

VAX INFO MAGAZINE



6

INHOUD Vax Info nr 75 - september 2016

- 1 - Vaccinatiebeleid : ethische aspecten van een verplichte vaccinatie
- 2 - Seizoensgriep 2016 - 2017 : advies van de Hoge Gezondheidsraad
- 3 - Poliomyelitis : eliminatie in zicht ?
- 4 - De site van het 'Valentijn symposium'
- 5 - Vaccine hesitancy : hoe adequaat reageren ?

1 - VACCINATIEBELEID

Ethische aspecten van een verplichte vaccinatie

Ter gelegenheid van de Algemene Vergadering van de Hoge Gezondheidsraad op 18 mei 2016 presenteerde het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek een nieuw advies over de ethische aspecten van een verplichte vaccinatie.

Het Raadgevend Comité werd opgericht in 1996 en bestaat uit 35 effectieve leden met stemrecht en 8 leden met raadgevende stem. Men let bij de samenstelling op de evenwichtige vertegenwoordiging van de verschillende ideologische en filosofische stromingen. Verder waakt men over een evenwichtig aantal mannen en vrouwen en een gelijk aantal Nederlands- en Franstaligen. Ten slotte is er een evenwicht tussen de leden uit wetenschappelijke en medische kringen enerzijds, en filosofische, juridische en menswetenschappelijke richtingen anderzijds.

Het Comité werkt onafhankelijk van de overheden die het hebben opgericht. Tot nu toe heeft het Comité 65 adviezen uitgebracht. Elk advies geeft de verschillende uiteengezette standpunten weer : er wordt niet gestemd en er is ook geen consensus nodig. [Site \[http://www.health.belgium.be/nl/belgisch-raadgevend-comite-voor-bio-ethiek\]](http://www.health.belgium.be/nl/belgisch-raadgevend-comite-voor-bio-ethiek).

Met dit advies antwoordt het Comité op een aantal vragen van de Hoge Gezondheidsraad van 12 maart 2012 i.v.m. de problematiek van (verplichte) vaccinatie :

- Is het ethisch aanvaardbaar dat de overheid bepaalde vaccinaties verplicht ? Zo neen, waarom niet en in welke gevallen ? Zo ja, waarom wel en in welke gevallen ?
- Is het ethisch aanvaardbaar dat de overheid de toegang tot crèches weigert aan kinderen die niet gevaccineerd zijn ? Zo neen, waarom niet en in welke gevallen ? Zo ja, waarom wel en in welke gevallen ?
- Is het ethisch aanvaardbaar dat een persoon weigert zich te laten vaccineren ? Zo neen, waarom niet en in welke gevallen ? Zo ja, waarom wel en in welke gevallen ?
- Is het ethisch aanvaardbaar dat een ouder weigert zijn/haar kind te laten vaccineren ? Zo neen, waarom niet en in welke gevallen ? Zo ja, waarom wel en in welke gevallen ?

Strijd tegen infectieziekten

In haar advies herinnert het Comité aan de acties die ertoe geleid hebben dat de sterftegraad ingevolge infectieziekten in de loop van de twintigste eeuw sterk is teruggedrongen.

Deze acties :

- waren gericht op de omgeving (bv. sanering, huisvesting, bevoorrading met drinkbaar water, afvalverwijdering)
- hebben de mens minder kwetsbaar gemaakt (betere voeding, arbeidsvoorwaarden, toegang tot de zorg)

- hebben de ziekteverwekkers kunnen neutraliseren door middel van preventieve maatregelen zoals vaccinaties en curatieve zoals antimicrobiële en antivirale behandelingen. Het inenten tegen een bepaalde ziekte houdt in dat men een persoon die er nog niet door getroffen is, een stof of afgeleide stoffen van de verwekker van die ziekte onder een inactieve of verzwakte vorm toedient. Hierdoor wordt een afweerreactie van het lichaam uitgelokt (ook immuunrespons genoemd). De bedoeling is om het afweermechanisme te stimuleren en een immunologisch geheugen t.o.v. de ziekteverwekker te induceren zodat de persoon beschermd is wanneer hij/zij achteraf aan de ziekteverwekker blootgesteld wordt. De vaccinatie zal aldus voorkomen dat die persoon ziek wordt wanneer hij/zij in contact komt met de ziekteverwekker. Het Comité stipt aan dat er vaccins bestaan om infectieziekten te voorkomen die te wijten zijn aan bacteriën of aan virussen. Het onderscheid is niet zonder belang want terwijl de meeste ziekten te wijten aan bacteriën met antibiotica verholpen kunnen worden, staan klassieke antibiotica machteloos tegenover virussen. Vandaag beschikt de geneeskunde weliswaar over een aantal antivirale middelen, maar er bestaat geen specifieke curatieve behandeling voor ziekten zoals poliomyelitis of mazelen, terwijl die ziekten ernstige complicaties kunnen teweegbrengen en zware gevolgen kunnen hebben.

Bovendien kunnen zowel antibacteriële als antivirale middelen ondoeltreffend worden vanwege de resistentie die deze micro-organismen ontwikkelen en vanwege de korte incubatietijd van bepaalde bacteriële infecties. Bovendien hebben ze risico's op toxische nevenverschijnselen en kunnen ze pas gegeven kunnen worden als de ziekte reeds aanwezig is. Vaccinaties zijn dus zo belangrijk omdat ze een efficiënt preventief middel tegen een aantal ziekten kunnen vormen.

Vaccinatiestrategieën zijn gericht op het verwezenlijken van drie afzonderlijke doelstellingen :

- de vaccinatie van zoveel mogelijk individuen om de bescherming van elk individu tegen de ziekte te garanderen ; het standaardvoorbeeld is de vaccinatiekalender die van toepassing is op jonge kinderen
- de selectieve vaccinatie die dient om mensen die aan bijzondere risico's blootgesteld zijn of kwetsbare personen te beschermen
- de vaccinatie van bijna iedereen draagt bij tot de bescherming van iedereen, ook van de enkelingen die niet worden gevaccineerd, want zo'n grootschalig immuniteitskapitaal (de zgn. groepsimmunitet) werpt een barrière op die de ziekteverwekker verhindert om zich te verspreiden.

De immunisatie van een bevolking is als het ware een "gemeengoed" dat :

- de bescherming van kwetsbare individuen verzekert, zij die niet gevaccineerd konden worden en zij die niet voldoende weerstand konden opbouwen (zeer jonge kinderen, bejaarden, zieken, mensen voor wie contra-indicaties bestaan om gevaccineerd te worden...);
- bijdraagt tot de vermindering van de maatschappelijke ongelijkheid : de circulatie van de ziekteverwekker wordt zodanig afgeremd dat de kans op besmetting voor een gevoelig individu dat geen toegang tot het vaccin had uiterst gering is ;
- toelaat grotere uitgaven te vermijden die zouden moeten gebeuren in geval van het uitbreken van een epidemie.

Volgens het Comité wordt het succes van het vaccinatiebeleid in ons land bevestigd door de goede vaccinatiegraad, een grote acceptatie door de bevolking en het feit dat de impact van veel infectieziekten uit het collectieve geheugen verdwenen is.

Vaccinatiebeleid

Het fundamenteel doel van een vaccinatieprogramma moet erin bestaan om de voordelen van vaccins te maximaliseren bij het voorkomen van morbiditeit en mortaliteit in alle bevolkingsgroepen, en tegelijkertijd de potentiële risico's van de vaccins te evalueren in functie van de positieve en negatieve effecten.

Wanneer de vaccinatie kadert in een volksgezondheidsbeleid dat de bescherming van de volledige bevolking of van sommige bijzonder kwetsbare groepen of groepen blootgesteld aan bepaalde ernstige ziekten beoogt, is het belangrijk dat via een aangepaste informatie gestreefd wordt naar de grootst mogelijke sensibilisering van die bevolking, aangezien het bereiken van het doel afhangt van een maximale vaccinatiedekking.

Het maatschappelijk nut van de vaccinatie is afhankelijk van de aard van de infectieziekte waarvan de voorkoming of het tegengaan van de verdere verspreiding wordt beoogd, van de beoogde doelgroepen, van de efficiëntie van het voorhanden zijnde vaccin evenals van het potentiële risico dat er mee verbonden is. Verder moet in aanmerking worden genomen of de vaccinatie een rechtstreeks preventief effect heeft voor de ingeënte persoon zelf, of voor deze persoon en zijn omgeving (bv. griepvaccinatie voor personen werkzaam in de gezondheidszorg) of meer algemeen met als doel de populatie-immuniteit (herd immunity), dus de immuniteit voor een

bepaalde infectieziekte binnen de gehele populatie van bijvoorbeeld een land.

De aanvaardbaarheid van een interventie hangt af van de perceptie van het nut ervan, het begrip van de gegrondheid ervan en de individuele bereidheid om eraan deel te nemen. Maar individuele acceptatie is niet voldoende : de bereidheid moet ook steunen op aandacht voor de ander en op de gemeenschappelijke belangen van de maatschappij waarin we leven, kortom op solidariteit.

Het ingrijpen in de volksgezondheid door middel van vaccinaties is volgens het Comité gerechtvaardigd als het :

- passend is, d.w.z. wetenschappelijk gegrond,
- realiseerbaar is wat organisatie en middelen betreft,
- aanvaardbaar is : de aanvaardbaarheid van een interventie hangt af van de perceptie van het nut ervan, het begrip van de gegrondheid ervan en de individuele bereidheid om eraan deel te nemen. Maar individuele acceptatie is niet voldoende : de bereidheid moet ook steunen op aandacht voor de ander en op de gemeenschappelijke belangen van de maatschappij waarin we leven, kortom op solidariteit.

« Elk gezondheidsbeleid moet niet alleen steunen op gefundeerde wetenschappelijke grondslagen, wars van elke commerciële druk, maar tevens garanderen dat de volledige bevolking bereikt wordt, ongeacht onderwijsniveau of sociaal-economische status. Dat impliceert acties die afgestemd zijn op de noden van de moeilijkst te bereiken bevolkingsgroepen ».

Context van de adviesvraag van de HGR

In België wordt het vaccinatiebeleid uitgewerkt door de Hoge Gezondheidsraad (HGR) die door Volksgezondheid belast werd met het verstrekken van aanbevelingen en adviezen over het gepaste vaccinatieschema en de gepaste vaccinatiekalender voor onze bevolking. De HGR stelt de aanbevolen vaccinatiekalender op.

Zo publiceert de Raad aanbevelingen over in totaal 16 ziekten. Alleen vaccinatie tegen poliomyelitis is in ons land verplicht, behoudens medische contra-indicatie.

De adviesvraag van de Hoge Gezondheidsraad moet gezien worden tegen de achtergrond van een aantal wetenschappelijke, sociaal-politieke en juridische overwegingen.

• **Op wetenschappelijk vlak**

- Opstoten van bepaalde infecties, die mede worden veroorzaakt door de grote mobiliteit van personen en goederen en door de weerstand tegen vaccinatie ;
- mutaties en resistentie (vooral tegen antibiotica) van bepaalde ziekteverwekkers ;
- de moeilijkheid om bepaalde doelstellingen te halen, bijvoorbeeld de eradicatie van polio ;
- de moeilijkheid om bepaalde ongefundeerde geruchten met betrekking tot vaccinaties te weerleggen ;
- de paternalistische houding van sommige medici of beleidsmensen die verwachten dat burgers hun beslissingen zonder tegenspraak aanvaarden ;
- de sceptische houding van sommige beoefenaars van de gezondheidszorg ten aanzien van het stijgend aantal vaccins en de verschillende wijzen waarop ze worden aangeboden.

• **Sociaal-politieke overwegingen**

- twijfels over de legitimiteit van het vaccinatiebeleid ;
- twijfels over de onafhankelijkheid van de instanties die adviseren of beslissen over het vaccinatiebeleid ten aanzien van de farmaceutische industrie ;
- twijfels over het nut, de doeltreffendheid of de veiligheid van vaccins of van bepaalde bestanddelen (bv. adjuvantia) ;

- de wens om de individuele vrijheid ten allen prijze te vrijwaren ;
 - de weigering van vaccinatie om religieuze of filosofische redenen.
- **Juridische overwegingen**
 - Het Comité gaat uitgebreid in op de juridische aspecten van een eventuele verplichte vaccinatie en van het recht van ouders om in de plaats van hun kinderen te beslissen. Verplichte maatregelen dienen een wettelijke basis te hebben en kunnen niet worden overgelaten aan de uitvoerende macht. Zij moeten ook periodiek worden geëvalueerd aan de hand van de laatste wetenschappelijke epidemiologische gegevens, zodat zij correct blijven bijdragen tot de volksgezondheid. Wanneer het gaat om een verplichte of door de overheid aanbevolen maatregel verdient het aanbeveling dat de wetgever de vergoeding van schadelijke neveneffecten beter zou regelen. Wanneer de gemeenschap meent zich te moeten beschermen door middel van een vaccinatie is het vanuit rechtvaardigheids- en solidariteitsoverwegingen maar logisch dat zij ook de vergoeding op zich neemt wanneer één van haar leden schade lijdt ingevolge een ongewenst neveneffect.

Ethische beschouwingen

Bij de vraag naar een mogelijk verplichtend karakter van bepaalde vaccinaties in welbepaalde omstandigheden, moet volgens het Comité onder meer bekeken worden :-

- in welke mate het zelfbeschikkingsrecht van het individu en zijn/haar recht op fysieke integriteit moet wijken voor een verondersteld collectief belang ;
- hierbij mag de problematiek van minderjarigen, in het bijzonder van jonge kinderen, niet uit het oog worden verloren. Voor hen nemen hun ouders in principe de beslissingen inzake het toedienen van vaccinaties ;
- in geval van een door de overheid ondersteund vaccinatieprogramma is het essentieel dat zij borg staat voor een eerlijke en duidelijke informatie, waarbij voorlichting wordt gegeven over het nut van een bepaalde vaccinatie en de mogelijke negatieve consequenties ervan. Wanneer de overheid een vaccinatie verplicht of sterk aanbeveelt, zou zij ook moeten instaan voor de vergoeding van schade ingevolge eventuele nevenwerkingen.

In het domein van de volksgezondheid en de preventieve geneeskunde zijn er verschillende graden van directiviteit mogelijk die de keuzevrijheid van het individu in meerdere of in mindere mate beperken.

In dat verband kan worden verwezen naar de interventieladder van de **Nuffield Council on Bioethics**.

- Vaccinatie verplicht : de regelgeving maakt keuze compleet onmogelijk. De ervaring wijst evenwel uit dat verplichte vaccinatieprogramma's niet altijd effectiever zijn dan vrijwillige : zo stelt men vast dat sommige van de hoogste dekkingsgraden in Europa worden bereikt door vrijwillige vaccinatieprogramma's. Een wettelijke verplichting kan bij een deel van de bevolking ook leiden tot wantrouwen of een vijandige houding tegenover de overheid. Toch kan in bijzondere omstandigheden een verplichting ethisch verantwoord zijn, indien dit de enige mogelijkheid blijkt te zijn om het algemeen belang of het belang van kwetsbare personen te vrijwaren. Zo kan verplichte vaccinatie van gezondheidswerkers tegen ernstige ziekten beargumenteerd worden vanuit J. S. Mills schadebeginsel en de bescherming van de gemeenschap, aangezien zij anders hun patiënten dreigen te besmetten. Een belangrijke overweging hierbij is ook het belang van hun rol in de aanpak van een eventuele epidemie.
- Beperk de keuze : de regelgeving beperkt de keuzemogelijkheden van mensen.
- Stuur de keuze door negatieve prikkel : financiële drempels of andere negatieve prikkels ontraden mensen bepaalde keuzes te maken. Het niet toelaten van niet-gevaccineerde kinderen in een bepaalde kribbe of een bepaalde school, kan beschouwd worden als een negatieve incentive. De keuze om zijn kind niet te vaccineren heeft dan belangrijke praktische consequenties.
- Stuur de keuze door positieve prikkel : financiële of andere positieve prikkels moedigen mensen aan bepaalde keuzes te maken, bijvoorbeeld het gratis ter beschikking stellen van vaccins.

- Stuur de keuze door wijziging van de standaard (defaultoptie) : maak van de betere/gezondere keuze de defaultoptie. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer een vaccin als het ware automatisch wordt toegediend (alleen niet bij actieve weigering).
- Maak de keuze mogelijk : help mensen hun gedrag te veranderen ;
- Geef informatie : informeer mensen en voed ze op ;
- Doe niets of monitor de bestaande situatie.

De keuzemogelijkheden voor vaccinatie waarin de interventieladder van de Nuffield Council on Bio-ethicus voorziet, variëren tussen de verplichte vaccinatie, over de optionele vaccinatie met incentives, en het volledig vrijlaten van de betrokkenen om zich al dan niet te laten vaccineren, zonder deze keuze trachten te beïnvloeden.

In het advies bespreekt het Comité diverse argumenten.

Voorstanders van volledig vrijwillige vaccinatie hechten meestal groot belang aan individuele autonomie en geïnformeerde toestemming (men mag individuen niet dwingen een risico te lopen, hoe gering ook). Men mag echter niet uit het oog verliezen dat individuele beslissingen over het zich al dan niet laten vaccineren in volksgezondheidscontext ook gevolgen hebben voor de hele bevolking. Infectieziekten hebben een belangrijke impact op de morbiditeit en de mortaliteit in de wereld. Naast andere elementen is de vaccinatie een belangrijk hulpmiddel bij de voorkoming van deze infectieziekten.

De westerse democratieën hechten belang aan het respecteren van de fysieke integriteit van de persoon. Dit wordt verwoord in de informed consent-voorwaarde. Het hiervoor vermelde principe is evenwel niet absoluut. In welbepaalde gevallen kan het noodzakelijk zijn om een inenting verplichtend te maken om een dreigend risico op een ernstige ziekte te voorkomen.

Meer directieve vaccinatieprogramma's die verder gaan dan informeren en aanmoedigen kunnen ethisch verantwoord zijn op basis van het verminderen van het risico of de schade voor anderen of van het beschermen van de gezondheid van kinderen of andere kwetsbare personen.

Hierbij zal steeds een geval per geval-aanpak nodig zijn, waarbij de volgende factoren in rekening moeten worden genomen : de afweging van het risico verbonden aan de vaccinatie in vergelijking met het risico verbonden aan het doormaken van de ziekte zelf ; de ernst van het gevaar van de ziekte voor de bevolking.

Het Nuffield Councilrapport identificeert alvast twee gevallen waarin verplichte vaccinatie kan aangewezen zijn : voor ernstige, zeer besmettelijke ziekten, bv. pokken ; bij ernstige ziekten die op het punt staan uitgeroeid te worden (bv. polio).

Een moeilijker kwestie vormen ziekten, waartegen de vaccinatie idealiter de hele bevolking zou moeten bestrijken om groepsimmuniteit te bereiken, maar waarbij de ziekte geen significante dreiging uitmaakt voor een deel van de gevaccineerden, die dan ook geen substantieel voordeel hebben bij de vaccinatie. Voorbeelden hier zijn de vaccinatie van jongens tegen rubella of het humaan papillomavirus (HPV) en van meisjes tegen de bof. Wanneer in deze gevallen iedereen louter zou uitgaan van zijn of haar eigenbelang, zou de preventie weinig of geen kans van slagen hebben.

Het Nuffield Councilrapport besluit dat het ethisch gerechtvaardigd is individuen aan te moedigen deel te nemen aan vaccinatieprogramma's wanneer er geen of slechts een gering persoonlijk voordeel aan verbonden is, maar een significant voordeel voor anderen.

Het rapport vraagt ten slotte **speciale aandacht voor kinderen**, die immers geen geïnformeerde toestemming kunnen geven. Slechts een klein aantal kinderen mag om medische redenen geen vaccinatie krijgen. Voor alle andere kinderen zullen de ouders in hun plaats beslissen of ze al dan niet gevaccineerd worden. Men mag ervan uitgaan dat zij zich bij hun beslissing zullen laten leiden door de belangen van het kind (best interest considerations). Wanneer zij dit niet doen, mag de overheid in uitzonderlijke gevallen ingrijpen om de gezondheid van de kinderen te verzekeren.

Besluiten en aanbevelingen

Vraag 1 : Is het ethisch aanvaardbaar dat de overheid bepaalde vaccinaties verplicht ?

Het op peil houden van de vaccinatiegraad van de bevolking ten gunste van de volksgezondheid, is een kerntaak van de overheid. De overheid beschikt over verschillende middelen om deze opdracht te vervullen. In de eerste plaats is ze verantwoordelijk voor een goede organisatie van het vaccinatiebeleid (bereikbaarheid, betaalbaarheid, registratie,...). Ook kan de overheid initiatieven nemen of ondersteunen die de bevolking aanzetten om zich te laten vaccineren. De vaccinatiecijfers in ons land tonen aan dat deze strategie zeer goede resultaten worden bekomen (althans bij kinderen), en dat een uitbreiding van de wettelijke verplichting daarom niet noodzakelijk en niet opportuun is. De vaccinatiegraad is niet veel lager voor een aantal sterk aanbevolen vaccinaties dan voor de wettelijk verplichte poliovaccinatie.

De leden van het Raadgevend Comité zijn echter van oordeel dat de overheid wel degelijk een verplichting tot vaccinatie zou

kunnen opleggen indien hiervoor ernstige redenen zouden zijn. Deze zouden kunnen zijn : een achteruitgang van de dekkingsgraad door vrijwillige vaccinatie in bepaalde subgroepen van de bevolking, of reële aanduidingen voor een ernstige epidemie.

Wanneer de overheid het initiatief neemt om een vaccinatie sterk aan te bevelen of zelfs te verplichten, dan moet ze wel voorzien in een correcte schadeloosstelling voor de zeer zeldzame situaties waarin deze vaccinatie leidt tot ernstige ongewenste effecten.

Vraag 2 : Is het ethisch aanvaardbaar dat de overheid de toegang tot crèches weigert aan kinderen die niet gevaccineerd zijn ?

De leden van het Raadgevend Comité menen dat het motiveren en stimuleren om zich te laten vaccineren de voorkeur moet krijgen boven de sanctie van weigering van toegang tot de crèche.

Wanneer er zich echter een probleem van volksgezondheid dreigt te stellen, bv. ingevolge een te lage dekkingsgraad tegen een ernstige ziekte waartegen een effectieve bescherming door vaccinatie mogelijk is, is het volgens de leden van het Raadgevend Comité ethisch aanvaardbaar dat de overheid deze vaccinatie oplegt als voorwaarde om toegang te krijgen tot crèches, aangezien het genieten van de voordelen van de vaccinatie (veilige kinderopvang) afhankelijk kan gemaakt worden van de bereidheid actief te participeren aan de instandhouding van dit systeem.

Vraag 3 : Is het ethisch aanvaardbaar dat een persoon weigert zich te laten vaccineren ?

Alles hangt af van het vaccin, de ziekte en de omstandigheden.

Eén van de doelen van vaccinatie is het beschermen van de persoon zelf tegen een bepaalde ziekte. In onze maatschappij heeft elke persoon de autonomie om voor zichzelf de afweging te maken of en in welke mate hij/zij van preventieve medische interventies gebruik wil maken. De vrijheid om zich niet te laten vaccineren is ethisch verdedigbaar, en deze vrijheid wordt bovendien wettelijk verankerd door de Wet Patiëntenrechten. Zo staat het iedere volwassene vrij zich al dan niet tegen bijvoorbeeld tetanus te laten inenten. De gevolgen van zich niet te laten vaccineren zullen immers louter door betrokkene zelf gedragen worden.

Toch wordt deze vrijheid in specifieke omstandigheden wettelijk beperkt. Voor sommige reizen is vaccinatie tegen gele koorts verplicht, en bepaalde arbeidscontracten vereisen een vaccinatie tegen hepatitis B. De weigering om zich te laten vaccineren is dan wel ethisch te verdedigen, maar zal leiden tot ongewenste praktische gevolgen (niet kunnen reizen, of een bepaalde job niet kunnen uitoefenen).

Een andere doelstelling van vaccinatie is de bescherming van anderen (waaronder zieke medeburgers, patiënten, de hele gemeenschap). Het bijdragen aan deze doelstelling is vanuit ethisch standpunt zeer belangrijk.

De overheid kan na zorgvuldige overweging vaccinatie verplichten tegen ernstige, zeer besmettelijke ziekten waartegen de vaccinatie een effectieve bescherming biedt zoals bv. polio (zie het antwoord op de eerste vraag). Het opvolgen van deze verplichting lijkt de leden van het Raadgevend Comité niet enkel een juridisch afdwingbare plicht van elke burger maar ook een ethische plicht ter bescherming van de medeburgers, die zelfs bestaat zonder wettelijke verplichting.

Eenzelfde redenering kan gevolgd worden voor niet-verplichte vaccinaties die tot doel hebben anderen te beschermen. Zo is het voor de leden van het Raadgevend Comité moeilijk te begrijpen en roept het ethisch vragen op dat slechts een beperkt deel van de artsen en verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen zich jaarlijks laat vaccineren tegen de griep.

Vraag 4 : Is het ethisch aanvaardbaar dat een ouder weigert zijn/haar kind te laten vaccineren ?

Ook hier hangt alles af van het vaccin, de ziekte en de omstandigheden.

Het is ethisch onaanvaardbaar dat een ouder zijn/haar kind een vaccin ontzegt dat effectief is tegen een ernstige en vermijdbare ziekte als poliomyelitis of tetanus. Het is daarentegen ethisch aanvaardbaar de vaccinatie van zijn/haar kind te weigeren wanneer de balans van de risico's vaccinatie/ziekte wetenschappelijk niet doorslaggevend is.

Ouders moeten hun beslissingen steeds nemen in het belang van het kind, en het is wettelijk en ethisch niet acceptabel dat ze beslissingen nemen die manifest in het nadeel zijn van hun kind.

Wanneer het gaat om de bescherming van anderen kan verwezen worden naar het antwoord op de derde vraag hierboven.

Referentie :

► *Advies nr. 64 van 14 december 2015 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de ethische aspecten van de vaccinatieverplichting*

U kunt het advies downloaden op : <http://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-64-vaccinatieverplichting>
[<http://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-64-vaccinatieverplichting>]

► *Public health : ethical issues.* <http://nuffieldbioethics.org/project/public-health/> [<http://nuffieldbioethics.org/project/public-health/>]

Vax Info 75 - einde van het artikel "Vaccinatiebeleid : ethische aspecten van een verplichte vaccinatie"

2 - SEIZOENSGRIEP 2016 - 2017

Advies van de Hoge Gezondheidsraad

De Hoge Gezondheidsraad heeft het nieuwe advies over de vaccinatie tegen seieozensgriep 2016-2017 gepubliceerd.

"De raad houdt zich aan de aanbeveling voor vaccinatie tegen seizoensgriep voor de volgende 3 doelgroepen :

- Groep 1 : Personen met een risico op complicaties (zwangere vrouwen, chronisch zieken met leeftijd > 6 maanden, personen met leeftijd > 65 jaar, personen die verblijven in een instelling, kinderen > 6 maanden onder langdurige aspirine therapie) ;
- Groep 2 : personen werkzaam in de gezondheidssector ;
- Groep 3 : personen die onder het zelfde dak wonen als groep 1 of kinderen jonger dan 6 maanden.

Daarnaast is het ook zinvol om alle personen tussen 50 en 65 jaar te vaccineren.

De HGR benadrukt het belang om de griepvaccinatie te bevorderen vanuit het oogpunt van de volksgezondheid, ongeacht de bijzondere/mogelijke voordelen van het gekozen vaccin. Hoe dan ook lijkt het quadrivalente vaccin (geregistreerd voor iedereen boven de drie jaar) het meest adequate te zijn voor de volgende bevolkingsgroepen : zwangere vrouwen en kinderen ouder dan 3 jaar die een risico lopen."

Samenstelling van het griepvaccin 2016-2017

Voor het griepseizoen 2016-2017 adviseert de Wereldgezondheidsorganisatie de volgende vaccins :

- Trivalente influenzavaccins :
 - A/California/7/2009 (H1N1)) of een verwante stam ;
 - A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)) of een verwante stam ;
 - B/Brisbane/60/2008) of een verwante stam (de zogenaamde "B-Victoria-lijn").
- Tetravalente influenzavaccins : de drie bestanddelen van de trivalente vaccins en daarenboven B/Pukhet/3073/2013 of een verwante stam (de zogenaamde "B-Yamagata-lijn").

In België zijn er twee trivalente vaccins (Vaxigrip®, Influvac S®) en één tetravalent vaccin (Alpharix Tetra®) op de markt.

In vergelijking met vorig jaar zijn de influenza A/H3N2-component en influenza B in het trivalente vaccin vervangen :

- A/H3N2 : de stam A/Switzerland/9715293/2013 is vervangen door de stam A/Hong Kong/4801/2014.
- Influenza B : de B-Yamagata-lijn is vervangen door de B-Victoria-lijn. Tijdens het influenzaseizoen 2015-2016 werd namelijk vastgesteld dat de circulerende influenza B-virussen vooral behoorden tot de Victorialijn.

Bronnen :

- *Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9367. Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep. Winterseizoen 2016-2017 [<http://www.health.belgium.be/nl/advies-9367-vaccinatie-griep-winterseizoen-2016-2017>]. Versie gevalideerd op het College van Augustus 2016.*
- *Influenza 2016-2017 [<http://www.bcfi.be/nl/articles/2609?folia=2605>]. Folia Pharmacotheapeutica july 2016.*

Vax Info 75 - einde van het artikel "Seizoensgriep 2016 - 2017 : advies van de Hoge Gezondheidsraad"

3 - POLIOMYELITIS

Eliminatie in zicht ?

Wereldgezondheidsorganisatie stuurt de strategie voor de wereldwijde eliminatie van polio bij, rekening houdend met de eliminatie van de poliostam type 2. Een oraal afgezwakt bivalent vaccin zal in sommige landen geïntroduceerd worden.

De wereldwijde strategie om polio te elimineren is een succes : het aantal aangegeven gevallen is gedaald van 350.000 in 125 landen in 1988 tot 72 gevallen in 2015.

In januari 2016 was de endemische transmissie wereldwijd gestopt, met uitzondering van twee landen : Pakistan en Afganistan.

Uitroeijing van poliostam type 2

De WHO volgt de epidemiologische situatie nauwgezet op. De *Global Commission for Certification of the Eradication of Poliomyelitis* heeft de uitroeijing van het wilde poliovirus type 2 bevestigd. Dat is een van de drie stammen die verantwoordelijk is voor verlamningsverschijnselen in geval van infectie. De twee laatste poliogeallen die aan deze stam konden worden toegeschreven dateren uit 1999.

De strijd tegen polio berust hoofdzakelijk op het gebruik van een trivalent levend afgezwakt vaccin dat drie poliostammen bevat (type 1, 2 en 3) en oraal wordt toegediend (OPV). In zeldzame gevallen (1/1.000.000 dosissen) is dit vaccin verantwoordelijk voor post-vaccinale paralyseën. Ook kan het aanleiding geven tot de circulatie en transmissie van neurovirulente virusstammen afgeleid van de vaccinale stammen. Daarom werd dit vaccin in België (in 2001) en tal van andere landen vervangen door een geïnactiveerd trivalent vaccin (IPV).

Het orale vaccin is efficiënter om epidemieën te bestrijden, verspreiding tegen te gaan en om de prevalentie te doen dalen in gebieden waar de ziekte nog endemisch voorkomt (Pakistan en Afganistan). Daarom wordt het momenteel in meer dan 100 landen nog gebruikt.

Gezien de uitroeijing van het poliovirus type 2, is het niet meer verantwoord om dit trivalente vaccin nog langer te gebruiken. De voordelen wegen niet meer op tegen de mogelijke risico's. Het aantal gevallen van postvaccinale paralyse ten gevolge van dit type 2 wordt geschat op 1.600 tot 3.200 sinds 1999. Daarbij dient wel aangestipt te worden dat het aantal potentiële gevallen van paralyse zonder vaccinatieprogramma met dit trivalente orale vaccin veel hoger zou gelegen hebben in geval van een epidemie.

Nieuwe vaccinatiestrategie

Daarom heeft de WHO besloten om in april 2016 over te stappen op een bivalent levend afgezwakt vaccin dat alleen nog de virustypes 1 en 3 bevat.

Om deze nieuwe strategie te doen slagen is het belangrijk dat wereldwijd op gecoördineerde wijze wordt overgestapt op dit nieuwe vaccin. Anders bestaat het risico van een opstoot van poliogeallen door virustypes afgeleid van het vaccinale virustype 2. Dit risico is weliswaar zeer gering, maar kan niet uitgesloten worden. Dit risico is het grootst in de eerste zes à twaalf maanden na overschakeling van het trivalente naar het bivalente vaccin.

Sinds mei 2016 zijn alle landen die het orale trivalente vaccin gebruiken overgeschakeld naar het orale bivalente vaccin.

Bovendien zouden alle landen toegang moeten krijgen tot het gedode trivalente vaccin (IPV) zodat minstens één vaccindosis met dit vaccin kan worden gegeven. Dit vaccin kan een eventuele opstoot van vaccinale virusstammen van type 2 niet voorkomen, maar zorgt wel voor individuele bescherming.

Om polio type 2 definitief te elimineren is het engagement van alle landen nodig om alle voorraden van dit virus en van alle levend afgezwakte vaccins die dit virus bevatten, te vernietigen.

Een voorraad van een monovalent vaccin tegen polio type 2 is aangelegd om voorbereid te zijn op een eventuele herintroductie van dit virustype om voorbereid te zijn op een eventuele herintroductie van dit virustype.

Referentie :

M. Patel, W. Orenstein. Perspective. A world free of polio. N Engl J Med. 2016 ; 374 : 501-503. Doi : 10.1056/NEJMp1514467.

Vax Info 75 - einde van het artikel "Poliomyelitis : eliminatie in zicht ?"

4 - DE SITE VAN HET 'VALENTIJSYMPOSIUM'

Het Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties (Vaccine and het Infectious Disease Institute) van de Universiteit Antwerpen organiseert sinds 2003 jaarlijks het Valentijnsymposium over vaccinaties.

De website [<https://www.uantwerpen.be/en/rg/cev/education-and-courses/valentijn-vaccinatie/>] bevat een overzicht van de behandelde

onderwerpen en een uitgebreide vraag/antwoord rubriek, gerangschikt per thema. Deze site vormt een belangrijke informatiebron voor alle vaccinatoren (alle slides van alle presentaties sinds 2003).

We overlopen hier een aantal behandelde thema's die u een idee geven van de behandelde onderwerpen.

Kinkhoest

Soms maken kinderen die gevaccineerd zijn toch nog kinkhoest door. Moet het vaccin niet aangepast worden ? - Symposium 2015

Ja, maar daar is tijd voor nodig. Er zijn momenteel wel initiatieven bij verschillende firma's.

- Voorlopig is een optimaal gebruik van het schema van de bestaande vaccins het enige dat we kunnen doen.
- Er zijn verschillende factoren die maken dat gevaccineerde kinderen toch nog kinkhoest kunnen doormaken (afhankelijk ook van de leeftijd van het kind in kwestie) :
 - Initieel laag immuun antwoord op vaccinatie
 - Waning/ daling van de antistoffen na vaccinatie.
 - Na een aP vaccin, sneller dan na wP vaccins
 - Tijd sinds laatste vaccin, dus het schema speelt een rol.
- Kinkhoestvaccinatie schema maximaliseren is het enige wat we kunnen doen met de huidige vaccins :
 - Zuigelingen : 3 dosissen op 8-12-16 weken en een booster op 15 maanden (aP)
 - Kinderen : 1 dosis op 4-6 jaar (aP)
 - Adolescenten : 1 dosis op 14-16 jaar
 - Volwassenen : 1 dosis dTp (sinds 2011)
 - Volwassenen die geen herhaling kregen op 14-16 jaar
 - Zwangeren bij iedere zwangerschap (sinds 2013 specifieke aanbeveling)
 - Volwassenen in contact met jonge kinderen (< 12 mnd).
- Doeltreffendheid van kinkhoestvaccinatie is ongeveer 88 % na 5 doses. Sommige kinderen zijn dus niet beschermd na vaccinatie.
- Immuniteit tegen kinkhoest is niet levenslang maar daalt
 - 7-20 jaar na natuurlijke infectie (Wearing & Rohani, 2009)
 - 4-12 jaar na vaccinatie (Wendelboe et al, 2005).
 - Bovendien is er snellere vatbaarheid na vaccinatie met een aP vaccin dan na vaccinatie met een wP vaccin (Witt et al CID 2012 ; Misegades et al JAMA 2012) :
 - aP vaccins induceren wel hoge titers antistoffen. Maar induceren een ander soort immuun antwoord (Th1 en Th 17 bij wP- Th2 bij aP vaccins)

- De duur van bescherming is daardoor minder lang en anders

- Nieuwe vaccins worden ontwikkeld op basis van deze nieuwe kennis. (Edwards K. PNAS 2014)
Bron [https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2853/files/valentijn/2014/QAKinkhoest_toon_SEC.pdf]

Hoe lang geeft Boostrix® bij zwangeren en hun partners bescherming ? Wanneer dient het vaccin herhaald voor optimale bescherming van het kind ? - Symposium 2015

Een booster dosis op volwassen leeftijd, geeft bescherming gedurende minstens 10 jaren

Echter, om een zo groot mogelijk aantal antistoffen van moeder naar kind te transporteren, is een herhalingsinenting bij elke zwangerschap nodig, omdat de titer antistoffen in de volwassenen snel daalt.

Bron [<https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2853/files/valentijn/2015-%20moeder%20waarom%20vaccineren%20wjj/QA%20Kinkhoest%20sec.pdf>]

Is het nog nodig dat ouders, zussen, familieleden en verzorgers ingeënt worden met Boostrix als de baby zijn basisvaccinatie (8, 12, en 16 weken) al gekregen heeft ? - Symposium 2014

Neen, niet in het kader van de cocoon vaccinatie, dan dient de vaccinatie te gebeuren voor de baby geboren is. Na een primovaccinatie is het kind normaal gezien zelf beschermd.

Anderziids, iedere gelegenheid is goed om de vaccinatiestatus in orde te brengen.

Bron [https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2853/files/valentijn/2014/QAKinkhoest_toon_SEC.pdf]

Bof

Klopt het dat een nieuwe stam van bof wordt gevonden bij kinderen gevaccineerd met MBR ? - Symposium 2015

Neen. Bij kinderen, jong-volwassenen en ouderen werd hetzelfde type virus gevonden, ongeacht of zij gevaccineerd waren of niet.

Het dominante genotype in Belgische outbreak 2012-2013 is G5 : zelfde als buurlanden ; van de 56 geanalyseerde stalen slechts 1x een ander type (G2) (België 2012).

Maar het bofvirus is een dynamisch virus. De typering is gebaseerd op de sequencing van het SH-gen van het bof-virus. Dit vertoont diversiteit over regio's en in de tijd. Dit houdt dus ook in dat het type virus waarmee gevaccineerd (type A) wordt ondertussen verschilt van het type virus (type G) dat gedetecteerd wordt.

Maar, wat betreft cross-protectie : het vaccin beschermt tegen de stammen die circuleren.

- Aangetoond in laboratoriumonderzoek en in epidemiologisch onderzoek(6).
- Een meta-analyse schatte de vaccin effectiviteit op 64%-66% voor één dosis en 83-88% voor twee dosissen.
- Meer en meer argumenten voor het verminderen van deze cross-protectie over de tijd (zogenaamde waning immunity).
Bron [<https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2853/files/valentijn/2015-%20moeder%20waarom%20vaccineren%20wjj/QA%20bof%20sec.pdf>]

Griep

Wat zijn de voordelen van intradermale griepvaccinatie (ID) in vergelijking met de intramusculaire griepvaccinatie ? - Symposium 2014

- ID heeft lagere concentratie aan antigeen nodig voor eenzelfde immuunrespons. Kan een lagere kost betekenen voor productie
- ID : minder systemische reacties. ID maakt geen gebruik van adjuvantia
- ID : mogelijkheid voor administratie door niet medisch geschoold personeel. ID : op termijn mogelijkheid tot zelf-toediening
- ID is de norm in therapeutische /kankervaccinatie

Bron

[[https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2853/files/valentijn/2014/Vraag%20en%20antwoord%20griep%20\(2014\).pdf](https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2853/files/valentijn/2014/Vraag%20en%20antwoord%20griep%20(2014).pdf)]

Vax Info 75 - einde van het artikel "De site van het 'Valentijnsymposium"

5 - VACCINE HESITANCY

Hoe adequaat reageren ?

De terughoudendheid of weigering om zich te laten vaccineren is een complex en veelzijdig fenomeen. Een antwoord hierop moet ook rekening houden met de grote diversiteit aan motieven.

Vaccins roepen al sinds hun bestaan weerstanden op. Zo werd in 1850 in het Verenigd Koninkrijk een Liga tegen de pokkenvaccinatie opgericht.

De argumenten van tegenstanders van vaccinatie kunnen in drie grote groepen worden ondergebracht :

- vaccinatie veroorzaakt meer schade dan de infectieziekte zelf ;
- vaccins bevatten toxische bestanddelen ;
- vaccinatie zorgt niet voor een blijvende immuniteit.

We hebben hieraan reeds aandacht besteed in het artikel : "[Vaccineren of niet vaccineren... That's the question](http://www.vaxinfo.be/spip.php?article735&lang=nl) [<http://www.vaxinfo.be/spip.php?article735&lang=nl>]"

Vaccine hesitancy

Het Engelse begrip 'vaccine hesitancy', wat men zou kunnen vertalen als 'terughoudendheid ten aanzien van vaccins', gaat echter verder dan verzet tegen vaccinatie. Het omvat, in de woorden van de Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) van de WHO, heel het continuüm van attitudes ten aanzien van de vaccinatie in de bevolking, gaande van twijfelende aanvaarding tot categorische weigering, ondanks de aanwezigheid van een georganiseerd vaccinatieaanbod. Het is een complex fenomeen dat kan variëren in de tijd, van land tot land en van vaccin tot vaccin. Het omvat meerdere factoren, zoals onderschatting van de gevaren van de infectieziekte, gebrek aan vertrouwen in het nut of de veiligheid van het vaccin, de organisatie van de vaccinatie enzovoorts. Ook sommige gezondheidswerkers staan zeer terughoudend ten aanzien van vaccinatie.

Alhoewel vaccinatie in ons land op zeer brede steun kan rekenen, twijfelen sommige mensen toch of ze zich wel moeten laten vaccineren, ze laten zich niet vaccineren volgens de aanbevolen schema's maar stellen de vaccinatie uit, of ze weigeren bepaalde vaccins of zelfs alle vaccins. Er bestaat een gradiënt in de houding ten aanzien van vaccinatie, met aan de ene kant mensen die geen enkel probleem hebben met de voorgestelde vaccinatieprogramma's en aan de andere kant mensen die zich verzetten tegen elke vaccinatie.

Experts zeggen dan ook dat de vaccinatiegraad geen betrouwbare graadmeter is voor het fenomeen van terughoudendheid ten aanzien van vaccins.

Terughoudendheidsfactoren

De aanvaardbaarheid van of de terughoudendheid ten aanzien van vaccinatie wordt beschouwd als een complex gedragsfenomeen dat beïnvloed wordt door meerdere factoren.

De *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization* (SAGE), een werkgroep van de WHO, ziet in een rapport uit 2011 **drie belangrijke mechanismen of groepen van factoren** die hierin meespelen [1] : opvattingen over de gevaren van infectieziekten en het nut van vaccinatie (complacency), het vertrouwen in het vaccin of het vaccinatiebeleid (confidence), en het gemak of comfort van vaccinatie (convenience) .

- Het eerste mechanisme, het **oordeel over het nut van het vaccin**, heeft in belangrijke mate te maken met twijfels over de gevaren van de infectieziekten waartegen gevaccineerd wordt, of met de afweging dat er andere, belangrijker prioriteiten zijn op het vlak van gezondheid dan vaccinatie tegen bepaalde ziekten. Paradoxaal genoeg wordt dit in de hand gewerkt door het succes van vaccinatieprogramma's omdat de ziekten waartegen gevaccineerd grotendeels verdwenen zijn, en men er dus niet meer mee geconfronteerd wordt en dus ook de gevaren ervan niet meer kent.
- Het **vertrouwen** in een vaccin heeft onder meer te maken met opvattingen over :
 - de doeltreffendheid en de veiligheid van vaccins,
 - de bekwaamheid, de motivatie en de voorbeeldfunctie van de beoefenaars van de gezondheidszorg die het vaccin toedienen ;
 - de gegrondheid van de beslissingen van de overheid die de vaccinatierogels en -schema's opstelt.

- Het gemak of **comfort** van vaccinatie heeft vooral te maken met de organisatie van de vaccinatie. Dat omvat onder meer :
 - de beschikbaarheid van vaccins ;
 - de ten laste neming van de kosten ;
 - de toegankelijkheid van het vaccinatieaanbod (plaats, openingsuren...) ;
 - de middelen die gebruikt worden om de vaccinatie te promoten (begrijpbaarheid, taal...) ;
 - de voorzieningen en middelen die ter beschikking staan van de vaccinatoren ;
 - het respect voor culturele of religieuze gevoeligheden.

Op basis hiervan onderscheidt de SAGE drie groepen elementen of **determinanten** die aan de basis liggen van de attitudes van terughoudendheid of weigering van vaccinatie. Deze zijn samengevat in tabel 1.

Determinanten van terughoudendheid ten aanzien van vaccins

De sociaal-culturele en politieke context : Elementen gelinkt aan historische of sociaal-culturele invloeden, de sociaal-economische of politieke situatie

- Communicatie en media
- Opinieleiders, beleidsmensen, lobbygroepen pro of contra vaccinatie
- Historische factoren
- Religieuze, filosofische of culturele opvattingen, sociaal-economische factoren
- Politieke factore
- Geografische grenzen
- Opinions ten aanzien van de farmaceutische industrie

De perceptie van mensen en de omgeving : Elementen die te maken hebben met persoonlijke opvattingen of groepsdruk

- Persoonlijke, familiale of andere negatieve ervaringen met vaccinatie (inclusief pijn)
- Overtuigingen en attitudes met betrekking tot gezondheid en preventie
- De kennis van het gezondheidssysteem
- Vertrouwen in en persoonlijke ervaringen met de gezondheidszorg en het medisch personeel
- Opvattingen over de voor- en nadelen van vaccinatie
- Opvattingen over vaccinatie als de sociale norm dan wel als iets nutteloos of schadelijk

Factoren specifiek voor het vaccin of de vaccinatie

- Wetenschappelijke gegevens over de baten (het voorkomen van ziekte) en de risico's van vaccinatie
- Invoering van een nieuw vaccin, een nieuwe samenstelling of een nieuw vaccinatieschema
- Toedieningswijze

- Organisatie van het vaccinatieprogramma (individueel, georganiseerd)
- Betrouwbaarheid en beschikbaarheid van vaccins
- Vaccinatieschema's
- Kosten
- Het gezag van de aanbevelingen en de kennis en attitude van gezondheidswerkers ten aanzien van vaccins.

Het fenomeen van de terughoudendheid ten aanzien van vaccins is dus niet eenvoudig te herleiden tot bijvoorbeeld een gebrek aan kennis of informatie of een zwakke sociaal-economische status. Integendeel zelfs, ook goed opgeleide mensen kunnen zeer terughoudend staan ten aanzien van vaccinaties, zoals aangetoond wordt door de weifelende houding van heel wat gezondheidswerkers.

Ook een gebrekkige of inadequate communicatie kan een negatieve invloed hebben op de aanvaarding van vaccinatie.

Op basis van dit model bevatten de jaarlijkse vragenlijsten van de WHO en Unicef voor de nationale verantwoordelijken voor het vaccinatiebeleid ook een aantal vragen over de terughoudendheid ten aanzien van vaccins. In 2013 antwoordde 68 procent van de landen op de vraag 'Welke zijn de drie belangrijkste redenen voor niet-aanvaarding van het nationale vaccinatieprogramma' [2]. De meest genoemde redenen waren : overtuigingen, attitudes en motivatie ten aanzien van gezondheid en preventie, twijfels over de voor- en nadelen van vaccinatie en de gebrekkige of inadequate communicatie en informatie.

Uitdaging

Volgens het Europees bureau van de WHO is het belangrijk om de verworvenheden van vaccinatieprogramma's op het vlak van volksgezondheid te vrijwaren.

De impact van deze programma's hangt onder meer af van de beschikbaarheid en de kwaliteit van vaccins en van de vaccinatiediensten, maar ook van de overtuiging en motivatie van gezondheidsdiensten en beleidsmeden.

Daarnaast speelt ook de perceptie van de bevolking met betrekking tot onder meer :

- de voor- en nadelen van vaccinatie,
- de risico's verbonden aan door vaccinatie vermijdbare infectieziekten,
- het vaccinatiebeleid en de manier waarop aanbevelingen voor vaccinatie worden uitgewerkt ;
- de verantwoordelijkheid van ouders om hun kinderen te beschermen tegen vermijdbare infectieziekten.

Strategieën ten aanzien van terughoudendheid tegenover vaccinatie

Een adequaat antwoord vinden op de terughoudendheid ten aanzien van vaccinaties is niet eenvoudig, gezien de vele elementen die daarin meespelen, zowel wat de vaccinatie van volwassenen als die van kinderen betreft. Belangrijk is het **besef dat meerdere factoren de houding ten aanzien van vaccinatie bepalen en dat de groep van mensen die terughoudend zijn ten aanzien van vaccinatie zeer heterogeen is.**

Dat betekent onder meer :

- Dat **overheden** meer studies en analyses moeten financieren gebaseerd op het SAGE-model met de drie mechanismen of groepen van factoren : opvattingen over de gevaren van infectieziekten en het nut van vaccinatie (complacency), het vertrouwen in het vaccin of het vaccinatiebeleid (confidence), en het gemak of comfort van vaccinatie (convenience). Die studies moeten toelaten om de complexiteit van het fenomeen van terughoudendheid ten aanzien van vaccinaties beter te begrijpen (bijvoorbeeld geografische, culturele, religieuze, politieke, sociaal-economische factoren). Op basis hiervan kunnen adequate acties uitgewerkt worden, gericht op specifieke groepen, problemen en vaccins.
- De **individuele vaccinatoren** moeten naar hun patiënten luisteren en hun motivaties en aarzelingen analyseren. Door begrip te tonen voor hun patiënten in plaats van hen te veroordelen, kunnen ze informatie en advies geven aangepast aan de specifieke kenmerken van elke patiënt.

Voortbouwend op de aanbevelingen van SAGE heeft de *European Technical Advisory Group of Experts on Immunization*, in 2013 een gids gepubliceerd : *Guide to tailoring immunization programmes* [3].

Op basis van een systematische analyse van de beschikbare literatuur van januari 2007 tot oktober 2013, werden de verschillende strategieën ten aanzien van vaccine hesitancy in kaart gebracht [4]. Daaruit bleek dat van slechts enkele strategieën de impact op de vaccinatiegraad of op de kennis, houding en attitude ten aanzien van vaccinaties werd geëvalueerd.

Deze strategieën hadden meestal betrekking op vaccinatie tegen de griep, HPV en op vaccinatie van kinderen in Amerika. De meeste acties waren gericht op het verhogen van de kennis en de motivatie ten aanzien van vaccins.

Slechts dertien van de meer dan 170 studies voldeden aan de strenge wetenschappelijke eisen om een GRADE-rangschikking te kunnen opstellen.

Van volgende acties is aangetoond dat ze een beperkt positief effect hebben : sociale mobilisatie, het gebruik van massamedia, bijscholing van gezondheidswerkers, niet-financiële incentives, het versturen van rappels. Acties met een brede waaier aan interventies en gebaseerd op een sociale dialoog waren over het algemeen het meest efficiënt.

Uit deze studie blijkt dat de meeste interventies onvoldoende rekening houden met de veelheid van determinanten die onze houding ten aanzien van vaccinaties bepalen en de grote heterogeniteit van de betrokken bevolkingsgroepen.

De verleiding bij beleidsverantwoordelijken is vaak groot om terug te vallen op informatiecampagnes of sociale marketing als enig of belangrijkste instrument om terughoudendheid ten aanzien van vaccinaties te bestrijden.

De beperkingen van sociale marketing

Sociale marketing wordt vaak voorgesteld als een wondermiddel om de terughoudendheid ten aanzien van vaccins te keren, terwijl het slechts een van de vele middelen is [5] [6].

Sociale marketing heeft zijn eigen specifieke kenmerken, met eigen regels en beperkingen.

In tegenstelling tot commerciële reclame of marketing, die producten wil verkopen en zich daarvoor richt op de wensen van de consument, richt sociale marketing zich op het welzijn van de bevolking, wat vaak betekent dat bepaalde wensen moeten in vraag gesteld worden of zelfs moeten ontraden worden. Waar commerciële marketing zich richt op een onmiddellijke beloning (aankoop van het gewenste product), mikt sociale marketing op de lange termijn : de afwezigheid van een mogelijk toekomstige infectie door vaccinatie.

Waar commerciële marketing de consument niet wil veranderen maar wil inspelen op zijn wensen, streeft sociale marketing wél naar verandering van gedrag, attitude, waarden... Inzet is om vaccinatie voor iedereen aanvaardbaar te maken.

Bovendien moet sociale marketing ook rekening houden met bepaalde ethische principes. Zo heiligt het doel (meer vaccinatie) bijvoorbeeld niet alle middelen (bijvoorbeeld zwijgen over eventuele bijwerkingen).

Referenties

[1] N. MacDonald, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy : definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015 ; 33 : 4161-4164.

[2] H. Larson, C. Jarrett, W. Schulz et al. The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Measuring vaccine hesitancy : the development of a survey tool. *Vaccine*. 2015 : 4165-4175.

[3] R. Butler, N. MacDonald, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups : The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Vaccine*. 2015 ; 33 : 4176-4179.

[4] C. Jarrett, R. Wilson, M. O'Leary et al. Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. *Vaccine*. 2015 ; 33 : 4180-4190.

[5] G. Nowak, B. Gellin, N. MacDonald, B. Butler, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Addressing vaccine hesitancy : the potential value of commercial and social marketing principles and practices. *Vaccine*. 2015 ; 33 : 4204-4211.

[6] R. Bontemps, A. Cherbonnier, P. Mouchet, P. Trefois. Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques. Publié par Question Santé asbl.