

Vaccineren als dilemma

Een verkennend onderzoek naar alternatieve risicoafwegingen van ouders

T. Plochg, A.L. van Staa*

Bij de opzet en uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma dient het gebruikersperspectief van de Nederlandse bevolking nadrukkelijker mee te wegen. Uit een explorerend, kwalitatief onderzoek naar risicopercepties van ouders met alternatieve opvattingen over vaccinaties blijkt dat deze het niet vanzelfsprekend vinden om kritiekloos aan het Rijksvaccinatieprogramma deel te nemen. Zij hanteren verscheidene, tegenstrijdige perspectieven op gezondheid en ziekte, waardoor vaccineren als een dilemma wordt ervaren. Er is sprake van ziektespecifieke risicoafwegingen. Op grond van de verantwoordelijkheid die de ouders durven te dragen voor de gezondheid van hun kinderen wordt voor een individueel vaccinatiepakket gekozen, waarbij bewust van vaccinatie voor enkele als minder ernstig beschouwde ziekten wordt afgezien. Het is mogelijk dat onder invloed van epidemiologische, medische en maatschappelijke ontwikkelingen het draagvlak voor alternatieve risicopercepties ten opzichte van vaccinaties zich verbreedt. Het Rijksvaccinatieprogramma zou hierop moeten anticiperen door ideeën van ouders te onderzoeken en waar mogelijk in de besluitvorming te betrekken. Gezondheidspersoneel zou moeten streven naar een open dialoog met kritische ouders.

Trefwoorden: Rijksvaccinatieprogramma, vaccinatie, alternatieve geneeswijzen, gebruikersperspectief, vaccinatietrouw, risicoperceptie

INLEIDING

Het Nederlandse Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is succesvol. Dit blijkt uit de hoge en stabiele vaccinatiegraad die Nederland sinds de invoering van het programma in 1957 kent. Ruim 94 procent van ieder Nederlands geboortecohort wordt voor verschillende infectieziekten gevaccineerd.^{1,2} Dit succes heeft er mede toe geleid dat sommige infectieziekten vrijwel verdwenen zijn.³

Een combinatie van twee gunstige factoren ligt hieraan ten grondslag. Allereerst is de bereidheid van Nederlandse ouders om hun kinderen vrijwillig te laten vaccineren groot. Daarnaast bestaat er een doeltreffende infrastructuur voor preventieve gezondheidszorg. Door het programma via de consultatiebureaus aan te bieden en het te koppelen aan de provinciale entadministraties (PEA) kunnen ouders van iedere pasgeborene voor vaccinatie worden bereikt.^{3,4} Van oudsher hanteren deskundigen van het RVP een technisch en biomedisch perspectief bij het vaststellen van het vaccinatieschema. Begrippen zoals de werkzaamheid, betrouwbaarheid en veiligheid van vaccinatietechnologieën

domineren de besluitvorming over het RVP. Zo werd tijdens de RIVM-lezingen over de toekomst van het Nederlandse vaccinatieprogramma (16 mei 2000) vooral gediscussieerd over kosteneffectiviteit en introductie van nieuwe vaccins, zonder veel aandacht te besteden aan de maatschappelijke wenselijkheid en realiseerbaarheid van zulke aanpassingen.⁵ Een ander voorbeeld hiervan vormt het besluit van de minister van VWS om het vaccinatieschema per 1 januari 1999 met één maand te vervroegen. Deze aanpassing werd door een werkgroep van de Gezondheidsraad noodzakelijk geacht voor een snellere opbouw van de immuniteit tegen vooral kinkhoest en *Haemophilus influenzae* type B.^{6,7} De ideeën van gebruikers over een dergelijke vervroeging van het RVP werden in het besluitvormingsproces buiten beschouwing gelaten, terwijl sommige ouders bezwaar maken tegen het vaccineren van jonge zuigelingen en de noodzaak van vroege inentingen in twijfel trekken. Dit bleek bijvoorbeeld uit een artikel op de website van de Nederlandse Vereniging voor Kritisch Prikken (www.nvkp.nl).⁸

Kritiek op het RVP wordt in de maatschappij vooral verwoord door sociale groeperingen die vaccinaties afwijzen of beperkte vaccinatie voorstaan. Tot deze groeperingen worden de Gereformeerde gemeenschap, (delen van) allochtone

*T. Plochg¹, A.L. van Staa²

¹. Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

². Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

populaties en sommige alternatieve groeperingen zoals antroposofen en homeopaten gerekend. De redenen voor ouders uit deze populaties om vaccinaties af te wijzen, lopen uiteen van onwetendheid tot principiële overwegingen. Onderzoek naar deze redenen is in Nederland en het buitenland vrijwel afwezig, terwijl dit experts van het RVP de mogelijkheid zou bieden om te achterhalen welke opvattingen over vaccinaties op een bepaald moment in de verschillende groepen van de bevolking leven.^{4,9}

Hoewel er tot dusverre geen fluctuaties in de vaccinatiegraad waarneembaar zijn, lijkt er zich hier en daar een kentering voor te doen in het vertrouwen dat de Nederlandse bevolking in het RVP heeft.¹⁰ Aanwijzing hiervoor vormt de opkomst van een maatschappelijk debat, waarin de noodzaak van (alle) vaccinaties niet meer voetstoots wordt aangenomen. In toenemende mate bestaat er in de bevolking de behoefte om zelf afwegingen te maken over wat goed geacht wordt voor de gezondheid.¹¹ Deze trend is duidelijk zichtbaar bij ouders met alternatieve opvattingen over ziekte en gezondheid. Het lijkt daarom relevant om nader inzicht te verkrijgen in de risicopercepties die deze ouders hebben. Overigens gaat het hier om kleine groepen, die nauwelijks invloed op de vaccinatiegraad uitoefenen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een recent onderzoek naar de vaccinatiegraad in Amsterdam. Ondanks een beduidend lagere vaccinatiegraad onder kinderen van antroposofische basisscholen, is de vaccinatiegraad daar over de gehele linie hoog.¹²

Gezien de hierboven genoemde trend wordt in enkele artikelen gewezen op het belang om het vertrouwen van de Nederlandse bevolking in het RVP te monitoren en te bewaken. Acceptatie van het RVP in de bevolking moet gekoesterd worden en daarom in de besluitvorming meegewogen worden.^{13,14} De noodzaak hiervan wordt door buitenlandse voorbeelden aangetoond. Het blijkt dat in een aantal landen de acceptatie van kinkhoestvaccinatie is verminderd, waardoor de incidentie van kinkhoest is toegenomen.¹⁵ Het is derhalve van belang om het inzicht in acceptatie en non-acceptatie van vaccinatie in bevolkingsgroepen te vergroten.

Dit artikel doet verslag van een verkennend onderzoek naar alternatieve risicopercepties en door ouders ervaren dilemma's rond vaccinatie. De volgende vraagstelling staat daarbij centraal: welke ideeën hebben ouders met een alternatieve levensovertuiging over het RVP en welke risicopercepties liggen hieraan ten grondslag? Naar aanleiding van de resultaten van deze verkenning werpen wij vervolgens de

Kernpunten

- **Ouders die open staan voor alternatieve ideeën ten aanzien van ziekte en gezondheid ervaren vaccinatie als een dilemma.**
- **Hoewel deze ouders een balancerende houding aannemen, leiden alternatieve risicoafwegingen niet altijd tot een weigering van (alle) vaccinaties.**
- **De huidige vaccinatiegraad biedt onvoldoende houvast om te bepalen hoeveel Nederlandse ouders alternatieve risicoafwegingen ten aanzien van vaccinaties maken. Veranderingen in vaccinatiebereidheid kunnen zo onopgemerkt blijven.**
- **Het gebruikersperspectief moet worden meegewogen in de besluitvorming over het Rijksvaccinatieprogramma.**

discussievraag op of er aanwijzingen zijn dat deze opvattingen een breder draagvlak in de Nederlandse samenleving krijgen.

METHODE

Om de vraagstelling te beantwoorden is een kwalitatieve onderzoeksmethodologie gebruikt om betrokkenen in staat te stellen hun eigen verhaal te vertellen. Op deze manier kan de onderzoeker de aard van alternatieve opvattingen exploreren. Om de validiteit van het onderzoek te vergroten, is *triangulatie van methoden* toegepast: via verschillende onderzoeksmethoden zijn gegevens verzameld, waarbij

onderzocht is in hoeverre ze elkaar ondersteunen of tegenspreken.^{16,17}

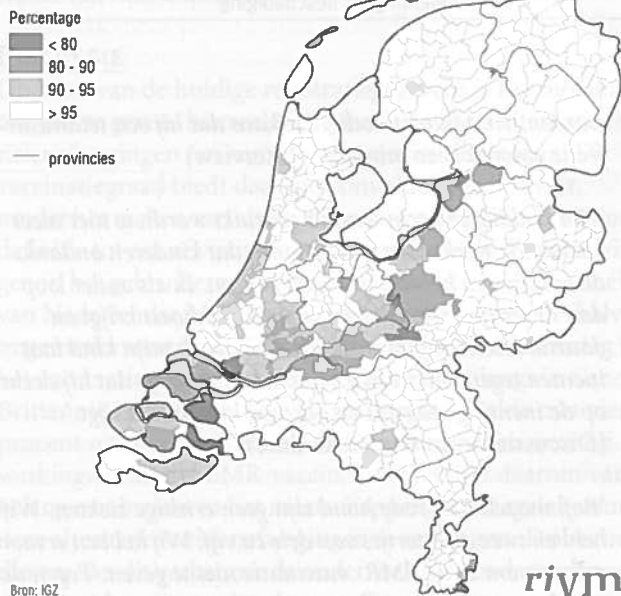
In de eerste plaats is een literatuurstudie op een tweetal kennisdomeinen uitgevoerd. Allereerst is daarbij gezocht naar sociaal-culturele studies over vaccinatietrouw in bevolkingsgroepen, op basis waarvan een theoretisch kader is geconstrueerd. Tevens zijn studies bestudeerd waarin alternatieve opvattingen over vaccinaties zijn onderzocht. Daarnaast is grijze literatuur verzameld over het alternatieve vaccinatiestandpunt. Hierbij dient te worden gedacht aan boeken of publicaties, waarin een alternatief standpunt ten aanzien van vaccinaties wordt bediscussieerd of wordt bepleit.

In de tweede plaats zijn zeven moeders en vier ouderparen geïnterviewd, die op grond van een alternatieve levensovertuiging hun kinderen vaccinaties onthouden hebben. De respondenten zijn via een antroposofische kinderartspraktijk benaderd en hebben vrijwillig hun medewerking aan het onderzoek verleend. De semi-gestructureerde interviews werden in het voorjaar van 1997 bij de respondenten thuis afgenomen en zijn op geluidsband opgenomen. Vervolgens werden de transcripts van deze interviews gecodeerd. Ter controle zijn de analyses teruggekoppeld naar de respondenten (*member checks*).^{16,18} Verder is een gemêleerde groep van inhoudsdeskundigen geraadpleegd. Deze groep omvatte zowel antroposofische artsen als deskundigen van het RVP. Hun expertise is gebruikt als toetssteen voor de meningen van de ouders.

Tot slot is een documentenanalyse van een discussieforum op Internet uitgevoerd. 'Ouders Online' (www.oudersonline.nl) is een homepage met een forum waar ouders kunnen discussiëren over thema's, die te maken hebben met het ouderschap. Het vaccinatievraag-

Hib vaccinaties 1-1-1999

per gemeente, cohort 1996, eerste revaccinatie zuigelingen



Figuur 1 Nationale Atlas Volksgezondheid: Hib vaccinaties per gemeente 1999, bron: <http://www.zorgatlas.nl>. De Nederlandse vaccinatiegraad is hoog en lijkt stabiel, maar toch is deze niet geschikt om veranderingen in de vaccinatiebereidheid te meten.

stuk is een onderwerp, dat sinds 14 mei 1997 met tussenpozen wordt bediscussieerd. Voor- en tegenstanders geven hun mening over vaccinaties, waarbij het gehele scala aan argumenten, overwegingen en ideeën aan bod komt. In de periode mei 1997 tot en met november 1998 zijn op het discussieforum 84 berichten verschenen, die met toestemming van 'Ouders Online' interpreterend zijn geanalyseerd.

RESULTATEN

Theoretisch perspectief van de risicoperceptie

Verzet tegen of weigering van vaccinaties binnen bevolkingsgroepen heeft verschillende oorzaken. Opvattingen over het vigerende gezondheidszorgsysteem, kennis van en geloof in de vaccinatietechnologie en ervaringen uit het verleden beïnvloeden allemaal op enigerlei wijze de houding van een populatie ten opzichte van vaccinaties. Een allesomvattend verklaringsmodel is daarom niet voorhanden.^{10,19}

Desondanks bestaan er verschillende theoretische perspectieven, waarmee bepaalde aspecten van verzet tegen of weigering van vaccinaties binnen bevolkingsgroepen kunnen worden bestudeerd. Afhankelijk van de onderzoeksvraag en de context en vaccinatiecultuur binnen een specifieke bevolkingsgroep dient een theoretisch perspectief te worden gekozen.²⁰

De experts van het RVP hanteren van oudsher een epidemiologisch perspectief om de vaccinatiebereidheid binnen bevolkingsgroepen te verklaren. Binnen dit perspectief vormt een hoge en stabiele vaccinatiegraad het uitgangspunt. Als een hoog percentage mensen binnen een populatie

is gevaccineerd, worden niet-gevaccineerde individuen beschermd doordat de circulatie van ziektekiemen wordt tegengegaan (*herd immunity*).²¹ Daarom is het noodzakelijk dat individuele burgers zelf het nut van vaccinatie inzien en op grond daarvan vaccinatie nastreven.²² Uit het feit dat er ouders bestaan die hun kinderen vaccinaties onthouden, blijkt dat dit niet altijd het geval is. Een epidemiologische verklaring hiervoor is dat deze individuen profiteren van het feit dat anderen wel gevaccineerd zijn. Aangezien de huidige risico's van infectieziekten in Nederland en andere Westerse landen klein zijn, kunnen individuen dit ongestraft doen. Daarom worden zij ook wel *free riders* genoemd. Kortom, op basis van een rationele afweging van risico's kunnen individuen tot de slotsom komen, dat vaccinatie voor hen een beperkt nut heeft.^{9,15,23}

Hoewel dit theoretische perspectief op macroniveau een verklaring geeft voor verzet of weigering van vaccinaties binnen bevolkingsgroepen, is het ongeschikt om de beweegredenen van de respondenten te exploreren. De redenering veronderstelt impliciet, dat individuen dergelijke rationele risicoafwegingen maken. Douglas²⁴ laat echter zien dat niet elk gezondheidsrisico op dezelfde manier door alle leden van een cultuur wordt geëvalueerd. Verschillende bevolkingsgroepen kunnen een compleet afwijkende houding ten opzichte van één en hetzelfde gezondheidsrisico innemen. Dit betekent dat de wijze waarop individuen gezondheidsrisico's selecteren, percipiëren en daarmee omgaan alleen in een bredere sociaal-culturele inbedding kan worden gezien. Met andere woorden, de individuele waardering van gezondheidsrisico's door de geïnterviewde ouders en het daaruit voortvloeiende vaccinatiegedrag staat niet op zichzelf, maar is nauw verweven met de sociaal-culturele context waarin deze mensen leven. Daarmee biedt het perspectief van de 'risicoperceptie' betere aanknopingspunten om de onderzoeksvraag te beantwoorden en is daarom in dit verkennende onderzoek als uitgangspunt genomen.

Conflicterende ideeën over gezondheid en ziekte

Als het gaat om kinderziekten en vaccinaties, blijkt dat biomedische, antroposofische en homeopathische ideeën over gezondheid en ziekte onderling verschillen. Vanuit de medische wetenschap wordt vaccineren als een zinvolle medische technologie gezien, omdat het potentieel gevaarlijke (kinder)ziekten voorkomt.²⁵ Ziekte wordt in dit perspectief negatief gewaardeerd en moet bestreden worden. De antroposofische zienswijze duidt het doormaken van kinderziekten juist als positief voor de ontwikkeling van een kind. Vanuit deze redenering is vaccinatie niet zinvol, omdat het de ontwikkeling van een kind belemmert.^{26,27} Volgens de homeopathie worden vaccinaties te veel, te vaak, te vroeg, te veel tegelijk en in te hoge doseringen gegeven, waardoor het menselijk immuunsysteem beschadigd wordt. Deze beschadigingen kunnen vervolgens tot (chronische) ziekten leiden.²⁸⁻³⁰ Het idee dat vaccinaties het immuunsysteem beschadigen is niet een zuiver homeopathisch standpunt. In andere alternatieve stromingen worden soortgelijke opvattingen teruggevonden.

	Infectieziekten	Vaccinatie
Positieve waardering	infectieziekte als vriend	inenting als bescherming
Negatieve waardering	infectieziekte als vijand	inenting als beschadiging

Figuur 2 *Conflicterende ideeën over infectieziekten en vaccinatie*

Een balancerende houding

Individuele risicopercepties van de respondenten over kinderziekten en vaccinaties zijn niet zuiver te herleiden tot één van deze ideeën over gezondheid en ziekte. Biomedische, antroposofische en homeopathische opvattingen worden door elkaar heen gebruikt en interfereren met elkaar. Dit wordt geïllustreerd in figuur 2.

Bij de ouders komen verschillende combinaties voor in het denken over en de waardering van infectieziekten op de kinderleeftijd en vaccinaties hiertegen. De respondenten kunnen hierdoor moeilijk als puur antroposofische, homeopathische of alternatieve weigeraars worden aangemerkt. Ze staan juist open voor meerdere opvattingen, waardoor voor hen geen enkel vaccinatiestandpunt vanzelfsprekend is. Ze vinden elk standpunt eenzijdig:

'Ik ben sinds maart 1999 op zoek naar het antwoord op het ent-dilemma. Het enige wat ik krijg is tegenstrijdige berichten. Alles is zwart-wit en nergens kan ik vinden, wat ik zoek, namelijk onbevooroordeelde informatie.'

(Discussieforum Ouders Online)

De respondenten ervaren vaccinatie als een dilemma en weten niet goed hoe ze daar mee om moeten gaan. Om hun onzekerheid te reduceren kiezen ze niet voor één absoluut vaccinatiestandpunt, maar zoeken ze een optimum waarin de gezondheid van het kind zo min mogelijk wordt blootgesteld aan de door hen gepercipieerde gevaren van kinderziekten én van vaccinaties.

'Rest mij niets anders dan de hele zaak op de spreekwoordelijke weegschaal te kieperen en misschien een gulden middenweg te vinden.' (Discussieforum Ouders Online)

Deze 'gulden middenweg' bereiken ze door te variëren in vaccinatiegraad en vaccinatieschema's. Vaccinaties worden soms geweigerd, soms uitgesteld en/of de herhalingsprikken worden achterwege gelaten. Daarnaast proberen respondenten de risico's van kinderziekten op andere manieren te verkleinen door gezondheidsbevorderende gedragsregels na te leven.

Per kinderziekte een risicoafweging

In de praktijk impliceert de balancerende houding dat de respondenten per kinderziekte een afzonderlijke risicoafweging gaan maken. Ze laten zich daarbij uitgebreid informeren door reguliere en alternatieve artsen, familie en vrienden. Daarnaast verdiepen ze zich in (wetenschappelijke) literatuur, raadplegen ze internet en volgen ze discussies in de media op de voet. Dit leidt tot ziektespecifieke afwegingen, waarbij een inschatting van de ernst van de ziekte centraal staat:

'De tetanusvaccinatie hebben ze op een gegeven moment gehad, toen ze gevallen waren. (...) Kijk, om het een baby toe te dienen die nog helemaal niet naar buiten gaat, terwijl hij nog zoveel kracht en energie nodig heeft om groter te

worden, vind ik niet nodig. De kans dat hij een tetanusinfectie oploopt is zo miniem.' (Interview)

'Het kinkhoestvaccin wat nu gebruikt wordt, is niet meer voldoende werkzaam wat inhoudt dat kinderen ondanks de inenting het toch kunnen krijgen. Ik als ouder loop dan liever het risico dat mijn kind kinkhoest krijgt en daarna levenslang immuun is dan dat ik mijn kind laat inenten tegen kinkhoest en dubbel risico loopt dat hij slecht op de inenting reageert en ook nog kinkhoest krijgt.'

(Discussieforum Ouders Online)

'Bof, mazelen en rode hond zijn geen ernstige ziekten. Wij hebben twee dochtertjes van drie en vijf. Wij hebben ervoor gekozen om ze de BMR- vaccinatie niet te geven. Tegen de tijd dat ze zwanger willen worden, kunnen ze zich altijd laten testen op rode hond antistoffen en dan eventueel alsnog een vaccinatie halen.'

(Discussieforum Ouders Online)

Onder de respondenten wordt het meest getwijfeld over de BMR, Hib-vaccinatie en de kinkhoestcomponent van de DKTP. Daarentegen wordt de poliovaccinatie vrijwel nooit geweigerd.

Het uiteindelijke besluit om al dan niet in te enten hangt af van de verantwoordelijkheid die ouders durven te nemen voor een keuze die niet overeenstemt met het gevestigde maatschappelijke vaccinatiestandpunt. Respondenten zeggen dat er moed voor nodig is om af te wijken van het RVP. Als ouder moet je bereid zijn de potentiële gevolgen van je beslissing te aanvaarden en te verantwoorden. Deze verantwoordelijkheid durven niet alle respondenten zomaar te nemen.

'Vervolgens kwam een aantal jaren geleden die polio op en toen voelde ik het heel anders. Toen was ik er niet zo zeker van. Toen ging het om de vraag of ik die verantwoordelijkheid aandurf om later tegen mijn kind te zeggen: jij hebt polio gehad omdat ik dacht dat ik het wel aan zou kunnen.'

(Interview)

Volgens de respondenten wordt er sociale druk op hen uitgeoefend om tot vaccinatie over te gaan. In het bijzonder wordt hierbij de rol van consultatiebureauartsen genoemd. Zij kunnen vaak weinig begrip opbrengen voor ouders die kritische vragen stellen:

'Het wordt zo snel een zwart-wit discussie als gevolg van de taboesfeer, waarin het onderwerp zich bevindt en door het schuldgevoel dat ouders aangeprept wordt als ze er zelfs maar kritische vragen over durven stellen.' (Discussieforum Ouders Online)

Het vaccinatievraagstuk wordt door het merendeel van de respondenten ervaren als een dilemma, waarvoor in hun ogen geen eenduidige oplossing is. Op grond van een individuele risico-inschatting van gezondheidsrisico's proberen

ze een optimale keuze te maken waarvoor ze verantwoordelijkheid durven te dragen. Hierdoor varieert de vaccinatie-status van hun kinderen.

DISCUSSIE

Op basis van de huidige registratiegegevens is het moeilijk om aan te geven, hoeveel Nederlandse ouders alternatieve risicoafwegingen ten aanzien van vaccinaties maken. De vaccinatiegraad biedt daarvoor onvoldoende houvast, omdat het maken van alternatieve risicoafwegingen niet per definitie tot een afwijzing van vaccinaties leidt. Verschuivingen in het gebruikersperspectief en de vaccinatiebereidheid van Nederlandse bevolkingsgroepen kunnen zich derhalve ongemerkt voor doen. Dat zou op termijn tot een omslag in het vaccinatiegedrag kunnen leiden, zoals onlangs in Groot-Brittannië is gebleken. De vaccinatiegraad daalde met vier procent nadat in de media berichten verschenen over bijwerkingen van het BMR-vaccin.^{31,32} Het lijkt daarom van belang om inzicht in het maatschappelijke draagvlak voor deze alternatieve risicoafwegingen te verkrijgen. De bevindingen van dit verkennende onderzoek bieden daarvoor een eerste aanknopingspunt.

Balancerende houding in maatschappelijk perspectief

De kern van alternatieve risicopercepties is de balancerende c.q. kritische houding, die de geïnterviewde ouders ten aanzien van vaccineren innemen. Volgens de theorie van Douglas is deze houding verweven met de sociaal-culturele context waarin deze mensen leven. Deze veronderstelling wordt ondersteund door andere onderzoeksresultaten.^{33,34} Ouders met alternatieve risicopercepties zijn niet alleen kritisch ten opzichte van vaccineren, maar hun gehele levensstijl is daarvan doordrongen. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in vegetarische eetgewoonten vanwege de crises in de landbouw, het consumeren van biologisch geteeld voedsel, het kopen van groene stroom en het bezoeken van alternatieve genezers. Deze gedragingen passen binnen de mondige, kritische, consumerende en bewuste levensstijl, die binnen steeds grotere bevolkingsgroepen populariteit geniet. Volgens het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) wordt deze kritische houding door maatschappelijke ontwikkelingen zoals de individualisering, secularisering, emancipatie en toegenomen opleidingsniveau bevorderd. Technologische ontwikkelingen zoals de informatietechnologie dragen er eveneens aan bij.³⁵

Ook in de gezondheidszorg is deze maatschappelijke trend waarneembaar. Stüssgen¹¹ laat zien dat artsen in toenemende mate het vertrouwen van de patiënt moeten verdienen, door te overtuigen, te overleggen en te informeren. De patiënt wil meebeslissen over zijn gezondheid en vertrouwt niet meer blindelings op het oordeel van de arts. Hoewel het vaccinatiegedrag van de geïnterviewde ouders past binnen een brede maatschappelijke ontwikkeling, is hiermee niet zonder meer bewezen dat er een verbredend draagvlak in de Nederlandse bevolking bestaat voor het maken van alternatieve risicopercepties over vaccinaties. Daarvoor dient eerst de vraag beantwoord te worden, welke factoren ouders prikkelen om ook de vanzelfsprekendheid

van vaccinaties ter discussie te stellen. Uit sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar de vaccinatiebereidheid van de Nederlandse bevolking blijkt, dat epidemieën en wetenschappelijke discussies over vaccinaties in de media aantoonbaar invloed hebben gehad op de vaccinatiegraad.³⁶ Daarom zijn de huidige epidemiologische en medische ontwikkelingen verkend.

Nieuwe epidemieën

Epidemieën hebben in het verleden het gebruikersperspectief over vaccinaties zichtbaar beïnvloed. De lokale pokkenepidemie in Rotterdam van 1929 had bijvoorbeeld een positieve invloed op de vaccinatiegraad.³⁷ Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn. Op dit moment laten epidemiologische cijfers zien dat kinkhoest een comeback heeft gemaakt, ondanks een hoge vaccinatiegraad.³⁸ In Nederland wordt er sinds 1996 een kinkhoestepidemie onder niet-gevaccineerden en gevaccineerden gesignaleerd. De incidentie op basis van aangiftecijfers is ruim vertienvoudigd in vergelijking met de incidentie van 2 tot 4 gevallen per 100.000 in de periode 1989-1994.³⁹ Een verklaring hiervoor is een evolutie van de kinkhoestbacterie, waardoor het vaccin niet meer aansluit bij de circulerende bacteriestammen.⁴⁰⁻⁴² Het is mogelijk dat deze kinkhoestepidemie het vertrouwen van de bevolking in vaccinaties schaadt.

Recent heerste er in Nederland eveneens een mazelenepidemie. Vanaf 15 april 1999 tot 4 februari 2000 zijn er 2961 gevallen van mazelen gemeld, die vrijwel alleen onder ongevaccineerde kinderen (98% van de gevallen) voorkomen. Inmiddels zijn drie kinderen overleden aan de gevolgen van mazelen. Daarnaast zijn er 68 met complicaties in het ziekenhuis opgenomen.^{43,44} Er zijn aanwijzingen dat dergelijke berichten in de media ouders van ongevaccineerde kinderen ertoe bewogen hebben om alsnog tot vaccinatie over te gaan. Cijfers hierover zijn ons niet bekend.

Medische ontwikkelingen

Ook binnen de medische wereld is het negatieve beeld over kinderziektes en hun risico's en het positieve beeld over vaccinaties in beweging. In wetenschappelijke tijdschriften vinden discussies plaats over het beschermende effect van natuurlijke infecties op jonge leeftijd (*hygiëne hypothese*). Sommigen verbinden hieraan de veronderstelling dat vaccins de ontwikkeling van het immuunsysteem kunnen verstoren. Hierdoor zou de kans op verschillende (chronische) ziekten zoals diabetes type I, astma, allergie en autisme toenemen. Deze hypothese wordt gevoed door de toegenomen incidentie en prevalentie van chronische ziekten onder jonge kinderen sinds de invoering van massale vaccinatieprogramma's.^{45,46}

Een voorbeeld van zo'n discussie vormt het debat rond een Fins cohortonderzoek, waarin het verband tussen Hib-vaccinatie en Diabetes Mellitus type I is onderzocht. De onderzoekers vonden geen statistisch significante verschillen en concluderen op grond daarvan dat de Hib-vaccinatie de kans op diabetes type I niet verhoogt.⁴⁷⁻⁴⁹ Critici plaatsen hier echter kanttekeningen bij. Kern van hun kritiek is dat de incidentie van DM type I toeneemt met 54 gevallen per

100.000 op 7-jarige leeftijd (58 gevallen op 10-jarige leeftijd). Deze toename overtreft de oorspronkelijke mortaliteit (7 per 100.000) en zware complicaties (7-26 per 100.000) van Hib- infecties.⁵⁰⁻⁵²

Een ander voorbeeld is de discussie over de bescherming van natuurlijke mazeleninfectie tegen allergieën. In een case-control onderzoek in Guinee-Bissau werden significante verschillen in het risico van allergieën tussen kinderen met een mazelenverleden (n=133) en gevaccineerde kinderen (n=129) gevonden. De kinderen die een mazeleninfectie hadden doorgemaakt, hadden 50% minder kans op verschillende vormen van allergie (Odds Ratio 0,36^{95% CL 0,17-0,78}, p=0,01).⁵³ Hoewel het onderzoeksdesign selectiebias niet uitsluit, wordt het samen met een studie van Bodner⁵⁴ beschouwd als een indicatie voor een verband.⁴⁵ Overigens zijn recent twee nieuwe studies verschenen die de hypothese zowel weerleggen als ondersteunen.^{55,56}

Nieuwe epidemieën en medische debatten kunnen tot verarring leiden bij ouders. De ene ontwikkeling benadrukt het belang van vaccinatie, terwijl de ander het juist lijkt te ondermijnen. Daarom zou in theorie de geschetste dynamiek twijfels over het RVP bij ouders, die een kritische levenshouding hanteren, kunnen aanwakkeren. Echter, twijfel en onzekerheid zijn kenmerkend voor de geïnterviewde ouders met alternatieve risicopercepties ten aanzien van vaccinaties, niet zozeer een radicale afwijzing. Momenteel leidt dit niet tot zichtbare dalingen in de vaccinatiegraad. Nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot het RVP kunnen de vaccinatiebereidheid in de bevolking onverwachts laten omslaan. Dit bleek onlangs in Ierland en Groot-Brittannië waar de vaccinatiegraad onder invloed van een verschuivend gebruikersperspectief is gedaald. In Ierland is een mazelenepidemie uitgebroken bij een vaccinatiegraad van minder dan 80%. De apathie en ongerustheid over bijwerkingen van ouders zouden daar verantwoordelijk voor zijn.⁵⁷ De daling in Groot-Brittannië werd in direct verband gebracht met een discussie in de media over bijwerkingen van het BMR-vaccin.^{31,32} Ook in Nederland wordt er van tijd tot tijd een publieke discussie over vaccineren gevoerd.^a

CONCLUSIE

In dit artikel zijn de resultaten van een explorerend onderzoek naar risicopercepties over het RVP van ouders met een alternatieve levensovertuiging beschreven. Hiervoor is een kwalitatieve methodologie gehanteerd. De gegevens uit de literatuurstudie, interviews met ouders en een documentanalyse van een discussieforum op internet vullen elkaar aan, waardoor de onderzoeksresultaten de meningen van de individuele respondenten overstijgen. De resultaten zijn echter niet volledig generaliseerbaar naar alle ouders die op grond van alternatieve opvattingen vaccinaties weigeren. Er is vertekening opgetreden doordat de geïnterviewden via één antroposofische kinderarts zijn benaderd en er geen zicht is op de specifieke achtergronden van de ouders die aan de forumdiscussies op het Internet deelnemen. Toch mag op grond van de uitgevoerde kwaliteitsprocedures ver-

ondersteld worden dat de onderzoeksresultaten de mening van de respondenten goed weerspiegelen. Vergelijkbare risicoafwegingen werden ook in twee buitenlandse onderzoeken gerapporteerd.^{33,34}

Uit het onderzoek blijkt dat het voor deze ouders niet vanzelfsprekend is om mee te doen aan het RVP. Zij staan open voor verscheidene, vaak tegenstrijdige ideeën over gezondheid en ziekte waardoor ze twijfelen aan het laten vaccineren van hun kind. Daarom wegen ze de gezondheidsrisico's per kinderziekte af, waarbij de gepercipieerde ernst van de ziekte en de mate waarin ouders denken dat hun kind gezondheidsrisico's loopt, doorslaggevend zijn. Hierdoor hebben de kinderen van de respondenten een op het risico perspectief van de ouders toegesneden vaccinatiepakket. Hoeveel Nederlandse ouders dit soort risicoafwegingen maken is onduidelijk, omdat de vaccinatiegraad daarvoor onvoldoende houvast biedt. Ouders kunnen alternatieve risicoafwegingen over vaccinaties maken, maar hun kinderen toch volledig vaccineren. Verschuivingen in het gebruikersperspectief van Nederlandse ouders ten aanzien van het RVP kunnen zich derhalve ongemerkt voordoen terwijl deze de *sociale vraag* naar vaccinaties op termijn negatief kunnen beïnvloeden.²² Daarom is de vraag relevant of het maatschappelijk draagvlak voor dit soort risicoafwegingen in de Nederlandse bevolking breder wordt.

Op grond van een aantal maatschappelijke trends is een toename van het aantal ouders dat een 'balancerende' houding aanneemt, te verwachten.¹¹ Hoewel dit niet direct hoeft te betekenen dat de vaccinatiegraad in de totale bevolking afneemt, zou het RVP op deze ontwikkelingen moeten anticiperen door het gebruikersperspectief nadrukkelijker te onderzoeken en waar mogelijk in de besluitvorming mee te wegen. Een dergelijke aanpak staat niet op zichzelf, maar sluit aan bij de bestaande opvattingen over de relatie tussen wetenschap en samenleving. De maatschappij vraagt om wetenschappelijke kennis, welke een gebruikersnut heeft en werkzaam is in de dagelijkse praktijk. Kennis dient daarom niet alleen betrouwbaar, maar ook *sociaal robuust* te zijn. Wetenschappelijke kennis en technologieën krijgen hun maatschappelijke inbedding door gebruikers te betrekken in het proces van kennisvergaring en technologieontwikkeling.⁵⁸ Wil men de huidige hoge vaccinatiebereidheid in Nederland handhaven, dan is vertrouwen van de bevolking in de veiligheid, effectiviteit en het individueel nut van alle vaccinaties in het RVP onontbeerlijk. Een kloof tussen wetenschappelijke inzichten en de leefwereld kan dit vertrouwen ondermijnen.¹³ Daarom lijkt het verstandig om het gebruikersperspectief bij de opzet en uitvoering van het RVP te betrekken. Ook artsen, betrokken bij de ouder- en kindzorg, zouden kennis kunnen nemen van de bezwaren van kritische ouders, bijvoorbeeld door discussieforums als 'Ouders Online' te lezen of eraan deel te nemen. Ook enige flexibiliteit in het vaccinatieschema en -programma lijkt vanuit gebruikersperspectief wenselijk. Tot slot is een duidelijker beleid ten aanzien van de bijwerkingen van vaccinaties gewenst. Deze worden door veel ouders herkend en ver-

oorzaken veel ongerustheid, terwijl deze door artsen en het RVP vaak worden gebagatelliseerd. In plaats van alternatieve opvattingen over vaccinaties en de risico's daarvan onbespreekbaar te laten, lijkt een open dialoog meer een strategie voor de toekomst.

DANKWOORD

Wij danken dr. J.F. Wendte en Prof.dr. N.S. Klazinga voor hun waardevolle commentaar op eerdere versies van dit artikel.

ABSTRACT

Vaccination as a dilemma: an explorative study on alternative risk perceptions of parents

The present Dutch National Vaccination Programme (RVP) can be described as very successful, as illustrated by the high and stable vaccination coverage (over 94%). However, this does not imply that vaccination schemes are unquestioned in the Netherlands. A qualitative research into risk perceptions of Dutch parents with alternative ideas about vaccinations, demonstrates that these parents do not participate automatically and uncritically in the RVP. They hold differing and conflicting views on health and illness, which leads to a dilemma regarding vaccination. For each disease, these parents use specific risk perceptions and consequently, the vaccination status of their children varies. Based on the responsibility they are prepared to take for their child's health, they create an individual immunisation package for diseases considered to be serious. At present, parents with 'alternative' risk perceptions constitute a small minority among Dutch parents and their behaviour does not affect vaccination coverage as a whole. Still, social acceptance of such alternative risk perceptions seems on the rise due to epidemiological, medical and social developments. To prevent alienation of these groups, policymakers need to anticipate the effects of such developments. In the design and implementation of the RVP, user perspectives of the Dutch population should be taken into account and health personnel should aim at an open dialogue with critical parents.

Keywords: vaccination, immunisation, complementary medicine, risk perception, compliance

NOOT

- a. Dit blijkt uit krantenberichten en TV-programma's: Barend & Witteman Uitzending van de VARA. Discussie over vaccineren met A. Osterhaus, H. Hofman, D. Röver en M. Ekstorf. 9 mei 2000; 2-Vandaag. 'Mazelen' 29 november 1999. Zie ook: Vink A. Honderd dagen hoest: veranderende bacterie ondermijnt werking kinkhoestvaccin. NRC Handelsblad 2000 Jan 15;45 en Mat J. Hiep hoi, hij krijgt de mazelen. NRC Handelsblad 1999 Dec 23;Pagina 3 Achtergrond Binnenland.

LITERATUUR

1. RIVM. Infectieziekten in Nederland. Epidemiologie, diagnostiek en bestrijding. Den Haag: Sdu-uitgevers, 1997.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vaccinatietoestand Nederland per 1 januari 1999. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000.
3. Burgmeijer RfJ, Bolscher DJA. Vaccinatie bij kinderen: uitvoering en achtergrond van het Rijksvaccinatieprogramma en andere vaccinaties bij kinderen. 2e druk. Assen: Van Gorcum, 1995.
4. Van Staa AL. Social and cultural aspects of immunization in the Netherlands. Unpublished paper for the Research Design Workshop on Social Science and Immunization. 1994.
5. L.W. Verslag van de RIVM-lezing: De toekomst van het Nederlandse vaccinatieprogramma. Infectieziekten Bulletin 2000; 11(6):99-100.
6. Gezondheidsraad. Wijziging Rijksvaccinatieprogramma: vervroeging vaccinatie. (publicatienummer 1999/09) Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.
7. Wijngaarden JK van. Vervroeging Rijksvaccinatieprogramma per 1-1-1999. Infectieziekten Bulletin 1998; 9(12):316-317.
8. Ankum S. Vaccinatie al op 2 maanden. Een juist besluit? www.nvkv.nl 1998.
9. Salmon DA, Haber M, Gangarosa EJ et al. Health consequences of religious and philosophical exemptions from immunization laws: individual and societal risk of measles. JAMA 1999; 282:47-53.
10. Streefland PH. Vaccinatie van kinderen. Immunisatie niet voor iedereen vanzelfsprekend. Med Contact 2000; 55:1054-7.
11. Stüssgen RAJ. De balancerende patiënt: tussen volgzzaamheid en autonomie. Gezondheid 1995; 3(1):79-92.
12. Wal MF van der, Diepenmaat ACM, Pauw-Plomp H, Weert-Waltman ML van. Hoge vaccinatiegraad van Amsterdamse kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145:131-5.
13. Verweij M. Ethische uitgangspunten voor het collectieve vaccinatieprogramma. Infectieziekten Bulletin 2000; 11(12).
14. Kersten GFA, Dijkman MI, Kramers PGN et al. Naar een vaccinatieprogramma voor Nederland in de 21ste eeuw. Infectieziekten Bulletin 2000; 11(12).
15. Gangarosa EJ, Galazka AM, Wolfe CR et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. Lancet 1998; 351(9099):356-61.
16. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000; 320(7226):50-2.
17. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 2000; 284(3):357-62.
18. Devers KJ. How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. Health Serv Res 1999; 34(5 Pt 2):1153-88.
19. Streefland PH. Public doubts about vaccination safety and resistance against vaccination. Health Policy 2001; 55(3):159-72.
20. Streefland P, Chowdhury AM, Ramos-Jimenez P. Patterns of vaccination acceptance. Soc Sci Med 1999; 49:1705-16.
21. Berger A. How does herd immunity work? BMJ 1999; 319(7223):1466-7.
22. Nichter M. Vaccinations in the Third World: a consideration of community demand. Soc Sci Med 1995; 41:617-32.
23. Anonymous. Going with the herd. when it comes to public health, how far should governments compel people to do what is good for others? The Economist 11-4-1998, p. 11.

24. Douglas M. Risk and Blame: Essays in Cultural Theory. London: Routledge, 1992.
25. Bedford H, Elliman D. Concerns about immunisation. *BMJ* 2000; 320(7229):240-3.
26. Goebel W, Glöcker M. Kindersprekkuur: gezondheid, ziekte, opvoeding. Zeist: Christofoor, 1988.
27. Schoorel EP, Stel A van der. Dokter wat ik nog vragen wou. Zeist: Christofoor, 1991.
28. Simpson N, Lenton S, Randall R. Parental refusal to have children immunised: extent and reasons. *BMJ* 1995; 310(6974):227.
29. Kiauw de Munck-Khoe L, Sissingh-Blok L. Het post-vaccinaal syndroom. Een gemiste diagnose? *Nieuwsbrief Stichting Science & Nutrition* 1997;(61):1-12.
30. Chaitov L. Vaccinatie en immunisatie: Gevaren, misvattingen en alternatieven. Deventer: Ankh-Hermes, 1987.
31. Anderson P. Another media scare about MMR vaccine hits Britain. *BMJ* 1999; 318(7198):1578.
32. Anonymous. MMR vaccine coverage falls in the United Kingdom. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 1999; 9(5):37.
33. New SJ, Senior ML. "I don't believe in needles": qualitative aspects of a study into the uptake of infant immunisation in two English health authorities. *Soc Sci Med* 1991; 33(4):509-18.
34. Rogers A, Pilgrim D. The risk of resistance: perspectives on the mass childhood immunisation programme. In: Gabe J, editor. *Medicine, health and risk: sociological approaches*. Oxford: Blackwell Publishers, 1995:73-90.
35. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Het sociaal en cultureel rapport 1998. 25 jaar sociale verandering. Rijswijk / Den Haag: SCP / Elsevier bedrijfsinformatie, 1998.
36. Egers EM, Streefland PH. De ontwikkeling van de vaccinatiepraktijk in Nederland. *Tijdschr Gezondheidswet* 1997; 75:28-36.
37. Rigger RBM. Met Raad en Daad; De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985. Rotterdam: Erasmus Publishers, 1992.
38. Sheldon T. Dutch whooping cough epidemic puzzles scientists. *BMJ* 1998; 316(7125):92.
39. Fije C, et al. Transmissie van kinkhoest in kinderdagverblijven lijkt gering. *Infectieziekten Bulletin* 2000; 11(2):21-24.
40. Health Council of the Netherlands. Pertussis: a critical appraisal (2). (publication no. 2000/14) The Hague: Health Council of the Netherlands, 2000.
41. Health Council of the Netherlands. Pertussis: a critical appraisal. (publication no. 1997/16) Rijswijk: Health Council of the Netherlands, 1997.
42. Neppelenbroek SE, Conyn-van Spaendonck MA, Melker HE de, et al. Kinkhoest surveillance: stand van zaken. *Infectieziekten Bulletin* 1999; 10(3).
43. Steenbergen JE van, Van den Hof S, Langendam MW, et al. From the Centers for Disease Control and Prevention. Measles outbreak—Netherlands, April 1999–January 2000. *JAMA* 2000; 283(18):2385-6.
44. Sheldon T. Netherlands faces measles epidemic. *BMJ* 2000; 320(7227):76.
45. Gern JE, Weiss ST. Protection against atopic diseases by measles—a rash conclusion? *JAMA* 2000; 283:394-5.
46. Fried RG. Health consequences of exemptions from immunization laws. *JAMA* 2000; 283:1140-2.
47. Karvonen M, Cepaitis Z, Tuomilehto J. Association between type 1 diabetes and Haemophilus influenzae type b vaccination: birth cohort study. *BMJ* 1999; 318(7192):1169-72.
48. Elliman D. Vaccination and type 1 diabetes mellitus. *BMJ* 1999; 318(7192):1159-60.
49. Jefferson TO, Rabinovich R, Tuomilehto J. Vaccines and their real or perceived adverse effects. Authors' conclusions are at odds with investigators'. *BMJ* 1999; 318(7196):1487-8.
50. Classen JB, Classen DC. Public should be told that vaccines may have long term adverse effects. *BMJ* 1999; 318(7177):193.
51. Classen JB, Classen DC. Association between type 1 diabetes and Hib vaccine. Causal relation is likely. *BMJ* 1999; 319(7217):1133.
52. White H. Association between type 1 diabetes and Hib vaccine. More research is still needed. *BMJ* 1999; 319(7217):1133.
53. Shaheen SO, Aaby P, Hall AJ, et al. Measles and atopy in Guinea-Bissau. *Lancet* 1996; 347(9018):1792-6.
54. Bodner C, Godden D, Seaton A. Family size, childhood infections and atopic diseases. The Aberdeen WHEASE Group. *Thorax* 1998; 53(1):28-32.
55. Paunio M, Heinonen OP, Virtanen M, et al. Measles history and atopic diseases: a population-based cross-sectional study. *JAMA* 2000; 283(3):343-6.
56. Alm JS, Swartz J, Lilja G, Scheynius A, Pershagen G. Atopy in children of families with an anthroposophic lifestyle. *Lancet* 1999; 353(9163):1485-8.
57. Payne D. Ireland's measles outbreak kills two. *BMJ* 2000; 321(7255):197B.
58. Gibbons M. Science's new social contract with society. *Nature* 1999; 402:c81-c84.

CORRESPONDENTIEADRES

**Drs. T. Plochg, Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC,
Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam. Tel: 020-5668719.
Fax: 020-6972316. E-mail: T.Plochg@amc.uva.nl**

Voor publicatie aanvaard in november 2001.