Rol van de huisarts in een vaccinatiecentrum

Johan Wouters, UGent

Promotor: **Peter Decat, UGent**

Co-promotoren: **Tom Declercq, UGent**

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: **2021 – 2022**

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Mijn oprechte dank gaat uit naar de leden van het strategische kernteam binnen de Gentse vaccinatiecampagne: Freija De Smet, Els Lecompte en Leen Van Zele (verantwoordelijken van het programmamanagement, afgevaardigd vanuit het lokaal bestuur, Stad Gent), Michiel Van Lysebetten (lid van het programmamanagement, stafmedewerker en afgevaardigd vanuit ELZ Gent), dr. Steven Simoens (strategisch-medische expert, huisarts en afgevaardigd vanuit de Zorgraad en de Raad van bestuur van HVG - huisartsenvereniging Gent), apr. Hendrik De Rocker (farmaceutische expert, apotheker en afgevaardigd vanuit de Zorgraad en KOVAG - Koninklijk Oost-Vlaams Apothekersgild) en Rachèl Bruijsten (verantwoordelijke en organisatrice van de mobiele vaccinatie en thuisvaccinatie).

Graag dank ik alle medische en niet-medische medewerkers binnen het vaccinatiecentrum voor hun toewijding en betrokkenheid bij het welslagen van de vaccinatiecampagne in Gent.

In het bijzonder ook dank aan dr. Wim Bailleul die bereid was om telkens opnieuw de veranderende en talrijke instructiefiches uit het draaiboek met een kritische blik na te lezen.

Voor mijn rol van strategisch-medische expert binnen het vaccinatiecentrum kreeg ik de volle steun van dr. Monique Hoste en dr. Alain Renson, beide praktijkopleiders binnen de praktijk waar ik mijn opleiding kon genieten tot huisarts.

Niet in het minst dank ik mijn familie en in het bijzonder mijn vrouw Goedele Van Ael voor het geduld en de steun bij mijn mandaat als strategisch-medische expert bij het vaccinatiecentrum van Gent.

Inleiding

Sinds maart 2020 worden we geconfronteerd met een COVID-19-pandemie. Om de druk op de gezondheidszorg te milderen waren drastische maatregelen nodig, met een grote impact op ons dagelijks leven.

In de strategie om deze pandemie te bestrijden en de druk op de gezondheidszorg binnen de perken te houden, was een grootschalige vaccinatiecampagne noodzakelijk. De initiële doelstelling was om minstens 70% van de volledige bevolking te vaccineren met het oog op de individuele bescherming van elke burger en het bekomen van de 'herd immunity'.

In België werd de uitvoering van de vaccinatiecampagne in handen gegeven van de lokale besturen (steden en gemeenten). Deze lokale besturen gaven de vaccinatie vorm in samenwerking met de ELZ's (eerstelijnszones). In Vlaanderen resulteerde dit in 95 vaccinatiecentra, verspreid over de 59 ELZ's. (*1)

Voor ELZ Gent (Eerstelijnszone Gent) met ongeveer 265.000 inwoners, betekende dit het uitvoeren van minstens 370.000 vaccinaties.

Binnen de uitrol van een vaccinatiecentrum werden aan de medische zijde een strategisch-medische en een strategisch-farmaceutische expert aangesteld. In Gent kreeg HVG (Huisartsenvereniging Gent) de vraag om de functie van strategisch-medische expert in te vullen. Daarbij werd gekozen voor een tandem, Steven Simoens (huisarts en lid van de raad van bestuur HVG) en Johan Wouters (HAIO - Huisarts in Opleiding in Drongen, auteur van deze masterproef).

Deze masterproef heeft tot doel de rol van de huisarts binnen een vaccinatiecentrum toe te lichten en aan te tonen waar de huisarts het verschil maakt.

Methode

Draaiboek

Sinds 4 januari 2021 weten we dat de organisatie van de vaccinatiecentra toegewezen was aan de lokale besturen (steden en gemeenten) en dat alle vaccinatiecentra tijd hadden om zich tegen 1 februari te organiseren om klaar te zijn voor vaccinatie.

Op Vlaams niveau werd rond 12 januari 2021 een 'Medisch-verpleegkundig en farmaceutisch draaiboek vaccinatiecentra' beschikbaar gesteld. Dit draaiboek wordt tot op vandaag wekelijks geüpdatet, volgens de recentste inzichten en richtlijnen.

Dit was in het bijzonder voor grote steden zoals Gent een heel krappe deadline. Bij de aanvang van de opdracht was het 'Medisch-verpleegkundig en farmaceutisch draaiboek vaccinatiecentra' nog niet beschikbaar. Op basis van de ervaring met de vaccinatiecampagnes voor de seizoensgriep in Drongen hebben we in Gent vrij snel geschakeld en zonder oponthoud geschreven aan een eigen draaiboek. Omdat de keuze van de locatie en de opbouw van het vaccinatiecentrum zich opdrong, was vooral een grondplan dringend nodig. Het eigen draaiboek werd nadien aangevuld met de richtlijnen uit het draaiboek dat door Vlaanderen beschikbaar werd gesteld.

De implementatie van de vaccinatiecampagne resulteerde aan de medische zijde in een 20-tal instructiefiches voor de verschillende medische rollen in uiteenlopende situaties: grondplan, standaardprocedures, gebruik van ICT, noodprocedures, prikaccident, ongeval, mobiele vaccinatie, instructies voor het beperken van restvaccins op het einde van de dag, ….

Opdracht

Vanuit het kernteam werd een strategisch-medische expert naar de 'Werkgroep veiligheid en risicoanalyse' (overleg tussen bestuur Stad Gent, politie, brandweer en veiligheidsdiensten) afgevaardigd.

De taken van de strategisch-medische expert binnen een vaccinatiecentrum, toegepast op de specifieke situatie in Gent, zijn:

- Ondersteuning van de programmamanager voor de medische aspecten van de vaccinatiestrategie en hierin samenwerken met de andere betrokkenen via wekelijkse vergaderingen met de kerngroep.
- Opvolging van de samenstelling van de lijsten van de eerstelijnszorgverstrekkers en de patiënten die in aanmerking komen voor thuisvaccinatie samen met de populatiemanager. Bij het samenstellen van deze lijsten is het medisch beroepsgeheim van toepassing. Implementatie thuisvaccinatie samen met de populatiemanager van de ELZ.
- Opvolging van het vaccinatieproces in de vaccinatiecentra. Waar nodig de toezichthoudende medische verantwoordelijken van het vaccinatiecentrum ondersteunen met advies, constante kwaliteitsopvolging, opleiding, intervisie, briefing,…
- Ondersteuning van wijkgerichte vaccinaties, vaccinaties in voorzieningen en/of andere collectiviteiten waar de beslissing is genomen om in situ te vaccineren; implementatie van vaccinaties in situ.

- Overleg met de programmamanager en desgevallend de mSPOC (medische Single Point Of Contact) over maatregelen in geval van grote lokale uitbraken of clusters, enkel indien nodig, aanvullend op de rol van de mSPOC (ELZ).
- Opvolging van de registratie in Vaccinnet via Mediris; de toezichthoudende medische verantwoordelijken opleiden in het gebruik van Mediris (Medisch programma waarin de vaccins worden geregistreerd en doorgestuurd naar Vaccinnet, de centrale database met de registratie van alle vaccins van de Belgische bevolking).
- Deelname aan de Werkgroep Veiligheid en het voorzien van de medische inbreng.

CanMEDS

In de opleiding tot huisarts wordt regelmatig verwezen naar de CanMEDS rollen die een arts kan, of moet kunnen opnemen. Zowel in de bespreking van casussen als de bespreking van het functioneren in de praktijk komen de CanMEDS-rollen aanbod. Via de zoekterm '"Models, Theoretical"[MAJR] CanMEDS' in Pubmed vinden we de oorsprong van dit model. De 'Royal College of Physicians and Surgeons in Canada' ontwikkelde in de jaren '90 het CanMEDS-model (Canadian Medical Education Directives for Specialists), werd het laatste herwerkt in 2015 en is terug te vinden op de volgende weblink: https://canmeds.royalcollege.ca/en/framework (*18). Het model beschrijft zeven rollen die een ideale arts zou moeten opnemen. De zeven rollen zijn: medisch deskundige (medisch expert), beroepsbeoefenaar (professional), communicator, samenwerker, academicus, organisator (leider) en gezondheidspromotor (*14). Bij de opleiding tot arts kan je de laatste decennia niet ontsnappen een beoordelingskader waarbij competenties centraal staan (*15, *16). Daarom is het CanMEDS-model een herkenbaar en geschikt model om te reflecteren over het functioneren van de huisarts als strategisch-medische expert binnen een vaccinatiecentrum. Zowel de ontwikkeling van het medisch draaiboek als de uitvoering van de taak als strategisch-medische expert wordt vanuit de CanMEDS-rollen tegen het licht gehouden.

Resultaten

Het belangrijkste deel van deze masterproef bestaat uit het medisch draaiboek toegepast in het vaccinatiecentrum van Gent. Het medisch draaiboek bevat alle instructiefiches die in de loop van de vaccinatiecampagne gedurende negen maanden vorm hebben gekregen. Deze werden opgenomen als bijlage en zijn bedoeld als naslagwerk. Een aantal passages worden toegelicht in het onderdeel 'discussie en resultaten'.

De instructiefiches van het draaiboek werden als volgt gestructureerd:

- Briefings en EBM-opleidingen (Evidence-Based Medicine) in het kader van een vaccinatiecampagne;
- Niet-medische fiches: grondplan, info voor alle medewerkers, procedures einde dag;
- Medische fiches die betrekking hebben op het consult en de anamnese;
- Instructiefiches in het kader van de toegankelijkheid: anderstaligen, slechthorenden en doven;
- Instructiefiches specifiek voor de artsen, farmaceutische expert en vaccinvoorbereiders;
- Documenten om mee te geven met bezoekers;
- Instructiefiches toegepast op de mobiele vaccinatie;
- Instructiefiches die betrekking hebben op incidenten: prikaccident, ongevallen, ….

Het grondgebied van ELZ Gent (Eerstelijnszone Gent) telt 263.703 Gentenaars. Daarvan kregen op het moment van dit schrijven 204.637 (77,6%) minstens hun eerste prik en zijn er 195.868 (74,3%) volledig gevaccineerd. De volwassen bevolking in Gent telt 213.378 Gentenaars, waarvan 190.391 (89,2%) minstens één prik kregen en 182.523 (85,5%) volledig zijn gevaccineerd. (*2)

In Gent werden er ongeveer 400.000 vaccins toegediend waarvan het overgrote deel in het vaccinatiecentrum van Flanders Expo. Bij een maximale bezetting en openingsuren van 8u tot 20u hadden we een dagelijkse capaciteit van ongeveer 5.400 vaccinaties.

Het is de overtuiging van de auteur dat deze vaccinaties hoe dan ook hun weg hadden gevonden naar de juiste arm, maar dat bij de uitvoering ervan je als huisarts, in de rol van strategisch-medische expert, het verschil maakt.

Discussie en reflectie

Huisarts als samenwerker

Het vaccinatiecentrum werd op strategisch niveau aangestuurd vanuit een kernteam van acht mensen. Binnen het kernteam was er het programmamanagement, vertegenwoordigd door drie personen van het lokaal bestuur (stad Gent) en een stafmedewerker van ELZ Gent (Eerstelijnszone Gent). Daarnaast was er de strategisch-medische expert, ingevuld als duobaan tussen een lid van de raad van bestuur van HVG (Huisartsenvereniging Gent) en een HAIO (huisarts in opleiding), een strategisch-farmaceutische expert vertegenwoordigd door een afgevaardigde van KOVAG (Koninklijk Oost-Vlaams Apothekersgild) en een operationele verantwoordelijke voor de mobiele vaccinaties en thuisvaccinaties, afgevaardigd vanuit de ELZ Gent.

Het kernteam vergaderde wekelijks, in drukke periodes was dit twee keer per week. Deze vergaderingen gingen steeds online door, gebruik makend van Microsoft Teams. Alle beslissingen werden in onderling overleg genomen, met respect voor ieders expertise. Bij incidenten of noodzaak om dringend te beslissen werd iedereen van het kernteam telefonisch op de hoogte gebracht (24/7 bereikbaarheid). Soms gebeurde het dat er iemand van het kernteam vergeten werd in deze dringende communicatie. Na een interne evaluatie werd beslist om, bij incidenten, steeds alle leden van het kernteam ook per mail op de hoogte te brengen.

Via het programmamanagement was er directe link met de politiek verantwoordelijken, de burgemeester en de schepen voor Gezondheid & Zorg.

Op het operationeel niveau werd de dagelijkse leiding van het vaccinatiecentrum waargenomen door een centrumverantwoordelijke (medewerker stad Gent), een operationeel-medische coördinator (een arts) en één tot drie farmaceutische experten (apothekers). Onderling was er een heel nauwe samenwerking voor de dagelijkse leiding van het vaccinatiecentrum. Elk van deze functies rapporteerde naar de respectieve verantwoordelijken binnen het kernteam.

Uit onze interne evaluatie kwam het belang naar voor van het beschikbaar stellen van een draaiboek met de verschillende instructiefiches voor de verschillende rollen binnen het vaccinatiecentrum. Aan medische zijde waren deze bij de dry-run (oefendag) reeds beschikbaar. Aan niet-medische zijde zijn deze pas later beschikbaar gekomen waardoor dagelijks de verwachtingen in de mondelinge briefing herhaald werden.

Binnen het operationeel-medisch team werden volgende functies ingevuld: medisch-operationele coördinator, module-artsen, vaccinatoren, farmaceutische experten en vaccinvoorbereiders. Daarnaast was er ook de rol van EHBO-arts (meestal waargenomen door de medisch-operationele coördinator) en de medische vlinders (verpleegkundigen die flexibel werden ingezet).

Uit onze interne evaluatie is naar voor gekomen dat het belangrijk is dat in de verschillende instructiefiche ook de grenzen worden aangegeven tot waar de medische en tot waar de niet-medische autonomie en beslissingsbevoegdheid reikt. Zo hadden we een moeilijkheid waarbij een centrumverantwoordelijke een beslissing nam over het al dan niet toedienen van een bepaald type vaccin bij een medewerker, terwijl dat dit een medische bevoegdheid is. Omgekeerd was er een coördinerend arts, op eigen initiatief, vaccinatieruimtes aan het afsluiten omdat er minder bezoekers

waren en vaccinatoren zonder werk vielen. Dit is een niet-medische bevoegdheid omdat dit een belangrijke invloed heeft op de doorstroom van bezoekers in het vaccinatiecentrum.

Uit deze structuur blijkt dat de strategisch-medische expert heel nauw samenwerkte op strategisch niveau (horizontaal) en op operationeel niveau met de verschillende operationele medische disciplines (verticaal).

Huisarts als organisator

De groep van medische medewerkers (zowel vrijwilligers als betaalde krachten) was ongeveer 900 personen sterk. Op drukke dagen werden er ongeveer 150 verschillende medische shiften (van 4 tot 6 uur) ingevuld.

Bij zo'n grote groep medewerkers is het cruciaal dat iedereen goed weet wat er verwacht wordt en dat er niets aan het toeval overgelaten wordt. Zo worden misverstanden tot een minimum beperkt. Dit alles werd uitgeschreven in een draaiboek bestaande uit instructiefiches. De medewerkers konden de recentste versie samen met de wekelijkse briefing thuis op voorhand online raadplegen, via de toepassing waarin ze konden intekenen op medische shiften.

Binnen een grote organisatie is het belangrijk om duidelijk prioriteiten te stellen en helder te communiceren over wat kan. In onze briefing voor de medewerkers lag de focus op: 'Veilig', 'Vriendelijk' en 'Vlot'. Daarnaast waren er een aantal belangrijke basisprincipes waar regelmatig de nadruk op gelegd werd: handhygiëne, correcte toedieningsplaats, uniforme anamnese, off-label gebruik van vaccins was verboden, gelijkheid en toegankelijkheid van de vaccins voor elke Gentenaar en enkel de vaccinatieschema, opgelegd door de overheden, mochten toegediend worden.

Binnen de verschillende functies werden nieuwe krachten opgeleid en bijgestuurd. Hiervoor werkten we met een systeem van mentorschap (*5) onder leiding van de operationeel-medische coördinator. De betrokkenheid van de vaccinatoren (vooral verpleegkundigen) hebben we verhoogd door de verantwoordelijkheid van dit mentorschap voor nieuwe vaccinatoren in handen van de vaccinatoren zelf te leggen, met als resultaat: de ontwikkeling van een instructiefiche 'door en voor vaccinatoren'. (*6)

Als huisarts ben je ook gevoelig voor de zorg voor en de veiligheid van de medewerkers. Hierbij hanteerden we het principe van 'No Blame'. Bij fouten, zoals prikaccidenten, is het van cruciaal belang dat medewerkers dit melden zonder angst voor uitsluiting. Binnen een grote organisatie probeer je te vermijden dat je in de eerste plaats op zoek gaat naar 'de schuld' van een persoon of zijn/haar 'aandeel' binnen een incident. Als organisatie brachten we in eerste instantie de verschillende stakeholders met mogelijke beïnvloedende factoren in kaart, volgens de gekende visgraat of het 'Ishikawa diagram' (*7). Vervolgens gingen we na welke maatregelen op niveau van de organisatie mogelijk waren om incidenten in de toekomst tot het minimum te beperken, volgens het zogenaamde 'Swiss cheese model' of 'defence in depth'. (*8, 9)

Incidenten, problemen met het beleid, suggesties en bedenkingen worden best op een laagdrempelige manier en in alle veiligheid gemeld. Daarvoor hadden de medewerkers de keuze tussen een melding bij een onafhankelijke ombudsdienst, het aanspreken van de operationele verantwoordelijken en het rechtstreeks aanspreken van de strategische verantwoordelijken in persoon, telefonisch of via mail. Er was ook een brievenbus waarin men anoniem gedachten kon

doorgeven. De ombudsdienst werd waargenomen door een onafhankelijke medewerker binnen ELZ Gent voor het melden van klachten in verband met het beleid of ongenoegen omwille van uitsluiting. Op deze manier konden ook de verantwoordelijken op de verschillende niveaus aangesproken worden vanuit een collegiale maar kritische houding.

Binnen een grote organisatie zijn er altijd medewerkers die wegens specifieke medische condities niet voldoende kwalitatief functioneren, die herhaaldelijk dezelfde fouten maken, die systematisch procedures en advies in de wind slaan, die storende gedragingen stellen of die niet collegiaal omgaan met anderen. Dit heeft zijn invloed op de beleving door de bezoekers van het vaccinatiecentrum en op het gevoel dat andere medewerkers ervaren. Daarvoor hebben we een heel duidelijke procedure uitgewerkt met functioneringsgesprekken en een mogelijkheid tot uitsluiting. Hierbij is het belangrijk dat de procedures duidelijk gecommuniceerd zijn, vooraf gekend en voor iedereen gelijk. Dit schept een veilig kader waarin de medewerkers hun taak opnemen en weten wat ze kunnen verwachten.

De dagelijkse leiding in het vaccinatiecentrum werd steeds door dezelfde functies waargenomen maar op dagelijkse basis door steeds andere personen. Daarom was een dagelijkse briefing en debriefing een belangrijk onderdeel van de continuïteit binnen het vaccinatiecentrum. De continuïteit werd dan op basis van deze debriefings waargenomen op strategisch niveau. Op basis van de nieuwe bevindingen en inzichten werd er wekelijks een algemene medische briefing beschikbaar gesteld die de medisch-operationele coördinator kon gebruiken als basis voor de eigen dagelijkse briefing, met eigen accenten.

Binnen het vaccinatiecentrum is er een luik van mobiele vaccinaties en thuisvaccinaties. Thuisvaccinaties worden uitgevoerd door de mobiele equipe van het vaccinatiecentrum (typisch voor collectiviteiten) of door de huisarts die ofwel zelf de opgetrokken vaccins komt ophalen, ofwel per koerier vaccins toegestuurd krijgt, om nog dezelfde dag patiënten via huisbezoeken te vaccineren. Daarnaast hadden we nog de vaccinatiebus waarmee we op basis van input vanuit het populatiemanagement zeer gericht bepaalde Gentse wijken aandeden om door onze nabijheid de drempel tot vaccinatie te verlagen.

Voor de registraties van de afspraken en de vaccinaties werd er gekozen voor Doclr (www.doclr.be) en Mediris (www.mediris.be). Doclr is het systeem, gegund door de federale overheid, voor de registratie van de afspraken. Mediris is het systeem dat ook gebruikt wordt in de huisartsenwachtpost in Gent en werd aangepast voor de registratie van de anamnese en de toegediende vaccins. In de beslissing om met deze systemen te werken werd de strategisch-medische expert heel nauw betrokken omdat een informatiesysteem in een grootscheepse campagne een enorme invloed heeft op de vlotheid van werken.

Voor de personeelsadministratie werd, na een grondige analyse, gekozen voor Beeple (www.beeple.eu). In dit beslissingsproces was de betrokkenheid van de strategisch-medische expert een must. De keuze voor een welbepaald softwarepakket werd in hoge mate bepaald door de complexiteit die uitgaat van de verschillende soorten rollen dat iemand kan opnemen, de manier van beschikbaar zetten van shiften, het opvolgen van aanwezigheid met in- en uitchecken van medewerkers, de koppeling met de loonadministratie.

Huisarts als communicator

Het communiceren op organisatorisch niveau kwam reeds hierboven aan bod.

Als communicator naar bezoekers (patiënten) zijn er verschillende aspecten belangrijk binnen een vaccinatiecentrum.

Eerst en vooral wordt erover gewaakt dat elke bezoeker op een uniforme manier bevraagd wordt (anamnese) door een medische administrator of vaccinator (meestal verpleegkundige). De ervaring van een bezoeker is best zo uniform mogelijk, want dit vermijdt onrust achteraf (mensen praten met elkaar). In de anamnese is er daarom een duidelijke opsplitsing tussen de vragen die gesteld worden, de informatie die verschaft wordt (informatie over de vaccins, risico's en bijwerkingen), de ruimte voor de bezoeker om vragen te stellen. Als strategisch-medische expert voorzie je daarom duidelijke instructies en vragenlijsten. We hebben ook aandacht gehad voor de correcte bejegening van kinderen en jongeren in een medisch consult. Voor dit laatste staken we ons licht op bij de dienst pediatrie van het UZ Gent (Universitair Ziekenhuis Gent). (*10)

Bijkomend hebben we ervoor gezorgd dat elke bezoeker zijn/haar vragen, op eenvoudig verzoek, kon stellen aan een arts. De vaccinatoren hadden de instructie om bij de minste twijfel een arts bij te vragen in de consultatieruimte.

De uniformiteit en de kwaliteit van een vaccinatieconsult door een vaccinator werd op regelmatige basis gemonitord. De module-artsen (elk verantwoordelijk voor een 16-tal vaccinatieruimtes) en de operationeel-medische coördinator hadden expliciet de opdracht om consulten bij te wonen en bij te sturen waar nodig. De vaccinatoren waren op de hoogte dat een arts op eenvoudig verzoek een consult kon meevolgen en bijsturen.

Eigenlijk doe je op strategisch niveau zelf geen communicatie naar bezoekers maar creëer je wel het kader voor een uniforme en kwalitatieve communicatie door de medewerkers. Dit zou je kunnen benoemen als communicatie 'by proxy'.

In een stedelijke context heb je ook veel bezoekers die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Daarvoor beschikten we over een vragenlijst die door Vlaanderen was vertaald in een 30-tal talen. Daarnaast hadden we ook een tablet tot onze beschikking waarmee we een tolk konden inschakelen bij specifieke vragen.

Bezoekers die slechthorend of doof zijn, konden bij de ingang een badge vragen waardoor ze toegeleid werden naar een vaccinatieruimte die was voorzien van een ringleiding (micro die kan gekoppeld worden aan het hoorapparaat). Ook daar hadden we een tablet tot onze beschikking die in verbinding stond met een doventolk.

Heel wat mensen zaten bij het maken van hun afspraak vóór de inenting met vragen en ongerustheden. Daarvoor contacteerden ze Gentinfo, de telefonische helpdesk van Stad Gent. Ook Gentinfo had een rechtstreekse lijn met de strategisch-medische expert om vragen van bezoekers goed te beantwoorden. Op eenvoudige vraag werden de Gentenaars ook opgebeld om hun laatste bezorgdheden en vragen vooraf aan een arts voor te leggen. Dit betrof ongeveer een 900-tal casussen over een periode van negen maanden die ofwel per mail ofwel telefonisch werden behandeld door de strategisch-medische expert. Het is de overtuiging van de auteur dat 'de

nabijheid' van een arts bij het maken van uw afspraak een vertrouwen scheppend kader creëert. En dat dit het best waargenomen wordt door een arts met ervaring binnen de eerste lijn, de huisarts.

Naast de communicatie met de bezoekers (patiënten) was er een luik communicatie met collegae (huisartsen en ziekenhuisartsen). Heel wat patiënten namen contact op met Gentinfo, deden bepaalde beweringen op basis van wat ze te horen kregen bij de huisarts of de ziekenhuisarts. Bij vermoeden van onjuiste informatie bij collegae werden deze steeds telefonisch gecontacteerd. In de meeste gevallen ging het over het fout interpreteren van de goedbedoelde en correcte uitspraken van de arts door de patiënt. Door deze directe communicatie met de collegae worden zij zich ook bewust van wat het betekent als bepaalde zaken in een bepaalde context worden gezegd. Er werd, indien nodig, van de gelegenheid gebruik gemaakt om suggesties te doen in de houding en de communicatie naar patiënten. Opnieuw kan je hier spreken over communicatie 'by proxy'. De collegae kregen dan ook de mogelijkheid om aan een primaire medische bron binnen het vaccinatiecentrum hun eigen vragen te stellen. We vonden het belangrijk om voor de collegae zeer toegankelijk te zijn en oplossingsgericht mee te denken in geval van specifieke problemen.

Naast de communicatie die betrekking heeft op de bezoekers is er ook de communicatie die we voeren naar de betrokken artsen binnen het vaccinatiecentrum en de huisartsen aangesloten bij HVG (Huisartsenvereniging Gent). Wekelijks was er de 'warmhoud'-communicatie naar alle artsen betrokken binnen het vaccinatiecentrum. Hierin werden de bijzonderheden en de veranderingen voor de komende week gecommuniceerd voorafgegaan door een 'teaser', om de droge communicatie wat reliëf te geven. Regelmatig werd er op aangeven van de strategisch-medische expert een brede communicatie gedaan naar de 400 huisartsen van HVG voor het toelichten van belangrijke procedures, wijzigingen en inzichten binnen de vaccinatiecampagne.

Huisarts als medisch deskundige

Vanuit de taakomschrijving van de medische deskundige binnen een vaccinatiecentrum wordt verwacht dat de strategisch-medische expert de nieuwste richtlijnen en ontwikkelingen met betrekking tot vaccinatie actief opvolgt en pro-actief bijhorend advies verstrekt aan het kernteam. Concreet is dit het volgen van de wekelijkse wijzigingen in het 'Medisch-verpleegkundig en farmaceutisch draaiboek vaccinatiecentra', het volgen van de wekelijkse mailings van het 'team regiocoördinatoren' van het 'Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid', het volgen van de intervisies die op regelmatige basis georganiseerd werden door Domus Medica, het volgen van de aanbevelingen van de HGR (Hoge Gezondheidsraad), het volgen van de nieuwste inzichten binnen de wetenschappelijke literatuur en het volgen van de ontwikkelingen van de vaccinatiestrategie in het buitenland. Dit laatste is een meerwaarde om vooraf in te schatten wat mogelijk op ons afkomt.

Een belangrijk aspect daarbij is dat de resultaten van nieuwe wetenschappelijke inzichten soms heel snel bij het brede publiek kenbaar worden gemaakt waardoor men als arts voortdurend onder druk staat om actief zelf heel consequent de veranderingen op te volgen. Voortdurend wordt het medisch beleid in vraag gesteld door de verschillende snelheden waarmee richtlijnen ingang vinden in de verschillende landen. Een goed voorbeeld daarvan is het blijven vaccineren met AstraZeneca terwijl alle buurlanden een moratorium hadden afgekondigd. Een tweede voorbeeld is de vaccinatie met een Pfizer na een eerste AstraZeneca wat pas sinds 7 oktober 2021 bij ons toegelaten werd als volwaardig vaccinatieschema, terwijl dat in andere landen al langer toegelaten was. Hierin word je

als medische expert uitgedaagd om het vaccinatiebeleid te blijven verdedigen. De ervaring leert dat het loyaal uitvoeren van het vaccinatiebeleid binnen de Belgische context loont.

Als strategisch-medische expert schakel je best snel bij onduidelijkheden binnen uw medisch team. Een voorbeeld hiervan is het al dan niet vaccineren in een arm met een tatoeage. Door een incident veroorzaakte dit veel onrust en onenigheid binnen de groep van artsen en vaccinatoren. Op dat moment moet je als medische verantwoordelijke de wetenschappelijke literatuur grondig nakijken, kordaat nieuwe richtlijnen uitschrijven en duidelijk communiceren. Talmen en onduidelijkheid zijn op een dergelijk ogenblik geen optie.

Vanuit de werkgroep 'veiligheid en risico-analyse' konden we verschillende risico's (prikaccident, ongeval, …) vooraf omschrijven en voor die omstandigheden de procedures voorzien. Het is enorm belangrijk een kapstok te bieden aan de artsen die de dagelijkse operationele verantwoordelijkheid dragen. Procedures zijn bij voorkeur helder en beschikbaar op het moment dat een incident zich voordoet. Artsen zijn tewerkgesteld in specifieke shiften waarbij het best is dat elke procedure binnen een begonnen shift wordt afgerond. De verdere opvolging wordt dan op strategisch niveau waargenomen.

Huisarts als academicus

Als academicus heb je binnen een vaccinatiecampagne, georganiseerd door de overheid weinig meerwaarde. De richtlijnen en vaccinatieschema's worden immers bovenlokaal (Vlaams en federaal) vastgelegd. Behalve het verklaren van beleidsbeslissingen vanuit de wetenschappelijke literatuur, is het vooral een uitvoerende taak. Een kritische reflectie op de wetenschappelijke literatuur is mogelijk maar kan of mag in de uitvoering geen verschil maken. Binnen een vaccinatiecampagne van de overheid bestaat er niet iets zoals 'therapeutische vrijheid', wel het 'toezien' dat alles medisch correct verloopt.

We hadden wel de mogelijkheid om vanuit de medische literatuur suggesties te doen aan de bovenlokale overheden en daarbij geduldig op dezelfde nagel te blijven kloppen.

Dit was soms moeilijk voor onze medische professionals. De medische logica is binnen een vaccinatiecentrum niet altijd de juiste, en soms nefast als men zich de 'therapeutische vrijheid' permitteert. Een voorbeeld hiervan is het gebruiken van de 'restvaccins' (vaccins die op het einde van een dag overbleven) als 'derde prik' bij oudere medewerkers. Op het eerste gezicht lijkt dit een goede medische handeling waarbij we in het vooruitzicht van een mogelijke derde prik de restvaccins niet laten verloren gaan. Maar dit is niet de creativiteit die je wenst binnen een vaccinatiecentrum. Hier zijn een aantal principes die conflicteren en dan ben je genoodzaakt om hier een duidelijke hiërarchie in te voorzien. In casu mogen we geen vaccinatieschema's toepassen die afwijken van de Vlaamse geldende richtlijnen. Het is niet omdat er in de media gezegd werd dat de mensen van 65+ mogelijks ook een prik zouden krijgen dat je dat onmiddellijk ook mocht doen. In een campagne in het kader van primaire preventie moet hetgeen men aanbiedt ook aanbieden (toegankelijkheid) aan alle patiënten binnen dezelfde risicogroep (gelijkheid). Deze principes staan hoog op de ranking. Indien dit betekent dat enkele restvaccins worden weggegooid is dit jammer, maar het principe 'het verlies van vaccins tot het minimum beperken' is ondergeschikt aan 'het correct uitvoeren van een preventieve vaccinatiecampagne'.

Binnen een vaccinatiecentrum zijn, vanuit medische inzichten en de kritische reflectie daarop, beperkt aanpassingen mogelijk. Het al dan niet meten van de lichaamstemperatuur bij het binnenkomen van het vaccinatiecentrum is daar een voorbeeld van. Daarbij hebben we gekozen om de systematische meting van de lichaamstemperatuur niet te doen aan de ingang. De richtlijnen van Vlaanderen schreven wel voor dat aan de ingang de temperatuur van elke bezoeker en medewerker wordt gemeten. Voor de bescherming van andere bezoekers tegen COVID-19 is het bijvoorbeeld medisch gezien beter om aan de ingang te vragen of een bezoeker aan het hoesten is dan het meten van de lichaamstemperatuur. Hoesten is immers een primair kenmerk in de gevalsdefinitie van mogelijke COVID-19 besmetting en leidt op zich tot een 'mogelijk geval', terwijl koorts slechts één van de secundaire kenmerken is waarvan minstens twee aanwezig zijn. (*13) Daarom hebben we ervoor gekozen om het meten van de lichaamstemperatuur niet meer aan de ingang te doen maar de mogelijkheid daartoe te voorzien in de vaccinatieruimtes.

Huisarts als gezondheidspromotor

De uitleg over het waarom men zich best laat vaccineren is uitgebreid in de media aan bod gekomen. Helaas circuleert er via diverse kanalen informatie die mensen doet twijfelen en zelfs onze eigen (medische) medewerkers vreemde opvattingen er op laat nahouden.

Daarom is het in de eerste plaats belangrijk om de eigen medewerkers goed in te lichten over het 'hoe', het 'wat' en vooral het 'waarom' van beslissingen. Hiervoor hebben we bij de aanvang een fiche voorzien met de belangrijkste medische informatie met vermelding van de (wetenschappelijke) referenties. Deze werd beschikbaar gesteld aan alle medische medewerkers. (*11). Ook in de wekelijkse mailing naar de betrokken artsen kwam dit aan bod.

Op het niveau van het lokaal bestuur en Gentinfo kwamen heel wat kritische opmerkingen binnen die een antwoord van een medische deskundige vergden. Ook werden er mails naar de burgemeester, schepen van 'Gezondheid en zorg' gestuurd met een kritische houding tegenover de vaccinatiecampagne. Hier werd steeds het medisch luik in het antwoord van de burgemeester of schepen geadviseerd door de strategisch-medische expert. In een extreem geval werd telefonisch contact opgenomen met de burger om te horen wat de beweegredenen waren voor zijn schrijven en waar de opvattingen vandaan kwamen.

Mensen die twijfelden over hun vaccinatie, vooral in het begin van de vaccinatiecampagne, werden systematisch door de strategisch-medische expert opgebeld om te luisteren naar hun bezorgdheden en het beantwoorden van hun vragen. Hiermee kon heel gericht en betrokken een antwoord gegeven worden op de twijfel en de foute informatie die circuleerden binnen vriendengroepen en families. Mensen voelden zich daardoor ernstig genomen omdat ze telefonisch contact hadden met de strategisch-medische expert van het vaccinatiecentrum. Omgekeerd was dit ook een manier om vanuit een autoriteit, zonder tussenpersoon, correcte informatie te verschaffen aan de twijfelde burgers.

Huisarts als beroepsbeoefenaar (professional)

De sleutelwoorden hier zijn: ethiek, respectvol bejegenen van de bezoekers, aandacht voor de privacy en medische gegevens.

Vanuit de grootste vaccinatiecentra in België werd bij de aanloop van de vaccinatiecampagne vooral gedacht in een logica van zo snel mogelijk zoveel mogelijk landgenoten te vaccineren. Maar als efficiëntie de bovenhand neemt dan kan dit ten koste gaan van de privacy en de bescherming van medische informatie van bezoekers.

Op federaal niveau werd Doclr (een systeem voor het registreren van de afspraken) voorgesteld dat bij voorkeur door alle vaccinatiecentra zou gebruikt worden. De grote vaccinatiecentra, omwille van de grote groep die daar ging worden gevaccineerd, werden nauw betrokken in de besprekingen voor mogelijke aanpassingen aan dit systeem. Eén van de gevraagde aanpassingen was het opnemen van de medische vragenlijst bij het maken van de afspraak, zodat bij het bezoek aan het vaccinatiecentrum deze informatie al beschikbaar was en na een aantal bijvragen men snel kon overgaan tot vaccinatie. Hier stelt zich een medico-legaal probleem. Wat met het doorspelen, bewaren en verwerken van medische gegevens? Men weet immers nooit wie de afspraak maakt voor een welbepaalde bezoeker (een vriend, familielid, een medewerker van de telefonisch helpdesk). Deze persoon is omwille van de medische vragenlijst genoodzaakt om medische informatie te vragen bij het maken van de afspraak. Hooguit kan vooraf aan de mensen gevraagd worden of ze op de hoogte zijn van de mogelijke risico's van vaccinatie. Bij deze laatste vraag wordt er enkel informatie verstrekt en op basis daarvan laat de bezoeker het 'vinkje' al dan niet aankruisen. Wegens onze bezorgdheid over de privacy en de bescherming van medische gegevens hebben we ons vanuit het vaccinatiecentrum in Gent verzet tegen een dergelijke online medische vragenlijst. Uiteindelijk heeft men op federaal niveau ingezien dat het weglaten van deze medische vragenlijst de enige juiste oplossing was.

In het Vlaamse draaiboek is er aandacht gegaan naar de efficiëntie van vaccinatie door het opsplitsen van taken, het bandwerk-model. Zo worden identificatie van de bezoeker, medische anamnese en vaccinatie uit elkaar gehaald en uitgevoerd in aparte ruimtes. De bezoekers verplaatsen zich dan van de ene naar de andere ruimte, met telkens een bufferruimte (wachtzaal) ertussen. In Gent zagen we vooral de voordelen van het 'consultmodel', ingegeven door de ervaring van de vaccinatiecampagne voor de seizoensgriep binnen een huisartsenpraktijk in Drongen. We hebben ons vaccinatiecentrum daarom volledig georganiseerd naar één bezoeker/één consult (identificatie, medische anamnese en vaccinatie) in één vaccinatieruimte met vooraf een extra identificatie (het opnemen in een virtuele wachtzaal, controle van wachtrij van het juiste type vaccin). Op deze manier intensiveert men het contact en de opbouw van vertrouwensrelatie met de vaccinator, krijgen de mensen meer ruimte om hun vragen te stellen, en riskeert men niet dat bezoekers twee keer een ander antwoord krijgen als ze aan twee opeenvolgende medische medewerkers dezelfde vraag stellen. Bijkomend hadden de toezichthoudende artsen de focus op slechts één soort contact. Deze manier van werken laat de beleving van de bezoeker zo dicht mogelijk aansluiten bij die van een gewone artsenconsultatie. We vermoedden ook een efficiëntiewinst. Dit werd achteraf bevestigd door metingen die we hebben laten uitvoeren door medewerkers van ELZ Gent (minder personeel voor dezelfde handelingen).

Naast het consultmodel hebben we er in Gent ook voor gekozen om in het 'DNA' van het vaccinatiecentrum een duidelijke plaats te geven aan de begeleider, mantelzorger, voogd, ouder, of

ander begeleidend persoon. De vaccinatieruimtes werden bewust drie bij drie meter uitgevoerd (relatief groot), en de indeling van de ruimte werd bij de toegankelijkheidsambtenaar van Stad Gent afgetoetst voor oa. draaicirkels van rolstoelen. In de beelden die verschijnen in de media zien we vooral vaccinatiecentra met een indeling zoals voorgeschreven door het Vlaamse draaiboek met een grote wachtzaal waar men op stoeltjes, op een afstand van anderhalve meter van elkaar, 15 minuten wacht na vaccinatie. In Gent hebben we er bewust voor gekozen om kleinere aparte wachtzalen te voorzien met telkens de mogelijkheid om twee stoelen bij elkaar te zetten. Op deze manier had de begeleider van een bezoeker duidelijk en uitnodigend zijn plaats binnen het vaccinatiecentrum. (*12)

Bijkomende aspecten

Naast de operationele rol van de ELZ (huisartsen, verpleegkundigen, apothekers, lokale bestuur, ...) binnen het uitrollen van een vaccinatiecampagne is er mogelijks een belangrijke predisponerende factor voor het halen van een hoge vaccinatiegraad. Het is de overtuiging van de auteur dat een goed uitgebouwde eerste lijn een vertrouwengevend kader biedt om een vaccinatiecampagne succesvol te laten verlopen. We zien immers dat er grote verschillen zijn in vaccinatiegraad tussen de verschillende regio's (cijfers op 8 november 2021, voor 18+): Vlaanderen (92%), Wallonië (82%), en Brussel (68%) (*18). Volgens Domus Medica zijn er in die verschillende regio's respectievelijk per 10.000 inwoners: 7,4 (Vlaanderen), 6,81 (Wallonië) en amper 4,95 (Brussel) geconventioneerde huisartsen (*18). Er tekent zich bij deze cijfers een duidelijk correlatie af. Of er een causaal verband is of er moet gezocht worden naar co-founders, is voorwerp van bijkomend onderzoek.

Tijdelijk zijn we uitgeweken naar een 'vaccinatiepunt' wegens een beperkte beschikbaarheid van Flanders Expo in Gent. Daarvoor kozen we voor het UZ Gent (Universitaire Ziekenhuis Gent). Hierbij hebben we getracht om de ziel van de eerste lijn binnen te brengen in een derdelijns setting.

Over de toekomst van de vaccinatiestrategie (boostervaccinatie bij andere groepen, de vaccins met de nieuwe samenstelling) zijn we nu al aan het nadenken. We merken immers hoe vanuit de hogere overheden de teststrategie (COVID-testen) en, in het verlengde, de vaccinatiestrategie (COVID-vaccinaties) meer en meer naar de reguliere zorg worden verschoven (lees: naar de huisarts). Daarom is het belangrijk om daarover met de huisartsen en andere relevante disciplines (apotheker en verpleegkundigen) nu al na te denken hoe dit binnen een ELZ (Eerstelijnszone) het best op een duurzame manier wordt georganiseerd.

Besluit

Om diverse redenen is het betrekken van een ELZ (Eerstelijnszone) in de uitrol van een vaccinatiecampagne de meest voor de hand liggende keuze. Het is wenselijk om de medische verantwoordelijkheid daarbij te leggen bij de huisartsen. Vanuit hun toegankelijkheid, betrokkenheid en specifieke expertise rond eerstelijnsproblematieken zijn ze de beste partner voor het waarnemen van de medische verantwoordelijkheid binnen een vaccinatiecampagne.

De huisarts is binnen een vaccinatiecampagne als een spin in het web om creatieve oplossingen te bieden bij de problemen die zich stellen. Door zijn toegang tot de verschillende informatiesystemen, waar ook het medisch beroepsgeheim speelt, is een huisarts een solide partner voor een lokale overheid en een vertrouwenspersoon voor de burger bij de uitrol van een vaccinatiecampagne.

Referenties

(*1) Vlaams Agentschap zorg en gezondheid. Eerstelijnszones en zorgraden. Eerstelijnszones. Laatste raadpleging 2021-10-17. Weblink: https://www.zorg-en-gezondheid.be/eerstelijnszones-en-zorgraden

(*2) Vlaamse overheid. Vaccinatieteller. Evolutie: Cumulatief aantal dosissen per dag. Laatste raadpleging 2021-10-17. Weblink: https://www.laatjevaccineren.be/vaccinatieteller (selectie ELZ Gent)

(*3) Vlaamse overheid. Beschikbare COVID-19-vaccins. Beschikbare vaccins. Laatste raadpleging 2021-10-17. Weblink: https://www.laatjevaccineren.be/beschikbare-covid-19-vaccins

(*4) Vlaamse overheid. Alles voor een vlotte organisatie van een vaccinatiecentrum. Draaiboeken. Laatste raadpleging 17/10/2021. Weblink: https://www.laatjevaccineren.be/alles-voor-een-vlotte-organisatie-van-een-vaccinatiecentrum

(*5) Wouters Johan. Medisch administrator + vaccinator - instructiefiche. Mentorschap. 2021-09-19. Bestand in bijlage: 61_Medisch_administrator+vaccinator_-_instructiefiche_-_versie_2021-09-19.pdf

(*6) Matthijs Karina en Danny Heungens. Good practices als vaccinator. 2021-06-12. Bestand in bijlage: 60_Good_practices_als_vaccinator_-_versie_2021-06-12.pdf

(*7) K. Ishikawa. "Cause-and-Effect Diagrams". An Introduction to Quality Control. Kluwer, Dordrecht, the Netherlands. 1991;chapter 4.7.4:229–33.

(*8) James E Stein, Kurt Heiss. The Swiss cheese model of adverse event occurrence - Closing the holes. Semin Pediatr Surg. 2015 Dec;24(6):278-82.

(*9) James Reason. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237): 768–770.

(*10) Universitair Ziekenhuis Gent, dienst pediatrie. Verboden woorden - Juiste woorden. Bestand in bijlage: 62_Medisch_administrator_-_Anamneseblad_-_PIJN_KIND_Juiste_woorden.pdf

(*11) Johan Wouters. Medisch administrator - Info bezoeker. Bestand in bijlage: 64_Medisch_administrator_-_Info_bezoeker_-_versie_2021-05-30.pdf

(*12) Johan Wouters. Grondplan vaccinatiecentrum Flanders Expo Gent. Bestand in bijlage: 03_Vaccinatiecentrum_Gent_-_Plattegrond_versie_20210209.pdf

(*13) Sciensano. GEVALSDEFINITIE, INDICATIES VOOR TESTEN EN VERPLICHTE MELDING VAN COVID-19. GEVALSDEFINITIE. Laatste raadpleging 24/10/2021, versie 31 december 2020. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_NL.pdf

(*14) Rachel Ellaway. CanMEDS is a theory. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2016 Dec;21(5):915-917.

(*15) Jason R Frank, Linda Snell, et al. Implementing competency-based medical education: Moving forward. Med Teach. 2017 Jun;39(6):568-573. doi: 10.1080/0142159X.2017.1315069.

(*16) Olle Ten Cate. Competency-Based Postgraduate Medical Education: Past, Present and Future. GMS J Med Educ. 2017 Nov 15;34(5):Doc69. doi: 10.3205/zma001146. eCollection 2017.

(*17) Sciensano. Cijfers over de Belgische vaccinatiecampagne. Dynamische grafieken. Laatste raadpleging 2021-11-08. Weblink: https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-vaccinatie

(*18) Filip Ceulemans. België heeft te weinig huisartsen. 2019-04-15. Domus Medica. Weblink: https://www.domusmedica.be/actueel/belgie-heeft-te-weinig-huisartsen