



Hoe nu verder met de vaccinatietwijfel?

Tien adviezen aan Staatssecretaris Paul Blokhuis

Roland Pierik (redactie)



UNIVERSITY OF AMSTERDAM
PAUL SCHOLTEN CENTRE FOR JURISPRUDENCE

Eerste druk maart 2019

© 2019 Roland Pierik en auteurs

Omslagontwerp en binnenwerk: Marlies Woltjer

ISBN: 978-90-9031714-4

<http://www.rolandpierik.nl/downloads/vaccinatietwijfel.pdf>

Inhoudsopgave

Hoe nu verder met de vaccinatietwijfel? Een inleiding	1
Roland Pierik	
Het moderne vaccineren in een postmoderne tijd.....	5
Fokko Jan Dijksterhuis	
Vaccinatieplicht: Eén term, verschillende betekenissen	9
Roland Pierik	
Effectief discussiëren over vaccineren.....	15
Enny Das	
Hoe besluiten ouders hun kind wel, niet of deels te vaccineren?.....	19
Kim Romijnders en Liesbeth Mollema	
Vaccinatiegraad bevorderen: denk verder dan informatie en dwang	23
Olga Visser	
De vaccinatiediscussie vanuit een risicoperceptieperspectief.....	27
Marion de Vries, Margreet te Wierik, Aura Timen, Liesbeth Claassen, Marcel Mennen en Danielle Timmermans	
Vaccinatie van kinderen en adolescenten met reumatische aandoeningen.....	31
Nico Wulffraat	
De psychologische wortels van antivaccinatie-overtuigingen.....	35
Bastiaan Rutjens	
Overwegingen en advies vaccinatieproblematiek vanuit een antropologisch perspectief	39
Jaron Harambam	
Een vertrouwenswaardig vaccinatiebeleid.....	43
Marcel Verweij	
Personalia	47

Hoe nu verder met de vaccinatietwijfel?

Een inleiding

Roland Pierik

Sinds een jaar of twee zijn er – ook in Europa – verschillende kleine en grote uitbraken van mazelen geweest, nadat besmettelijke kinderziekten vanaf de millenniumwisseling zeldzaam waren geworden in de Westerse wereld. De eerste indicatie dat er weer iets miszat was de Disneymazelenuitbraak in 2014-15 in California (Zipprich et al., 2015). Sindsdien staat mazelen ook binnen Europa weer nadrukkelijk op het netvlies van beleidsmakers. In 2018 zijn er in 47 van de 53 Europese landen mazelenuitbraken geweest en zijn 82 duizend mensen – veelal jonge kinderen – besmet geraakt. Hiervan is 61 procent in het ziekenhuis opgenomen geweest en zijn 72 mensen overleden (World Health Organization, 2019). Deze uitbraken maken duidelijk wat al een tijdje onder de oppervlakte broeide: een langzame maar gestage daling van de vaccinatiebereidheid bij ouders, waardoor op steeds meer plekken de vaccinatiegraad te laag wordt om – onder de paraplu van groepsbescherming – de bescherming van de hele bevolking te garanderen. Dus ook van de allerjongsten en allerkwetsbaarsten, die (nog) niet gevaccineerd kunnen worden – kinderen krijgen de eerste BMR-vaccinatie pas in hun 14^e maand. In Nederland is de situatie minder penibel, maar ook het RIVM constateert al drie jaar lang een afname van de vaccinatiegraad bij zuigelingen (van Lier et al., 2018). Indien deze daling doorzet, kan gebeuren wat decennia niet meer voor mogelijk werd gehouden: het uitbreken van gevaarlijke en door vaccinatie vermijdbare ziekten als mazelen, difterie, kinkhoest of zelf polio.

Naast de traditionele religieuze bezwaren tegen vaccinatie zoals we die al lang kennen vanuit de zogenaemde *Biblebelt* zorgt een aantal factoren voor een ‘vruchtbare’ voedingsbodem voor een bredere vaccinatietwijfel: ten eerste de beperkte incidentie van infectieziekten (mede dankzij het succes van vaccinatieprogramma’s in de afgelopen decennia), ten tweede een verminderd vertrouwen in overheidsinstanties en geneesmiddelenproducenten, en ten derde geruchten en vermoedens over de mogelijkheid dat vaccinaties ook ernstige neveneffecten hebben. Tenslotte de bijdrage van sociale media waarin dit geheel van twijfels en geruchten makkelijk verspreid raken en in ‘bubbels’ versterkt worden.

Te midden van deze factoren is er een groeiende antivaccinatiebeweging die sterk gemotiveerd is om twijfels over vaccinatie te versterken. Organisaties als VaccinVrij en de Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken (NVKP) wijzen op vermeende schadelijke effecten van vaccins zoals de alom weerlegde veronderstelling dat het BMR-vaccin autisme zou veroorzaken. Ze verspreiden daarmee soms pertinente onwaarheden en benadrukken dat de

gevestigde orde niet te vertrouwen is, en dat iedere ouder vooral zelf onderzoek moet doen naar de veiligheid van vaccinatie. Daarnaast heeft een aantal personen binnen deze groepen ook financiële belangen bij het verspreiden van twijfel over vaccinatie. De NVKP zaait niet alleen veel onzekerheid over reguliere vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma, maar prijst vervolgens ook allerlei homeopathische alternatieven aan aan twijfelende ouders. Enerzijds wordt op de site doorverwezen naar ‘behandelaars’ met homeopathische alternatieven voor vaccinatie – waarvan in onderzoeken de werking nog nooit bewezen is. Anderzijds worden homeopathische behandelingen aanbevolen voor het ‘ontstoring van vaccinaties waarmee autisme kan worden tegengegaan’ (voor een beschrijving zie Pierik, 2018). De stem van de antivaccinatiebeweging is nadrukkelijk aanwezig op sociale media, waardoor ouders die op zoek zijn naar informatie om tot een weloverwogen standpunt te komen al snel uitkomen bij deze pagina’s.

De Nederlandse overheid heeft zich tot nog toe relatief terughoudend kunnen opstellen, vanwege het aanvankelijk zeer succesvolle Rijksvaccinatieprogramma. Alleen in de *Biblebelt* was de vaccinatiegraad her en der beduidend lager dan de door de WHO vastgestelde veilige drempelwaarde van 95%. Maar de toenemende invloed van de antivaccinatiebeweging en de afnemende vaccinatiegraad maakt dat de Nederlandse overheid actiever moet gaan optreden: de stellingnames van de antivaccinatiebeweging weerspreken en weerleggen, en actief de vaccinatiebereidheid bevorderen.

Staatssecretaris Blokhuis van VWS heeft het belang van actief beleid al vroeg onderkend. De aanhoudend dalende vaccinatiegraad en een aantal Kamervragen hebben dit onderwerp ook breder op de Haagse politieke agenda gebracht. In februari 2018 presenteerde de Externe Adviescommissie Vaccinatiebereidheid (commissie Sydel) het rapport *In gesprek over vaccineren*. In november 2018 stuurde staatssecretaris Blokhuis van VWS zijn Kamerbrief *Verder met vaccineren* naar de Tweede Kamer. Hij kondigt daarin hij zes actielijnen aan:

1. Beter aansluiten met onderzoek, voorlichting en communicatie
2. Actief tegengaan van onjuiste informatie
3. Rol van professionals verder versterken
4. Mogelijkheden bieden om vaccinaties in te halen
5. Meer aandacht voor HPV
6. Onderzoek naar oplossingsrichtingen met betrekking tot de kinderopvang

De staatssecretaris legt zijn actielijnen in de brief nader uit. In deze context wil ik vooral zijn actielijn om schadelijke misinformatie over vaccinaties tegen te gaan benadrukken. Hij zegt:

Ik zie dat er mensen zijn die op zeer actieve wijze misvattingen over vaccinaties verspreiden, al dan niet via internet of in gesprekken met ouders. Dit kan leiden tot onzekerheid of onduidelijkheid bij ouders en tot onnodige gezondheidsschade bij kinderen. Ik vind dit een onwenselijke situatie en daarom ga ik hier werk van maken.

Het ministerie heeft sinds midden 2018 verschillende bijeenkomsten met deskundigen georganiseerd en de Tweede Kamer heeft op 21 januari 2019 bij een hoorzitting met deskundigen gesproken. Een Adviescommissie Kinderopvang en Vaccinatie is ingesteld die advies moet geven over eventuele beleidsaanpassingen rond de kinderopvang. Als meest recente actie heeft de Staatssecretaris een vaccinatiealliantie opgericht, waarin alle betrokken partijen hun krachten bundelen om het belang van vaccinaties duidelijker en zichtbaarder te maken.

Onafhankelijk van, en aanvullend op de acties van de staatssecretaris organiseerden op 14 februari 2019 het *Paul Scholten Centre for Jurisprudence* van de Amsterdamse Rechtenfaculteit en het *Institute for Advanced Study* van de Universiteit van Amsterdam een colloquium getiteld: *het tegengaan van vaccinatiefabels: wat is de rol van de overheid?* Deskundigen uit verschillende academische disciplines bespraken vanuit hun eigen specialisme het fenomeen vaccinatietwijfel en welke rol de overheid had om hiermee om te gaan. Toevalligerwijze stond op die dag het vaccinatiebeleid op de agenda van de Tweede Kamer. In de Kamer sprak de Staatssecretaris over onze bijeenkomst en toonde hij zijn interesse in de uitkomsten.¹ De deelnemers kregen daarom aan het einde van de bijeenkomst de volgende vraag: gegeven de zaken die aan de orde komen in de Kamerbrief *Verder met vaccineren*, wat zou uw advies zijn aan de Staatssecretaris op basis van uw specialisatie? In deze bundel – *Hoe nu verder met de vaccinatietwijfel?* – worden tien antwoorden van de deelnemers op deze vraag gepresenteerd.

De adviezen zijn niet eensluidend: sommigen pleiten voor meer vaccinatiedrang, anderen juist niet. Er lijkt wel consensus te zijn ten aanzien van de stelling dat ‘meer informatie geven’ niet de oplossing is, maar dat communicatie vooral ook op relevante waarden moet ingaan. In ieder geval is duidelijk dat er een palet aan maatregelen nodig is om de vaccinatiegraad te beschermen. De verschillende bijdragen bieden daarvoor veel ingrediënten.

¹ “Binnen de vaccinatiealliantie zoek ik naar experts die ons daarin kunnen versterken. Er staan echt mensen in de startblokken om ons daarin te helpen. Vandaag is er een bijeenkomst, georganiseerd door de heer Roland Pierik, een universitaire docent die ook bij het rondetafelgesprek aanwezig was. Die bijeenkomst met experts buigt zich over de vraag hoe we misvattingen het beste kunnen tegengaan.”

(Handeling Tweede Kamer 2018-2019, nr. 54 item 9, p. 11.)

Als organisator van deze bijeenkomst spreek ik hier de hoop uit dat deze bundel de staatssecretaris behulpzaam zal zijn. Ik vertrouw erop dat zijn verdere acties ertoe zullen leiden dat wij – en vooral onze kinderen – weer beter zullen worden beschermd met de eenvoudige en veilige primaire preventie die vaccinatie ons biedt tegen ernstige infectieziekten.

Ik dank Joyce ten Holter, Peter Sloot, Marcel Verweij en Marlies Woltjer voor de goede samenwerking bij de organisatie van het colloquium en het maken van deze bundel.

Utrecht, 24 maart 2019

Roland Pierik

Literatuur

- RIVM. (2019). Geen verdere afname vaccinatiegraad.
<https://www.rivm.nl/nieuws/geen-verdere-afname-vaccinatiegraad>
- Commissie Sydel – Externe Adviescommissie Vaccinatiebereidheid (2018). In gesprek over vaccineren.
- Pierik, R. (2018). “Staatssecretaris Blokhuis en de strijd tegen vaccinatie-misinformatie.” Academische blog StukRoodVlees.nl.
www.stukroodvlees.nl/staatssecretaris-blokhuis-en-de-strijd-tegen-vaccinatie-misinformatie
- Pierik, R., Verweij, M. (2019) Position paper Rondetafelgesprek inzake vaccineren, t.b.v. rondetafeldiscussie Tweede Kamer op 21 januari 2019.
- van Lier, E. A., Geraedts, J. L. E., Oomen, P. J., H. G., van Vliet, J. A., I.H., D., . . . de Melker, H. E. (2018). Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland Verslagjaar 2017. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018-0008.
- Staatssecretaris Blokhuis (2018). Kamerbrief Verder met vaccineren. (1449263-180690-PG) Den Haag.
- World Health Organization. (2019). Measles in Europe: record number of both sick and immunized [Press release]. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/measles-in-europe-record-number-of-both-sick-and-immunized>
- Zipprich, J., Winter, K., Hacker, J., Xia, D., Watt, J., & Harriman, K. (2015). Measles Outbreak — California, December 2014–February 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(06), 153-154.

Het moderne vaccineren in een postmoderne tijd

Fokko Jan Dijksterhuis

Vaccinatie-scepsis is geen kwestie van onwetendheid. Ook sceptici informeren zich en ook hun standpunten zijn weloverwogen. Hoe is die scepsis te begrijpen wanneer de veiligheid, effectiviteit en noodzaak van vaccineren overduidelijk zijn? Hier speelt meer. De scepsis hangt ook samen met de typische vorm van kennis waarop vaccineren gebaseerd is. Vaccineren gaat over grote groepen, kansen en risico's, kennis die weinig zegt over het individuele geval. Statistische kennis is lastig te begrijpen zoals Correspondent Sanne Blauw recentelijk in een verhelderend boekje liet zien (Blauw 2018). Vaccineren gaat ook over de relatie tussen burger en samenleving. Het werkt alleen als iedereen meedoet en daartoe neemt de overheid een leidende rol. Dat is in deze tijd van neoliberalisme niet vanzelfsprekend.

We krijgen een beter begrip van vaccinatie-scepsis als we afstand nemen en de kwestie in een breder sociaal-cultureel kader bekijken. Als historicus doe ik dat via de omweg van het verleden: door vaccineren en scepsis in bredere historisch perspectief te plaatsen. Als wetenschapshistoricus kijk ik naar de onderliggende kennisopvattingen en hoe die ontstaan zijn en maatschappelijk ingebed. Vaccineren is een typisch modern verschijnsel en de scepsis is een reactie daarop. Vaccinatie is een onderdeel van een maatschappelijk project dat vanaf de late negentiende eeuw vorm kreeg, de volksgezondheid. Het is een modernistisch project van wetenschappelijk begrijpen, rationele besluitvorming en overheidsingrijpen. Volksgezondheid is gebouwd op het succes van de hygiëne.

Gezondheid werd in de negentiende eeuw in toenemende mate begrepen in maatschappelijke termen: gemeenschappelijke belangen, in plaats louter individuele; zorg voor de leefomgeving in plaats van alleen lichaam en gedrag van de patiënt. Dit hing samen met de opkomst van de moderne staat en ging dan ook gepaard met debatten over de manier waarop de overheid de gezondheid van het volk moest waarborgen en bevorderen. Het ging hier in de eerste plaats om sanitaire maatregelen op het gebied van drinkwater, riolering en vuilverwerking. Door de explosieve groei van de steden tijdens de Industriële Revolutie waren dit nijpende kwesties geworden. Rond deze vraagstukken ontstond een verbond van gezondheidszorg en politiek, waarbij een voortrekkersrol vervuld werd door de zogenaamde hygiënisten – jonge, moderne artsen die zich inzetten voor bevorderen van de volksgezondheid met bureaucratische en infrastructurele middelen. (Houwaart, 1991)

De cholera-epidemieën van halverwege de 19de eeuw betekenden de doorbraak van de hygiënisten. Via systematisch statistisch onderzoek konden zij

laten zien dat de ziekte zich verspreidde door ongezonde leefomstandigheden: drinkwaterbronnen die verontreinigd waren vanwege slechte afvoer van huisvuil en uitwerpselen. De verspreiding van cholera was dus geen kwestie van standsverschillen en bijbehorende morele verschillen of van natuurlijke factoren. Het was een probleem van de leefomgeving. De hygiënisten lieten zien dat cholera een gemeenschappelijk probleem was, waarvoor een collectieve oplossing gezocht moest worden. In de tweede helft van de negentiende eeuw werden in alle Nederlandse steden waterleiding en riolering aangelegd. Gemeentelijke gezondheidszorg werd ondersteund door landelijke Staatstoezicht op de geneeskunde.

Het succes van de hygiënisten vormde de grondslag voor de public health van de twintigste eeuw, waarin niet alleen epidemieën bestreden werden maar ook meer en meer de nadruk kwam te liggen op preventie en opvoeding. Na de sanitaire maatregelen van de negentiende eeuw werd de bestrijding van infectieziekten voortgezet met vaccinatie- en andere programma's waarmee in het bijzonder de kindersterfte vrijwel volledig bedwongen werd.

Aan dit succes lagen opvattingen over leven, gezondheid, kennis en samenleving ten grondslag. Allereerst de moderne geneeskunde van lichamelijke interventies gebaseerd op de nieuwe natuurwetenschappen. Daarnaast de statistisch-epidemiologische benadering van ziekte en gezondheid als collectieve verschijnselen. Tenslotte de bureaucratische aanpak van volksgezondheid van de moderne natiestaat waarbij de overheid een leidende rol heeft. De moderne wetenschap van de gezondheid heeft gezorgd voor nieuwe opvattingen en verwachtingen. Ziekten zijn losgekoppeld van stand en moraal en verbonden met gedrag en omstandigheden. Medicijnen en medische technieken hebben van ziekte is iets gemaakt dat behandeld en genezen kan worden. Het is geen noodlot meer en tolerantie voor (kinder)-sterfte neemt af.

Deze nieuwe opvattingen over ziekte en gezondheid zijn nooit onomstreden geweest. Sceptis en wantrouwen ten aanzien van de wetenschap zijn zo oud als de moderne wetenschap. Bij de statistisch-epidemiologische benadering van de hygiënisten speelt een bijzonder ongemak mee dat te maken heeft met de onderliggende kennisopvatting. Het is de wet van de grote getallen. Epidemiologie doet uitspraken over groepen in plaats van individuen; spreekt in termen van kansen en waarschijnlijkheden, in plaats van oorzaken. In plaats van veelzeggende verhalen en anekdotes biedt het anonieme processen. Statistiek is niet alleen ongemakkelijk, het is ook lastig. De kracht van de getallen is tegelijk de zwakte.

De kennisopvatting die in de moderne tijd dominant is geworden heeft in de late twintigste eeuw meer en meer aan status verloren. Het maatschappijmodel dat ten grondslag lag aan het programma van volksgezondheid staat onder druk. Het idee van gezondheid als een collectieve verantwoordelijkheid past slecht in het huidige neoliberale denken in termen van individuele kansen. En ook interventies door de overheid worden steeds

minder gemakkelijk geaccepteerd. Wie is de staat om te zeggen wat wij moeten doen? Wij zorgen zelf wel voor ons. Het hele negentiende-eeuwse bouwwerk van volksgezondheid, wetenschap en bureaucratie staat ter discussie in het debat over vaccinatie. De vaccinatiecrisis is een crisis van de moderne samenleving. De crisis heeft een uitgesproken reflectief karakter: het gaat hier om een moderne benadering van problemen die door moderne oplossingen veroorzaakt zijn. Kortom, een teken van de postmoderne tijd waarin we leven.

Vanuit deze bredere maatschappelijke context van schurende wereldbeelden kunnen we vaccinatiescepsis proberen te begrijpen. Het is niet louter een kwestie van domheid of emotie. Ook niet van ideologie en politiek-economische belangen, zoals je ziet bij klimaatsceptici. Integendeel, antivaxxers lijken in de eerste plaats bekommerd om zuiverheid en zelfbeschikking. Er is wel degelijk een streven naar gezondheid en maakbaarheid, maar dan op basis van alternatieve mensbeelden en een weerstand tegen bemoeienis van buitenaf. Dat aan deze scepsis aantoonbare misvattingen ten grondslag liggen is niet de kern van de zaak. De paradox van de deskundigheid speelt hier een belangrijke rol. Hoe beter bedreven in het verwerken van kennis hoe groter de kans dat mensen alleen maar bevestiging voor hun standpunten vinden.

Het bestrijden van vaccinatiescepsis is niet een kwestie van gewoonweg uitleggen hoe het zit. Het HPV-debacle van 2008 laat zien dat het model van de wijze wetenschapper niet langer werkt. Het advies van de Gezondheidsraad was zo slecht gecommuniceerd dat veel gewone Nederlanders (waaronder ikzelf) tamelijk sceptisch werden. In plaats van het probleem in kaart te brengen en oplossingsmogelijkheden te schetsen, koos de raad partij en legde één keuze op (Lips, 2011). Echter, de deskundige die vertelt wat er aan de hand is en beslist wat er moet gebeuren vindt in de 21ste eeuw een mondige burger tegenover zich. Belanghebbenden zijn divers; burgers willen serieus genomen worden en meedenken. De wetenschapscommunicatie weet al lang dat 'uitleggen hoe het zit' niet werkt (Dijkstra et al. 2014). Het is veeleer een zaak van interactie en vertalen van zorgen en verwachtingen. Daarvoor moeten we, zoals Harambam en Rutjens ook betogen, sceptici serieus nemen: de weerstand ontrafelen en tegenstanders vanuit hun eigen wereldbeeld en opvattingen aanspreken.

Literatuur

- Lips, P. "Over de grens van wetenschap: de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker", 75-96 in: Dijkstra en Hagendijk (red.), *Onzekerheid troef. Het betwiste gezag van de wetenschap* (Amsterdam: Van Gennep, 2011)
- van Dam, F., de Bakker, L., Dijkstra, A. *Wetenschapscommunicatie, een kennisbasis* (Amsterdam: Boom, 2014)
- Houwaart, E. *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen: Historische Uitgeverij, 1991)
- Blauw, S. *Het bestverkochte boek ooit (met deze titel)* (Amsterdam: De Correspondent, 2018).

Vaccinatieplicht: Eén term, verschillende betekenissen

Roland Pierik

Naar aanleiding van de discussie over de dalende vaccinatiegraad wordt er ook weer gesproken over vaccinatieplicht, zonder dat altijd precies duidelijk wordt gemaakt wat er onder deze term wordt bedoeld. Het is voor de helderheid van de debatten van belang om drie – zeer verschillende – betekenissen van de term te onderscheiden: ‘vaccinatieplicht,’ ‘vaccinatiedrang’ en ‘gedwongen vaccinatie.’

Een taxonomie van termen

Een *vaccinatieplicht* in letterlijke zin behelst een wettelijke plicht om te vaccineren, waarbij een weigering inhoudt dat de wet wordt overtreden en waarbij de weigerende ouder het risico loopt strafrechtelijk vervolgd te worden met een boete, misschien zelfs een gevangenisstraf, en mogelijk een strafblad – *een uittreksel justitiële documentatie*. België is het enige voorbeeld in onze directe omgeving met een strafrechtelijke vaccinatieplicht: sinds 1967 is vaccineren tegen polio wettelijk verplicht en moeten ouders binnen 18 maand na geboorte een ‘polio-attest’ bij de gemeente hebben ingeleverd. Feitelijk kunnen ouders nog steeds vaccinatie weigeren, maar ze worden dan wel strafrechtelijk vervolgd en kunnen worden bestraft met een boete van maximaal €600 en/of 8 dagen tot een maand gevangenisstraf.

De tweede betekenis, *vaccinatiedrang*, impliceert dat de overheid de toegang tot belangrijke sociale goederen of diensten afsluit voor ouders die ervoor kiezen hun kinderen niet te vaccineren om niet-medische redenen. In Frankrijk zijn niet-gevaccineerde kinderen uitgesloten van kinderopvang, scholen en vakantiecampen.² In Australië is een paar jaar geleden het *no-jab-no-pay*-beleid ingevoerd, waarin deelname aan het basisvaccinatieprogramma als voorwaarde wordt gesteld voor de ontvangen kinderbijslag (Sabin, 2015). Deze maatregelen grijpen minder ver in de vrijheid van ouders, in de zin dat ouders niet wettelijk verplicht worden om hun kind te vaccineren. Maar het is wel degelijk zo dat het weigeren om te vaccineren impliceert dat de toegang tot kinderopvang of kinderbijslag wordt geblokkeerd.

De derde betekenis, *Gedwongen vaccinatie*, behelst een door de rechter opgelegde vaccinatie tegen de wil van de ouders. Dit gebeurt slechts in zeer

² Een moeilijk geval in deze taxonomie is de koppeling van vaccinatiedrang aan de toegang tot school. Gegeven de schoolplicht is er eigenlijk geen mogelijkheid voor ouders om vaccinatie te ontlopen. Eén oplossing voor dit probleem is de mogelijkheid van thuisonderwijs. Een andere oplossing is de Italiaanse: om niet-gevaccineerde kinderen wel de toegang tot de kinderopvang te ontzeggen, maar niet voor de school en in plaats daarvan elk schooljaar een boete op te leggen.

uitzonderlijke gevallen en bij acute noodsituaties, één voorbeeld is de uitbraak van mazelen in 1990 die zich concentreerde rond twee fundamentalistische kerken (*Faith Tabernacle* en *First-Century Gospel*) in de Amerikaanse stad Philadelphia (Rubenstein Reiss & Weithorn, 2015, pp. 967-968). Leden van deze gemeenschappen geloven niet in vaccinatie – of moderne geneeskunde in het algemeen. Tijdens de uitbraak stierven negen kinderen en uiteindelijk beval een rechter de vaccinatie van de kinderen van de kerkleden – tegen de wil van de ouders in – om verdere verspreiding van de ziekte te voorkomen. Gedwongen vaccinatie onderscheidt zich van de andere twee opties omdat hierbij de keuzevrijheid van de ouders niet alleen wordt ingeperkt, maar feitelijk wordt geëlimineerd.

Het huidige Nederlandse debat: drie vormen van vaccinatiedrang

Op basis van deze taxonomie kunnen we constateren dat de huidige Nederlandse debatten bijna nooit over een vaccinatieplicht of gedwongen vaccinatie gaan, maar dat het steeds slechts de minst ingrijpende vaccinatiedrang betreft. Het onderscheid is van belang omdat bepaalde ethische of juridische bezwaren die wel tegen een vaccinatieplicht of gedwongen vaccinatie kunnen worden ingebracht, niet relevant zijn voor een vaccinatiedrang. Bijvoorbeeld: In zijn Kamerbrief *Verder met vaccineren* stelt Staatssecretaris Blokhuis:

Ik acht verstrekkende maatregelen met een meer verplichtend karakter, waaronder als uiterste maatregel een vaccinatieplicht, disproportioneel bij de huidige vaccinatiegraad. We beschikken bovendien over onvoldoende gegevens over de effectiviteit van dergelijke verplichtende maatregelen. Daarnaast hecht ik er veel waarde aan. Mocht de daling van de vaccinatiegraad echter aanhouden en daarmee de volksgezondheid in gevaar brengen, dan zal ik meer verplichtende maatregelen in overweging moeten nemen. (*Verder met vaccineren*, 2018, p. 8)

Hier verwijst de Staatssecretaris naar Artikel 11 van de Grondwet en de relevante jurisprudentie van het EVRM.³ Maar het is van belang om te beseffen dat zolang het slechts om een vaccinatiedrang gaat, een verwijzing naar het recht op onaantastbaarheid van lichaam niet relevant is, immers de overheid dreigt op geen enkel moment een kind tegen de wil van de ouders te vaccineren.

Op dit moment circuleren drie voorstellen. Recent hebben Verweij en Pierik een voorstel gedaan dat, zodra de vaccinatiegraad te ver daalt, de overheid vaccinaties verplicht moet stellen als voorwaarde voor de toegang tot de kinder- en naschoolse opvang (Pierik & Verweij, 2018a; Verweij &

³ Het recht is ook beschermt via het in artikel 8 EVRM vastgestelde recht op respect voor privéleven, waaronder volgens staande Straatsburgse jurisprudentie moet worden begrepen “the physical and moral integrity of the person.” EHRM 26 maart 1985, ECLI:NL:XX:1985:AC8813, NJ 1985, 525 m.nt. E.A. Alkema (X&Y/Nederland).

Pierik, 2018). Het gaat bij deze maatregel niet primair om het verhogen van de vaccinatiegraad op het kinderdagverblijf, maar vooral om de vaccinatiegraad van de populatie als geheel. Ouders kunnen nu nog zonder enige consequentie het Rijksvaccinatieprogramma negeren. Maar te verwachten valt dat deze vaccinatiedrang ouders met weinig doorleefde bezwaren over de streep zal trekken om te vaccineren zodra ze van de kinderopvang gebruik willen maken. En niet alle ouders hoeven overtuigd te worden: voor groepsimmunitet volstaat een vaccinatiegraad van 95 procent.

Vergelijkbaar is het Wetsvoorstel van Kamerlid Raemakers (D66) om kinderdagverblijven de mogelijkheid te bieden om ongevaccineerde kinderen te weigeren. Het verschil is dat in het voorstel van Verweij en Pierik de overheid aan de kinderopvang oplegt dat zij alleen gevaccineerde kinderen toelaten, terwijl Raemakers de keuze aan de individuele opvangorganisatie laat. Het D66 voorstel is om verschillende redenen problematisch (Pierik & Verweij, 2018b, voor een reactie zie: Diertens & Raemakers, 2018). Het huidige probleem is het volksgezondheidsprobleem van afnemende vaccinatiegraad en Raemakers' voorstel biedt hiervoor geen oplossing. Het voorstel neemt dalende vaccinatiegraad als gegeven en biedt in die context bezorgde ouders de mogelijkheid te kiezen voor de beschermde omgeving van een 'gecertificeerd gevaccineerd' kinderdagverblijf. Dit reduceert het volksgezondheidsprobleem echter tot een kwestie van individuele keuze en marktwerking en doet geen recht aan de verantwoordelijkheid die de overheid heeft om infectieziekten te bestrijden. Sterker nog: als dit voorstel als wet wordt aangenomen vergroot dit de kans op uitbraken alleen maar. Vaccinerende ouders kunnen kiezen voor een kinderdagverblijf waar ongevaccineerden worden geweigerd, maar daarmee zullen in de kinderdagverblijven waar de eis niet geldt ongevaccineerde kinderen bij elkaar komen te zitten, waar een besmettelijke ziekte ongehinderd kan toeslaan. En ook al zouden ouders die voor zo'n kinderdagverblijf kiezen dit risico accepteren, dan betekent dat nog niet dat de overheid deze kinderen aan dit gevaar mag blootstellen. Een wetsvoorstel dat zulke risico's in de hand werkt – alleen maar om de keuzevrijheid voor vaccinerende ouders te bevorderen – is onaanvaardbaar voor een overheid die haar verantwoordelijkheid voor alle burgers serieus neemt.

Een tweede, zo mogelijk nog fundamentele probleem is dat Raemakers' voorstel de echt moeilijke keuzes doorschuift naar kinderdagverblijven. Dit zal ertoe zullen leiden dat binnen en rond de kinderopvang of in oudercommissies, ouders met elkaar in discussie gaan over vaccinatie en hoe (on)verantwoord het is om jouw kind (niet) te laten vaccineren, gezien het risico voor jouw kind en dat van mij. Dit is echter een discussie die die niet thuishoort in de veilige en intieme omgeving die de kinderopvang zou moeten bieden voor kinderen en hun ouders. Dit is primair een politiek probleem dat nergens anders dan in de politieke arena moet worden opgelost. De

bescherming van de samenleving en haar burgers tegen ernstige infectieziekten is een klassieke overheidstaak en de politiek kan deze discussie niet delegeren naar kinderdagverblijven en oudercommissies. De afnemende vaccinatiegraad is een volksgezondheidsprobleem en indien de Tweede Kamer van mening is dat de vaccinatiegraad onverantwoord laag is, dient ze dat probleem zelf bij de kop te nemen. En dat is wat Verweij en Pierik voorstellen: zodra de vaccinatiegraad te laag wordt, moet de politiek de verantwoordelijkheid nemen voor dit probleem door vaccinatie als voorwaarde voor de kinderopvang in te voeren.

Een ander voorstel dat in de discussie is ingebracht komt van Kamerlid Veldman (VVD) en beoogt niet-vaccinerende ouders te korten op kinderbijslag of andere toeslagen. Dit voorstel heeft het voordeel over Raemakers' voorstel dat hier de belangrijke politieke keuze door de Tweede Kamer wordt gemaakt en niet uitbesteedt aan sociale partners. Dit voorstel is geïnspireerd door het Australische *no-jab-no-pay*-beleid en heeft hetzelfde doel als het kinderopvangvoorstel van Verweij en Pierik: het verhogen van de vaccinatiedrang zodra de vaccinatiegraad te laag wordt. Een tweede overeenkomst is dat zowel het invoeren van het Australische *no-jab-no-pay*-beleid als kinderopvang-maatregelen in California, Italië en Frankrijk uiteindelijk tot (relatief) weinig weerstand en tot een aanmerkelijke verhoging van de vaccinatiegraad heeft geleid. Uiteindelijk zijn de verschillen tussen beide vormen van vaccinatiedrang klein. Een argument vóór de kinderopvang-maatregel van Verweij en Pierik is dat, ondanks het feit dat het belangrijkste doel is om de vaccinatiegraad als geheel te verhogen, problemen van een lage vaccinatiegraad het eerst zichtbaar worden binnen de kinderopvang omdat daar veel kinderen in de vaccinatieleeftijd dagelijks dezelfde ruimtes delen. Voorbeeld van zo'n discussie was een uitbraak in 2014 in een Haagse crèche waar een gezonde, acht maanden oude baby bijna aan mazelen overleed nadat hij was besmet door een bewust niet-gevaccineerd ouder kind (Effting, 2014). Het koppelen van de vaccinatiedrang aan de kinderopvang lijkt intuïtief meer passend dan de koppeling aan de kinderbijslag. Twee argumenten tegen het VVD-voorstel zijn dat het armlastige ouders harder treft dan rijke ouders en dat het wrang is dat ouders hun ongevaccineerde kind nog steeds naar de kinderopvang kunnen brengen omdat ze hun schuld via de ingehouden kinderbijslag hebben 'afgekocht'.

In conclusie: de kinderopvangmaatregel van Verweij en Pierik en de kinderbijslagmaatregel van Veldman zijn vergelijkbaar in de zin dat ze als primaire doel hebben om via vaccinatiedrang de vaccinatiegraad in de samenleving te verhogen. Beide maatregelen blijken vergelijkbaar effectief in het stimuleren van vaccinatie en zijn vergelijkbaar in de mate waarin ze ingrijpen in de vrijheid van ouders. Maar de tweede-orde overweging, dat de sanctie van uitsluiting van kinderopvang beter aansluit bij het doel van de

maatregel dan de sanctie van afnemen van de kinderbijslag, maakt dat de eerste regeling meer voor de hand ligt dan vaccinatiedrang via de kinderbijslag.

Literatuur

- Diertens, A., & Raemakers, R. (2018, 19-10). Wetsvoorstel vaccinatie hard nodig voor veiligheid kinderen. *Trouw*.
- Effting, M. (2014, 15 March). Zij gokten met het leven van mijn kind. *De Volkskrant*.
- Staatssecretaris Blokhuis: (2018). *Kamerbrief Verder met vaccineren*. (1449263-180690-PG) Den Haag.
- Pierik, R., & Verweij, M. (2018a, 31-05). Verplicht vaccineren voor toegang tot kinderopvang. *De Volkskrant*, p. 23.
- Pierik, R., & Verweij, M. (2018b, 12-10). Wetsvoorstel vaccinatie spant het paard achter de wagen. *Trouw*.
- Rubenstein Reiss, D., & Weithorn, L. A. (2015). Responding to the Childhood Vaccination Crisis: Legal Frameworks and Tools in the Context of Parental Vaccine Refusal. *Buffalo Law Review*, 63, 881-980.
- Sabin, L. (2015, 20-04). Benefits to be cut for Australian parents who reject childrens' vaccines in 'no jab, no pay' plan. *The Independent*.
- Verweij, M., & Pierik, R. (2018, 26-06). Verplicht vaccineren: de tijd van vrijblijvendheid is voorbij. *NRC-Handelsblad*, pp. 18-19.

Effectief discussiëren over vaccineren

Enny Das

De meeste Nederlanders kiezen ervoor hun kinderen te laten vaccineren. Maar een selecte groep Nederlanders maakt de keuze tegen vaccinatie. Dat doen zij uit een religieuze overtuiging dat de gezondheid van hun kinderen in de handen van God ligt, of vanuit ander overtuigingen, zoals het idee dat vaccinatie schadelijk kan zijn voor de gezondheid. In een eerder paper over vaccinatie gaf ik aan dat de overheid de grote welwillende meerderheid niet over het hoofd moet zien in de communicatie over vaccinatie (1). Gegeven de licht dalende vaccinatiegraad in Nederland en in andere Europese landen in de afgelopen jaren, is het denkbaar dat de pro-vaccinatie meerderheid zich (pas) in de komende jaren intensiever gaat informeren over wat voorheen gewoontegedrag was. Daarom is het van belang om cruciale informatie over een ingewikkeld onderwerp als vaccinatie invoelbaar maken voor een groot publiek, door gebruik te maken van metaforen, *framing* en beelden. Dit paper dient een ander doel. Het zoomt in op de vraag hoe je het beste kunt communiceren met de minderheid; de groep twijfelaars en het groepje mensen dat tegen vaccineren is.

Strijd om de waarheid

In de brief van 19 november jl. aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal stelt staatssecretaris Blokhuis dat hij het online verspreiden van onwaarheden actief wil tegengaan, onder meer door een team van onafhankelijke experts in te stellen dat actief weerwoord biedt aan misvattingen over vaccinaties. De hamvraag is hier of, en zo ja wanneer, mensen openstaan voor dergelijke actieve weerwoorden. Psychologisch onderzoek onderscheidt verschillende motieven bij het actief verwerken van informatie: 1) het motief om een correcte mening vormen, 2) het motief om een goede indruk te maken op anderen, en 3) het motief om een belangrijke identiteit of waarde beschermen (2). Alleen wanneer mensen gemotiveerd zijn om een correcte mening te vormen, zijn mensen open-minded en bereid om de boodschap van de ander objectief te evalueren. Dit motief zou voor mensen die nog twijfelen over vaccineren saillant kunnen zijn; twijfelaars zouden mogelijk ontvankelijk zijn voor actieve weerwoorden van experts. Helaas houdt hier het goede nieuws even op.

Want wanneer mensen een onderliggende waarde of identiteit verdedigen, treden er vertekeningen op in informatieverwerking, die tot doel hebben om uit te komen bij de eigen geprefereerde conclusie. Vergelijk het met de verstokte roker die op een antirookcampagne reageert door te stellen dat zijn opa 90 jaar is geworden en rookte als een ketter. Dit motief zien we terug in

de huidige discussies tussen voor- en tegenstanders van vaccinatie. Dit zijn feitelijk schijndiscussies, waarbij elke partij de eigen geprefereerde waarheden over de schutting gooit. Het doel is veelal niet om de ander te horen, maar om het eigen standpunt te bevestigen. Dergelijke (online) debatten zijn, in termen van overtuigingskracht, een heilloze weg. Ze informeren niet, ze polariseren hooguit. Experts inzetten voor het actief bestrijden van misvattingen gaat daarom niet helpen om sterke tegenstanders van vaccinatie tot inkeer te laten komen. Hieronder suggereer ik enkele alternatieven met grotere kans van slagen.

Waarden bevestigen en uitdragen

Wanneer mensen zich aangevallen voelen, vertonen zij weerstand. Onderzoek laat zien dat weerstand doorbroken kan worden door het principe van zelfbevestiging, waarbij mensen de mogelijkheid wordt geboden voor hen belangrijke waarden te bevestigen (3). Mensen staan meer open voor 'bedreigende' standpunten wanneer ze eerst gereflecteerd hebben op wat voor hen belangrijk is, of een vragenlijst hebben ingevuld die suggereert dat zij aardige, goede mensen zijn. Ze zijn dan beter in staat om deze informatie met open vizier tegemoet te treden, en ernaar te handelen. Zelfbevestiging werkt niet als de ander een compliment maakt; belangrijk is dat de persoon dit *zelf* doet (4, 5). Hoe kan dit? Het onderliggende principe is vergelijkbaar met een weegschaal of balans; bedreigingen van bepaalde aspecten van de identiteit kunnen worden hersteld door een positieve bevestiging van andere aspecten van de identiteit. Kort gezegd, wanneer ik weet dat ik een aardig persoon ben, neem ik aanvallen minder persoonlijk. Het principe van zelfbevestiging biedt verschillende aanknopingspunten voor het verbeteren van gesprekken en discussies over vaccinatie:

- 1. In zijn brief merkt staatssecretaris Blokhuis op dat hij het belangrijk vindt dat professionals de juiste handvatten hebben om met ouders en kinderen in gesprek te gaan over vaccineren. Zelfbevestiging kan als strategie gebruikt worden om een veilige basis te creëren voor een gesprek met twijfelende ouders. Dit gesprek zou bij voorkeur moeten beginnen met een oriënterende insteek, waarbij de professional twijfelende ouders de ruimte geeft om te reflecteren op voor hen belangrijke waarden. Dit kun je trainen. Laat professionals niet onvoorbereid dergelijke gesprekken aangaan, is mijn advies.*
- 2. In het huidige debat tussen voor- en tegenstanders van vaccinatie lijkt het alsof er gestreden wordt om de waarheid. Maar feitelijk ligt de onenigheid een niveau dieper, op het niveau van onderliggende waarden, zoals gezondheid en keuzevrijheid. In plaats van te discussiëren over feiten, kan weerstand worden omzeild door een laag dieper te gaan in het debat. Door vragen over onderliggende waarden te durven opwerpen en beantwoorden komt meer openheid en de mogelijkheid van common ground tussen voor-*

en tegenstanders van vaccinatie. Vragen als “Wat is goede gezondheid ons waard?” en “Gaaf het individuele belang boven het groepsbelang?” kunnen helpen de discussie voorbij de ‘zinloze feiten’⁴ te brengen.

Tot slot. In een ‘post-truth’ samenleving, waarin feiten niet meer altijd houvast bieden, wordt het belangrijker dat politici stelling nemen in morele kwesties. Een voorbeeld: het belang van groepsimmunitet. Je kind laten vaccineren lijkt voor veel Nederlanders een individuele keuze, maar is dat niet. Als politici van mening zijn dat kwetsbare Nederlanders niet in gevaar mogen komen door de individuele keuzes van andere Nederlanders, dan moeten zij openlijk kiezen voor het belang van het behoud van groepsimmunitet. Het duidelijk zetten van een norm “waar Nederland voor staat” kan rust brengen in de samenleving en een nieuwe basis vormen voor toekomstige meningsvorming.

Literatuur

1. Das, E (2019). *Communiceren over vaccineren: Overschat de ontvanger niet*. Position paper t.b.v. rondetafeldiscussie Tweede Kamer op 21 januari 2019.
2. Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Orlando, FL: Harcourt Brace.
3. Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21, pp. 261–302). New York: Academic Press.
4. Van Koningsbruggen, G. M., & Das, E. (2009). Don’t derogate this message! Self-affirmation promotes online Type 2 diabetes risk test taking. *Psychology and Health*, 25, 635-649.
5. Epton, T., Harris, P. R., Kane, R., van Koningsbruggen, G. M., & Sheeran, P. (2015). The impact of self-affirmation on health-behavior change: A meta-analysis. *Health Psychology*, 34(3), 187-196.

⁴ Uiteraard zijn feiten niet zinloos, maar ze bieden geen soelaas in het huidige gepolariseerde debat.

Hoe besluiten ouders hun kind wel, niet of deels te vaccineren?

Kim Romijnders en Liesbeth Mollema

In samenwerking met de Universiteit van Maastricht in het kader van het SPR project 'RICALTS' onderzoekt het RIVM hoe de besluitvorming van ouders met jonge kinderen rondom vaccineren ondersteund kan worden. Om deze besluitvorming te ondersteunen is het nodig om te weten hoe ouders keuzes maken en wat ze nodig hebben om een (geïnformeerde) keuze te maken. Daarom onderzoeken wij het beslisproces van ouders die volledig het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) volgen (volledig), ouders die alle vaccinaties weigeren (niet) en ouders die sommige vaccines uitstellen of weglaten (deels). Ook onderzoeken wij of ouders een geïnformeerde keuze hebben gemaakt rondom vaccineren. Een geïnformeerde keuze rondom vaccineren houdt in dat ouders voldoende wetenschappelijke informatie hebben over vaccineren, dat de keuze overeenkomt met de normen en waarden van de ouders en dat ouders nadenken over de voor- en nadelen rondom vaccineren (Michie, Dormandy, & Marteau, 2003; van den Berg, Timmermans, ten Kate, van Vugt, & van der Wal, 2006). Eerder onderzoek heeft laten zien dat het maken van een geïnformeerde keuze tot minder twijfel ('decisional conflict') leidt (Sepucha et al., 2013).

Allereerst, ouders die niet of deels vaccineren hebben minder kennis (gebaseerd op wetenschappelijke informatie) van vaccineren dan ouders die volledig vaccineren omdat de wetenschappelijke kennis niet overeenkomt met de overtuigingen van deze ouders. Ouders die niet of deels vaccineren zijn namelijk minder overtuigd van: de nut en noodzaak van vaccinaties, het belang van groepsimmunitet, de veiligheid van combinatievaccins en de veiligheid van vroeg beginnen. Deze ouders zijn juist overtuigd van het positieve effect van het geven van borstvoeding als bescherming tegen de ziektes waartegen we vaccineren in het RVP en zij zijn overtuigd van mogelijke bijwerkingen van vaccins. Het is niet per se dat ze de wetenschappelijke kennis en informatie niet hebben, ze geloven er gewoonweg niet in. Ouders van deels en niet gevaccineerde kinderen lezen over het algemeen meer over het onderwerp dan volledig gevaccineerde ouders, maar ze gebruiken dan vooral anekdotische informatie en deze informatie definiëren wetenschappers niet als kennis. Dit komt onder meer door dat bepaalde anekdotische informatie beter past bij hun eerdere opvattingen, waarden, normen en identiteit. Wetenschappelijke kennis over vaccineren is dus niet per se de kennis van ouders die deels en niet vaccineren.

Ten tweede, ouders die deels vaccineren wegen de voor- en nadelen van ieder vaccin apart af, terwijl ouders die volledig en niet vaccineren vooral over

– respectievelijk – volledig en niet vaccineren nadenken. Andere vormen van vaccineren zijn voor hen simpelweg geen optie. Daarnaast lijken niet alle ouders die niet vaccineren te weten dat deels vaccineren ook een optie is.

Ten slotte, ouders die volledig vaccineren voelen zichzelf niet zo geïnformeerd terwijl deze ouders de meeste wetenschappelijke kennis hebben, ouders die deels vaccineren voelen zich niet ondersteund (door hun sociale omgeving en jeugdgezondheidsmedewerkers (JGZ-medewerkers) op het consultatiebureau (CB)) en ouders die niet vaccineren vertrouwen voornamelijk op anekdotische informatie die aansluit bij hun normen en waarden (Romijnders, Pennings, van Osch, de Vries, & Mollema, 2019; Romijnders, Seventer, et al., 2019).

We kunnen ouders ondersteunen bij hun besluitvorming met een op maat gerichte aanpak door middel van een open gesprek tussen de ouder en de JGZ-medewerker, wie kent de ouder beter dan de JGZ-medewerker. Bij ouders die al positief zijn over vaccineren zou hun positieve houding versterkt kunnen worden tijdens zo'n gesprek en kan de JGZ-medewerker deze ouders laten weten dat ze al veel kennis hebben over vaccineren. Op deze manier zullen ze ook minder vatbaar zijn voor negatieve vaccinatie berichten [6]. Bij ouders die twijfelen of die negatief zijn maar wel openstaan voor wetenschappelijke informatie, kan zo'n gesprek helpen bij het bespreken van de redenen van twijfel of waarom men negatief staat tegenover vaccineren en kan er op zoek gegaan worden naar overeenkomstige normen, waarden en overtuigingen. Op deze manier draagt het gesprek op het CB bij aan een vertrouwensband tussen ouders en een JGZ-medewerker, in het vertrouwen in informatie voorziening, worden ouders minder vatbaar voor negatieve berichten over vaccineren en kun je misopvattingen over vaccineren aanpakken.

Een gesprek op het CB staat of valt met de motivatie, kennis, vaardigheden en tijd die de JGZ-medewerker heeft. Meer onderzoek hiernaar is nodig zoals naar hoe je een gesprek het beste kunt voeren afhankelijk van het type ouder waar een JGZ-medewerker mee te maken krijgt. Mogelijk is het een optie om ouders die niet willen vaccineren wel te laten nadenken over deels vaccineren. Op deze manier valt er gezondheidswinst te behalen.

Literatuur

- Michie, S., Dormandy, E., & Marteau, T. M. (2003). Informed choice: understanding knowledge in the context of screening uptake. *Patient Educ Couns*, *50*(3), 247-253.
- Romijnders, K. A. G. J., Pennings, J., van Osch, L., de vries, H., & Mollema, L. (2019). *Understanding how parents make decisions about childhood vaccinations [unpublished]*. RIVM. Bilthoven, the Netherlands.
- Romijnders, K. A. G. J., Seventer, v. S., Scheltema, M., van Osch, L., De Vries, H., & Mollema, L. (2019). *A Deliberate Choice? Exploring the decision-making process regarding childhood vaccination* Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven.
- Sepucha, K. R., Borkhoff, C. M., Lally, J., Levin, C. A., Matlock, D. D., Ng, C. J., . . . Thomson, R. (2013). Establishing the effectiveness of patient decision aids: key constructs and measurement instruments. *BMC Med Inform Decis Mak*, *13 Suppl 2*, S12.
doi:10.1186/1472-6947-13-S2-S12
- van den Berg, M., Timmermans, D. R., ten Kate, L. P., van Vugt, J. M., & van der Wal, G. (2006). Informed decision making in the context of prenatal screening. *Patient Educ Couns*, *63*(1-2), 110-117. doi:10.1016/j.pec.2005.09.007

Vaccinatiegraad bevorderen: denk verder dan informatie en dwang

Olga Visser⁵

Teruglopende acceptatie van vaccinatie is al langer een probleem, en wordt gezien in landen over de hele wereld. Dit leidt tot hernieuwde risico's op morbiditeit en mortaliteit door infectieziekten en heeft al bijgedragen aan uitbraken van ziekten die door vaccinatie voorkomen kunnen worden, zoals bijvoorbeeld mazelen. In Nederland was het van oudsher vooral een specifieke groep bevindelijk gereformeerde mensen die vaccinaties weigerden. In de laatste decennia heeft hier een kentering plaatsgevonden en is deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma voor een grotere groep mensen minder vanzelfsprekend geworden. Ook introducties van nieuwe vaccinaties in het RVP, zoals de vaccinatie tegen Humaan Papilloma Virus (HPV), verliepen niet altijd vlekkeloos.

In juni 2018 stelde het RIVM vast dat de landelijke vaccinatiegraad voor het RVP, alhoewel nog voldoende om acute ernstige infectieziektenuitbraken te voorkomen, een dalende trend laat zien. In reactie daarop ontstond veel discussie over maatregelen om deze dalende trend te stoppen en de vaccinatiegraad te bevorderen.

De discussie rondom dergelijke maatregelen wordt met name gedomineerd door twee gedachtelijnen. Ten eerste worden oplossingen voor de dalende vaccinatiegraad vaak gezocht in (betere) informatieverschaffing over infectieziekten en vaccinaties. Daarnaast wordt er, naar internationaal voorbeeld, gesproken over de mogelijkheden van verschillende vormen van dwingende maatregelen om de vaccinatiegraad te bevorderen. Wij zijn ervan overtuigd dat in dit debat belangrijke ingrediënten missen.

Kennis, en daarmee informatie, is een belangrijke voorwaarde voor elke bewuste keuze. Echter, in wetenschappelijke studies is al vaker aangetoond dat het verschaffen van betere en meer toegankelijke informatie alleen, doorgaans niet leidt tot een groter aantal mensen dat vaccinatie accepteert. Ons onderzoek bij de doelgroepen van een mogelijk toekomstig vaccinatieprogramma tegen kinkhoest liet het volgende zien. Mensen lezen en waarderen de informatie van de overheid. Zij ervaren de informatie die de

⁵ Op basis van hoofdstuk 3 "the mandatory versus the voluntary debate revisited: contextual argumentation for voluntary vaccination", uit het proefschrift: "Preventing pertussis in early infancy, development of a strategy for implementing pertussis vaccination of new parents and healthcare workers." Met dank aan dr. Simone van den Burg.

Link naar digitaal proefschrift: <http://my-thesis.info/PDF/Visser/visser.html>

Promotoren: Prof. dr. Marlies Hulscher, Prof. dr. Koos van der Velden.

Co-promotor: Dr. Jeannine Hautvast.

overheid verschaft echter niet als neutraal, maar als sturend richting vaccinatieacceptatie: de overheid die de informatie geeft over infectieziekten en vaccinaties, biedt de vaccinatie namelijk zelf aan én heeft er belang bij dat het vaccinatieprogramma slaagt. Dat is immers de taak van een overheid. Daarom gaat een deel van de mensen op zoek naar extra informatie op internet, in de media of in hun sociale omgeving. In het licht van de overvloed aan informatie die zij vervolgens zelf verzamelen, wordt het maken van een keuze vaak alleen maar moeilijker.

Hoe zit het dan met dwang of drang als oplossing? Veel geïnterviewden in ons onderzoek geven aan onzeker te zijn over hun vaccinatiekeuze. Desalniettemin vinden zij het belangrijk om die keuze zélf te maken. Soms werd dit verwoord als een aversie tegen dwang. Anderen beschreven heel expliciet dat zij vaccinatie een persoonlijke verantwoordelijkheid vinden en relateren hierbij aan het recht te besluiten over hun eigen lichaam. Een belangrijke uitkomst in deze studie om hierbij in ogenschouw te nemen is dat de gezondheidsmedewerkers die een dwingende vaccinatiemaatregel rondom de Mexicaanse griep hadden opgelegd gekregen, deze hebben ervaren als een inbreuk op hun lichamelijke integriteit en vrijheid. Deze mensen gaven -voor eventuele toekomstige vaccinaties- expliciet aan dat hun vertrouwen in de aanbieder (in dit geval werkgever) geschaad is. Dit maakt duidelijk dat dwingende of dringende maatregelen omtrent vaccinatie mogelijke negatieve effecten kunnen hebben op het vertrouwen van mensen. Een vaccinatieprogramma valt of staat met het vertrouwen van de deelnemers!

In ons onderzoek zagen we dat zogenaamde twijfelaars uiteindelijk tot een keuze kwamen niet op basis van informatie, maar op basis van waarden zoals veiligheid, gezondheid, vertrouwen, solidariteit, levensbeschouwelijke identiteit (o.a. religie, antroposofie) of zorg voor elkaar. Maar waarden spelen gewoonlijk geen rol in de ondersteuning die de overheid biedt bij het maken van een keuze.

In een vrijwillig vaccinatieprogramma mag je verwachten dat er ondersteuning is bij het maken van een keuze, voor hen die daar behoefte aan hebben. Ondersteuning bestaat traditioneel uit informatieverschaffing. Ons onderzoek geeft helder aan dat -naar de mening van de doelgroep- in deze ondersteuning ook ruimte moet zijn om ervaringen te delen en eigen waarden te expliciteren en te wegen ten opzichte van alternatieve waarden. Zo'n reflectie over eigen en alternatieve waarden kan live vorm krijgen in gestructureerde gesprekken, maar kan ook digitaal gestuurd plaatsvinden. Hiervoor hebben wij een web-based instrument ontworpen, dat gebruikers in stappen langs informatie, ervaringen en waarden leidt en dat uitnodigt tot reflectie. Dit instrument stuurt niet richting de acceptatie van vaccins. In een vrijwillig programma mag ieder dat immers zelf bepalen. Het zorgt wel dat in die keuze zowel informatie, als ervaringen en waarden worden meegenomen. Dit verbreedt het denkkader waarbinnen vaccinatieacceptatie wordt

benaderd en verbetert de kwaliteit van de reflectie over de eigen keuze. Gezien het belang van waarden bij het kiezen, is het opmerkelijk dat dit nauwelijks een rol speelt in maatschappelijke debatten rond vaccinatie. Waarden leggen namelijk een belangrijke link tussen informatie en keuzes binnen het eigen leven.

Literatuur

- Goldenberg, M. J. (2016). "Public misunderstanding of science? Reframing the problem of vaccine hesitancy." *Perspectives on Science* 24(5): 552-581.
- Larson, H. J., L. Z. Cooper, J. Eskola, S. L. Katz and S. Ratzan (2011). "Addressing the vaccine confidence gap." *Lancet* 378(9790): 526-535.
- Offit, P. A. (2012). "Should childhood vaccination be mandatory? Yes." *BMJ* 344: e2434.
- O'Neill, O. (2003). "Some limits of informed consent." *J Med Ethics* 29(1): 4-7.
- Visser, O., J. L. Hautvast, K. van der Velden and M. E. Hulscher (2016). "Intention to Accept Pertussis Vaccination for Cocooning: A Qualitative Study of the Determinants." *PLoS One* 11(6): e0155861.
- Visser, O, M.E.J.L. Hulscher, K. van der Velden, J.L.A. Hautvast and S. van der Burg (2018). "the mandatory versus voluntary debate revisited: contextual argumentation for voluntary vaccination" chapter 3 in *Preventing pertussis in early infancy, development of a strategy for implementing pertussis vaccination of new parents and healthcare workers*. Dissertatie Radboud Universiteit Nijmegen. <http://my-thesis.info/PDF/Visser/visser.html>

De vaccinatiediscussie vanuit een risicoperceptieperspectief

Marion de Vries, Margreet te Wierik, Aura Timen, Liesbeth Claassen, Marcel Mennen en Danielle Timmermans

De wetenschappelijke beoordeling van risico's van infectieziekten en vaccinaties is complex. Experts zijn geneigd te denken dat leken de complexe informatie niet begrijpen en dat meer uitleg het onbegrip en vaccinatieaversie weg zal nemen. Wanneer men uitgaat van een sociaal geconstrueerde beleving van risico, is er echter geen sprake van onbegrip, maar van verschillende risicobeoordelingen. Bij het communiceren over vaccinaties en infectieziekten is het dan ook van belang om goed te weten hoe mensen de risico's van vaccinatie en infectieziekten beoordelen en welke factoren een rol spelen bij die beoordeling. De dialoog aangaan over de beleving van de risico's is essentieel om elkaars perspectieven te begrijpen.

Beleving van risico

Uit eerder onderzoek weten we dat experts en burgers risico's vaak op een andere manier waarderen. Experts hanteren een technische opvatting van risico, waarbij het gaat om de kans op een negatieve uitkomst en de ernst van deze uitkomst. Burgers hebben een breder perspectief bij het waarderen van risico's en wegen andere factoren mee. Een risico wordt bijvoorbeeld hoger ingeschat wanneer het *man-made* of onnatuurlijk is, onvrijwillig wordt opgelegd, er weinig over het risico bekend is, men het gevoel heeft weinig controle te hebben, de gevolgen van een risico oneerlijk zijn verdeeld, of wanneer er een gebrek aan vertrouwen is in de betrokken instanties. Overigens zien we dat risicobeleving niet alleen verschilt tussen experts en burgers, maar dat er sprake is van een gevarieerde en dynamische beleving van risico's in de samenleving. Cognitieve, affectieve, sociale en culturele processen spelen een rol in de verschillende belevingen van risico's (Fischhoff, 2013; Renn & Rohrman, 2000; Timmermans, 2018). Om gedrag ten opzichte van risico's te begrijpen, bijvoorbeeld bij de vaccinatiediscussie, is het essentieel om inzicht te krijgen in deze verschillende belevingen van risico's en in de processen die de beleving beïnvloeden.

Het Strategisch Programma RIVM, Speerpunt Risicocommunicatie

Onderzoek naar risicoperceptie van infectieziekten en vaccineren is onderdeel van het Strategisch Programma RIVM, Speerpunt Risicocommunicatie. Binnen dit speerpunt wordt onderzoek gedaan naar de beleving van verschillende soorten risico's betreffende gezondheid en veiligheid en de verschillen in perspectief tussen burgers, professionals en beleidsmakers. Dit speerpunt

heeft als doel kennis te genereren om mensen te helpen met (1) de risico's te begrijpen waaraan zij worden blootgesteld (2) weloverwogen beslissingen te nemen over deze risico's, (3) hen aan te moedigen deze risico's te minimaliseren of te voorkomen en/of (4) het maatschappelijk draagvlak van *hazards* en technologieën te vergroten. Het project NO PANIC! is een van de onderzoeksprojecten van het speerpunt.

Het project NO PANIC!

Met het NO PANIC! project (Notify or Outrage Providing Accurate and Needed Information during Crisis), onderzoeken wij de publieke beleving van risico's bij cases in verschillende gezondheidsdomeinen, waarbij er sprake is van veel media aandacht en een sterke vraag naar overheidshandelen. Wij onderzoeken hoe mensen denken over risico's bij deze urgente gezondheidskwesties, hoe deze percepties verschillen tussen groepen mensen en veranderen in een dynamische sociale context en hoe deze percepties van invloed zijn op beslissingen.

Rubbergranulaat op kunstgras

De rubbergranulaat-op-kunstgraskwestie is een voorbeeld van een situatie waarbij onduidelijkheid over het risico, versterkt door uiteenlopende beoordelingen van experts in de berichtgeving, leidde tot zorgen onder het publiek. Wij onderzochten hoe verschillende groepen mensen dachten over het mogelijke risico van rubbergranulaat op kunstgras, voor en na het uitkomen van het RIVM onderzoek dat stelde dat sporten op kunstgras met rubbergranulaat veilig is. Wij zagen dat er zeker zorgen waren, met name bij ouders van kinderen die sporten op kunstgras, maar ook dat de zorgen afnamen over tijd na het uitkomen van het RIVM rapport.

Meningokokkenziekte W en de inhaalvaccinatie voor tieners

Recenter onderzoek deden wij rondom de stijging in meningokokkenziekte type W en de invoering van de inhaalvaccinatie voor tieners. Wij onderzochten hoe tieners en hun ouders dachten over de risico's van meningokokkenziekte W en over de voor- en nadelen van vaccineren. Ook keken wij naar de percepties van risico's en vaccinatiewensen bij ouders van jongere kinderen. Wij zagen over het algemeen een positieve houding bij ouders ten opzichte van deze vaccinatie. Niet alleen veel ouders van tieners wilden hun kind laten vaccineren, ook ouders van jongere kinderen wilden dit. Opvallend was dat respondenten de ernst van meningokokken hoog inschatten, maar ook beseften dat de kans op de ziekte klein is, zelfs na uitgebreide media-aandacht over de stijging in het aantal ziektegevallen. Verdere analyses zullen uitwijzen hoe gedetailleerde percepties van risico, zowel met betrekking tot de ziekte als tot de vaccinatie, samenhangen met vaccinatie-intentie, wat de rol is van vertrouwen in het RIVM, de overheid en de farmacie, en hoe percepties en vaccinatie-intenties veranderen over tijd

(van de aankondiging van de inhaalvaccinaties voor jongeren tot het afronden van de laatste inhaalvaccinaties in 2019).

Betekenis voor beleid

Ons onderzoek draagt bij aan een beter begrip van de zorgen en de beleving van risico's omtrent infectieziekten en vaccineren van burgers. Dit is het uitgangspunt voor het ontwikkelen van effectieve risicocommunicatie. Immers gebrekkige risicocommunicatie kan leiden tot sociale onrust, gebrek aan vertrouwen in wetenschap en beleid en minder geïnformeerde keuzes. Ouders met zorgen over de veiligheid van vaccinaties, hebben recht op goede informatie die aansluit bij hun beleving, opdat zij een afgewogen keuze kunnen maken over gezondheid en welzijn van hun kinderen.

Literatuur

- Fischhoff, B. (2013). Risk perception and communication. *Risk Analysis and Human Behavior* (p. 17-46).
- Timmermans, D. R. M. (2018). Over risico en risicocommunicatie. *Skepter* (p. 4-6), jaargang 31, nummer 2.
- Renn O., Rohrman B. (2000). Cross-Cultural Risk Perception: State and Challenges. In: Renn O., Rohrman B. (eds) *Cross-Cultural Risk Perception. Technology, Risk, and Society* (An International Series in Risk Analysis), vol 13. Springer, Boston, MA.

Vaccinatie van kinderen en adolescenten met reumatische aandoeningen

Nico Wulffraat

In Nederland wordt sinds jaren het Rijksvaccinatieprogramma met zorg samengesteld en geëvalueerd. Veel is al gesproken over de dalende vaccinatiegraad onder de bevolking. In mijn werk als kinderarts komt daar nog een ander aspect bij: het door vaccinatie beschermen van kwetsbare groepen. Dit is met name relevant voor chronische aandoeningen die met immuunsuppressiva worden behandeld. Het is duidelijk dat de dalende vaccinatiegraad de `kudde immuniteit` kan verminderen met een hogere infectiekans voor personen met verminderde afweer.

In mijn vakgebied, de kinderreumatologie is ook internationaal de aandacht voor de effecten van vaccinaties sterk gestegen. Natuurlijk is ook onder patiënten en ouders het al dan niet vaccineren onderwerp van discussie. Internationale studies tonen een verhoogde infectie gevoeligheid onder kinderen met jeugdreuma (juvenile idiopathische artritis, JIA) wanneer ze met reumamedicijnen zoals methotrexaat of biologicals worden behandeld [1,2]. Recent werd tijdens een recent internationaal congres van de Pediatric Rheumatology European Society (PREs, zie ook www.PRES.eu), deze kwestie besproken. Deze groep kinderartsen en kinderreumatologen stelt met klem om juist ook deze patiëntgroepen te laten vaccineren.

Er zijn geen farmaceutische studies die veiligheid en effectiviteit van vaccins bestuderen bij dergelijke patiëntgroepen. Soms wordt dan ook gesteld bij gebrek aan data dat dergelijke vaccins (vooral de levend verzwakte) gecontra-indiceerd zijn bij deze patiënten. Meerdere onderzoeksgroepen hebben gelukkig de afgelopen jaren middels *investigator-initiated studies* de effecten van vaccinatie bij deze groepen bestudeerd.

De kinderreumatologen riepen op tot verdere studies en aanvullen van richtlijnen die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld. Zie ook de EULAR en PRES recommendations en recent ook de RIVM-vaccinatierichtlijn voor patiënten met chronische inflammatoire aandoeningen.

Veiligheid van vaccineren bij reumatische aandoeningen

Chronische aandoeningen zoals jeugdreuma of SLE hebben een wisselend beloop met rustige periodes en daarnaast recidieven. Het is mogelijk dat een vaccinatie een dergelijke toename van ziekteactiviteit (een recidief) veroorzaakt. Maar zo'n associatie van toegenomen ziekte activiteit en vaccinatie kan ook op toeval berusten. Verschillende grote studies hebben geen causale relatie aan kunnen tonen tussen recidief en vaccinatie[3,4].

Net als in de gezonde bevolking kunnen vaccinaties ook bij patiënten bijwerkingen hebben, maar die zijn in het algemeen zeer zeldzaam.

In de medische literatuur wordt vaak gekeken naar effectiviteit en veiligheid van vaccins bij jongeren met reumatische aandoeningen [3–8]. Met name hebben die studies gekeken naar medicijnen als methotrexaat en biologicals (zoals de Tumor Necrosis Factor (TNF) blockers) [1,6]. De meeste studies tonen geen effect op ziekteactiviteit en daarnaast meestal een normale titer van beschermende antistoffen. Meer onzekerheid bestaat nog wel over het levend verzwakte BMR-vaccin. Het is echter onvoldoende bekend of deze antistoffen na jaren niet versneld dalen wanneer genoemde medicatie wordt gebruikt. [9]. Vaccin bescherming kan dus suboptimaal worden en derhalve zou een booster overwogen moeten worden. Met betrekking tot de BMR stellen de meeste richtlijnen nog steeds dat er weinig data zijn, en dat vaccinatie van geval tot geval overwogen moet worden [10].

Factoren die de beslissing van patiënt en ouders beïnvloeden

Het besluit om zich al dan niet te laten vaccineren kan ten dele gebaseerd worden op feiten uit studies over veiligheid en effectiviteit. Natuurlijk spelen ook emotionele en psychologische factoren een rol. De gebeurtenissen na de invoering van het BMR-vaccin, 50 jaar geleden, illustreren dit duidelijk. In 1998 werd in de Lancet de suggestie gedaan dat dit vaccin autisme had veroorzaakt bij 12 kinderen [11]. Hoewel dit artikel later werd teruggetrokken had dit toch een blijvend effect van onrust en argwaan onder de bevolking, zowel met betrekking tot het BMR als ook op andere vaccins [12]. Meerdere studies hebben nadien de claim van een relatie tussen het vaccin en het ontstaan van autisme ontkracht. Zeer recent nog werd in een Scandinavisch cohort van 657461 kinderen geen relatie gevonden tussen BMR en het ontstaan van autisme [13].

Ook rondom de recent ingevoerde vaccinatie tegen het humane papillomavirus (HPV) bestaat nog onrust. Diverse media melden gevoelens van wantrouwen en onrust alsook claims van nieuwe bijwerkingen zoals chronische vermoeidheid of het ASIA-syndroom.

De geschiedenis van het BMR en HPV-vaccin illustreert de noodzaak tot verdere analyse van de overwegingen omtrent vaccineren onder de bevolking. Een koele feitelijke en wetenschappelijke benadering van de gezondheidsautoriteiten negeert de ouderlijke en emotionele zorgen. Daarnaast is de antivaccinatie beweging, hoe klein ook, goed georganiseerd en voert het een sterke dialoog met het brede publiek. RIVM en GGD hebben ingezien dat in plaats van de wetenschappelijke top/down benadering van het publiek een andere benadering wenselijk is. Hier is weer plaats voor het keukentafel-gesprek waar medewerkers van JGZ echt luisteren naar de zorgen omtrent vaccinaties. Dergelijke gesprekken worden reeds op projectbasis georganiseerd in diverse gemeentes.

Literatuur

1. Giancane, G. Swart, J. Bovis, F. Castagnola, E. Groll, A. Horneff, G. Huppertz HI, Lovell, D.J. Wolfs T, Hofer, M. Alexeeva E, et al. Risk of infections in juvenile idiopathic arthritis patients treated with biologic agents and/or methotrexate: Results from pharmacovigilance registry. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:4168–9. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/art.39977>
2. Becker I, Horneff G. Risk of Serious Infection in Juvenile Idiopathic Arthritis Patients Associated With Tumor Necrosis Factor Inhibitors and Disease Activity in the German Biologics in Pediatric Rheumatology Registry. *Arthritis Care Res* 2017;69:552–60. doi:[10.1002/acr.22961](https://doi.org/10.1002/acr.22961)
3. Toplak N, Avcin T. Long-term safety and efficacy of varicella vaccination in children with juvenile idiopathic arthritis treated with biologic therapy. *Vaccine* 2015;33:4056–9
4. Aikawa NE, França IL, Ribeiro AC, Sallum AM, Bonfa E SC. Short and long-term immunogenicity and safety following the 23-valent polysaccharide pneumococcal vaccine in juvenile idiopathic arthritis patients under conventional DMARDs with or without anti-TNF therapy. *Vaccine* 2014;29:604–9
5. Heijstek MW, Kamphuis S, Armbrust W, et al. Effects of the live attenuated measles-mumps-rubella booster vaccination on disease activity in patients with juvenile idiopathic arthritis: A randomized trial. *JAMA - J Am Med Assoc* 2013;309:2449–56. doi:[10.1001/jama.2013.6768](https://doi.org/10.1001/jama.2013.6768)
6. Borte S, Liebert UG, Borte M, et al. Efficacy of measles, mumps and rubella revaccination in children with juvenile idiopathic arthritis treated with methotrexate and etanercept. *Rheumatology* 2009;48:144–8. doi:[10.1093/rheumatology/ken436](https://doi.org/10.1093/rheumatology/ken436)
7. Pileggi GS, De Souza CBS, Ferriani VPL. Safety and immunogenicity of varicella vaccine in patients with juvenile rheumatic diseases using methotrexate and corticosteroids. *Arthritis Rheum* 2009;60:1901. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L70374466%5Cnhttp://www.blackwellpublishing.com/acmeetin/g/abstract.asp?MeetingID=761&id=81524%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1002/art.26974%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&i>
8. Pileggi G.S., Terreri, M.T.R.A., Barbosa CP. Measles, mumps and rubella vaccination safety in patients with juvenile rheumatic diseases taking immunosuppressive drugs. *Ann Rheum Dis* 2013;71. doi:[10.1136/annrheumdis-2012-eular.2274](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-eular.2274)
9. Groot N, Heijstek MW, Wulffraat NM. Vaccinations in Paediatric Rheumatology: an Update on Current Developments. *Curr. Rheumatol. Rep.* 2015;17. doi:[10.1007/s11926-015-0519-y](https://doi.org/10.1007/s11926-015-0519-y)
10. Heijstek MW, Ott De Bruin LM, Bijl M, et al. EULAR recommendations for vaccination in paediatric patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1704–12. doi:[10.1136/ard.2011.150193](https://doi.org/10.1136/ard.2011.150193)
11. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children (Retracted article. See vol 363, pg 750, 2004). *Lancet* 1998;351:637–41.
12. Sansonetti PJ. Measles 2018: a tale of two anniversaries. *EMBO Mol Med* 2018;10:e9176. doi:[10.15252/emmm.201809176](https://doi.org/10.15252/emmm.201809176)
13. Hviid A, Hansen JV, Frisch M, et al. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2019 Mar 5. doi: [10.7326/M18-2101](https://doi.org/10.7326/M18-2101).

De psychologische wortels van antivaccinatie-overtuigingen

Bastiaan Rutjens

We zien in het laatste decennium een toename van sociaalwetenschappelijk onderzoek naar zogenaamde *anti-science* attitudes en overtuigingen. Als sociaal-psycholoog doe ik reeds sinds mijn promotietraject onderzoek naar hoe mensen wetenschap evalueren. Mensen hebben allerlei redenen en motivaties om wetenschap positief of negatief te evalueren en wel of niet op de wetenschap te vertrouwen. Deze motivaties zijn in veel gevallen *ideologisch* van aard. Kortgezegd, mensen zijn (veel) kritischer over wetenschap als de uitkomsten van onderzoek niet goed passen in het eigen ideologische of morele wereldbeeld.

Dat brengt me tot mijn recente onderzoek—en dat van verscheidene collega's—waaruit blijkt dat wantrouwen in de wetenschap een veelkoppig monster is. Niet alle vormen van scepsis zijn hetzelfde: iemand die klimaatwetenschap wantrouwt staat niet per definitie negatief ten opzichte van vaccinaties, kunstmatige intelligentie, of de genetische modificatie van organismen. Wat wel steeds duidelijker naar voren komt is dat scepsis en wantrouwen in de meeste gevallen *niet voortkomt uit een gebrek aan informatie en kennis*, of meer algemeen het gevolg is van een laag opleidingsniveau. Integendeel, soms zijn het juist de hoger opgeleiden die hun scepsis beter van argumenten weten te voorzien, en zo zichzelf en anderen beter weten te overtuigen van hun standpunt.

Dit brengt me tot vaccinatiescepsis in het bijzonder. Niet alleen is wantrouwen in de wetenschap een veelkoppig monster; ook anti-vaccinatie overtuigingen kunnen *niet gereduceerd worden tot één oorzaak*. De recente wetenschappelijke literatuur in mijn vakgebied heeft een aantal psychologische en ideologische factoren aan het licht gebracht die herhaaldelijk terug lijken te komen onder mensen uit een steeds groter wordende groep van onderzochte populaties en landen. In mijn eigen onderzoek zie ik dat onder Amerikanen religiositeit en morele intuïties over zuiverheid (vaccinaties zijn onzuiver, onnatuurlijk) een psychologische barrière vormen bij de acceptatie van vaccinaties. Onder Nederlanders uit grootstedelijke gebieden zie ik echter dat anti-vaccinatie overtuigingen vooral bij mensen die zichzelf als *spiritueel* identificeren naar voren komen. Moderne spiritualiteit in plaats van traditionele religiositeit dus, in elk geval buiten de *Bible Belt*. Daarnaast spelen ook een wantrouwen ten opzichte van wetenschap

in het algemeen en de neiging tot het geloof in complottheorieën een rol. Verschillende collega-onderzoekers rapporteren in hun onderzoek ook dat morele intuïties over wat natuurlijk en puur is (zuiverheid) – naast morele intuïties over het belang van zelfbeschikking en keuzevrijheid – een belangrijke rol spelen bij vaccinatiescepsis. Ook de neiging tot complotdenken komt veelvuldig terug in de onderzoeksresultaten.

Samenvattend, wat we tot nu toe weten is dat de volgende ideologische en psychologische factoren bijdragen aan anti-vaccinatie overtuigingen: Een spiritueel of religieus wereldbeeld, sterke morele intuïties over zuiverheid en zelfbeschikking, een algemeen wantrouwen in de wetenschap, en het openstaan voor complottheorieën.

Wat deze psychologische wortels van vaccinatiescepsis gemeen hebben is dat ze niet gemakkelijk te veranderen zijn: behalve dat het simpelweg bieden van meer feitelijke informatie over het belang van vaccinaties niet helpt, zoals ook in andere bijdragen wordt gesteld, kunnen we mensen moeilijk minder spiritueel maken, of hun morele waardesysteem proberen te veranderen. Morele attitudes zijn vaak diep verankerd en zeer moeilijk te beïnvloeden, zo weten we uit onderzoek. Wat kunnen we dan wel doen? Een mogelijke oplossing ligt in het “meebewegen” met, en het incorporeren van, de ideologische en morele intuïties en overtuigingen van mensen, of er in elk geval voor zorgen dat de pro-vaccinatie boodschap hier zo min mogelijk mee botst. Matthew Hornsey van de University of Queensland noemt dit de “jiu jitsu” methode. Het lijkt dus wenselijk om te benadrukken dat vaccineren helemaal niet in strijd hoeft te zijn met genoemde intuïties, bijvoorbeeld door mensen te vertellen over hoe vaccinaties helpen het *natuurlijke* afweersysteem van hun kind te ontwikkelen en zo het lichaam ziektevrij te houden. Passen we de jiu jitsu methode toe op die andere genoemde morele intuïtie, namelijk zelfbeschikking, dan is duidelijk dat een vaccinatieplicht – vanuit sociaalpsychologisch oogpunt dan – alleen maar averechts gaat werken. Ik hoop hiermee een korte doch heldere schets van de vaccinatieproblematiek vanuit sociaal-psychologisch oogpunt te hebben gemaakt.

Literatuur

- Amin, A. B., Bednarczyk, R. A., Ray, C. E., Melchiori, K. J., Graham, J., Huntsinger, J. R., & Omer, S. B. (2017). Association of moral values with vaccine hesitancy. *Nature Human Behaviour*, *1*(12), 873.
- Hornsey, M. J., & Fielding, K. S. (2017). Attitude roots and Jiu Jitsu persuasion: Understanding and overcoming the motivated rejection of science. *American Psychologist*, *72*(5), 459.
- Hornsey, M. J., Harris, E. A., & Fielding, K. S. (2018). The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation.
- Rutjens, B. T., Sutton, R. M., & van der Lee, R. (2018). Not all skepticism is equal: Exploring the ideological antecedents of science acceptance and rejection. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *44*(3), 384-405.
- Rutjens, B. T., Heine, S. J., Sutton, R. M., & van Harreveld, F. (2018). Attitudes towards science. *Advances in Experimental Social Psychology*, *57*, 125-165.
- Rutjens, B. T., & van der Lee, R. (2019). Spiritual Skepticism. *Manuscript under review*.
- Skitka L. J., Bauman C. W., Sargis E. G. (2005). Moral conviction: Another contributor to attitude strength or something more? *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*, 895-917.

Overwegingen en advies vaccinatieproblematiek vanuit een antropologisch perspectief

Jaron Harambam

Advies

Hoewel ik de noodzaak begrijp van het bewaken en bevorderen van de volksgezondheid, wil ik hier benadrukken dat een pragmatische, geduldige en dialogische aanpak essentieel is bij het niet verder institutionaliseren van de maatschappelijke polarisatie die de vaccinatieproblematiek op dit moment kenmerkt. Voor- en tegenstanders lijken zich steeds verder in te graven, waardoor een doelmatige oplossing die zinnig is voor de grote massa steeds verder weg lijkt.

Ik wil dan ook ten sterkste adviseren *tegen* welke vorm van dwang ook, en in het bijzonder tegen de invoering van een algehele vaccinatieplicht. In het volgende wil ik uitleggen waarom dat niet alleen ethisch problematisch is, maar vooral waarom dat niet productief is, en alleen maar meer weerstand zal oproepen. Radicale tegenstanders zullen zich namelijk beroepen op gewetensbezwaren om onder de plicht uit te komen, en de twijfelende groep zal zich ontkend en niet serieus genomen voelen, wat de weerstand tegen de overheid en haar instituten alleen maar zal vergroten. De invoering van een vaccinatieplicht zal daarom simpelweg haar doel voorbij schieten, en tot meer weigeraars leiden.

Als alternatief stel ik voor dat de overheid vol gaat inzetten op een betere communicatie met haar bevolking (inclusief betere training eerste lijn (para)medici), en daarnaast op een betere dialoog tussen de verschillende stakeholders van dit maatschappelijk probleem, en idealiter ook op meer middelen voor onafhankelijk multidisciplinair wetenschappelijk onderzoek.

Om beter te communiceren als overheid is het van groot belang onderscheid te maken tussen de verschillende doelgroepen: de voorstanders, de twijfelaars en de tegenstanders. De twijfelende middengroep zou hierbij de meeste aandacht moeten krijgen. Dit zijn burgers die simpelweg vragen en zorgen hebben over de veiligheid, noodzaak en wenselijkheid van vaccinaties, en de overheid dient met zorg, geduld en respect hiermee om te gaan. Vaccinaties verplichten, of simpelweg harder roepen dat de wetenschappelijke consensus stelt dat het allemaal goed zit, werkt niet.

Dit komt omdat mensen niet (kunnen) luisteren als zij niet serieus genomen worden, zie bijvoorbeeld ook de bijdrage van prof. dr. Enny Das. Bovendien helpt het niet om meer feiten aan te voeren, het is geen tekort aan kennis van deze mensen, maar een botsing tussen een harde en koude overheid c.q. wetenschap, en de emotionele en levensbeschouwelijke

overwegingen.

De overheid dient daarom ruime middelen ter beschikking te stellen opdat eerstelijns (vaccinerende) (para)medici zorgvuldig en met de juiste cognitieve bagage kunnen luisteren naar en reageren op de zorgen en vragen van deze twijfelende groep ouders die hun kind(eren) zouden moeten gaan vaccineren. Dit betekent niet enkel meer tijd voor hen, maar een specifieke communicatie training aanbieden voor deze groep consulenten die zulke gesprekken moeten gaan voeren. Het zou zinnig zijn om deze interacties te monitoren en te leren van de verschillende ervaringen, en hier de trainingen weer op aan te passen.

Als toevoeging hierop zou de overheid voor een meer langdurige oplossing voor deze problematiek kunnen zorgen door een betere dialoog tussen de verschillende stakeholders van dit maatschappelijk probleem, bijvoorbeeld door het organiseren van deliberatieve fora die als doel hebben met alle relevante stakeholders tot een werkbare oplossing te komen waarbij niet alleen maar naar experts/wetenschap geluisterd wordt, maar ook naar andere belanghebbenden. Daarnaast zouden er meer middelen moeten komen voor onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek (dus niet gefinancierd door de farmaceutische industrie) waarin de complexiteit van het probleem vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines onderzocht zal moeten worden.

Overwegingen

Dit advies is geformuleerd vanuit mijn expertise als socioloog/antropoloog op het gebied van complottheorieën, ik heb voor mijn proefschrift jarenlang etnografisch onderzoek gedaan in de wereld van mensen die zich op verschillende manieren met alternatieve zienswijzen op de waarheid omgaan (Harambam, 2017). Gedurende dit onderzoek ben ik verschillende mensen tegen gekomen die zich met vaccinaties bezighielden, maar ook heb ik veel contact gehad met anderen die de (epistemische) autoriteit van de wetenschap bekritiseerden en uitdaagden (Harambam & Aupers, 2015). Meer algemeen gesproken heb ik mij gespecialiseerd in de wetenschapssociologie, of de Science and Technology Studies (STS), die zich richt op het onderzoeken van de praktijk van de wetenschap en de interacties die zij heeft met buitenstaanders (e.g. Gieryn, 1999, Latour, 2004). Kenmerkend voor deze wetenschappelijke traditie, en mijn eigen onderzoek, is het benaderen van het onderzoeksveld met een agnostische houding tov de “echte” waarheid, en zowel de productie van wetenschappelijke als andersvormige kennis symmetrisch (dus op dezelfde manier en gelijkwaardig) te onderzoeken en te willen begrijpen. Persoonlijke ideeën over wat “echt” waar is staan namelijk volledig in de weg bij dit soort onderzoek naar kennisproducties.

Wat in de vaccinatieproblematiek centraal staat is een strijd om de waarheid van de veiligheid en noodzaak van vaccinaties. Maar waarom vallen verschillende groepen in onze samenleving, zoals anti-vaxxers, de wetenschap/overheid aan en hoe reageert de wetenschap hierop? Dit is wat ik onder andere

onderzocht hebt in mijn proefschrift. Nu is deze strijd om de waarheid niets nieuws. Sinds de opkomst van de wetenschap in de zestiende eeuw, heeft deze altijd moeten strijden om haar huidige positie als monopolist op de waarheid te verkrijgen en te behouden. Er is tegen kerk en aristocratie gestreden, andere vormen van kennis (ambachten, techneuten, kwakzalvers en spirituelen) werden weggewerkt en belachelijk gemaakt, maar ook burgers moesten overtuigd worden van de waarheid van wetenschappelijke kennis. Dit is niet alleen maar geschiedenis, ook vandaag de dag betwisten creationisten de Darwiniaanse evolutie, populisten noemen wetenschap ook maar een mening, overheden sturen wetenschap naar meer praktische domeinen, industrie financiert op mogelijke producten toegepast onderzoek, en ideologische tegenstanders van de kille harde rationaliteit van de wetenschap pleitten voor meer holistische, spirituele begrip van de wereld.

In deze context van onveranderlijke, maar wellicht verhevigde strijd over de autoriteit van de wetenschap en De Waarheid (post-truth) plaats ik deze *credibility contests* tussen de wetenschap c.q. overheidsinstututen als RIVM, ministeries, etc. en de anti-vaccinatiebeweging. Kort samengevat: de wetenschap/overheid wordt door anti-vaxxers gezien als corrupt (overgeleverd aan de belangen van Big Pharma), dogmatisch (enkel met materialistisch wereldbeeld), statistisch ingesteld (focus op statistiek en gemiddelden, waardoor geen aandacht voor individuele gevallen), feitelijk (ervaringen doen er niet toe), niet holistisch (nauwe kijk op gezondheid en ziekte), technologisch (geen aandacht voor het ontwikkelen van een eigen immuunsysteem), en elitair/afstandelijk (mensen hebben het gevoel niet serieus genomen te worden, tegen dichte deuren te praten, geen gehoor bij instanties vinden en ondertussen veel vragen, zorgen en leed hebben). Anti-vaxxers worden daarentegen neergezet als wantrouwende pseudowetenschappers die niet begrijpen hoe de wetenschap rondom vaccinaties werkt, die correlatie als causaliteit zien, die geen echte kritische houding hebben, maar last hebben van confirmatiebias, allerlei “mythes en alternatieve feiten” over vaccinaties verkondingen, resistent voor empirisch bewijs, en die uiteindelijk met hun alternatieve wereldbeeld gevaarlijk wantrouwen en angst zaaien, en zo de *herd immunity* in gevaar brengen.

Wat duidelijk wordt uit deze interacties, ideeën en beelden van elkaar is dat de strijd niet alleen om kennis gaat (wat is “echt” waar?), maar vooral ook erkenning (worden wij wel serieus genomen?), wie over dit soort zaken moet/mag beslissen en op basis van welke criteria (alleen wetenschappelijke feiten?). Mijn oproep tot meer dialoog en een betere communicatie met de verschillende groepen mensen in onze samenleving komt dus voort vanuit deze bevindingen dat het niet alleen maar over kennis gaat (meer feiten helpen niet), maar dat er in onze open en democratische samenlevingen verschillende geluiden/ideeën/perspectieven/wereldbeelden bestaan welke vaak verdreven en geridiculiseerd worden, vooral als deze botsen met een

technocratisch, wetenschappelijk discours. Denk aan de vele niet-stemmers en aanhangers van populistische partijen die zich niet gezien en gehoord voelen, aan de religieuze groeperingen (christelijken, Joden en vooral ook moslims), aan de meer alternatieve groeperingen die spirituele holistische kijk op de werkelijkheid hebben, en ga zo maar door. Het is de taak van de overheid om met al deze groepen in ieder geval met respect en zorg om te gaan, hen serieus te nemen, en vooral ook deel te laten nemen aan het politieke besluitvormingsproces, zeker als dat gaat om maatschappelijke vraagstukken die hen betrekken. De STS heeft veel geëxperimenteerd met dit soort multi-stakeholder fora, welke goed ter inspiratie kunnen dienen om in de toekomst robuustere en democratischere manieren te kunnen vinden om met complexe publiek-wetenschappelijke vraagstukken om te gaan (e.g. Arksey, 1998; Callon et al 2009; Latour, 2004; Rabeharisoa et al., 2014).

Ik hoop u hiermee van een ander perspectief op de vaccinatieproblematiek te hebben voorzien, maar mochten er nog vragen en/of opmerkingen zijn over dit advies, de overweging of mijn onderzoek, dan licht ik dat graag nog eens verder toe.

Literatuur

- Arksey, H. (1998) *RSI and the experts: The construction of medical knowledge*. London: University College London Press.
- Callon, M., P. Lascoumes en Y. Barthe (2009) *Acting in an uncertain world: an essay on technical democracy*. Cambridge: MIT Press.
- Gieryn, T. F. (1999). *Cultural boundaries of science: Credibility on the line*. University of Chicago Press.
- Harambam, J., & Aupers, S. (2015). Contesting epistemic authority: Conspiracy theories on the boundaries of science. *Public Understanding of Science*, 24(4), 466-480.
- Harambam, J. (2017). "The Truth Is Out There": Conspiracy culture in an age of epistemic instability. Rotterdam: Erasmus University.
- Latour, B. (2004). *Politics of nature*. Harvard University Press.
- Rabeharisoa V., T. Moreira en M. Akrich (2014) Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society. *BioSocieties*, 9(2): 111-128.

Een vertrouwenswaardig vaccinatiebeleid

Marcel Verweij

De vaccinatiegraad is in het afgelopen decennium geleidelijk gedaald en het vertrouwen van ouders in het vaccinatieprogramma, de instituties daarachter (RIVM) en zelfs de jeugdarts lijkt niet meer vanzelfsprekend. Deze ontwikkeling past binnen de individualiseringstrend van de laatste decennia: meer en meer ervaren ouders dat zij zelf verantwoordelijkheid dragen voor belangrijke keuzen voor hun kinderen, en niet zonder meer de gebaande paden binnen hun eigen zuil, gemeente of familiekring kunnen volgen. Er is voor hen ook veel meer informatie over vaccinatie beschikbaar, via de overheid, massamedia, kennissen, sociale media. Die informatie is zeker niet eensluidend en soms zelfs pertinent onwaar. Het is dan ook niet vreemd dat ouders onzeker worden over hun beslissing over vaccineren.

Het is echter te simpel om te stellen dat het geven van betere informatie vaccinatietwijfels zal wegnemen. Ouders hebben tegenwoordig vaker dan vroeger fundamentele twijfels over het gezag van de overheid en van gezondheidsprofessionals. Die twijfels reflecteren niet (alleen maar) een gebrek aan 'de juiste' informatie, maar vooral ook hun eigen visies op wat een goed en gezond leven is. Bijvoorbeeld: een leven dat zoveel mogelijk natuurlijk of 'puur' is, of een leven waarin keuzes niet bepaald worden door maatschappelijke of private belangen.

Goede informatie bieden is cruciaal, maar tegelijkertijd ook beperkt – immers, wie het RIVM niet helemaal vertrouwt, heeft ook weinig grond om de informatie die het RIVM beschikbaar stelt, voor waar aan te nemen. Vertrouwen is dan ook niet iets dat de overheid eenvoudig kan bewerkstelligen of bevorderen door de baten van vaccinatie beter voor het voetlicht te brengen. Het kan uiteindelijk alleen maar *verdiend* worden door een overheid die betrouwbaar of preciezer: 'vertrouwens-waardig' (trustworthy) is, en dat ook laat zien (Meijboom et al, 2006). Overheidsbeleid is betrouwbaar of vertrouwenswaardig als die overheid verantwoordelijkheid neemt voor haar taken en haar beleid transparant, redelijk, respectvol, en standvastig is. De volgende elementen kunnen daarom bijdragen aan een vertrouwenswaardig vaccinatiebeleid:

1. Het vaccinatiebeleid is gebaseerd op redelijke principes en criteria.

Dit betreft zowel de rationale en het karakter van het vaccinatieprogramma, de verantwoordelijkheid van de overheid, en de criteria op grond waarvan wordt besloten of een vaccin wel of juist niet wordt opgenomen. In Nederland

heeft de Gezondheidsraad hierin een cruciale rol (Gezondheidsraad 2013; Verweij & Houweling 2014).

2. De overheid zorgt er voor dat goede, onafhankelijke informatie over nut, noodzaak en bijwerkingen van vaccinaties beschikbaar is.

Deze informatie moet duidelijk onderscheiden en gescheiden zijn van de persuasieve communicatie vanuit de overheid: van belang is dat er nuchtere informatie beschikbaar is die ouders die zelf een oordeel zouden willen vormen, nodig hebben. Er is hier een spanning met het gegeven dat de overheid zelf niet neutraal kan zijn over de waarde van vaccinatie (zie 4). Over die spanning moet de overheid transparant zijn. Het kan daarnaast ook de voorkeur hebben om deze informatie door een onafhankelijke wetenschappelijke instantie te laten vaststellen en presenteren zoals de Gezondheidsraad.

3. Twijfelende ouders worden serieus genomen, waarbij tijd is voor een gesprek waarin ook echt naar hun zorgen wordt geluisterd. Tegelijkertijd mag van zorgprofessionals en andere deskundigen verwacht worden dat zij misinformatie weerleggen en actief bestrijden.

In de recente nota van de staatssecretaris wordt hierop ingezet. Artsen en verpleegkundigen die naar je luisteren zul je makkelijker vertrouwen dan een ‘anonieme’ overheid. Betrouwbaarheid betekent echter ook: de eigen professionele/wetenschappelijke deskundigheid als uitgangspunt nemen, en helder zijn over ideeën of meningen over vaccinatie die daar niet mee stroken.

4. De overheid is expliciet en transparant in haar verwachtingen naar burgers, maar ook in wat burgers kunnen verwachten van de overheid.

De overheid mag de verwachting naar ouders uitspreken dat die hun kinderen beschermen door het laten vaccineren – en daarmee ook hun bijdrage leveren groepsbescherming. De overheid kan daarnaast ook laten zien hoe zij haar verantwoordelijkheid neemt voor de bescherming van kinderen die een infectierisico lopen, en dit niet aan ouders, kinderdagverblijven of andere instanties overlaat. De betrouwbaarheid van de overheid is niet alleen in het geding in de relatie met vaccinatietwijfelaars, maar ook in de relatie met ouders die vaccinatie omarmen maar zich zorgen maken over de risico's die hun (nog) kwetsbare kind loopt in een omgeving met lage vaccinatiegraad.

5. Vaccinaties worden niet zomaar worden opgelegd of afgedwongen.

Door ouders de mogelijkheid te bieden om af te zien van vaccinatie worden zij uitgenodigd om de overheid te vertrouwen. Dat hoeft niet te betekenen dat vaccinatie een vrijblijvende keuze is. Overheid en professionals mogen een

zekere verwachting hebben van ouders (zie 4). En de dreiging van een grote uitbraak kan voor de overheid reden zijn om minder tolerant te zijn naar weigeraars (zie 6).

6. *De overheid is voorbereid op de mogelijke situatie waarin de vaccinatiegraad onaanvaardbaar laag is geworden. Dat betekent zowel een oordeel over een minimale vaccinatiegraad, als ook helderheid over welke maatregelen ingezet zullen worden als die ondergrens bereikt wordt.*

Beide elementen zijn een zaak voor politieke oordeelsvorming (zie ook 7). Het plan draagt bij aan betrouwbaarheid naar zowel ouders die de bescherming door vaccinatie zonder meer omarmen, als ook naar vaccinatietwijfelaars. De overheid maakt er mee duidelijk dat zij waakzaam is en maatregelen neemt als de deelnamegraad te laag wordt (relevant voor de eerste groep), maar niettemin ruimte laat aan ouders die afzien van vaccinatie, en eventuele stringenter maatregelen jegens hen *niet ad hoc* zal nemen (relevant voor de tweede groep) (Verweij & Pierik, 2019).

7. *Het vaccinatiebeleid is een politieke stellingname die zowel wetenschappelijk onderbouwd als democratisch gelegitimeerd moet zijn en waarover regelmatig openbaar verantwoording wordt afgelegd. Het beleid is dus niet technocratisch.*

Hoewel een wetenschappelijke onderbouwing cruciaal is kan de overheid zich op een gevoelig thema als dit niet achter de wetenschap verschuilen. De vraag wat voor infectierisico's aanvaardbaar zijn is een politiek/moreel oordeel. Een publieke verantwoording betreft onder meer een reflectie op de deelnamegraad, hoe effectief het programma is gebleken, wat voor bijwerkingen zich hebben voorgedaan en hoe die beoordeeld moeten worden, etc. Deze cijfers worden al jaarlijks door LAREB en RIVM gerapporteerd maar kunnen nadrukkelijker door de staatssecretaris worden gepresenteerd en besproken.

Literatuur

- Meijboom, F.L.B., Visak, T., Brom, F.W.A. (2006) "From trust to trustworthiness." *Journal of Agricultural and Environmental Ethics* 19: 427.
- Gezondheidsraad (2013). *Het individuele, collectieve, en publieke belang van vaccinatie*. Den Haag.
- Verweij, M., Houweling, H. (2014) What is the responsibility of national government with respect to vaccination? *Vaccine* 32(52):7163–66.
- Verweij, M., Pierik, R. (2019) "Kamer, wat gaan we doen als de vaccinatiegraad verder daalt?" *Trouw*, 6 februari 2019.

Personalia

Dr. **Liesbeth Claassen** is adviseur risicoperceptie en risicocommunicatie, Centrum Veiligheid, RIVM; Senior onderzoeker Amsterdam Public Health Institute, Vrije Universiteit Amsterdam.

Prof. dr. **Enny Das** is werkzaam aan de Radboud Universiteit, Centre for Language Studies.

Prof.dr.ir. **Fokko Jan Dijksterhuis** is werkzaam aan de Universiteit Twente (Science, Technology, and Policy Studies) en de Vrije Universiteit (Kunst en Cultuur, Geschiedenis, Oudheid).

Dr. **Jaron Harambam** werkt bij het Instituut voor Informatie Recht (IViR), Universiteit van Amsterdam.

Dr. **Marcel Mennen** is projectleider NO PANIC!, Centrum Veiligheid, RIVM.

Dr. **Liesbeth Mollema** is senior onderzoeker epidemiologie bij het RIVM.

Dr. **Roland Pierik** is universitair hoofddocent rechtsfilosofie aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit van Amsterdam.

Kim Romijnders, MSc. Is promovendus besluitvorming en risico communicatie, Centrum voor Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten en Centrum Gezondheidsbescherming, RIVM.

Dr. **Bastiaan Rutjens** is universitair docent aan de Faculteit Maatschappij en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam.

Prof. Dr. **Danielle Timmermans** is hoogleraar Risicocommunicatie en Volksgezondheid, Amsterdam Public Health Institute, Vrije Universiteit Amsterdam; Chief Science Officer Risicocommunicatie RIVM.

Prof. Dr. **Aura Timen** is arts M&G, Hoofd Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVM; Hoogleraar Responses to communicable diseases in global health, Athena Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam.

Prof dr. **Marcel Verweij** is hoogleraar filosofie aan de Wageningen Universiteit.

Dr. **Olga Visser** is arts infectieziektebestrijding^{knmg}, M&G i.o. bij GGD regio Utrecht en senior onderzoeker bij Academische Werkplaats AMPHI, Eerstelijnsgeneeskunde, Radboudumc.

Marion de Vries, MSc, is promovendus risicoperceptie en risicocommunicatie, Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding en Centrum Veiligheid, RIVM.

Dr. **Margreet te Wierik** is arts M&G en epidemioloog, Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVM.

Prof. dr. **Nico Wulffraat** werkt op de afdeling kinderreumatologie en immunologie, divisie kindergeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht.



Hoe nu verder met vaccinatietwijfel?

Deze bundel komt voort uit het colloquium *het tegengaan van vaccinatiefabels: wat is de rol van de overheid?* Dit colloquium is op 14 februari 2019 georganiseerd door het *Paul Scholten Centre for Jurisprudence* van de Amsterdamse Rechtenfaculteit en het *Institute for Advanced Study* van de Universiteit van Amsterdam.



UNIVERSITY OF AMSTERDAM
PAUL SCHOLTEN CENTRE FOR JURISPRUDENCE