen bij de Nederlandse situatie richten zich op:

1. Toename van kennis en bewustzijn over de ziekte en de mogelijkheid tot bescherming van het kind door middel van vaccinatie;

2. Vergroting van het gemak en de toegangsmogelijkheden om de vaccinatie te krijgen;
3. Specifieke benadering van specifieke groepen;
4. Verplicht stellen;
5. Herinnering en follow-up.
 - De WHO pleit volgens hetzelfde artikel voor zinvolle betrokkenheid door dialoog en sociale mobilisatie.⁸

Het bovengenoemde beschouwend zijn punten 1,2 en 3 het meest realistisch en haalbaar. Deze punten betreffen voorlichting en planning met aandacht voor het pleidooi van de WHO. Ik richt mij in deze vernieuwing op voorlichting als wijze om via punten 1 en 3 het gedrag van de doelgroep te beïnvloeden. Punt 2 neem ik daarbij mee vanuit planningsoogpunt. Punt 4, het verplicht stellen van de vaccinatie, is een nationaal politieke beslissing welke voorlopig niet valt te verwachten.

§ 2. Actoren

Belangrijkste actoren om de omgevingsfactoren te beïnvloeden zijn JGZ ZHW en VZ's die actief zijn in het zorggebied van JGZ ZHW. Wederzijds spelen twee belangrijke zaken:

- ✚ JGZ ZHW is ervaren met betrekking tot het RVP, maar zwangere vrouwen vormen een nieuwe doelgroep, waarbij het de organisatie onbekend is wie wel zwanger is en wie niet;
- ✚ VZ's zijn ervaren in de zorg voor zwangere vrouwen, maar het bespreken van vaccinatie als onderwerp is voor hen nieuw.

Bundeling van krachten is het meest voor de hand liggend voor bereik van de doelgroep. Maar er zijn zeker ook barrières om tot samenwerking te komen:

- Organisatie: JGZ en VZ zijn verschillend georganiseerd en kennen een verschillende financieringsstroom;
- Sociale norm: reguliere zorg voor zwangeren is voorbehouden aan de VZ, een deel moet nu overgedragen worden;
- Sentiment: VZ is gepasseerd bij toekenning van de taak maternale kinkhoestvaccinatie en krijgt niet betaald voor hun voorlichting.

Conclusie uit de veranderanalyse: mijn plan

Om een hogere vaccinatiegraad van de doelgroep zwangeren te bereiken in het werkgebied van JGZ ZHW richt ik mij op aanvullende gerichte voorlichting (op de huidige voorlichting) aan de doelgroep.

Mijn **plan** is om:

- Aanvullende voorlichting via publieke kanalen vanuit JGZ ZHW in te zetten (bevolking in het eigen werkgebied);

- Aanvullende voorlichting vanuit JGZ ZHW via de VZ in te zetten bij de praktijken die op dit moment ook de hielprikscreening voor ons doen (gemeenschappen binnen het werkgebied);
- Bij bovengenoemde voorlichting ook de mogelijkheid te includeren om bij JGZ ZHW vragen en twijfels te bespreken over de vaccinatie (individueel drempel verlagend).

Dit met de **bedoeling** dat:

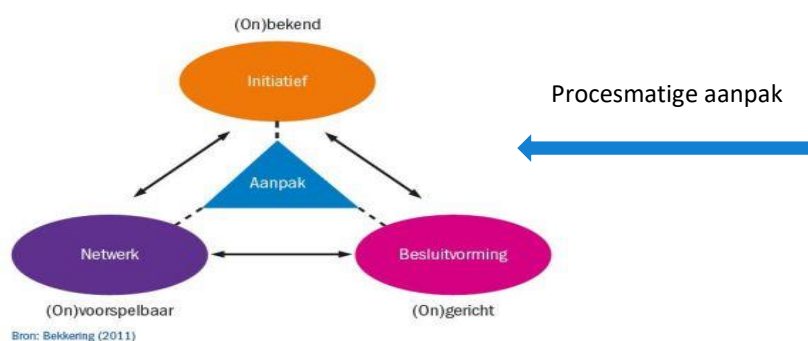
- ✓ meer zwangeren een betere kennis en meer bewustzijn krijgen over de vaccinatie;
- ✓ meer zwangeren ons kunnen vinden voor het beantwoorden van eventuele vragen, het bespreken van twijfels en het krijgen van de kinkhoestvaccinatie.

Beoogd **resultaat** is dat: meer jonge zuigelingen via hun moeder worden beschermd **om** ziekte, complicaties en overlijden als gevolg van kinkhoest te voorkomen.

Hoofdstuk 3 Methode en strategie

§ 1. Methode: de voorscheider

Voor de praktische implementatie van de maternale kinkhoestvaccinatie is gebruik gemaakt van een projectmatige aanpak. Mijn plan is weliswaar voortgekomen uit een deel van de evaluatie van de implementatie en heeft een duidelijk doel voor ogen, maar toch is het belangrijk eerst te kijken of een projectmatige aanpak ook hiervoor geschikt is. Om tot een keuze te komen heb ik de voorscheidermethode gebruikt. Het plan - het geven van publieke voorlichting aan groepen en het ontwikkelen van materialen daarvoor - is niet nieuw, het netwerk is voorspelbaar, de besluitvorming is gericht, kan ook improviserende aspecten kennen. Hoe de uitvoering er precies uit gaat zien is nog niet definitief beschreven, heeft nog overleg nodig. De vorm ervan is input gestuurd met financieel haalbare grenzen. Financiering van de uitvoering van het concrete plan ligt bij JGZ ZHW. Vanwege de vraagsturing ten aanzien van het concreet maken van het plan lijkt een procesmatige aanpak hier het meest aangewezen.



Plan: aanvullend gericht informeren van zwangeren

Netwerk: interne afdeling communicatie en VZ's die ook de hielprik afnemen in ons werkgebied

Besluitvorming: door JGZ ZHW, input gestuurd, financieel haalbare grens

§ 2. Strategie

De meest voor de hand liggende strategie is om de voorlichting volgens een bij JGZ passend format, in voor iedereen begrijpelijke taal en via meerdere publieke (regionale) kanalen aan te bieden, met bijvoorbeeld ook een mogelijkheid voor interpersoonlijk contact met JGZ zoals chatten. De voorlichting via de VZ moet daarop aansluiten en vice versa, maar beiden moeten ook los van elkaar te begrijpen zijn. Volgens de kleurentheorie van de Caluwé past de kleur blauw bij het plan vanwege de keuze deze op basis van wetenschappelijke kennis te richten op aanvullende voorlichting aan de doelgroep voor een omschreven resultaat. De kleur geel past bij het plan van aanpak richting de VZ, waarbij wordt gestreefd naar een vorm van voorlichting die past bij zowel JGZ als VZ in diverse opzichten.

Hoofdstuk 4 Plan van aanpak en evaluatie

§ 1. Plan van aanpak

■ Bij het plan van aanpak worden een of meer wybers, naar model van Bekkering en Walter, doorlopen:

■ Divergentiefase :

- Intern samen met de beleidsmedewerker met RVP in portefeuille en een medewerker van de afdeling communicatie: brainstormen over ideeën voor aanvullende voorlichting, zowel inhoudelijk als de manier waarop;
- Naar extern: ik mail en/of bel de VZ's die voor JGZ ZHW de hielprik uitvoeren, daarbij informeer ik hen over de huidige beschermingsgraad en overleg met hen individueel of groepsgewijs over ideeën en wensen inzake aanvullende voorlichting;
- Planningsdeel: de beleidsmedewerker gaat de planning na: kunnen vrouwen voldoende tijd, verdeeld over de dag en dicht in de buurt van hun woning terecht op een JGZ locatie?

■ Convergentiefase:

- Overzicht maken van uitkomsten uit interne en externe besprekingen;
- Clusteren van opties voor publieke kanalen enerzijds en inzet bij VZ anderzijds.

■ Consolidatiefase:

- Samenvatting van de uitkomsten.

De samenvatting leg ik intern voor aan de beleidsmedewerker en communicatiemedewerker; het deel daarvan wat de VZ betreft leg ik ook voor aan de betrokken VZ praktijken. Afhankelijk van haalbaarheid en draagvlak volgt besluitvorming en/of een volgende wyber.

§ 2. Evaluatieplan

Kernelementen na eindstappen:

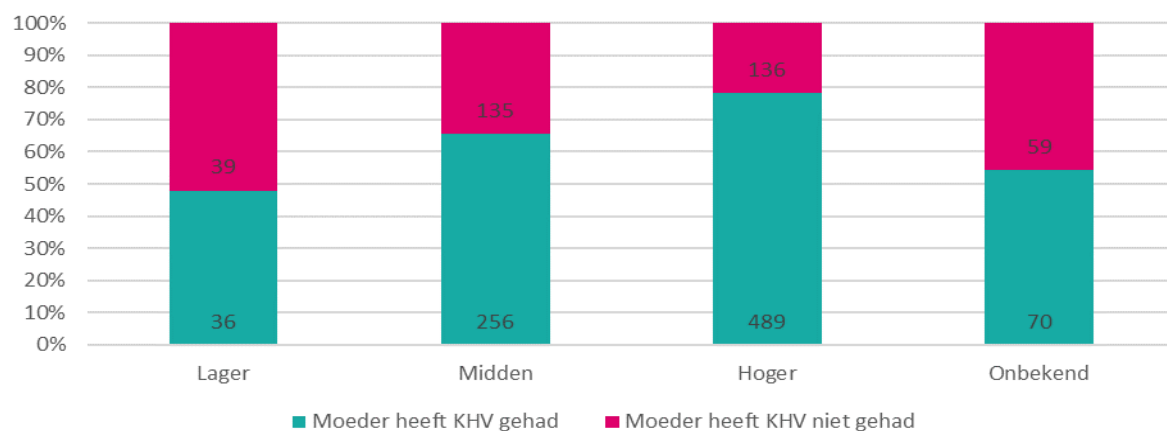
- ✓ Beschermingsgraad en kenmerken: kwantitatief onderzoek 6 maanden na vernieuwing: informatie kan door de eigen epidemioloog uit digitale dossiers worden gedestilleerd, vergelijkbaar met 0-meting voorjaar 2020. Informatie over: leeftijd, pariteit, afkomst, opleidingsniveau, woongemeente. Leefstijl tijdens de zwangerschap mogelijk additioneel (voorspeller?);
- ✓ Determinanten onderzoek: kwantitatief onderzoek bij niet tegen kinkhoest gevaccineerde moeders van jonge zuigelingen door middel van uitzetten van vragenlijsten over hun beweegredenen daartoe;
- ✓ Intern en doorlopend door planners en contactbureau: voldoende beschikbare tijdsloten?
- ✓ Extern bij VZ: kwalitatief onderzoek door middel van individuele interviews of bijvoorbeeld een digitale vragenlijst: is de vernieuwing ingevoerd en hoe zijn de ervaringen? Zijn er aanpassingen nodig?

Bijlage 1. Literatuuropgave

1. RIVM. RVP-richtlijn Maternale kinkhoestvaccinatie. RIVM 2019;
2. RIVM. Meldingsplicht infectieziekten. RIVM 2020;
3. RIVM. Kinkhoest. RIVM 2020;
4. RIVM. Wetenschappelijke achtergronden van vaccinatie tegen kinkhoest tijdens de zwangerschap. RIVM 2018;
5. Winter K, Nickell S, Powell M, Harriman K. Effectiveness of prenatal versus postpartum Tdap vaccination in preventing infant pertussis. *Clin Infect Dis*. 2017 Jan 1;64(1):3-8;
6. RIVM. RVP richtlijn 2020. RIVM 2019;
7. RIVM. LCI richtlijn Kinkhoest, herziening 2018. RIVM 2018;
8. H Marshall , M McMillan , R M Andrews , K Macartney , K Edwards. Vaccines in Pregnancy: The Dual Benefit for Pregnant Women and Infants. *Hum Vaccin Immunother*. 2016 Apr 2;12(4):848-56;
9. N S Parikh, R M Parker, J R Nurss, D W Baker, M V Williams. Shame and Health Literacy: The Unspoken Connection. *Patient Educ Couns* . 1996 Jan;27(1):33-9;
10. Pat F Bass 3rd 1, John F Wilson, Charles H Griffith, Don R Barnett. Residents' Ability to Identify Patients With Poor Literacy Skills. *Acad Med* . 2002 Oct;77(10):1039-41;
11. Stichting lezen en schrijven en Universiteit Maastricht. Feiten en cijfers laaggeletterdheid. Stichting lezen en schrijven 2018.

Bijlage 2. Enkele figuren uit het epidemiologisch onderzoek.

Opleiding van de moeder

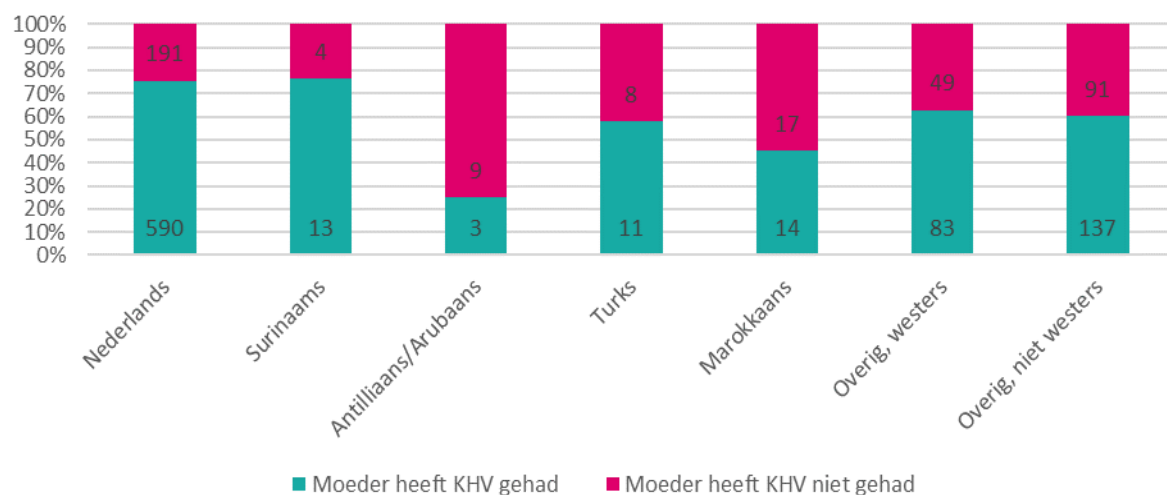


Let op: khv interpreteren als: kinkhoest-vaccinatie of ziekte kinkhoest.

Aantal kinderen in gezin

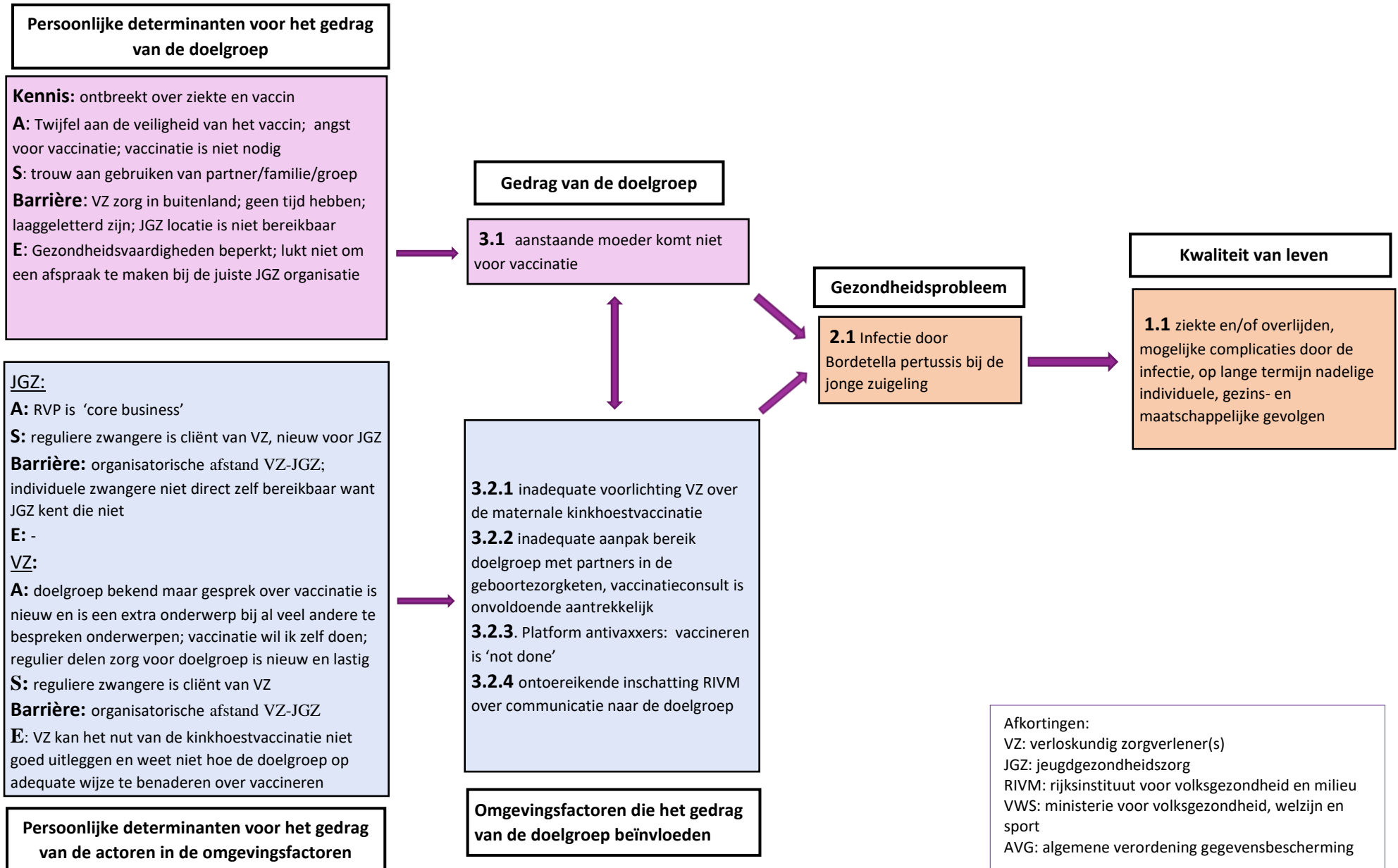


Etniciteit van het kind

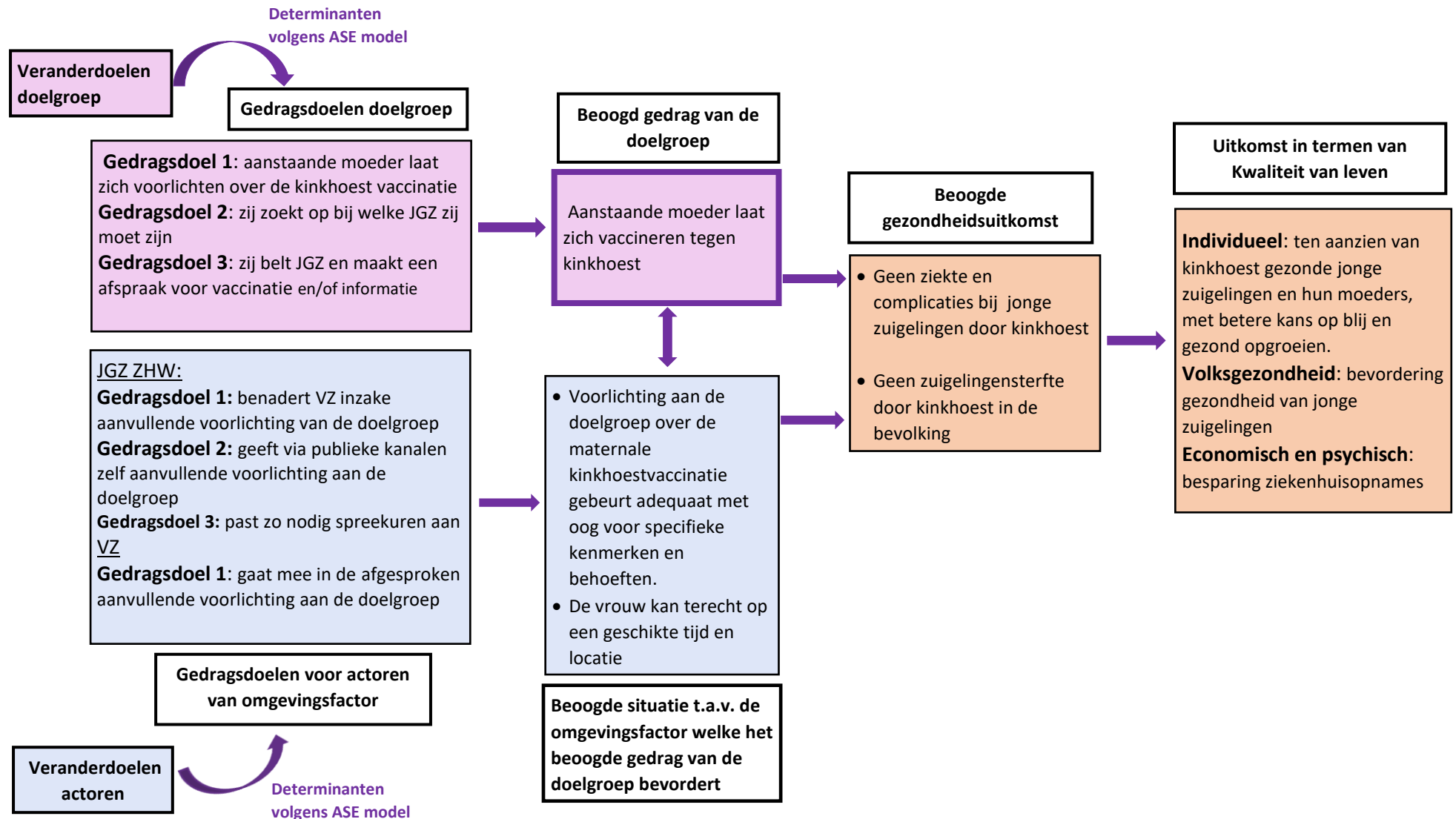


Bijlage 3.

Intervention Mapping step 1: logic model of the problem



Intervention Mapping step 2A: Logic model of Change



Intervention mapping stap 2B: Matrix of change voor JGZ ZHW

Gedragdoelen van JGZ ZHW (JGZ)	Determinant 1 Attitude	Determinant 2 Sociale norm	Determinant 3 Eigen effectiviteit
Gedragdoel 1: benadert VZ inzake aanvullende voorlichting aan de doelgroep			
1A Auteur benadert VZ praktijken in haar werkgebied die ook de hielprik doen	Met deze praktijken werkt JGZ al en is daar dus mee bekend	Collega's bij JGZ ZHW doen dit ook	Kent de VZ praktijken en kan hun contactpersonen laagdrempelig benaderen
1B Auteur informeert die VZ praktijken over de huidige beschermingsgraad van zuigelingen van JGZ ZHW tegen kinkhoest	Belangrijk om de VZ in kennis te stellen van de stand van zaken	Idem	Is in staat de epidemiologische gegevens uit te leggen aan de VZ
1C Auteur overlegt met die VZ praktijken hoe de doelgroep aanvullend voorgelicht kan worden	Belangrijk om met elkaar eens te zijn hoe de doelgroep aanvullend voorgelicht kan worden	Zwangeren zijn de cliënten van de VZ, kinderen van de JGZ, met dwarsverbanden	Kan doelmatig overleggen met de VZ
1D Communicatiemedewerker zorgt voor aanvullende voorlichtingsmaterialen	Belangrijk dat er passende materialen zijn	Materialen zijn doelgericht, duidelijk voor de cliënt en passen bij de frisse lay-out van JGZ ZHW	Is ervaren in het ontwikkelen van communicatiematerialen inzake vaccinatie en kan deze delen met VZ praktijken
1E Medewerker Facilitaire zaken levert de materialen aan die VZ praktijken	Belangrijk om de goede materialen netjes en volgens afspraak af te leveren	Op deze persoon kun je bouwen	Medewerkers zijn ervaren in deze taak
Gedragdoel 2: geeft via publieke kanalen zelf aanvullende voorlichting aan de doelgroep			
2A Communicatiemedewerker, beleidsmedewerker en auteur brainstormen over aanvullende voorlichting over de maternale kinkhoestvaccinatie via publieke kanalen	Goede informatieverstrekking ter bevordering van de bescherming van het kind is belangrijk	Ieder levert een bijdrage	Zijn creatief, kennen kanalen en kunnen daarvan gebruik maken
2B Communicatiemedewerker ontwikkelt de aanvullende voorlichting in samenwerking met beleidsmedewerker en auteur	Belangrijk dat er passende, praktisch inzetbare materialen zijn voor de doelgroep	Voorlichting past bij JGZ ZHW	Werken goed samen bij het ontwikkelen van voorlichting
2C Communicatiemedewerker zet de aanvullende voorlichting in	Belangrijk om zichtbaar te zijn voor de doelgroep	Voorlichting over het RVP hoort bij JGZ	Is in staat de voorlichting in te zetten via bekende kanalen
Gedragdoel 3: past zo nodig spreekuren aan			
3A Beleidsmedewerker gaat de huidige planning van de spreekuren na: kunnen vrouwen tijdig, op een geschikt moment en dichtbij huis terecht?	De behoeften van de zwangere vrouwen voor het maken van een afspraak zijn belangrijk	Cliëntvriendelijkheid	Zij is in staat de informatie op te sporen
3B Beleidsmedewerker past zo nodig de planning van de spreekuren aan	Idem	Idem	Zij is in staat met de planners snel spreekuren aan te passen en/of uit te breiden; naar de avonduren uitbreiden kan een knelpunt zijn