

Krachtdadiger stimulans nodig voor (polio)vaccinatie

Meer druk op de naald

Han Willems,
Gert van Dijk,
Johan Legemaate,

allen verbonden aan de KNMG,
afdeling Beleid en Advies

Correspondentieadres:
h.willems@fed.knmg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De vaccinatiegraad in ons land is zeer hoog, maar staat onder druk door het ontstaan van nieuwe risicogroepen. Intensievere campagnes om ouders te overtuigen zijn nodig.

De volgende polio-epidemie zal zo'n honderd verlamde kinderen opleveren

In Nederland wordt op grote schaal gevaccineerd tegen de meest bedreigende kinderziekten. Dat gebeurt op basis van vrijwilligheid en het merendeel van de ouders besluit tot vaccinatie. In bepaalde delen van het land blijft de vaccinatiegraad echter aanzienlijk achter, onder meer omdat ouders op basis van religieuze overwegingen hun kind niet laten inenten. Periodiek ontstaat daarom discussie over een vaccinatieverplichting, met name voor polio.¹ Amerikaanse onderzoekers pleitten onlangs voor veel hardere campagnes, om aarzelende ouders van het nut van vaccineren te overtuigen.² Achtergrond is de constatering dat de vaccinatiegraad onder de kritische grens komt waarbij lokaal epidemieën van mazelen en kinkhoest optreden. Oorzaken hiervoor worden gezocht in een toenemende mondigheid van ouders, geruchten die worden verspreid via internet, en het feit dat de ziekten waartegen wordt gevaccineerd onbekend zijn geworden.³ Veel ouders realiseren zich niet meer de ernst van ziekten als polio, mazelen en bof, omdat ze deze nooit van nabij hebben meegemaakt. In Nederland is er geen aanleiding om de bakens radicaal te verzetten en tot verplichting over te gaan. Wel om de druk op te voeren.

Nieuwe risicogroepen

De vaccinatiegraad is in Nederland zeer hoog: de gemiddelde vaccinatiepercentages lig-

gen voor alle vaccinaties (ruim) boven de 90 procent.⁴ In een aantal gemeenten ligt de vaccinatiegraad echter veel lager. Nunspeet bijvoorbeeld heeft een vaccinatiegraad van net onder de 60 procent voor DTP bij schoolkinderen. De laatste decennia zijn naast de religieus bezwaarden nieuwe risicogroepen ontstaan: mensen die hun kinderen vanwege een antroposofische levensovertuiging niet laten vaccineren en mogelijk ook groepen migranten uit onder andere Suriname, Marokko en Turkije.⁵ Het is onduidelijk hoe groot het risico is dat ongevaccineerde kinderen lopen. In het pre-vaccinatietijdperk (voor 1957) was nog sprake van grote cijfers: in 1956 werden 2200 kinderen verlamd, en 70 kinderen stierven aan de ziekte.⁵ In 1978 waren 110 ziektegevallen en 1 sterfgeval te betreuren, en in 1992/'93 wederom 71 ziektegevallen en 2 sterfgevallen, voornamelijk onder kinderen die om godsdienstige redenen niet waren gevaccineerd.⁵ Ook de volgende polio-epidemie zal weer rond de honderd ernstig zieke, vaak permanent verlamde kinderen en enkele doden eisen.

Ouderlijke autonomie

De Nederlandse overheid vindt het huidige vaccinatiebeleid met betrekking tot polio adequaat. Nog recentelijk heeft de minister van VWS naar aanleiding van Kamervragen gezegd dat hij geen voorstander is van verplichte vaccinatie.⁶ Ook de Gezondheidsraad (GR) en het RIVM hebben zich hiertegen uitgesproken. De GR meent wel dat enige drang is gerechtvaardigd.⁵ Die drang moet, aldus de raad, wel



beeld: David Rozing, HH

proportioneel zijn en niet meer toegepast dan noodzakelijk.

Een van de belangrijkste argumenten tegen verplichte vaccinatie is dat ouders de vrijheid hebben zelf te bepalen wat goed is voor hun kind. Aangezien de kans op polio in Nederland klein is, zou een verplichting tot vaccinatie een te zwaar middel zijn. Iets verplichten wat de meeste ouders al vrijwillig doen, zou bovendien het draagvlak voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) kunnen ondermijnen. Verplichte vaccinatie zou ook niet goed passen in de Nederlandse cultuur en juridisch moeilijk te onderbouwen en te handhaven zijn. Het recht op ouderlijke autonomie kent echter zijn grenzen: als ouders hun kinderen mishandelen of verwaarlozen, heeft de overheid de plicht in te grijpen, om zo de belangen van het kind te beschermen. Het is dus niet vanzelfsprekend dat ouders de vrijheid hebben hun kinderen niet te laten vaccineren.

Solidariteit

De kans op een polio-epidemie in Nederland is inderdaad klein, maar dat deze op enig moment zal uitbreken is vrij zeker. De belangrijkste reden voor de lage frequentie van zulke epidemieën is de bestaande groepsimmunitet. Ouders die hun kinderen niet laten vaccineren kunnen dat met betrekkelijk weinig risico doen, omdat hun kinderen worden beschermd door de immuniteit van wel-gevaccineerden. Dat ligt anders wanneer niet-gevaccineerden samenklonteren in bepaalde gebieden, zoals de biblebelt. Maar voor het overige geldt dat ouders die hun kinderen niet laten vaccineren gratis 'meeliften' op de bereidwilligheid van andere ouders die hun kinderen wel laten vaccineren. Daarin schuilt een onrechtvaardigheid. Groepsimmunitet kan alleen bestaan als (bijna) iedereen daaraan zijn steentje bijdraagt. Van iemand die belang heeft bij het bestaan van een maatschappelijk systeem mag worden verwacht daaraan ook een bijdrage te leveren. Dit argument van solidariteit en een gedeeld belang zou, wanneer de vaccinatiegraad onder een bepaalde grens zou zakken, een argument kunnen opleveren voor verplichte vaccinatie.

Effectiviteit

Het is echter onzeker of verplichte vaccinatie daadwerkelijk tot een hogere vaccinatiegraad leidt. In België is een verplichting voor polio-vaccinatie ingevoerd, wat heeft geresulteerd in een vaccinatiegraad voor de eerste drie verplichte vaccinaties van rond de 99 procent. Bij de vierde, niet-verplichte vaccinatie daalt deze

SAMENVATTING

- Er zijn in Nederland enkele tienduizenden kinderen niet, te laat of onvoldoende gevaccineerd.
- Zij lopen een reëel risico op ernstige ziekte of sterfte bij het uitbreken van een epidemie.
- Regelmatig klinkt daarom het pleidooi voor een vaccinatieverplichting, met name tegen polio.
- Dit is echter een te zwaar middel, met onzeker effect.
- Er is wel reden de inspanningen te intensiveren, onder meer door een actievere houding van de GGD'en.

tot 90-95 procent.⁷ Ook in Nederland daalt de vaccinatiegraad licht met elke volgende vaccinatie. Zo was voor het cohort 2005 de vaccinatiegraad DKTP van zuigelingen op eenjarige leeftijd 96,7 procent, en op tweejarige leeftijd 94,5 procent. Voor het cohort 2003 waren deze cijfers respectievelijk 96,0 en 94,3 procent.⁴ Elk procent omvat daarbij ongeveer 1900 kinderen. In Nederland verloopt deze daling echter redelijk geleidelijk, terwijl die in België vrij abrupt optreedt bij de vierde vrijwillige vaccinatie, zodat causaliteit met het wegvallen van de verplichting plausibel is. Of een verplichting in Nederland zou leiden tot een hogere vaccinatiegraad zal onder andere afhangen van de hoogte van de sanctie, de effectiviteit van de opsporing en de mate waarin er ruimte wordt gelaten voor gewetensbezwaren. Er is, met de huidige hoge vaccinatiegraad, echter te weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit om een vaccinatieverplichting te kunnen rechtvaardigen.⁸ Cultuurverschillen en het ontbreken van grote vaccinatie weigerende populaties kunnen ook een deel van het verschil tussen België en Nederland verklaren. De reactie van principiële weigeraars op een verplichtstelling is overigens onbekend.

Voorstellen

Concluderend is een verplichting tot vaccinatie niet aan te bevelen zolang niet duidelijk is of dit effectief is, en of er geen andere, minder ingrijpende oplossingen zijn die kunnen bijdragen aan een verhoging van de vaccina-

tiegraad. Wel rechtvaardigen de genoemde cijfers een intensivering van de huidige inspanningen. Morele druk heeft daarbij de voorkeur boven juridische maatregelen. Deze intensivering zal daarom met name gericht moeten


zijn op het persoonlijk en individueel overtuigen van ouders. Concreet valt te denken aan de volgende maatregelen:

Een actievere houding van de GGD'en, waarbij aarzende of weigerende ouders worden geconfronteerd met hun verantwoordelijkheden en de mogelijke gevaren van niet-vaccineren. Dit kan bijvoorbeeld door hen op te roepen voor een gesprek met de consultatiebureauarts. In een dergelijk gesprek kan op individuele basis worden ingegaan op de bezwaren of twijfels van de ouders. Ook kan hen worden gewezen op het solidariteitsaspect van vacci-

natie, en het belang van groepsimmunitet. Op deze wijze kan de vrijheid van ouders in balans worden gebracht met het maatschappelijke en individuele belang van groepsimmunitet.

Een betere individuele follow-up van de monitoring van niet-gevaccineerde kinderen. Nu er met Praeventis (het vaccinatieregister van het RIVM) een landelijk registratiesysteem is, bestaat de mogelijkheid om gerichte acties te ondernemen naar kinderen die niet (volledig) zijn gevaccineerd.

Oudere, niet-gevaccineerde kinderen (twaalf tot zestien jaar) moeten gericht, (dus niet via de ouders) de keuze tot inenting krijgen voorgelegd, ondersteund door een goede, op deze doelgroep gerichte voorlichting. Mogelijk kunnen GGD en scholen hierin een rol spelen. De recente ervaringen met de onverwacht lage opkomst van twaalfjarige meisjes voor de HPV-vaccinatie heeft in ieder geval geleerd dat deze doelgroep een toegesneden wijze van communicatie behoeft.

Er is onvoldoende inzicht in de redenen waarom ouders hun kinderen niet laten vaccineren. De motivatie van strenggelovige ouders is waarschijnlijk anders dan die van ouders die twijfelen aan het nut en de veiligheid van het RVP. Het is van belang hier meer inzicht in te krijgen, zodat de informatieverstrekking beter op de doelgroep kan worden toegesneden. | Dit geldt te meer nu ouders steeds mondiger worden, er via internet eenvoudig geruchten kunnen worden verspreid en de ziektes waartegen wordt gevaccineerd steeds verder wegzakken uit het collectieve geheugen. Artsen (met name huisartsen) en andere professionals in risicogebieden kunnen expliciet worden betrokken bij de uitvoering van vaccinatieprogramma's en verdere optimalisering van de vaccinatiegraad. 

Oudere, niet-gevaccineerde kinderen moeten zelf kunnen beslissen over inenting



De literatuurlijst en een tweetal publicaties over vaccinatie bij kinderen vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Mertens PLJM. Outbreaks: Sources of Epidemiological Knowledge in Communicable Disease Control. Thesis Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, 2008.
2. Douglas J. Opel, MD; Douglas S. Diekema, MD, MPH; Nancy R. Lee, MBA; Edgar K. Marcuse, MD, MPH, A. Social Marketing as a Strategy to Increase Immunization Rates. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009; 163 (5): 432-43, May 2009.
3. Saad B. Omer, MB, BS, PhD, MPH, Salmon Daniel A., PhD, MPH, Orenstein Walter A, MD, deHart Patricia M, ScD, and Halsey Neal, MD. Vaccine Refusal, Mandatory Immunization, and the Risks of Vaccine-Preventable Diseases, NEJM, Volume 360: 1981-8, May 2009.
4. RIVM Rapport 210021007/2008 Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland verslagjaar 2006-2008.
5. Gezondheidsraad 2007: De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden. Den Haag, rapport Nr. 2007/02, 7 maart 2007.
6. PG/ZP-2.854.243, brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 9-11-2008, en antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Van Gerven en Langkamp: doc 23 februari 2009, 2080910270 en PG-K-U-2913659.
7. Schriftelijke vraag nr. 4-133 d.d. 14 januari 2008 van Louis Ide aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Bron: www.senate.be.
8. RIVM monitort deze vaccinatiegraad om tijdig nieuwe risicogroepen te identificeren en zo nodig maatregelen te nemen. RIVM. The National Immunisation Programme in the Netherlands. H.E. de Melker, E.A. van Lier, (eds). Report 210021009/2009.