



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Bijlage Achtergronden bij RVP-richtlijn Informed consent-procedure

RIVM juni 2018

Inhoud

1 Wetgeving	3
1.1 De Wet publieke gezondheid (Wpg)	3
1.2 Het Besluit publieke gezondheid	4
1.3 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)	4
1.4 De Wet bescherming Persoonsgegevens (Wbp).....	6
1.5 De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).....	6
1.6 Uitvoeringswet AVG (UAVG).....	6
1.7 Wet basisregistratie personen (Wet BRP)	7
1.8 Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz)	7
1.9 De autoriteit persoonsgegevens.....	8
2 Centrale registratie en gegevensuitwisseling	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg	9
2.3 Elektronische gegevens uitwisseling.....	9
2.4 Praeventis	9
2.5 Overdracht gegevens via berichtenverkeer met DD JGZ	10
2.6 RIVM-berichten voor gegevens uitwisseling tussen RIVM en JGZ.....	11
2.7 Het belang van centrale registratie in Praeventis.....	13
2.8 Juridisch kader toestemming uitwisseling van persoonsgegevens tussen JGZ en RIVM in het kader van het RVP.....	15
3 Scenario's bij tweeledig informed consent.....	19
4 De CASE-methode	21
5 Toelichting bij het vaccinatieconsult.....	23
5.1 Inleiding.....	23
5.2 Rol van de zorgprofessional.....	23
5.3 Meest genoemde zorgen van ouders	24
5.4 Houding van ouders t.o.v. vaccineren en bij passende gespreksdoelen	25
5.5 Het huisbezoek door de verpleegkundige bij 2 weken.....	27
5.6 Tips en valkuilen bij de gespreksvoering - Het consult bij de jeugdarts bij 4 weken.....	28
5.7 Informed consent voor kinderen van 12 jaar en ouder	31
Referenties.....	32

1 Wetgeving

In dit hoofdstuk wordt uitgebreider ingegaan op de wettelijke kaders die van toepassing zijn op de uitvoering van het RVP. Tabel 1 geeft een overzicht van de wetten die betrekking hebben op het RVP en de informed consent-procedure.

Tabel 1 Wetten die betrekking hebben op de JGZ, RVP en informed consent-procedure	
Naam van de wet	Wat staat er in deze wet?
Wet publieke gezondheid	Regelt de JGZ en het RVP
Besluit publieke gezondheid	Beschrijft nadere eisen en verplichtingen voor de uitvoering van de Wet publieke gezondheid. Benoemt o.a. het informed consent. Gaat in 1-1-2018, met uitzondering dat de financiering nog niet via de gemeenten loopt en het informed consent niet voor medio 2019 wordt ingevoerd.
Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	Basis voor de rechtsverhoudingen tussen zorgverlener en cliënt. Regelt het recht op informatie van de cliënt en het informed consent
Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)	Regelt de verwerking van persoonsgegevens, waarbij het recht op privacy centraal staat. Persoonsgegevens mogen alleen worden uitgewisseld met toestemming van de betrokkene. Wordt per 25-5-2018 vervangen door de AVG en UAVG.
Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).	Europese verordening (EU) 2016/679, in het Engels General Data Protection Regulation, GDPR. De AVG is op 25-5-2018 volledig in werking treden en vervangt dan de Wbp
Uitvoeringswet AVG (UAVG)	Vervangt samen met de AVG de Wbp. De UAVG is in werking per 25-5-2018
Wet basisregistratie personen (Wet BRP)	Regelt wie toegang heeft tot gegevens uit de BRP. Jeugdgezondheidszorg-organisaties en RIVM ontvangen gegevens uit de BRP voor de uitvoering van hun taken op basis van een autorisatiebesluit bij de wet BRP.
Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz)	Dit is de opvolger van de Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg. Hierin is opgenomen de wet cliëntenrechten elektronische verwerking van gegevens.

1.1 De Wet publieke gezondheid (Wpg)

De [Wet publieke gezondheid \(Wpg\)](#) regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal

gezondheidsgevaaren kunnen opleveren. Ook regelt de wet de jeugd- en ouderengezondheidszorg. De Wet publieke gezondheid vervangt sinds 2008 de Infectieziektenwet, de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de Quarantainewet.

Met ingang van 2015 is het RVP op tijdelijke basis opgenomen in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Per 1-1-2018 is het RVP definitief opgenomen in de Wpg. Per 1-1-2019 komt de regie bij de gemeente te liggen, dan gaat ook de financiering over naar de gemeente.

1.2 Het Besluit publieke gezondheid

De algemene maatregel van bestuur, [het Besluit publieke gezondheid](#), beschrijft nadere eisen en verplichtingen voor de uitvoering van de Wpg. In het aangepaste besluit wordt het vaccinatieprogramma en het geven van voorlichting (artikel 3, lid b) beschreven. Artikel 3. Ter uitvoering van het vaccinatieprogramma zorgt het college van burgemeester en wethouders ervoor dat:

- a. tijdig volgens het vaccinatieprogramma uitnodigingen worden verzonden voor vaccinatie en het daartoe bepalen van tijd en locatie van de vaccinatie;
- b. objectieve, volledige en passende voorlichting aan en begeleiding van ouders of verzorgers wordt geboden over deelname aan het programma, alsmede het beantwoorden van vragen omtrent de vaccinaties;
- c. op het tijdstip en de locatie, bedoeld in onderdeel a, de vaccinaties worden gegeven;
- d. het beheer van de vaccins en de uitvoering van de vaccinaties geschiedt volgens de daarvoor geldende professionele richtlijn en door voldoende en deskundig personeel;
- e. tijdig met het RIVM overleg wordt gevoerd inzake frequentie, planning en organisatie van groepsvaccinaties;
- f. jaarlijks overleg plaatsvindt tussen de afdeling infectieziektebestrijding van de gemeentelijke gezondheidsdienst en de uitvoerders van de jeugdgezondheidszorg over de rapportage over de vaccinatiegraad.

1.3 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst ([WGBO](#)) is onderdeel van het burgerlijk wetboek. Deze wet is de belangrijkste basis voor de rechtsverhoudingen tussen zorgverlener en cliënt. Op grond van deze wet hebben ouders en jongeren recht op informatie, privacy en inzage in het (medische) JGZ dossier. De hulpverlener heeft de plicht om informatie te geven, een dossier bij te houden, de privacy te bewaren, alleen een behandeling te geven als een cliënt daarvoor toestemming heeft gegeven en een geheimhoudingsplicht (zie tabel 2).

Tabel 2 Rechten en plichten in de WGBO	
Ouders en jongeren hebben recht op: <ul style="list-style-type: none">- Informatie- Privacy- Inzage in medisch dossier	Hulpverlener heeft de plicht om <ul style="list-style-type: none">- Informatie te geven- Dossier bij te houden- Privacy te bewaren- Alleen te behandelen met toestemming- Geheimhouding te betrachten

Om toestemming te kunnen geven voor een behandeling, zoals vaccinaties, moeten ouders en jongeren adequaat geïnformeerd zijn. Deze op informatie gebaseerde toestemming wordt informed consent genoemd. Voor kinderen onder de 12 jaar moeten de ouders toestemming geven. Kinderen tussen de 12 en 16 jaar geven naast hun ouders ook zelf toestemming en vanaf 16 jaar worden jongeren zelf bekwaam geacht tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst en kunnen dan ook zelfstandig toestemming geven voor behandeling (zie tabel 3) en [Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst \(site NCJ\)](#). De arts mag pas met de behandeling starten als de patiënt alle facetten van de behandeling heeft begrepen en vervolgens toestemming heeft gegeven voor behandeling. Deze toestemming moet vastgelegd worden in het dossier.

Een van beide ouders kan namens beide ouders de toestemming geven. Bij onenigheid tussen de ouders moet geprobeerd worden overeenstemming te verkrijgen. Indien dit niet realiseerbaar is telt het belang van het kind het zwaarst.

Tabel 3 Leeftijdsgrenzen bij toestemming voor behandeling	
Leeftijd	Wie moet toestemming geven
< 12 jaar	Ouder(s) geven toestemming
12 -16 jaar	Ouder(s) en kind geven samen toestemming*
16 jaar en ouder	Jongere geeft zelf toestemming

Wetstekst 450.2.

Indien de patiënt minderjarig is en de leeftijd van twaalf maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, is tevens de toestemming van de ouders die het gezag over hem uitoefenen of van zijn voogd vereist. De verrichting kan evenwel zonder de toestemming van de ouders of de voogd worden uitgevoerd, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, alsmede indien de patiënt ook na de weigering van de toestemming, de verrichting weloverwogen blijft wensen.

Toelichting op KNMG website

Bij jongeren van 12 tot 16 jaar is de toestemming van de ouders/voogden en van de jongere zelf vereist. In twee uitzonderingsgevallen is de toestemming van alleen de jongere voldoende.

- als het niet behandelen van de jongere voor hem ernstig nadeel oplevert (denk aan geslachtsziekte, vaccinatie) hoeven de ouders over de behandeling niet te worden ingelicht
- als de behandeling de weloverwogen wens is van de jongere (denk aan abortus, vaccinatie). In dit geval dient de arts in principe wel met de ouders/voogden te overleggen, maar het goed hulpverlenerschap kan met zich meebrengen dat zij over de behandeling niet worden geïnformeerd. Ook in deze leeftijdscategorie dienen de jongeren naar hun bevattingsvermogen te worden geïnformeerd over de behandeling.

Het naleven door artsen van het beginsel van ‘informed consent’ is volgens de KNMG niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de patiënt is goed voor het wederzijds vertrouwen en bevordert de therapietrouw ([KNMG](#)).

Artsen en verpleegkundigen mogen geen informatie uit het dossier verstrekken aan derden, tenzij met toestemming van ouders en/of jongeren. Uitzondering hierop zijn hulpverleners die direct bij de zorg voor het kind zijn betrokken (het JGZ team en eventuele vervangers). Onder het verstrekken van informatie uit het dossier aan derden valt ook het verstrekken van de vaccinatiegegevens aan het RIVM.

Voor de uitwisseling van gegevens geldt dat de ouder(s) toestemming moeten geven. Jongeren vanaf 12 jaar moeten ook toestemming geven voor de gegevensuitwisseling. Als het kind 12 jaar wordt dan kan volstaan worden met het persoonlijk informeren van de jeugdige over de toestemming door de ouder gegeven in combinatie met de mogelijkheid bieden die toestemming te wijzigen. Dit kan bijvoorbeeld met een gepersonaliseerde brief aan de jeugdige. Voor aantoonbaarheid kan de brief als bijlage aan het DD JGZ van de jeugdige wordt toegevoegd. Als het kind boven de 12 is en er nog geen toestemming van de ouders is dan moet zowel aan de ouder(s) als aan het kind toestemming gevraagd worden. Gegevens worden alleen uitgewisseld als zowel ouder en kind toestemming geven. Geeft een van beide geen toestemming voor gegevensuitwisseling, dan worden er geen gegevens uitgewisseld.

1.4 De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)

In Nederland is het recht op privacy vastgelegd in de artikelen 10 tot en met 13 van de Nederlandse Grondwet. Een onderdeel van privacy, de verwerking van persoonsgegevens, wordt sinds 1 september 2001 nader geregeld in de Wet bescherming persoonsgegevens ([Wbp](#)). Naast de Wbp regelt onder meer de [Wet basisregistratie personen \(BRP\)](#) de bescherming van persoonsgegevens. Het algemene uitgangspunt is het recht op privacy. Dit houdt in dat anderen geen toegang tot de verstrekte gegevens mogen hebben zonder toestemming van betrokkene. Met toestemming zijn er geen belemmeringen om persoonsgegevens uit te wisselen, zolang aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan ([NCJ](#)).

Artikel 8

Persoonsgegevens mogen slechts worden verwerkt indien:

- a. De betrokkene voor de verwerking zijn ondubbelzinnige toestemming heeft verleend;

Deze wet is per 25-5-2018 vervangen door de AVG en UAVG.

1.5 De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

Per 25 mei 2018 is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van toepassing. Dat betekent dat er vanaf die datum dezelfde privacywetgeving geldt in de hele Europese Unie (EU). De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geldt dan niet meer. De AVG gaat gelden voor alle maatschappelijke sectoren, waaronder de zorg. De grootste verandering zal zijn dat als de AVG van toepassing is, dat organisaties die persoonsgegevens verwerken meer verplichtingen hebben. Er wordt in de AVG meer nadruk gelegd op de verantwoordelijkheid van organisaties zelf om te kunnen aantonen dat zij zich aan de wet houden (accountability). Organisaties hebben daarom een verantwoordingsplicht. Dit houdt in dat zij met documenten moeten kunnen aantonen dat zij de juiste organisatorische en technische maatregelen hebben genomen om aan de AVG te voldoen ([Autoriteit persoonsgegevens](#)).

1.6 Uitvoeringswet AVG (UAVG)

Met de Uitvoeringswet wordt uitvoering gegeven aan de Algemene verordening gegevensbescherming. Het uitgangspunt hierbij is beleidsneutraliteit ten aanzien van de bestaande wetgeving. Er worden geen zelfstandige, nationale beleidsdoelen nagestreefd. Voor zover de Uitvoeringswet gevolgen heeft voor overheden, bedrijfsleven en burgers volgen deze uit de verordening zelf, of gaat het om verplichtingen die reeds bestaan op basis van de Wbp. Op de administratieve lasten en nalevingskosten die

rechtstreeks uit de verordening volgen kan nationale wetgeving geen invloed uitoefenen (Rijksoverheid.nl).

1.7 Wet basisregistratie personen (Wet BRP)

De Basisregistratie Personen (BRP) bevat persoonsgegevens van inwoners in Nederland. En van personen in het buitenland die een relatie hebben met de Nederlandse overheid. Bijvoorbeeld doordat zij tijdelijk werken of studeren in Nederland. De BRP is de opvolger van de gemeentelijke basisadministratie voor persoonsgegevens (GBA).

Gemeenten houden persoonsgegevens van burgers bij in de BRP. Wanneer iemand trouwt, een kind krijgt of verhuist, wordt dit vastgelegd. Als iemand gaat verhuizen naar een andere gemeente, verhuizen de persoonsgegevens met diegene mee.

Om gegevens in de BRP te mogen gebruiken of bekijken, gelden regels. Die staan in de [Wet basisregistratie personen](#) (Wet BRP) Deze wet is ingegaan op 6 januari 2014. Privacybescherming en beveiliging zijn belangrijke onderdelen van de wet.

Alleen organisaties met een publieke of maatschappelijke taak kunnen gegevens uit de BRP krijgen. De regels daarover liggen vast in de Wet BRP. Deze organisaties krijgen alleen die gegevens die zij nodig hebben. Waarvoor een organisatie persoonsgegevens krijgt, en welke gegevens, ligt vast in een autorisatiebesluit. Het RIVM heeft vanwege een autorisatiebesluit toegang tot gegevens uit de BRP. Ook JGZ organisaties krijgen gegevens uit de BRP. Op basis van de melding van geboorte of vestiging wordt een DD JGZ aangemaakt.

1.8 Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz)

Deze wet is de opvolger van [De Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg](#) (Wet BSN-z). Deze regelt het gebruik van het BSN in de zorg. Een zorgaanbieder gebruikt het BSN van een cliënt met het doel te waarborgen dat de in het kader van de verlening van zorg te verwerken persoonsgegevens op die cliënt betrekking hebben.

Erkende zorgverleners zijn verplicht het BSN van hun patiënten vast te leggen in hun administratie. Het BSN is een uniek persoonsgebonden nummer. Iedereen die bij een Nederlandse gemeente staat ingeschreven, heeft een BSN.

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en indicatieorganen zijn verplicht het BSN te registreren. Ook moeten ze het nummer gebruiken als ze gegevens over patiënten uitwisselen.

Het BSN in de zorg wordt gebruikt om:

- fouten te voorkomen bij de uitwisseling van financiële en medische gegevens;
- eenvoudiger te declareren bij de zorgverzekering;
- persoonsverwisseling te voorkomen;

- betere bescherming te bieden tegen identiteitsfraude.

Zorgaanbieders moeten het BSN gebruiken als zij zorg leveren zoals die wordt omschreven in de Wbsn-z. Het gaat onder andere om:

- jeugdgezondheidszorg volgens de Wet publieke gezondheid;
- geneeskundige handelingen volgens artikel 1 uit de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- inentingen uit het Rijksvaccinatieprogramma en onderzoek bij pasgeborenen naar een aantal ernstige zeldzame ziekten. (Zie Rijksoverheid.nl)

1.9 De autoriteit persoonsgegevens

De [autoriteit persoonsgegevens](#) ziet toe op de naleving van de Wbp en de wet BRP.

2 Centrale registratie en gegevensuitwisseling

2.1 Inleiding

De arts of verpleegkundige is vanuit de WGBO wettelijk verplicht om zijn/haar medische handelingen en bevindingen in een dossier vast te leggen. Onder de Wet Publieke Gezondheid is het vanaf 2010 verplicht om dit in een digitaal dossier te doen. De JGZ gebruikt hiervoor het [digitaal dossier JGZ](#) (DD JGZ). In het belang van het kind kunnen gegevens uit het dossier worden gedeeld met andere zorgverleners. Dit kan alleen na toestemming van de ouder en het kind (vanaf 12 jaar). Ouders en kinderen mogen het dossier zelf ook inzien.

2.2 Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg

Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) is een elektronisch dossier. Er staan gegevens in over de gezondheid en de ontwikkeling van een kind. Het digitale dossier bevat dezelfde soort gegevens als eerder in het papieren dossier. Ook de vaccinatiegegevens van het kind staan in het DD JGZ. Ieder kind van 0 tot 18 jaar krijgt op het moment dat het in contact komt met de jeugdgezondheidszorg een DD JGZ. (Zie [Rijksoverheid.nl Wat is het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg](#)).

Het DD JGZ is alleen toegankelijk voor degenen die direct bij de zorg voor het kind of de jeugdige zijn betrokken, zoals de arts, verpleegkundige of assistente van de jeugdgezondheidszorg waar het kind zorg bij krijgt. Het dossier is dus niet toegankelijk voor huisartsen, ziekenhuizen, scholen, gemeenten, jeugdzorg, politie, justitie of andere personen en instanties.

2.3 Elektronische gegevensuitwisseling

De doorgifte van gegevens gebeurt steeds vaker elektronisch. Deze gegevensuitwisseling kan alleen plaatsvinden met toestemming van de cliënt. De overheid heeft verplicht gesteld dat bij de doorgifte van gegevens gebruik wordt gemaakt van het Burgerservicenummer (BSN). Hierdoor kunnen administratiefouten worden voorkomen. Dit geldt bijvoorbeeld voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners onderling of tussen zorgverlener en laboratoria.

Deze gegevensuitwisseling moet aan strenge wettelijke eisen voldoen. De overheid heeft een heel pakket aan maatregelen getroffen om te voorkomen dat onbevoegden bij de gegevens kunnen. Die maatregelen gelden ook voor de informatiesystemen die betrokken zijn bij het RVP. Zo zijn zorgverleners verplicht om gebruik te maken van een 'goed beheerd zorgsysteem'.

2.4 Praeventis

Het landelijke informatiesysteem dat wordt gebruikt voor het RVP heet Praeventis. In het kader van de wettelijke taak van het RIVM ontvangt het informatiesysteem Praeventis de geboorteberichten en berichten van vestiging van alle kinderen in Nederland onder de 19 jaar. De Basisregistratie Personen (BRP) verstuurt deze melding na de geboorteaangifte of na aangifte van vestiging. Deze gegevens worden gebruikt om een kind te kunnen uitnodigen voor het RVP. Daarnaast ontvangt het RIVM

informatie van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA). De COA gegevens worden gebruikt om een asielzoekerskind in de COA-opvang te kunnen uitnodigen voor het RVP.

De door de JGZ gegeven vaccinaties worden in het eigen JGZ dossier opgenomen en daarnaast centraal geregistreerd in Praeventis. Het doorgeven van vaccinatiegegevens aan het RIVM kan op dit moment op verschillende manieren:

- a. Door het insturen van de oproepkaarten of blauwerandkaarten
- b. Door registratie door de JGZ-medewerker in RVP -Online
- c. Door bericht uitwisseling tussen het DD JGZ en Praeventis (zie verder paragraaf 3.4).

De centrale registratie van vaccinaties is in verschillende opzichten van belang, zowel op individueel als op collectief niveau. Denk aan kwaliteitsbewaking (via monitoring, registratie en surveillance) van het totale programma. Het belang van centrale registratie wordt omschreven in paragraaf 2.7.

2.5 Overdracht gegevens via berichtenverkeer met DD JGZ

Digitale communicatie tussen de JGZ en het RIVM vindt plaats door middel van zogenoemde RVP-berichten. Deze digitale communicatie kan alleen plaatsvinden voor kinderen met een geverifieerd BSN. De digitale gegevensuitwisseling tussen de JGZ en het RIVM verloopt via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Om medische gegevens door te geven aan een andere partij moet de cliënt toestemming geven. Dit is bepaald in de wetgeving die de privacy van de patiënt beschermt: de WGBO en de Wbp (straks AVG). Als u toestemming vraagt aan uw patiënt, moet hij weten waar hij precies toestemming voor geeft. Volgens de WGBO en de Wbp heeft de zorgverlener de plicht om de patiënt eerst goed en persoonlijk te informeren.

De cliënt moet op de hoogte zijn van:

- Wat er met zijn medische gegevens gebeurt;
- Op welke gegevens de toestemming betrekking heeft;
- Voor welk doel de gegevensuitwisseling plaatsvindt;
- Welke soorten zorgverleners welke gegevens kunnen inzien;
- Wie verantwoordelijk is voor de gegevensverwerking via het LSP.

Als de cliënt is geïnformeerd, kan toestemming gevraagd worden. Voor het RVP kunnen cliënten mondeling toestemming geven. De toestemming moet vastgelegd worden in het dossier van het kind of de jeugdige. In het dossier moet het volgende worden vastgelegd:

- dat toestemming gegeven is (ja/nee);
- wie de toestemming heeft gegeven (naam ouder/verzorger/kind);
- wanneer de toestemming is gegeven (datum);
- wie de toestemming heeft vastgelegd (ID van de JGZ-medewerker).

Nadat de toestemming is vastgelegd kunnen de gegevens uitgewisseld worden.

Als de cliënt geen toestemming geeft, mag dit feit niet aan het RIVM doorgegeven worden. Als het RIVM niet doorgegeven krijgt dat uitwisseling niet gewenst is, blijft het RIVM wel naar JGZ info sturen. Geanonimiseerde gegevens kunnen wel uitgewisseld en verwerkt worden wanneer er geen directe of indirecte herleidbaarheid is. De gegevens die dan uitgewisseld worden zijn de JGZ-organisatie, locatie, datum of periode, vaccinsoort en chargenummer.

Pseudonimiseren van gegevens is niet mogelijk. Gepseudonimiseerde gegevens zijn persoonsgegevens. Voor de berekening van de vaccinatiegraad zijn onder andere de geboortedatum en postcode nodig. Hiermee zijn de gegevens herleidbaar.

De in het verleden verleende toestemming voor het uitwisselen van gegevens kan worden ingetrokken. Toestemming intrekken betekent geen nieuwe verstrekkingen en verwerkingen. Bij JGZ blijven de vaccinatie gegevens bewaard in het dossier zolang de dossierplicht voortduurt. Toestemming voor de uitwisseling met het RIVM gaat niet over gegevensverwerking door de JGZ zelf. Het intrekken van de toestemming tot gegevensuitwisseling mag wel digitaal aan het RIVM doorgegeven worden. Als de cliënt ook willen dat de al eerder geregistreerde gegevens bij het RIVM verwijderd worden, moet hij daarvoor contact met het RIVM opnemen.

Voor kinderen zonder een BSN, zoals asielzoekerskinderen in de COA-opvang, kunnen digitaal geen berichten uitgewisseld worden. Voor deze kinderen kunnen per telefoon gegevens opgevraagd worden. Asielzoekerskinderen hebben wel een V-nummer (vreemdelingen nummer). Het v-nummer kan nog niet via het LSP overgedragen worden.

In de volgende paragraaf volgt een beschrijving van de verschillende berichten en welke gegevens uitgewisseld worden.

2.6 RIVM-berichten voor gegevens uitwisseling tussen RIVM en JGZ

Nictiz heeft de [informatiestandaard](#) ontwikkeld waarmee JGZ-organisaties onderling de dossiers digitaal en gestructureerd over kunnen dragen en met het RIVM digitaal gegevens kunnen uitwisselen over vaccinaties en de hielprikscreening. De basis voor de uitwisseling tussen JGZ en RIVM zijn de [gegevensrichtlijnen](#) voor het RVP en de Neonatale hielprikscreening (NHS).

Er is een vijftal berichten ontwikkeld voor de uitwisseling van gegevens betreffende het RVP tussen de JGZ en het RIVM:

- Bericht 1: Aanvraag bericht vaccinatiestatus
- Bericht 2: Inzage bericht vaccinatiestatus
- Bericht 3: Bericht chargenummers
- Bericht 4: Bericht toegediende vaccinatie(s) + eventueel bezwaar
- Bericht 7: Bericht ondersteuning Groepsvaccinaties

Bericht 1 is een bericht dat van de JGZ naar het RIVM gaat. Met bericht 1 doet de JGZ via het DD JGZ een verzoek om de vaccinatiestatus van een kind op te vragen. In bericht 1 wordt het BSN van het kind vermeld. Na ontvangst van het bericht vinden er verschillende digitale controles plaats:

- Bekende gevalideerde BSN? (nee, bericht “niets gevonden”)
- Mag de JGZ elektronisch aanleveren? (nee, bericht “niet geautoriseerd”)
- Tijdstip tussen 7.00 – 21.00 uur? (nee, bericht “buiten kantoor tijd”)
- Max van 10% nog niet bereikt? (wel bereikt, bericht “max opvragingen per tijdseenheid overschreden”)

Als de controles in orde zijn en het kind bekend is in Praeventis wordt het antwoord van het RIVM aan het DD JGZ verstuurd. Dit is **bericht 2**. Het bericht verschijnt als een pop-up in het DD JGZ. In bericht 2 staan de volgende gegevens:

- BSN
- Geboortedatum
- Adres gegevens kind
- Gegeven vaccinaties (mits goedgekeurd)
- Geplande vaccinaties
- Bezwaren indien die in Praeventis geregistreerd staan

Bericht 3 gaat iedere nacht van het RIVM naar alle JGZ organisaties. In dit bericht staan alle geldige vaccins van die dag met hun partijnummer genoemd. DD JGZ leest dit dagelijks in, waardoor je gelijk gewaarschuwd zou moeten worden als je een partijnummer wilt registreren van een product dat geëxpireerd is. Dit nummer staat dan namelijk niet meer in je lijst. Dit is gelijk je waarschuwing dat er iets niet klopt!

Bericht 4 is de registratie van toegediende vaccinatie(s). Dit bericht gaat via het DD JGZ naar het RIVM. In het bericht worden de volgende gegevens vermeldt:

1. Gegevens kind: BSN, NAW en Geboortedatum
2. Gegevens organisatie: URA-code en de Koelkastcode
3. Gegevens vaccinatie: soort vaccinatie, vaccinatiedatum en chargennummer
4. Bezwaar indien ouder dit tijdens dat contactmoment doorgeeft

Alle andere informatie die in het DD JGZ staat vermeld, zoals toelichtingen in memovelden, wordt niet meegestuurd naar RIVM!

De gegevens die in bericht 4 verstuurd worden zijn gelijk aan de gegevens die op de oproepkaart vermeld worden.

Bericht 7 is een bericht ter ondersteuning van de groepsvaccinaties. Op het moment dat het printbestand naar de drukker gaat, ontvangt de betreffende JGZ een bericht met alle kinderen er in die voor deze vaccinatie(s) opgeroepen zijn. In dit bestand staat welke vaccinaties dit kind nog moet krijgen. In dit bestand staan ook de kinderen zonder BSN!

Gegevens in het bericht zijn:

- BSN of V-nummer

- NAW
- Geslacht
- Geboortedatum
- Soort vaccinatie

2.7 Het belang van centrale registratie in Praeventis

De door de JGZ gegeven vaccinatie wordt geregistreerd in het JGZ-dossier. Daarnaast worden de gegevens met betrekking tot de vaccinatie (naam, adres, geslacht, geboortedatum, BSN-nummer, batchnummer van het vaccin), mits daarvoor toestemming is gegeven door de ouder, doorgegeven aan het RIVM. Het RIVM heeft deze gegevens nodig voor de kwaliteitsbewaking (via monitoring, registratie en surveillance) van het totale programma.

In de voorlichting moet het belang van landelijke registratie op naam bij het RIVM benadrukt worden. Voor ouders en kinderen is de centrale registratie handig om later vaccinatiegegevens van hun gevolgde programma op te kunnen vragen. Daarnaast controleert het RIVM de juistheid van de gegeven vaccinaties (intervallen, vaccinsoort, expiratedatum). Bij eventuele problemen met een bepaalde vaccin-batch kunnen de kinderen die met het betreffende vaccin zijn gevaccineerd snel getraceerd worden. Naast het individuele belang is er ook een collectief belang van centrale registratie. Infectieziekten zijn veranderlijk en de effecten van vaccinatie gaan verder dan het betrokken individu. Daarom is nauwkeurige bewaking van vaccinatiegraad, effectiviteit en bijwerkingen een essentieel onderdeel van het RVP. Deze bewaking is alleen goed mogelijk met registratie op naam.

De centrale registratie in Praeventis heeft verschillende doelen:

1. Dienstverlening individuele patiënt: o.a. opvragen vaccinatiebewijs
2. Coördinatie uitvoering: oproepen, registreren, controleren, rappelleren, uitbetaling JGZ
3. Programmabewaking
4. Vaccinatiegraad (immuunstatus van de bevolking van Nederland)
5. Beheersing uitbraak/epidemiologie
6. Bewaking veiligheid en effectiviteit
7. Faciliteren wetenschappelijk onderzoek

Hieronder worden de verschillende doelen van centrale registratie in Praeventis verder uitgewerkt.

Ad 1. Dienstverlening individuele patiënt

Centrale registratie maakt het mogelijk om aan ouders of jongere informatie te verschaffen over de vaccinatiehistorie en het RIVM kan een nieuw vaccinatiebewijs afgeven. Bij centrale registratie kunnen ouders/kind in de toekomst via een app de vaccinatiegegevens van hun kind/zichzelf inzien.

Ad. 2 Coördinatie uitvoering

Het RIVM stuurt van wege haar wettelijke taak oproepen naar de kinderen van Nederland die in aanmerking komen voor het RVP. Het RIVM bewaakt per individu het RVP. Als een vaccinatiemoment zonder geregistreerde vaccinatie is gepasseerd, dan stuurt het RIVM een rappel. Als ouders er voor

kiezen om de vaccinaties niet centraal te laten registreren dan weet het RIVM niet of een kind gevaccineerd is. Het kan dan zo zijn dat een ouder een rappel ontvangt, terwijl het kind wel gevaccineerd is. Alle ouders ontvangen van het RIVM uitnodigingen, ongeacht of de vaccinaties centraal geregistreerd worden.

De JGZ controleert de geldigheid van de te gegeven vaccinaties al vorens deze toe te dienen. Het RIVM controleert geautomatiseerd bij registratie in het landelijke dossier de geldigheid van de gegeven vaccinatie op basis van het individuele schema van het betreffende kind. Als er een signaal volgt dat een vaccinatie niet juist is gegeven, dan koppelt RIVM dit terug aan betreffende JGZ. Dit is een kwaliteitsbeoordeling. Onder geldigheid wordt zowel juiste vaccin, juiste interval als expiratedatum van het vaccin bedoeld.

In bijzondere situaties ontvangt het RIVM informatie over een individueel kind van het laboratorium (hepatitis B –uitslag tijdens zwangerschap moeder) of van een specialist (vaccinatie na stamceltransplantatie, bij een afweerstoornis, een cochleair implantaat of i.v.m. hypo/asplenie). Het RIVM informeert de JGZ over een aangepast vaccinatieschema bij betreffend kind.

Ad. 3 Programma bewaking

Bij een vaccinprobleem, zoals een recall, informeert het RIVM de JGZ. Op basis van de geregistreerde charge nummers weet het RIVM wie welk vaccin heeft ontvangen. Het RIVM bepaalt welke acties ondernomen moeten worden, bijvoorbeeld het versturen van een standaardbrief aan iedereen die het vaccin heeft ontvangen. Dit zijn acute situaties waarin het snel handelen van belang is. Centrale registratie maakt het mogelijk om snel in beeld te hebben om welke kinderen het gaat.

Ad. 4 Vaccinatiegraad

Het RIVM maakt jaarlijks een rapportage over de vaccinatiegraad voor de verschillende vaccins en de verschillende leeftijdsgroepen. Deze vaccinatiegraad geeft een beeld van de kwetsbaarheid van de verschillende regio's. In geval van een epidemie is dan snel bekend waar extra aandacht nodig is. Als een te groot aantal ouders af ziet van centrale registratie is een nauwkeurige berekening van de vaccinatiegraad niet meer mogelijk.

Ad. 5 Beheersing uitbraak/epidemie

In het geval van een uitbraak van een ziekte die voorkomt in het RVP is er sprake van een acute situatie. Het is dan van belang om te weten welke kinderen mogelijk niet optimaal beschermd zijn, zodat deze kinderen gericht benaderd kunnen worden voor acties.

Ad. 6 Bewaking veiligheid en effectiviteit

Zowel ouders als zorgprofessionals kunnen bijwerkingen na vaccinaties melden bij het Lareb. (Vermoede) ernstige bijwerkingen van vaccinaties en geneesmiddelen worden altijd bij Lareb gemeld. Bij een melding van een bijwerking na vaccinatie heeft het Lareb de chargenummers van de vaccins nodig. Deze kunnen door de JGZ verstrekt worden of, met toestemming van ouders, door het RIVM. Als het Lareb een toename van bijwerkingen signaleert of ernstige bijwerkingen bij een specifiek

chargenummer, dan kunnen ouders van kinderen die met dat chargenummer zijn gevaccineerd, direct door het RIVM benaderd worden.

Ziektes waar tegen via het RVP gevaccineerd wordt zijn meldingsplichtige ziekten. Artsen en laboratoria melden deze ziekten bij de GGD afdeling Infectieziekte bestrijding. De GGD kan dan bij het RIVM de vaccinatiestatus van de betreffende persoon opvragen om te kijken of er mogelijk sprake is van vaccinfalen.

Ad. 7 Faciliteren wetenschappelijk onderzoek

Bij wetenschappelijk onderzoek wordt toestemming gevraagd voor een steekproef uit Praeventis, inclusief diegenen die niet deelnemen aan het RVP en diegenen waar het RIVM het niet van weet.

2.8 Juridisch kader toestemming uitwisseling van persoonsgegevens tussen JGZ en RIVM in het kader van het RVP

Naar aanleiding van de RVP-uitwisseling JGZ en RIVM zijn op basis van de wetgeving zoals de Wbp en AVG enkele gerichte juridische vragen beantwoord over de inrichting van de gegevensverwerking.

1 Aan wie moet toestemming gevraagd worden?

- a Toestemming moet gevraagd worden van alle (huidige en nieuwe) deelnemers voor nieuwe gegevenslevering van de JGZ aan RIVM. Het gaat dus om nieuwe vaccinaties en niet om al geregistreerde gegevens.
- b Leeftijden:
 - Onder de 12 geeft de ouder (of wettelijk vertegenwoordiger) toestemming.
 - Tussen de 12 en 16 geldt dat ouder en kind beiden toestemming moeten geven. Als een van beide niet wil, is er geen toestemming.
 - Vanaf 16 jaar geeft het kind zelf de toestemming.
- c Als het kind 12 jaar wordt dan kan volstaan worden met het persoonlijk informeren van de jeugdige over de toestemming door de ouder gegeven in combinatie met de mogelijkheid bieden die toestemming te wijzigen. Dit kan bijvoorbeeld met een gepersonaliseerde brief aan de jeugdige. Voor aantoonbaarheid kan de brief als bijlage aan het DD JGZ van de jeugdige wordt toegevoegd.
- d Een of meerdere gezaghebbende ouders geven de toestemming. Eén is genoeg als er gezag is. Tenzij bekend is dat de andere gezaghebbende ouder er anders over denkt of daar een vermoeden of twijfel over bestaat bij de zorgaanbieder, mag de vragende zorgaanbieder van gezamenlijke instemming uitgaan. Een ouder zonder gezag mag geen toestemming verlenen.

2 Hoe moet de toestemming gevraagd worden?

- a 'Geen bezwaar' is niet toestemming. Een bezwaarprocedure is dus niet voldoende als toestemming nodig is.

- b Het is mogelijk te werken met een eenmalige toestemming van ouder/kind die geldig is voor het gehele RVP. Belangrijk is dat in de folder goed beschreven is waar toestemming voor wordt gegeven. De toestemmingsinformatie zou zodanig geformuleerd moeten worden dat bij nieuwe vaccinaties in het RVP niet opnieuw toestemming gevraagd hoeft te worden.
- c Als goed beschreven dan kan de JGZ als organisatie landelijk toestemming vragen mits de JGZ als een organisatie te beschouwen is voor de betrokkene. De folder dient de reikwijdte goed uit te leggen en begrijpelijk te maken waarvoor de toestemming precies dient.
- d Als bovenstaande niet mogelijk is, wordt aan elke verstrekkende zorgaanbieder opnieuw toestemming gegeven. Echter het lijkt landelijk goed te regelen.
- e Een goede folder zorgt er tevens voor dat niet bij elke vaccinatie opnieuw toestemming hoeft te worden gevraagd.
- f In het DD JGZ mag geen sprake zijn van een 'toestemmingsvink' van degene die de toestemming moet geven die 'by default' in het systeem op JA gezet wordt. De AVG eist 'privacy by default'. Dit betekent standaard op NEE of geen invulling.

3 Waar kan toestemming voor gevraagd worden?

- a De volgende aspecten kunnen onder de toestemmingsvraag vallen:
 - communicatie van JGZ naar RIVM (gegeven vaccinaties + bezwaren, vaccinatiestatusopvraag);
 - communicatie van RIVM naar JGZ (vaccinatiestatusoplevering, toekomstige groepsvaccinaties, actieve benadering JGZ over individuele vaccinaties);
 - gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.
- b JGZ mag toestemming vragen mede namens RIVM. Men kan daarvoor een gezamenlijke folder maken. Partijen moeten goede afspraken maken over hoe de procedure werkt en over het informatiemateriaal en registratie en communicatie van de toestemming.
- c Specifiek is nodig naar doeleinden, verantwoordelijke(n), aard van de verwerking, soorten gegevens en categorieën ontvangers. Men moet goed omschrijven wat binnen de reikwijdte zal vallen.

4 Wat als de ouder/het kind toestemming geven?

- a Communicatie die in de toestemmingsinformatie beschreven wordt, is toegestaan na toestemming.
- b Toestemming is in dit geval uitdrukkelijke toestemming: vrij, specifiek en op informatie berustend, alsook uitdrukkelijk gegeven: op schrift, mondeling of via andere uitdrukking.
- c Toestemming hoeft niet schriftelijk gevraagd of verkregen te worden. Een handtekening hoeft niet. Maar toestemming moet wel aantoonbaar zijn. Dit vraagt om goede en aantoonbare procedures en een goed registratieproces.
- d Toestemming wordt geregistreerd, digitaal of handmatig. Ten minste moet vastgelegd:
 - dat toestemming gegeven is (ja/nee);

- wie heeft de toestemming gegeven (naam ouder/verzorger/kind, unieke identificatie is nodig – het moet traceerbaar zijn wie de toestemming heeft gegeven);
 - wanneer is de toestemming gegeven (datum);
 - wie heeft de toestemming vastgelegd (ID van de JGZ-medewerker - het moet traceerbaar zijn wie de toestemming heeft vastgelegd). Dit kan een automatische logging zijn.
 - Optioneel kan worden vastgelegd hoe de toestemming is verleend.
- e Verkregen toestemming mag doorgegeven worden aan RIVM. Toestemming is immers mede als grondslag van belang voor RIVM. Het RIVM is verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens RVP. Doorgegeven kan worden:
- dat toestemming gegeven is (ja/nee);
 - wanneer is de toestemming gegeven (datum);
 - welke organisatie heeft de toestemming vastgelegd (ID van de JGZ- organisatie).
- f In alle gevallen moet de toestemmingsinformatie die gebruikt wordt bij het vragen van toestemming bekend zijn (gestandaardiseerd).

5 Wat als de ouder/het kind geen toestemming geven?

- a (Toestemmings)gegevens van mensen die geen toestemming verlenen worden niet met RIVM gedeeld. Dit zou anders zijn wanneer RIVM de toestemming zou vragen, maar dit lijkt geen logische inrichting te zijn.
- b Geanonimiseerde gegevens kunnen wel uitgewisseld en verwerkt worden wanneer er geen directe of indirecte herleidbaarheid is. De volgende gegevensset wordt - op basis van de informatie gegeven - gezien als slechts herleidbaar in incidentele gevallen in kleine gemeentes:
- JGZ-organisatie;
 - locatie;
 - datum/periode;
 - vaccinsoort;
 - chargenummer.
- c Gepseudonimiseerde gegevens zijn persoonsgegevens. Of deze verstrekt mogen worden, hangt af van wat er geregeld wordt en hoe de inrichting van het proces van verstrekken is.

Voor de berekening van de vaccinatiegraad zijn onder andere de geboortedatum en postcode nodig. Hiermee zijn de gegevens herleidbaar. De conclusie is dat pseudonimiseren niet kan.

- d De consequenties voor een betrokkene door de keuze voor wel of geen toestemming moet goed beschreven zijn in de informatiefolder/in de tekst uitgelegd worden. Direct nadeel kan niet voorkomen worden (er is geen overzicht vanuit RIVM (landelijk), er kan geen extra controle worden uitgevoerd etc.).
- e Indirecte nadelen mogen niet 'bewerkstelligd' worden ('vrije' toestemming betekent geen sancties). Dus alles wat kan zonder toestemming moet open staan voor de betrokkene.

- f Als de grondslag voor bericht 7 (sturen kopie uitnodigingen van RIVM aan JGZ) geregeld is, dan mag het RIVM dat opsturen aan de JGZ en valt dat buiten de toestemming.

6 Als toestemming wordt ingetrokken

- a Toestemming intrekken betekent geen nieuwe verstrekkingen en verwerkingen. Als men wil dat gegevens verwijderd worden dan verwijderen (zover mogelijk en alleen persoonsgegevens). Bij JGZ blijven gegevens bewaard in het dossier zolang de dossierplicht voortduurt. Toestemming voor de uitwisseling met RIVM gaat niet over gegevensverwerking door JGZ zelf.
- b Het intrekken van de toestemming mag gecommuniceerd worden aan het RIVM.

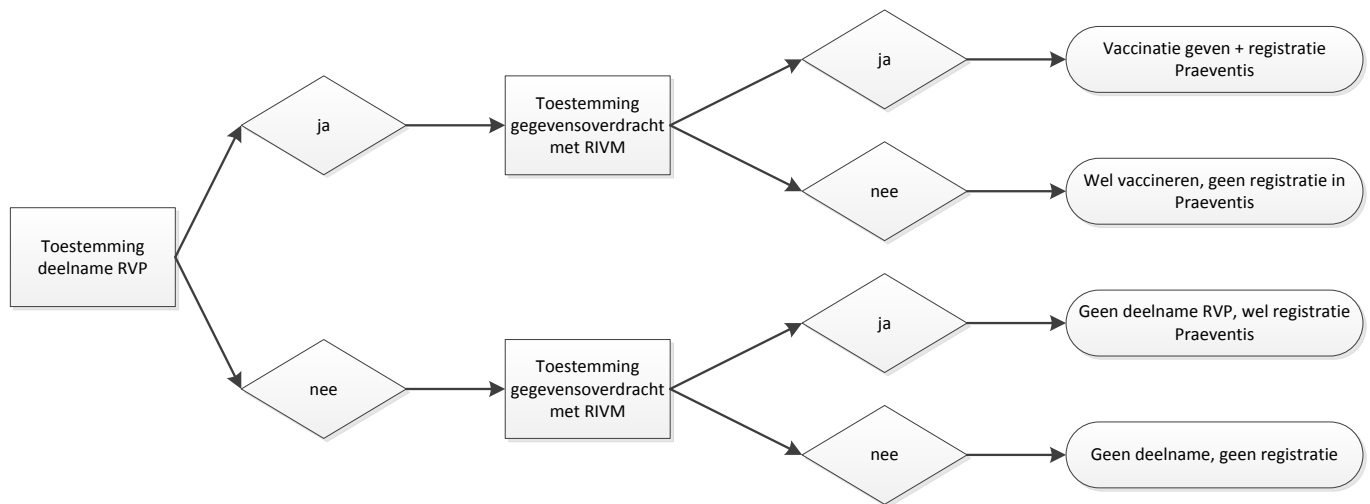
7 Als toestemming na eerder geen toestemming

- a Als goed geformuleerd in de folder dan zal na die toestemming de huidige informatie over RVP ook naar RIVM kunnen (als u nu toestemming geeft dan zullen ook eerder vastgelegde gegevens gedeeld worden met het RIVM ... bijvoorbeeld ...).

3 Scenario's bij tweeledig informed consent

In hoofdstuk 2 is besproken dat ouders zowel geïnformeerde toestemming moeten geven voor deelname aan het RVP en voor gegevensuitwisseling met het RIVM. Met deze twee informed consents zijn er vier scenario's mogelijk (zie flowchart):

1. Toestemming deelname RVP & toestemming gegevensuitwisseling met RIVM
2. Toestemming deelname RVP & geen toestemming gegevensuitwisseling met RIVM
3. Geen toestemming deelname RVP & wel toestemming gegevensuitwisseling met RIVM
4. Geen toestemming deelname RVP & geen toestemming gegevensuitwisseling met RIVM



Tabel 4. Scenario's bij tweeledig informed consent	
Situatie 1	Toestemming deelname & Toestemming gegevensuitwisseling
Gevolg	<ul style="list-style-type: none"> - Kind krijgt oproepkaarten en rappelkaarten indien van toepassing. - Kind wordt gevaccineerd volgens een individueel schema (ook als incidenteel afgeweken wordt van het standaard programma). - RIVM ziet toe op geldigheid van de gegeven vaccinaties. - Ouders kunnen vaccinatiegegevens opvragen bij RIVM. - Gegevens kunnen worden gebruikt voor het berekenen van de vaccinatiegraad. - Bij problemen met het vaccin kan eenvoudig achterhaald worden wie welk vaccin heeft ontvangen. - Bij eventuele epidemie kan gericht opgeroepen worden. - Bij ziekte met een RVP-ziekte kan gekeken worden naar mogelijk vaccinfalen.
Situatie 2	Toestemming deelname & Geen toestemming gegevensuitwisseling
Gevolg	<ul style="list-style-type: none"> - Kind krijgt oproepkaarten. - Kind wordt gevaccineerd, vaccinaties worden geregistreerd in DD JGZ. - Er worden geen gegevens over de vaccinaties doorgegeven aan het RIVM. - Kind krijgt onnodig rappelkaarten als ouders het verzoek om rappels niet te versturen

	<p>niet heeft doorgegeven aan RIVM. Dit kan leiden tot fouten, bijvoorbeeld als een kind verhuist, dit kan extra onnodige vaccinaties tot gevolg hebben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIVM kan niet toezien op kwaliteit zoals geldigheid van de gegeven vaccinaties (dubbelcheck hiervan vervalt dus). - Gegevens kunnen niet worden gebruikt voor het bepalen van de vaccinatiegraad, als het RIVM op de hoogte is gebracht. Als RIVM niet op de hoogte is gebracht, wordt het kind onterecht als ongevaccineerd meegenomen bij het bepalen van de vaccinatiegraad. In beide gevallen wordt de landelijke en regionale vaccinatiegraad minder betrouwbaar. - Ouders & JGZ kunnen geen vaccinatiegegevens bij RIVM opvragen. - Bij problemen met een vaccin kunnen kinderen die wel gevaccineerd zijn, maar van wie de vaccinatie niet bij het RIVM geregistreerd is, niet vanuit de landelijke registratie worden opgezocht. De JGZ zal dan deze kinderen vanuit hun dossier moeten opzoeken, wat vaak lastiger gaat dan vanuit de centrale registratie. - Bij uitbraken worden kinderen die onvoldoende zijn gevaccineerd standaard door het RIVM benaderd voor eventuele inhaalvaccinaties (tenzij bij het RIVM bekend is dat dit niet op prijs wordt gesteld). De benadering zal dan moeten plaatsvinden op basis van de gegevens van de JGZ. - In bijzondere situaties zal het RIVM wel communiceren met JGZ (tenzij aan het RIVM is doorgegeven, dat er geen gegevensuitwisseling mag plaatsvinden).
Situatie 3	Geen toestemming deelname & Wel toestemming gegevensuitwisseling
Gevolg	<ul style="list-style-type: none"> - Kind wordt niet gevaccineerd. - Afzien van deelname wordt geregistreerd in Praeventis. - Ouders krijgen een brief met bevestiging van afzien van deelname. - Kind krijgt geen rappelkaarten, wel in elke fase een brief met op welke vaccinaties het kind recht heeft. - Gegevens kunnen worden gebruikt voor het bepalen van de landelijke en regionale vaccinatiegraad. - Bij 12 jaar ontvangen meisjes zelf de brief met uitnodiging voor de HPV-vaccinatie. - Bij iedere fase geïnformeerd worden over de mogelijkheden voor vrijwillige instroom RVP.
Situatie 4	Geen toestemming deelname & Geen toestemming gegevensuitwisseling
Gevolg	<ul style="list-style-type: none"> - Kind wordt niet gevaccineerd. - Ouders blijven uitnodigingen ontvangen, tenzij ze zelf het afzien van deelname aan het RIVM doorgeven. - Ouders blijven rappelkaarten ontvangen, tenzij ouders het verzoek om rappels niet te versturen aan het RIVM heeft doorgegeven. - Gegevens kunnen niet worden gebruikt voor het bepalen van de vaccinatiegraad; het kind wordt als ongevaccineerd meegenomen bij het bepalen van de vaccinatiegraad (maar er wordt niet gevaccineerd, dus dat is terecht). - Bij uitbraken worden kinderen die onvoldoende zijn gevaccineerd standaard door het RIVM benaderd voor eventuele inhaalvaccinaties (tenzij bij het RIVM bekend is dat dit niet op prijs wordt gesteld). - In bijzondere situaties zal het RIVM wel communiceren met JGZ (tenzij aan het RIVM is doorgegeven dat er geen gegevensuitwisseling mag plaatsvinden).

4 De CASE-methode

Als er twijfels en zorgen zijn over het vaccineren raadt de WHO in [How to respond to concerns about vaccination \(2017\)](#) het gebruik van de CASE-methode (Singer, 2010) aan. Dit is een methode die is ontwikkeld voor het gesprek met ouders en helpt valkuilen te voorkomen. De mogelijke valkuilen komen in hoofdstuk 5 aan bod. Elke letter staat voor een stap die tijdens het beantwoorden van een vraag zou moeten worden uitgevoerd (zie tabel 5).

C	A	S	E
CORROBORATE	ABOUT ME	SCIENCE	EXPLAIN
Erken de zorgen van ouders, zo creëer je een gemeenschappelijke basis voor het gesprek. Erken dat ouders het beste voor hun kind willen.	Over mij: omschrijf waar je je kennis vandaan hebt en vertel waar jij je zorgen over maakt.	Presenteer de feiten (ken de feiten goed).	Leg je aanbevelingen uit gebaseerd op feiten.

- C: Door het erkennen van de zorgen van ouders creëer je een gemeenschappelijke basis voor het gesprek.
Voorbeeld: "Ik snap heel goed dat het idee om een virus in je kind te injecteren naar is." "je wilt je kind niet aan allerlei dingen blootstellen."
- A: Beschrijf hoe jij je kennis over het respectieve onderwerp hebt opgedaan. Dit hoeft niet per se je formele opleiding te zijn. Juist het delen van je persoonlijke ervaring met vaccins en kinderziektes kan een welkome afwisseling voor ouders zijn ([ECDC 2016b](#)).
Voorbeeld: "In Nederland zien we nog maar weinig ziektes waar het RVP tegen beschermt. Maar ik weet wel dat een ziekte zoals kinkhoest juist voor jonge kinderen heel gevaarlijk kan zijn."
- S: Leg uit wat de wetenschappelijke stand van zaken is. Kies hiervoor het juiste jargon (afhankelijk van de ouder) en geef feitelijke en gebalanceerde informatie. Enerzijds betekent dit in te lichten zowel over veelvoorkomende, geringe bijwerkingen als ook over uitzonderlijke, ernstige bijwerkingen (Healy & Pickering, 2011; Leask et al., 2012). Anderzijds moeten ouders zich bewust zijn over het risico van niet vaccineren.
Voorbeeld: "Ook al krijgen kinderen tegenwoordig meer vaccinaties, in totaal is de hoeveelheid antigenen die wordt toegediend minder geworden.", "Elke dag komt een kindje in contact met veel bacteriën en virussen, in de vaccins zitten kleine hoeveelheden van stukjes dode bacteriën en virussen, dat is niets vergeleken met wat het lichaam elke dag mee te maken heeft".
- E: Geef toelichting over de genoemde feiten. De omvang van verschillende risico's moet duidelijk gemaakt en in de juiste context geplaatst worden. Om dit te bereiken kunnen vergelijkingen of

verschillende formats voor percentages gebruikt worden (bijvoorbeeld 2 van 100 kinderen vs. 2%). Leg uit, dat inenting niet alleen voor individueel maar ook collectief belang nodig zijn (Reich 2016). Voor ingewikkelde of langdurige gespreksonderwerpen is het aan te raden om te checken of de ouder de uitleg wel begrijpt (Silverman, Kurtz & Draper, 2005). Mocht het nodig zijn dan kun je het advies aan het einde nog eens samenvatten.

Voorbeeld: "Vaccinatie veroorzaakt geen autisme maar geeft wel bescherming tegen allerlei ziektes. Ik heb mijn kinderen ook gevaccineerd en raad dit alle ouders in mijn praktijk aan."

Meer voorbeelden:

Voorbeeld: zorgen over meerdere antigenen die toegediend worden			
C	A	S	E
CORROBORATE	ABOUT ME	SCIENCE	EXPLAIN
Het is waar dat er met de introductie van nieuwe vaccins, nu meer vaccinaties en ook combinatievaccins aan kinderen worden gegeven dan vroeger.	Mijn advies is gebaseerd op de aanbevelingen van de gezondheidsraad.	Er is geen bewijs dat vaccins het immuunsysteem overbelasten. Kinderen worden elke dag blootgesteld aan bacteriën en virussen. Bacteriële infecties van de keel en tonsillen geven blootstelling aan ongeveer 25-50 antigenen.	Het spreiden van vaccinaties zorgt ervoor dat baby's langer onbeschermd zijn. Minder gezondheidsbezoeken beperken ongemak voor het kind en ongemak voor de verzorger, en verhoogt daarmee de vooruitzichten dat het kind het vaccinatieschema heeft afgerond voordat het in contact komt met een van de ziekten.
Voorbeeld: zorgen vaccins die autisme zouden veroorzaken			
C	A	S	E
CORROBORATE	ABOUT ME	SCIENCE	EXPLAIN
Ik begrijp heel goed dat je hier naar vraagt, gezien de vele verhalen die op internet rondgaan over dit onderwerp. Autism is heel ingrijpend dus zelfs een hele kleine kans zou teveel zijn, daar wil je je kind tegen beschermen.	Ik ben overtuigd van de conclusies van een breed scala aan onderzoeken die geen verband gevonden hebben.	Er is geen bewijs voor een verband tussen mazelen vaccin of BMR vaccin en autisme. Een studie uit 1998 door Andrew Wakefield over dit onderwerp bleek later ernstig gebrekkig te zijn en Wakefield werd schuldig bevonden aan ernstig professioneel wangedrag.	Kinderen krijgen van vaccineren geen autisme., Niet vaccineren kan hen in gevaar brengen voor ernstige ziekten.

5 Toelichting bij het vaccinatieconsult

5.1 Inleiding

Begin 2017 heeft Robert Prettner (student bij Hedwig te Molder Wageningen University) een onderzoek uitgevoerd naar het consult in zijn huidige vorm. In dit hoofdstuk worden resultaten van zijn literatuurstudie en zijn opnames en analyses van gesprekken gepresenteerd.

5.2 Rol van de zorgprofessional

Het vaccinatieconsult is een essentieel moment voor de ouders van met name pasgeborenen om vragen en twijfels te bespreken (Healy & Pickering, 2011; Leask et al., 2012; Cairns et al., 2012). Enerzijds wordt empirisch aangetoond dat zorg professionals een positieve invloed op de meningsvorming en uiteindelijk besluit van ouders kunnen hebben (Smith et al., 2006; Gust et al., 2008). Anderzijds kan het vaccinatieconsult juist de oorzaak van twijfels zijn, als ouders zich door de professional afgewezen of niet serieus genomen voelen (Brown et al., 2010).

Zorgprofessionals (die het RVP uitvoeren) zijn in velerlei opzichten vertegenwoordigers van het RVP. Zij staan dagelijks in contact met ouders en zij dienen uiteindelijk het vaccin toe. Zij kunnen de brug vormen tussen de “geïstitutionaliseerde, wetenschappelijke kennis” en de individuele kennis van burgers.

De rol van de zorgprofessional is in drie opzichten belangrijk:

- Zorgprofessionals voorzien ouders van geïndividualiseerde informatie over het RVP en vaccins. Zoals informatiematerialen in andere talen. Ondanks toenemend gebruik van het internet noemen ouders hun arts of verpleegkundige als belangrijkste maar ook meest betrouwbare bron van informatie (Heininger, 2006; Stefanoff, 2010).
- De manier waarop ouders tijdens consulten worden benaderd is belangrijk voor het opbouwen, onderhouden of juist het ontbreken van vertrouwen ten opzichte van de zorgprofessional en het RVP (Benin et al., 2006; Leask et al., 2012). Aangezien de professional in nauw verband staat met diverse (overheids-) instanties, worden de positieve en negatieve ervaring die een ouder met een professional heeft wellicht op deze instanties overgedragen. Vice versa geldt dit natuurlijk ook. Het vaccinatieconsult draait dus niet alleen om het doelmatige beantwoorden van vragen, maar bijvoorbeeld ook om het luisteren of gerust stellen van de ouder.
- Het is aangetoond dat professionals een positieve invloed op de meningsvorming en het uiteindelijke besluit van ouders kunnen hebben (Smith et al., 2006; Gust et al., 2008). Daarom is het vaccinatieconsult - dus de persoonlijke communicatie tussen professional en ouder - een essentieel moment om vragen te beantwoorden en twijfels te bespreken (Healy & Pickering, 2011; Leask et al., 2012; Cairns et al., 2012). Dit is dan wederom de basis om vertrouwen tussen de betrokken partijen op te bouwen.

5.3 Meest genoemde zorgen van ouders

In deze paragraaf worden de meest genoemde zorgen van ouders besproken. Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de genoemde associaties tussen vaccins en ziekten of verzwakking van het afweersysteem door vaccinaties. Sommige ziekten (zoals mazelen) verzwakken het immuunsysteem wel. De teksten hieronder geven wel een beeld van hoe sommige ouders over vaccineren denken of van wat zij van anderen horen of lezen op internet over vaccineren.

Vaccins zijn niet veilig

De gezondheid van hun kind heeft voor ouders de hoogste prioriteit. Dat nare verhalen over mogelijke bijwerkingen angstaanjagend voor ouders zijn, is daarom alleen maar begrijpelijk. Meest bekend op dit gebied is de beweerde link met autisme (Brown et al. 2010; Reich 2016). Maar ook astma, allergieën, ADHD, auto-immuun ziektes en andere ziektes worden door ouders met vaccinaties geassocieerd (ibid.). Vaak worden bij- en hulpstoffen in vaccins, zoals kwik, formaldehyde of aluminium, als verwekkers van deze ziektes beschouwd. Aangezien pasgeborenen als onbedorven of zelfs perfect worden gezien, wordt het vaccin als gif voor een kindervrij ervaren (Reich 2016). Om op deze basis vaccinaties te weigeren is doorgaans een onderdeel van de poging om kinderen niet met chemische stoffen in aanraking te laten komen. Daarnaast vrezen ouders dat de hoeveelheid vaccins op een vroege leeftijd het immuunsysteem van hun kind kan overbelasten (ibid.). Uiteindelijk denken zij dat de blootstelling aan kinderziektes en de gevolgen daarvan beter voorspelbaar zijn dan de mogelijke bijwerkingen van vaccinaties (ibid.).

Vaccins zijn niet (meer) nodig

De meeste ziektes waar tegen wordt gevaccineerd komen nog nauwelijks voor en worden vaak ook niet meer met serieuze complicaties geassocieerd (Omer et al., 2009). Deze overweging en de enorme vooruitgang van de medische wetenschap wordt naar voren gebracht om het nut van inenting te betwisten. Verder denken sommige ouders dat de 'natuurlijke immuniteit' van hun kinderen de beste bescherming tegen deze ziektes biedt (Mills et al., 2005; Brown et al. 2010; Reich 2016). Volgens hen zijn hygiëne, aandacht voor voeding en lifestyle, en een gecontroleerde omgeving bepalend voor de gezondheid van hun familie. Daarentegen zouden vaccins alleen op korte termijn beschermen en slechtere immuniteit bieden, of zelfs het immuunsysteem verzwakken (ibid.).

Niet alle ouders die vaccins niet nodig vinden hebben daar ook actief iets op tegen. Zij hebben dan een wereldbeeld waarin vaccinaties simpelweg niet van belang zijn. Bekende voorbeelden hiervoor zijn religie, alternatieve geneeskunde of antroposofie (Mills et al. 2005, Blume 2006, Harmsen 2014).

Ouders vertrouwen 'het' niet

Van een afstand bekeken is het vertrouwen dat de meeste ouders in het RVP hebben enorm: zij laten toe, dat (verzwakte of delen van) ziekteverwekkers meerdere keren aan hun gezonde kind worden toegediend, wetend dat dit, zoals elke medische interventie, bijwerkingen kan hebben. Dit besef maakt ouders die net iets minder vertrouwen in de procedure van inenting hebben beter te begrijpen.

Daarnaast zijn er veel verschillende partijen betrokken bij de procedure van inenting: professionals, de overheid, wetenschappelijke instituten zoals het RIVM, internationale organisaties en

vacciniefabrikanten. Als het vertrouwen in maar een van de betrokken partijen ontbreekt, dan daalt al snel de bereidheid om toestemming tot vaccineren te geven (Mills et al., 2005; Brown et al., 2010).

Twijfelende ouders zijn zich niet altijd van de oorzaak van hun wantrouwen bewust, maar voelen gewoon dat 'er iets niet klopt' (Reich 2016). Inderdaad is vertrouwen en het gebrek daaraan een gevolg van een complexe samenwerking van een aantal factoren (Brownlie & Howson, 2005; ECDC, 2012).

Sommige daarvan zijn:

- Acceptatie wordt grotendeels bepaald door een set aan cognitieve mechanismen die gecommuniceerde informatie filteren. Een van deze mechanismen is het gebruik van intuïtie om te bepalen hoe aannemelijk de gecommuniceerde informatie is. Wetenschappelijke theorieën lijken vaak contra-intuïtief. Intuïtief lijkt het injecteren van een ziekteverwekker om iemand juist gezond te houden tegenstrijdig te zijn. Daarom is het voor ouders moeilijker om de correcte werkwijze van vaccinaties te begrijpen, onthouden en communiceren dan logischer klinkende vaccin-kritische verhalen (Miton & Mercier 2015).
- Een ander mechanisme is onze intuïtieve afkeer die ons helpt om besmettelijke stoffen te vermijden, zoals feces en verrot voedsel. Vaccins bevatten hulp- en reststoffen, die gezien kunnen worden als contaminanten. Dit kan de intuïtieve reactie van ouders dat vaccins schadelijk zijn verklaren (Miton & Mercier 2015).
- Ouders zijn bezorgd dat zelfs experts (nog) niet alle bijwerkingen kennen en niet genoeg over langetermijneffecten van vaccinaties weten (Mills et al., 2005; Brown et al., 2010).
- Er zouden conflicten tussen financiële en maatschappelijke belangen van vaccin gerelateerde instanties kunnen spelen. (Brown et al., 2010). Het meest gehoorde argument in dit opzicht is dat de farmaceutische industrie uit is op winst maken met hun product en samenzweringstheorieën die daarop inspelen.
- Moreel gezien vinden mensen het over het algemeen erger om iemand kwaad te doen door iets te doen, dan door iets niet te doen. Dit wordt ook wel ommissie bias genoemd. Ouders anticiperen meer spijt te krijgen als er iets met hun kind gebeurt door de vaccinatie dan als er iets met hun kind gebeurt door het niet-vaccineren, zoals het oplopen van een kinderziekte (Miton & Mercier 2015).
- De interactie tussen professionals en ouders speelt een rol in de vertrouwenskwestie. Ouders voelen zichzelf en hun kinderen bijvoorbeeld vaak niet als individuen beschouwd en zij geven aan dat een eerlijk gesprek met de arts of verpleegkundige niet tot stand komt (ibid.). Moeilijke discussies dragen er uiteindelijk toe bij dat sommige ouders professionals als obstakel voor hun geïnformeerde keuze zien en vrezen dat hun recht op een autonome keuze wordt beperkt (Blume, 2006; Hobson-West, 2007).

5.4 Houding van ouders t.o.v. vaccineren en bij passende gespreksdoelen

Een eerste belangrijke stap voor een goed gesprek is om de positie en perspectief van de ouder goed te begrijpen. In tegenstelling tot professionals, die misschien wel dagelijks de besluitvorming over vaccineren mee maken, is dit maar een van vele beslissingen die ouders voor hen en hun kind moeten nemen (Reich 2016). In de literatuur wordt er regelmatig een onderverdeling gemaakt op basis van de houding van ouders ten opzichte van het vaccineren van hun kind (Tabel 6).

Tabel 6. Houding van ouders ten opzichte van vaccineren*		
Houding ten opzichte van vaccineren	Percentage ouders**	Mogelijke doelen van het consult
Onbetwiste toestemming	30 – 40	<ul style="list-style-type: none"> • Kind is gevaccineerd en ouder is er zeker van de juiste beslissing gemaakt te hebben
Aarzelende toestemming	25 – 35	<ul style="list-style-type: none"> • De reden voor de aarzeling is bekend en daar kan op in worden gegaan • Kind is gevaccineerd en ouder is er zeker van de juiste beslissing gemaakt te hebben
Twijfels hebben	20 – 30	<ul style="list-style-type: none"> • De twijfels van de ouder zijn besproken • De ouder heeft alle nodige informatie ontvangen om een goede beslissing te kunnen nemen
Vertraagd of aangepast schema volgen	2 – 27	<ul style="list-style-type: none"> • De ouder is bereid om de reden voor haar of zijn beslissing te delen en hier kan op in gegaan worden • De ouder is bereid om op basis van nieuwe informatie haar of zijn beslissing nogmaals te overwegen
Weigeren	< 2	<ul style="list-style-type: none"> • De ouder is bereid om een gesprek over vaccineren te voeren en de reden voor haar of zijn beslissing te delen • De ouder voelt zich begrepen en reageert niet kritisch op de professional • De ouder is zich bewust van het risico niet te laten vaccineren

* Aangepast van Leask et al. 2012

** Geen Nederlandse cijfers

Een dergelijke indeling is vooral nuttig omdat het laat zien, dat het doel van het consult niet altijd de toestemming tot vaccineren hoeft te zijn ([ECDC 2016b](#)). Als ouders overtuigd zijn hun kind niet te laten inenten, kan een hevige poging hen om te praten juist tot nog meer weerstand leiden (Nyhan 2014). In een dergelijk geval is met een respectvol gesprek over de zorgen van de ouder al veel bereikt. Aan de andere kant betekent een onbetwiste toestemming tot vaccineren niet dat het ultieme doel van het consult is bereikt. Het blijkt namelijk zo te zijn dat een aanmerkelijk aantal ouders dat voor het RVP kiest, dit niet uit overtuiging doet, maar omdat zij denken dat het van hen wordt verwacht (Paulussen et al. 2006, Harmsen 2014). Het risico daarbij is dat ouders zonder een gefundeerde mening makkelijker door bijvoorbeeld negatieve verslaggeving over vaccinaties kunnen worden beïnvloed (ibid). Idealiter moeten ouders tijdens en na hun akkoord het gevoel hebben dat zij, gesteund door de professional, een goede en zelfstandige beslissing hebben gemaakt.

De keerzijde van dit soort categorisatie uit tabel 6 is dat er niet genoeg nadruk op onderliggende redenen voor de intenties van ouders wordt gelegd. Ouders kunnen meerdere redenen hebben om onzeker over vaccinaties te zijn of deze te weigeren (Reich 2016). Ook is er sprake van een opkomende culturele verwachtingshouding dat ouders de noodzaak van het vaccineren van hun kind betwisten (ibid.). Dit sluit aan op de constatering dat vooral vaccin kritische groeperingen waarschuwen om niet blindelings te

doen wat experts aanraden (Blume, 2006; Hobson-West, 2007). Bovendien komen ouders die wel hun kind willen inenten maar alsnog belangrijke vragen hebben steeds vaker voor (Kennedy et al., 2011). Dus lang niet iedereen die op het eerste moment een tegenstander van vaccineren lijkt is dat uiteindelijk ook (Opel et al., 2009) en vice versa.

5.5 Het huisbezoek door de verpleegkundige bij 2 weken

Tijdens het 2-weken-huisbezoek moeten er drie taken voor het vaccinatieconsult worden uitgevoerd:

1. Ouders voorbereiden op het maken van een keuze wel/niet vaccineren
2. Naar informatiebronnen verwijzen over het RVP
3. Ingaan op reacties van ouders over het RVP

1 Ouders voorbereiden op en informeren over het RVP

Ouders moeten weten dat zij binnenkort de beslissing over het wel of niet vaccineren van hun kind nemen. Dat geeft ouders de kans om zich op hun gemak over inentingen te informeren en erover na te denken. De verpleegkundige JGZ biedt de basis voor deze overwegingen met informatie over het RVP (zoals weergegeven in paragraaf 2.2) en het daarmee verbonden schema en procedures. Afhankelijk van de ouder is het wellicht nodig om een uitleg over de algemene werking van vaccinaties te geven. In ieder geval moeten de ouders op de hoogte gebracht worden dat tijdens het 4-weken-consult de mogelijkheid bestaat om vragen die bij hen opgekomen zijn met de jeugdarts te bespreken. Het doel is om ouders te laten zien dat een geïnformeerde keuze gewenst is en vragen over het onderwerp serieus worden genomen (Paulussen et al. 2006, [ECDC 2016a](#), [ECDC 2016b](#)). Om dit te bereiken wordt afgeraden om tijdens het huisbezoek al te vragen of het kind uiteindelijk gevaccineerd gaat worden (Prettner 2017). Het zou mooi zijn dat als de JV merkt dat er veel vragen zijn er dan meteen extra tijd ingepland kan worden voor het 4-weken-consult.

2 Naar informatiebronnen verwijzen

Naast de professionals is het internet de belangrijkste bron voor informatie van ouders (Stefanoff et al., 2010). Tegelijkertijd biedt het internet een zorgwekkende hoeveelheid misinformatie en vaccin kritische websites (Kata 2010; Dube, Vivion & McDonald 2015). Er zijn aanwijzingen dat vaccin kritische berichten sneller een meer gedrag bepalende indruk achterlaten dan positieve berichten (Betsch et al., 2010). Op de juiste informatiebronnen wijzen is dus cruciaal – vooral voor twijfelende ouders. Dit kan op twee manieren gebeuren:

- De ouder wordt direct naar betrouwbare informatiebronnen verwezen. Hoe makkelijker de toegang tot de site, hoe beter. Een geschreven internetadres heeft voorkeur boven het mondeling doorgeven en een digitale link die de ouder toe wordt gestuurd is zelfs nog beter. Betrouwbare informatiebronnen zijn:
 - Rijksvaccinatieprogramma.nl
 - Via Vaccine Safety Net (www.vaccinesafetynet.org) zijn veel internationale betrouwbare sites te vinden. De WHO heeft een systeem opgezet om websites over vaccins te beoordelen (zie [WHO](#)) Deze sites zijn voorzien van het VSN-logo.

- Het wordt uitgelegd aan welke kwaliteitscriteria een website moet voldoen om betrouwbaar te zijn. Een website moet:

- Aangeven wat de doelstelling van de website is;
- Informatie bieden die op wetenschappelijk onderzoek baseert is en daar naar verwijzen;
- Naar verdere bronnen van informatie linken en zich betrekken op gerenommeerde gezondheidsorganisaties;
- Regelmatig worden geüpdatet;
- Betrouwbaar met de persoonsgegevens van de user omgaan.

Idealiter kunnen deze twee manieren met elkaar worden gecombineerd, zodat de ouder zich gemakkelijk en direct kan informeren maar ook zelfstandig naar betrouwbare sites kan zoeken.

De verpleegkundige JGZ kan bijvoorbeeld aangeven: “Heb je vragen dan kun je zelf hier en hier informatie opzoeken en anders bewaar je je vragen voor de jeugdarts”. Zodat ouders ook weten dat ze met hun vragen bij de JGZ terecht kunnen.

3 Op reacties en vragen van ouders ingaan

Als ouders tijdens het huisbezoek al vragen hebben over vaccineren, geldt het zelfde advies als voor het 4-weken-consult: probeer de zorg van ouders te begrijpen en daar op in te gaan. Als je er als jeugdverpleegkundige niet uit komt, kun je ouders ook naar verwijzen naar het 4-weken-consult of afspreken dat je terugkomt op hun vraag na overleg met de jeugdarts. Dit om te voorkomen dat als ouders zelf op internet gaan zoeken naar informatie ze bij foutieve informatie terecht komen en daardoor in verwarring worden gebracht.

5.6 Tips en valkuilen bij de gespreksvoering - het consult bij de jeugdarts bij 4 weken

De manier waarop artsen patiënten benaderen levert een aanzienlijke bijdrage aan de ontwikkeling van hun gesprek (Heritage & Robinson, 2006, Heritage et al. 2007, Opel et al., 2013). Patiënten vertellen bijvoorbeeld uitgebreider over hun symptomen als de arts hen vraagt: “Wat kan ik vandaag voor u doen?” in plaats van: “Ik hoorde dat u maagklachten heeft?” (Heritage & Robinson, 2006). Onderzoek naar het huidige vaccinatieconsult (Prettner 2017) laat zien dat ouders hun zorgen en vragen over het RVP in eerste instantie helemaal niet (kunnen) uiten. Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat de professional het beeld geeft dat vaccineren de enige optie is die een verstandige, verantwoordelijke ouder zou moeten kiezen (zie gesprekfragment 1).

Gespreksfragment 1 (vereenvoudigd van Prettner 2017)

Professional: Wij zijn natuurlijk heel erg voor vaccineren want wij willen kinderen graag beschermen. Niet alleen jullie kinderen, maar ook alle kinderen daaromheen.

In principe zijn uitspraken zoals in fragment 1 niet verkeerd. Integendeel, professionals worden juist geadviseerd om hun persoonlijke overtuiging duidelijk te maken ([ECDC 2016a](#), [ECDC 2016b](#)) en het collectief belang van vaccinaties te benoemen ([ECDC 2016b](#), Reich 2016). Echter *aan het begin* van het

consult belemmeren zulke uitspraken de daaropvolgende mogelijkheden van een ouder om (kritische) vragen te stellen of twijfels te uiten, zelfs als hun uiteindelijke bedoeling is om hun kind te laten vaccineren.

Om een dergelijk obstakel tijdens het gesprek te voorkomen, is het behulpzaam om aan het begin van het consult op een neutrale wijze vragen uit te lokken (Gust et al. 2008), bijvoorbeeld *“Hebben jullie vragen over vaccineren of het RVP?”* Dus: het stellen van open vragen. Zo krijgen ouders de ruimte om zelf de richting van het gesprek te bepalen en wordt de (onbewuste) invloed van uitspraken van professionals te beperkt.

Hierna kan het gesprek drie kanten opgaan:

1. De ouders laten blijken dat zij hun kind willen laten vaccineren
2. De ouders laten blijken dat zij hun kind niet willen laten vaccineren
3. De ouders twijfelen en/of hebben vragen

Ad.1 De ouders laten blijken dat zij hun kind willen laten vaccineren

Er is altijd een aantal ouders dat spijt krijgt dat zij hun kind hebben laten vaccineren (Reich, 2016). Een reden hiervan is dat deze ouders zich tijdens het consult genoodzaakt voelden dit te doen (Opel et al 2015, Reich 2016). Als ouders ondanks hun toestemming een ontevreden indruk maken is het raadzaam om nog eens het gesprek op te pakken. Daarnaast toont onderzoek aan dat 81% van de Nederlandse ouders hun toestemming tot inenten niet grondig overwegen (Paulussen et al 2006). Het is daarom altijd een goed idee, om ouders er nog eens aan te herinneren waarom het vaccineren van hun kind een goede en verantwoorde beslissing is (ECDC, 2016b). De toestemming voor de vaccinatie kan dan stilzwijgend of expliciet worden gevraagd. Afsluitend moet de ouder nog om toestemming voor de uitwisseling van persoonsgegevens worden gevraagd en een korte toelichting over het doel hiervan krijgen. Het is dan ook van belang om de ouder te informeren over de voordelen van deze gegevensuitwisseling (zie 2.7).

Ad.2 De ouders laten blijken dat zij hun kind niet willen laten vaccineren

Ten eerste is het belangrijk om geen overhaaste conclusies te trekken. Kritische vragen, bijvoorbeeld of vaccinaties nog steeds nodig zijn of onveilig zijn, zijn nog geen indicatie voor het weigeren van de immunisatie. Integendeel, het kan juist een teken zijn dat de ouder geruststelling zoekt omdat er zorgen zijn die bijvoorbeeld veroorzaakt zijn door misinformatie (ECDC, 2016b). Als een ouder toch overtuigd is het RVP (voorlopig) niet te willen volgen is het belangrijk te beseffen, dat een succesvol consult in verschillende situaties verschillende dingen betekent (zie tabel 6). In het geval van een weigering is het doel om het gesprek niet tot een confrontatie uit te laten lopen en misschien zelfs een vervolgspraak voor te stellen (ibid.). Als ouders geen toestemming geven voor het vaccineren, moet wel alsnog toestemming voor het doorgeven van ‘afzien van deelname’ aan het RIVM worden gevraagd.

Ad.3 De ouders twijfelen en/of hebben vragen

De juiste omgang met twijfel en vragen is de kern van het vaccinatieconsult. Hier staat wederom het daadwerkelijke begrijpen van de zorg en het daarop ingaan centraal ([ECDC 2016b](#)). Om dit te bereiken

moeten er enkele valkuilen worden vermeden. Onderzoek laat zien, dat professionals af en toe de neiging hebben om vanuit een te nauw institutioneel perspectief op ouders te reageren (Prettner 2017). Gespreksfragment 2 laat een dergelijke reactie zien.

Gespreksfragment 2 (vereenvoudigd van Prettner 2017)

Moeder:	Ik las op internet dat het rotavirusvaccin wordt aangeraden als je kind op een dagverblijf zit?
Professional:	Wij geven alleen DKTP, dus difterie, kinkhoest, tetanus en polio, hepatitis B, <i>Haemophilus</i> en de pneumokok. Dat zijn de eerste vaccinaties die hier op het schema staan.

Voor de moeder is het belangrijk om te weten waarom het rotavirusvaccin niet wordt aangeboden binnen het RVP en of het in haar specifiek geval misschien alsnog aan te raden is. De professional aan de andere kant, brengt de moeder op de hoogte dat het rotavirusvaccin niet binnen het RVP wordt aangeboden en communiceert daarmee onbewust dat haar vraag niet relevant is voor hun gesprek. Zo blijft een vraag feitelijk onbeantwoord en gaat de ouder wellicht online op zoek naar antwoorden. De afwezigheid van een antwoord tijdens het consult kan door de ouder worden geïnterpreteerd als een poging iets te verhullen (ECDC, 2012). Wordt er dus tijdens het consult een vraag naar voren gebracht die de professional niet kan beantwoorden, dan is het aan te bevelen de ouder te steunen bij het zoeken naar een antwoord (bijvoorbeeld criteria voor betrouwbare bronnen). Je kunt ouders aanbieden er later op terug te komen om zo zelf de tijd te hebben om advies in te winnen of zelf het antwoord op te zoeken.

Of ouders uiteindelijk het antwoord kregen waar zij naar op zoek waren kan simpelweg door een vraag gecheckt worden. Bijvoorbeeld: *“Heb je hiermee voldoende antwoord gekregen op je vraag?”*.

Correctie van misvattingen

Tijdens het gesprek kan het soms noodzakelijk zijn om misverstanden over vaccinaties recht te zetten. Maar een overhaaste correctie door de professional kan tot een confrontatie of tot het einde van het vraagstuk leiden (gespreksfragment 3, Prettner 2017). In een dergelijke situatie is het beter om een correctie van een (eventuele) misvatting uit te stellen tot dat achterliggende reden van de uiting bekend zijn. Dit laat betrokkenheid zien en geeft de professional wellicht belangrijke inzichten om beter op de ouder te kunnen reageren.

Gespreksfragment 3 (vereenvoudigd van Prettner 2017)

Moeder:	Ik vind het zo lastig. Je hebt een gezond kindje in je armen en je stopt er toch een virus in.
Professional:	Eh nee. (Gelach) Je stopt er vaccin in, zodat zijn lichaam antistoffen gaat maken he?

Tot slot

Als ouders geen vragen meer hebben, maar hun intenties rondom vaccineren zijn nog niet duidelijk, dan helpt een expliciete vraag om toestemming mogelijk verder.

Bijvoorbeeld: *“Heb je op dit moment een keuze kunnen maken over de deelname aan het RVP?”*

Als blijkt dat ouders toch meer vragen hebben of meer tijd nodig hebben om over dit onderwerp na te denken kan worden aangeboden hier in een vervolgesprek verder op in te gaan.

5.7 Informed consent voor kinderen van 12 jaar en ouder

Voor kinderen van 12 jaar en ouder geldt dat zij zelf mee mogen beslissen over deelname aan het RVP. Als ouders toestemming hebben gegeven voor deelname aan het RVP blijft deze in principe voor de duur van het hele programma geldig, tenzij tussentijds een verandering is doorgegeven. De 12-jarige moet worden geïnformeerd over het RVP en over de uitwisseling van gegevens met het RIVM. Hoe dit contactmoment voor de 12-jarigen vorm moet worden gegeven is nog onduidelijk.

Referenties

- Benin, A. L., Wisler-Scher, D. J., Colson, E., Shapiro, E. D. & Holmboe, E. S. (2006). Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatrics*, 117(5), 1532-1541.
- Betsch, C., Renkewitz, F., Betsch, T., & Ulshöfer, C. (2010). The influence of vaccine-critical websites on perceiving vaccination risks. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 446-455.
- Blume, S. (2006). Anti-vaccination movements and their interpretations. *Social science & medicine*, 62(3), 628-642.
- Brown, K. F., Kroll, J. S., Hudson, M. J., Ramsay, M., Green, J., Long, S. J. et al. (2010). Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. *Vaccine*, 28(26), 4235-4248.
- Brownlie, J. & Howson, A. (2005). 'Leaps of faith' and MMR: an empirical study of trust. *Sociology*, 39(2), 221-239.
- Cairns, G., MacDonald, L., Angus, K., Walker, L., Cairns-Haylor, T. & Bowdler, T. (2012). Systematic literature review of the evidence for effective national immunisation schedule promotional communications. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).
- Dubé, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert review of vaccines*, 14(1), 99-117 ([link](#))
- ECDC (2012). Communication on Immunization – Building trust. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control ([link](#)).
- ECDC (2016a). Let's talk about hesitancy. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control ([pdf](#))
- ECDC (2016b). Let's talk about protection. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control ([pdf](#))
- ECDC (g. d.). Evaluating Internet sources of immunisation information. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/Documents/ecdc-internet-sources-leaflet.pdf>.
- Gust, D. A., Darling, N., Kennedy, A., & Schwartz, B. (2008). Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*, 122(4), 718-725.
- Harmsen, I. A. (2014). Vaccinating: Self-evident or Not? Development of a Monitoring System to Evaluate Acceptance of the National Immunization Program. Ridderprint: Ridderkerk.
- Healy, C. M. & Pickering, L. K. (2011). How to communicate with vaccine-hesitant parents. *Pediatrics*, 127(Supplement 1), S127-S133 ([link](#))
- Heininger, U. (2006). An internet-based survey on parental attitudes towards immunization. *Vaccine*, 24(37), 6351-6355.
- Heritage, J. & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health communication*, 19(2), 89-102.
- Heritage, J., Robinson, J. D., Elliott, M. N., Beckett, M. & Wilkes, M. (2007). Reducing patients' unmet concerns in primary care: the difference one word can make. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1429-1433.
- Hobson-West, P. (2007). 'Trusting blindly can be the biggest risk of all': organised resistance to childhood vaccination in the UK. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), 198-215.

- Kata, A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709-1716 ([link](#))
- Kennedy, A., LaVail, K., Nowak, G., Basket, M. & Landry, S. (2011). Confidence about vaccines in the United States: understanding parents' perceptions. *Health Affairs*, 30(6), 1151-1159.
- Leask, J., Kinnersley, P., Jackson, C., Cheater, F., Bedford, H. & Rowles, G. (2012). Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC pediatrics*, 12(1), 1-11.
- Mills, E., Jadad, A. R., Ross, C. & Wilson, K. (2005). Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. *Journal of clinical epidemiology*, 58(11), 1081-1088.
- Miton, H., & Mercier, H. (2015). Cognitive obstacles to pro-vaccination beliefs. *Trends in cognitive sciences*, 19(11), 633-636 ([link](#))
- Nyhan, B., Reifler, J., Richey, S. & Freed, G. L. (2014). Effective messages in vaccine pro-motion: a randomized trial. *Pediatrics*, 133(4), e835-e842.
- Omer, S. B., Salmon, D. A., Orenstein, W. A., Dehart, M. P., & Halsey, N. (2009). Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *New England Journal of Medicine*, 360(19), 1981-1988.
- Opel, D. J., Diekema, D. S., Lee, N. R., & Marcuse, E. K. (2009). Social marketing as a strategy to increase immunization rates. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(5), 432-437.
- Opel, D. J., Heritage, J., Taylor, J. A., Mangione-Smith, R., Salas, H. S., DeVere, V. et al. (2013). The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits. *Pediatrics*, 2013-2037.
- Opel, D. J., Mangione-Smith, R., Robinson, J. D., Heritage, J., DeVere, V., Salas, H. S. et al. (2015). The influence of provider communication behaviors on parental vaccine acceptance and visit experience. *American journal of public health*, 105(10), 1998-2004 ([link](#))
- Paulussen, T. G. W., Hoekstra, F., Lanting, C. I., Buijs, G. B. & Hirasings, R. A. (2006). Determinants of Dutch parents' decisions to vaccinate their child. *Vaccine*, 24(5), 644-651 ([link](#))
- Prettner, R. (2017). *Contested, Consulted, Convinced? An Analysis of Real-Life Interactions on Childhood Vaccination between Health Professionals and Parents* (Master's Thesis, Wageningen University & Research, Wageningen, The Netherlands).
- Reich, J. A. (2016). *Calling the shots: Why parents reject vaccines*. NYU Press ([link](#))
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford, UK: Radcliffe Publishing.
- Singer, A. (2010). Making the CASE for Vaccines: A new model for talking to parents about vaccines. <http://njaap.org/uploadfiles/documents/f73.pdf>.
- Smith, P. J., Kennedy, A. M., Wooten, K., Gust, D. A. & Pickering, L. K. (2006). Association between health care providers' influence on parents who have concerns about vaccine safety and vaccination coverage. *Pediatrics*, 118(5), e1287-e1292.
- Stefanoff, P., Mamelund, S. E., Robinson, M., Netterlid, E., Tuells, J., Bergsaker, M. A. R. et al. (2010). Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: the vaccine safety, attitudes, training and communication project (VACSATC). *Vaccine*, 28(35), 5731-5737.