

ARTSEN EN VERPLEEGKUNDIGEN BETER BESLAGEN TEN IJS OVER VACCINEREN

# E-learning informeert over vaccinatieprogramma

Het RIVM heeft een e-learning over de achtergronden van het Rijksvaccinatieprogramma gemaakt. Dit verschaft jeugdartsen en andere zorgverleners inhoudelijke bagage om kritische vragen over vaccinaties te beantwoorden.

**H**et Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) krijgt steeds meer vragen over het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Ook artsen en verpleegkundigen worden bestookt met informatieverzoeken van ouders en journalisten over bijwerkingen of de ingrediënten en de opbouw van het vaccin. De vragen zijn zo uiteenlopend dat jeugdartsen, verpleegkundigen en andere professionals er niet altijd het antwoord op weten.

Logisch, vindt het RIVM, want jeugdartsen zijn niet farmacologisch geschoold. Daarom heeft het RIVM nu allerlei vaccinatiekennis bijeengebracht in een geaccrediteerde e-learning. 'Hiermee kunnen artsen 80 tot 90 procent van de vragen beantwoorden', zegt Hans van Vliet, programmamanager RVP. Twee van de makers – medisch adviseur Gerre Vermeulen en communicatieadviseur Sylvia Louwarts – hebben de e-learning onlangs gepresenteerd op Vasteprikdag, de jaarlijkse bijscholingsdag over het RVP voor jeugdartsen en -verpleegkundigen.

## De vraag achter de vraag

Eind vorig jaar maakte het RIVM bekend dat de overheid vanaf 2018 structureel extra geld gaat besteden om ouders te informeren over het vaccinatieprogramma. Tegelijkertijd was er in de media veel discussie over de vaccinaties. Toch was dat niet de aanzet voor deze nieuwe e-learning, zegt Van Vliet. 'Er was al langer behoefte aan verschillende soorten informatie. Dat we dit nu konden ontwikkelen, was mede mogelijk dankzij geld dat we over hadden na de invoering van de landelijke hepatitis-B-vaccinatie.'

De e-learning is nadrukkelijk niet bedoeld voor ouders of andere leken; er wordt 'stevige basiskennis' vereist. Gerre Vermeulen: 'Het

doel is om professionals te scholen die ouders te woord staan. Zij moeten de verstaalslag maken. We behandelen onder meer de ingrediënten van het vaccin, de bijwerkingen, de opbouw van het programma.'

Voor de e-learning zijn alle aspecten van het vaccinatieprogramma onder de loep genomen, zegt Vermeulen: 'Hoe zit ons Rijksvaccinatieprogramma eigenlijk in elkaar? Hoe leg je uit dat het verschilt tussen landen. Zo kennen andere landen bijvoorbeeld een andere startleeftijd om in te enten. Dergelijk kwesties hebben we uitgezocht en uitgelegd. Een reden voor de verschillen is dat het RVP historisch zo gegroeid is binnen ons – unieke – systeem van consultatiebureaus.'

'Het is goed om alles op een rijtje te zetten', zegt Van Vliet. 'We merken de noodzaak om meer informatie te geven over ziektes. Artsen hebben daarbij ondersteuning nodig. Ik hoor van collega's dat ze zelfs in eigen familiekring soms moeite hebben een goed en evenwichtig verhaal te vertellen.'

Over de klassieke dktp-vaccinatie komen de meeste vragen binnen, 'met name over het kinkhoestdeel'. Verder wordt informatie gevraagd over bmr en de 'nieuwere' vaccinaties zoals MenC. De e-learning besteedt aandacht aan de echte én de vermeende bijwerkingen van deze en andere vaccinaties. Hans

'Schat de angst van ouders op waarde in'



AMBER BECKERS / HOLLANDSE HOOGTE

In de regio Hollands-Midden wordt naar alternatieven gezocht voor de massavaccinaties van 9-jarigen in sporthallen.

van Vliet: ‘Over sommige ziekten – zoals mazelen of rodehond – is de kennis van artsen niet actueel, omdat we ze niet vaak meer tegenkomen. Het “succes” van vaccinatie is dat je als arts sommige ziektes nooit zult zien.’

Hoewel gesprekstraining niet de hoofdmoot is van de e-learning, horen ‘evidencebased’ gesprekstechnieken er wel bij. ‘In de e-learning staat: ga naast de ouder staan en blijf vooral goed communiceren’, zegt Vermeulen, zelf opgeleid als jeugdarts. ‘Dat ligt voor de hand, want jeugdartsen communiceren over heel veel onderwerpen met ouders. Maar bij vaccinatievragen moet je op zoek naar de vraag achter de vraag. Er zit een gevoel – vaak angst – achter de vragen van ouders. Schat dat op waarde in’, adviseert ze. ‘Het is geen overtuigingscursus. Uiteindelijk is het RVP een vrijwillig programma, het moet zichzelf verkopen.’

### Pitches

De e-learning sluit aan bij een algemene tendens: een kleinschaligere aanpak, persoonlijker, meer op maat, met ruimte voor overleg. De toekomst is niet ‘even een prikje geven’, maar vaccineren gecombineerd met gesprekken met ouders, legt Van Vliet uit. Op de Vasteprikdag hielden verschillende jgz-artsen pitches van recente, lokale initiatieven om ouders en kinderen persoonlijker te benaderen. Zo presenteerde Ben de Waal, manager GGD Hollands-Midden, een pilot van drie teams in zijn regio die de vaccinatie van 9-jarigen anders wilden organiseren. De Waal: ‘Zij wilden een alternatief voor massavaccinaties in grote sporthallen. Dat betekent in dit geval: op maat, om evenveel of liever nog meer ouders te bewegen om hun 9-jarige te laten vaccineren.’

De teams uit Hollands-Midden boden ouders meerdere momenten van vaccinatie aan, de groepjes waren kleiner, met een priklijn uitgaande van acht kinderen per kwartier – dat is minder dan gewoonlijk. Het past bij de tijdgeest, signaleert De Waal: ‘Het is allemaal wat meer besloten. Ouders hebben tegelijk meer tijd om vragen te stellen. Dat is winst.’ En het resultaat? Voorlopig is het gewenste percentage van ouders dat reageert nog niet gehaald, maar De Waal zegt daarover: ‘Er kunnen nog ouders afkomen op de andere data, we beslissen eind deze zomer. Er is geen harde grens gesteld, vooralsnog.’

### Biblebelt

Programmamanager Van Vliet, die de presentaties aan elkaar praatte, adviseerde de proef niet te snel af te schrijven: ‘Nieuwe ideeën hebben vaak wat meer tijd nodig.’ Dat bleek ook uit de andere pitches. Zo gaf jeugdarts Marianne van Winkelhof een toelichting op een project in Zeeland waarbij ze betrokken was. In sommige Zeeuwse gemeenten is de vaccinatiegraad traditioneel laag; Goes en Vlissingen scoren weliswaar respectievelijk 95 en 98 procent, maar op Tholen-Reimerswaal schommelt het tussen de 74 en 78 procent.

Proberen om de vaccinatieweigeraars te beïnvloeden heeft weinig zin. ‘Gesprekken met dominees hadden niet het gewenste effect’, stelde Van Winkelhof vast. Waarop het team het over een andere boeg gooide: ze richtten zich op degenen die hun kind wel willen laten vaccineren. Dat deden ze door de bewustwording van de ouders te vergroten, onder meer door brieven naar de kinderdagverblijven te sturen. En, een eenvoudige maar belangrijke ingreep: bij het plannen van het vierwekenconsult werd meteen ook een afspraak voor de achtwekenprik gemaakt. Van Winkelhof: ‘Door een simpele aanpak hebben we vanaf 2015 betere resultaten geboekt.’

Ook de presentatie van jeugdarts Gerda Koorstra, sinds twintig jaar werkzaam op Urk, kwam neer op een persoonlijke aanpak. Op Urk, onderdeel van de Biblebelt, is de vaccinatiegraad lager dan 70 procent, vertelde Koorstra. ‘Ouders wijzen vaccineren af vanwege “Gods voorzienigheid”, ideeën over gif, nare verhalen op internet.’

Het jgz-team waartoe Koorstra hoort, besloot de dialoog aan te gaan, onder meer met speciaal ontwikkeld voorlichtingsmateriaal. In het gesprek met ouders proberen de artsen en verpleegkundigen door te vragen naar de redenen om niet te vaccineren. ‘We wilden verder komen dan het antwoord “nou gewoon” op de vraag waarom mensen hun kind niet willen vaccineren.’

En nu? De vaccinatiegraad op Urk is niet toegenomen, maar zegt Koorstra: ‘Ik ben niet ontevreden over de huidige vorm van overleg met Urker ouders. De dialoog helpt. De weloverwogen keuze is toegenomen.’

## Ellende voorkomen

‘Misschien moeten we meer focussen op het voorkómen van ellende, in plaats van alleen het benadrukken van voorkómen van sterfte.’ Deze bijdrage over het berekenen van twijfelende ouders komt van promovendus Maarten van Wijhe (RUG). Hij deed bij het RIVM epidemiologisch onderzoek naar de vraag wat het RVP oplevert. Ofwel: wat zou er zijn gebeurd

## E-LEARNING

### ‘ACHTERGRONDEN VAN HET RIJKSVACCINATIEPROGRAMMA’

De geaccrediteerde e-learning ‘Achtergronden van het Rijksvaccinatieprogramma’ van het RIVM wordt online aangeboden. Hij duurt circa vier uur en is specifiek bedoeld voor jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en andere zorgprofessionals die te maken hebben met het RVP. De e-learning zal in mei beschikbaar komen. Bedoeling is dat er een jaarlijkse update verschijnt.

**Vaccinatieschema's**

Module 5  
In deze module leer je het hoe en waarom van het huidige vaccinatieschema. We zoomen daarbij in op twee niveaus. Ten eerste op de elementen van het vaccinatieschema van een vaccin, bijvoorbeeld hoeveel vaccinaties er worden gegeven, met welk interval en op welke leeftijd.  
Ook kijken we naar het overtuigende geheel: het totaal aan vaccins en vaccinaties die samen het vaccinatieprogramma maken. Deze module gaat in op factoren die hierop van invloed zijn.

Waarom krijgt een kindje dezelfde prik meerdere malen?  
Is een baby niet te jong voor zoveel vaccinaties?  
Raakt het afweersysteem niet overbelast?  
Waarom hebben andere landen andere schema's?

Ga verder

**Bestanddelen van vaccins**

Module 3  
In deze module leer je welke stoffen in vaccins zitten en waarom zij daarin zitten. Ook leer je in welke mate deze stoffen schadelijk zijn voor de gezondheid.  
We onderscheiden 4 bestanddelen: antigenen, adjuvans, andere hulpstoffen en reusstoffen.

Waarom zitten bepaalde stoffen in vaccins?  
Zijn deze stoffen schadelijk?  
Zit er kwik in vaccins?

Ga verder

## Sinds de invoering van het RVP zijn 9000 levens gered

als er níet was gevaccineerd? Zijn publicatie stond vorig jaar in The Lancet Infectious Diseases.

Van Wijhe gaat in op de argumenten van prikcritici, zoals de NVKP en Door Frankema van Vaccinvrij die eind vorig jaar op tv bij Pauw beweerde 'dat kindersterfte in het begin van de 20ste eeuw al

sterk aan het dalen was'. Met andere woorden: het lagere sterftecijfer was niet het gevolg van de vaccinaties. 'De sterfte daalde inderdaad in die periode, beaamt Van Wijhe, 'maar óók de vaccins hebben bijgedragen.'

De meeste kindersterfte is voorkómen doordat de omstandigheden zijn verbeterd waaronder kinderen opgroeien. Onder meer verbeterde voeding, hygiëne en leefomstandigheden, medische technologie en medicijnen hebben daaraan bijgedragen.

Ondanks deze daling hebben vaccinaties de sterfte door infectieziekten wel degelijk vermindert, toont de analyse van Van Wijhe e.a. aan. Sinds de introductie van het RVP zijn circa 9000 levens gered. Nog iets preciezer: in 2015 zouden er 36 kinderen zijn overleden. Om het in perspectief te plaatsen: in datzelfde jaar stierven er nog 14 kinderen aan andere infectieziekten, 36 kinderen aan hart- en vaatziekten en 65 kinderen aan verkeersongevallen.

Maar sterfte is niet alles, benadrukt Van Wijhe. 'Vaccinaties hebben niet alleen kindersterfte in Nederland verder teruggebracht, maar er ook voor gezorgd dat veel kinderen niet ziek zijn geworden.' In de eerste tien jaar na invoering van vaccinatie zijn onder meer 6000 gevallen van polio voorkomen, waarvan 4000 met verlammingen, zo blijkt uit de analyse van Van Wijhe e.a. Ook zijn ongeveer 23.000 gevallen van difterie voorkomen en bijna 2 miljoen gevallen van mazelen.

RVP-manager Van Vliet noemt het onderzoek van Van Wijhe 'belangrijk en wat de sterfte betreft ook wel verrassend'. 'Amerikaans onderzoek had het eerder op basis van berekeningen over hogere sterfteaantallen die waren voorkomen door vaccinatie. Dit onderzoek is toegespitst op de Nederlandse situatie en heeft daardoor een reëler beeld. Dat is van belang. We moeten de bijdrage van vaccinaties niet overdrijven, maar het gesprek aangaan op basis van feiten.' ■

### web

Een NRC-column en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

# VELDWERK

DE KINDERARTS



**PAUL BRAND** is werkzaam in ziekenhuis Isala, Zwolle

## PIM'en

Net als in veel andere ziekenhuizen doen we in Zwolle al jarenlang aan VIM'en: Veilig Incident Melden. Door fouten, incidenten en *near-misses* te registreren hopen we te leren van wat er (bijna) fout is gegaan, om schade voor patiënten zoveel mogelijk te voorkomen. Hartstikke nuttig natuurlijk, maar onze preoccupatie met het vermijden van fouten en schade heeft als ongewenst neveneffect dat het aantal regels, protocollen en voorschriften sterk toeneemt. Dat maakt ons rigide, en vermindert onze durf en neiging tot innovatie in de zorg.

Je kunt het ook omdraaien: zouden we niet net zoveel, of nog veel meer, kunnen leren van wat er goed gaat in de geneeskunde? Ervan uitgaande dat de prevalentie van excellente zorg veel groter is dan die van fouten, incidenten en *near-misses* is het eigenlijk doodzonde dat we het leren van fouten wel geïnstitutionaliseerd hebben, maar

het leren van top-prestaties niet.

## KUNNEN WE NIET NET ZO VEEL LEREN VAN WAT GOED GAAT?

Geïnspireerd door Engelse collega's van [www.learningfromexcellence.com](http://www.learningfromexcellence.com) hebben daarom

een internist, een SEH-arts en een collega-kinderarts een pilotproject in Isala gestart om te gaan PIM'en – Positieve Incidenten Melden. Net als de Engelse collega's hopen we hiermee excellente zorg niet alleen dankbaar te aanvaarden, maar het ook vast te leggen, te analyseren en ervan te leren.

De eerste PIM'en zijn inmiddels geregistreerd. Een mooi voorbeeld: kinderafdeling ligt vol, er is tekort aan verpleegkundigen, dus opnamestop. Jongetje komt met status astmaticus rond middernacht op de SEH. Hij knapt na frequent vernevelen met luchtwegverwijders goed op, maar kan nog niet naar huis. Het is verder rustig op de SEH. De verpleging van de SEH verzorgt hem de hele nacht, op afstand ondersteund door kinderverpleegkundigen via de telefoon. 's Morgens kan hij naar huis. Overplaatsing naar ander ziekenhuis voorkomen. Innovatieve oplossing van logistiek probleem. Excellente zorg. PIM'en is leuk, nuttig en vitamientjes voor de ziel. Wij PIM'en vrolijk door. PIM't u mee?