GGD regio Utrecht

Kansen voor betere communicatie

Vervolgadvies lage vaccinatiegraad voor de gemeenten Renswoude, Rhenen, Veenendaal & Woudenberg

© GGDrU 2017
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: GGD regio Utrecht (GGDrU), auteurs, de titel van publicatie en het jaar van uitgave.

Dr. E.C. Ruland (eindredactie)
Drs. O. Visser, GGDrU (auteur)
Drs. H. Glazema, GGDrU (auteur)
Drs. D. Lie, GGDrU (auteur)

Met dank aan:
Dr. W.L.M. Ruijs, GGD Gelderland-Zuid/Acad.Werkplaats AMPHI/RIVM
Drs. G. Vermeulen, drs. H. van Vliet en drs. A. van Lier, RIVM
Drs. E. Fanoy, GGDrU/RIVM

Contact:
Erik Ruland, Dr. Erik Ruland Advies, erikruland@gmail.com
Olga Visser, GGDrU, ovisser@ggdru.nl
Heleen Glazema, GGDrU, hglazema@ggdru.nl

Inhoudsopgave

Kernboodschap vervolgadvies lage vaccinatiegraad 4
Samenvatting doelstelling A: Vaccinatiegraad verhogen 4
Samenvatting doelstelling B: 'Behouden wat we hebben'..... 5
Detailrapportage vervolgadvies lage vaccinatiegraad 6
Invalshoeken vaccinatiebereidheid..... 6
Toelichting op tabel 1. Actuele beleidsopties..... 8
Doelstelling A – Vaccinatiegraad verhogen..... 8
Doelstelling B. 'Behouden wat we hebben'..... 8
Bijlage 1. E-learning Rijksvaccinatieprogramma (RVP) 11

Kernboodschap vervolgadvies lage vaccinatiegraad

Dit rapport is een vervolg op het eerdere adviesrapport Vaccineren doe je niet alleen voor jezelf, GGDrU (2016). De twee richtingen die daarin als advies aan gemeenten werden neergelegd zijn:

A) Vaccinatiegraad onder doelgroepen met een lage acceptatie te verhogen;
B) 'Behouden wat we hebben', versterken van de huidige vaccinatiebereidheid.

De wethouders volksgezondheid en - jeugd van de betrokken vier gemeenten hebben aangegeven van beide richtingen een uitwerking te willen zien. Die uitwerking ligt nu voor u. Voor beide richtingen is nader onderzocht of, en zo ja welke, mogelijkheden beschikbaar zijn, en in hoeverre die dan ook haalbaar, kosteneffectief en inpasbaar zijn binnen de bestaande financiële kaders.

Kort samengevat is de conclusie:

- Doelstelling B. kan op korte termijn ter hand genomen worden met een aantal gerichte acties van de GGD en gemeenten.

- Doelstelling A. vraagt eerst om nader onderzoek omdat evaluatieonderzoek laat zien dat de bestaande interventies niet effectief zijn.

- Resultaten in termen van effect op de vaccinatiegraad zijn niet op korte termijn te garanderen, maar indicaties hiervoor (bijvoorbeeld klanttevredenheid rondom vaccinatiegesprek) zijn wel meetbaar.

Samenvatting doelstelling A: Vaccinatiegraad verhogen

Achtergrond bij deze doelstelling betreft het gegeven dat de lage vaccinatiegraad in de gemeenten Rhenen, Renswoude, Veenendaal en Woudenberg gerelateerd is aan een relatief grote groep bevindelijk gereformeerde inwoners die op geloofsbasis traditioneel niet-vaccineren. Anders dan bij andere risicogroepen in Nederland wonen hier veel ongevaccineerden dicht bij elkaar, zowel fysiek als sociaal. Daardoor kan een in absolute aantallen kleine groep medisch gezien toch een relatief hoger risico vormen (voor meer achtergronden: zie het eerdere adviesrapport).

Conclusie van de uitwerking van deze doelstelling
Voor het verhogen van de vaccinatiegraad *specifiek* onder de doelgroep bevindelijk gereformeerden bestaat geen pasklare aanpak. Recent (internationaal) onderzoek heeft twee zaken verhelderd:

1. interventies kunnen averechts werken (onafhankelijk van de doelgroep), en
2. in Nederland zien we dat over de generaties de vaccinatiegraad onder bevindelijk gereformeerden langzaam lijkt toe te nemen.

Advies: eerst nader onderzoek
Het voorstel is om in samenwerking met de belangrijkste landelijke deskundigen nader **onderzoek** te doen dat tot doel heeft om te verkennen òf, en zo ja in hoeverre, dit '**generatie-effect**' kan worden versterkt. We willen ons daarbij richten op zowel de argumenten van ouders als de vraag wat zij inschatten dat professionals kunnen bijdragen.

Bekostiging van deze aanpak kan uit de reguliere middelen, met benutting van de bestaande samenwerking met de academische werkplaats AMPHI (Radboud UMC met 9 GGD'en) en de NSPOH (opleiding artsen M&G).
De verwachte opbrengst zal zijn: inzicht in wat haalbare en door de doelgroep mede gedragen mogelijkheden zijn om het open gesprek over vaccinaties te bevorderen. Open in de zin dat er ruimte is voor hun persoonlijke meningen én voor wetenschappelijke inzichten.

Samenvatting doelstelling B: 'Behouden wat we hebben'

Conclusie van de uitwerking van deze doelstelling
Voor deze doelstelling bestaat er een reeks van mogelijkheden. De belangrijkste daarvan op de korte termijn betreffen de inzet van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, en aandacht voor de huidige publiekscommunicatie. Een overzicht is opgenomen in tabel 1 (pag. 5).
Voorgestelde acties zijn:

1. **Training voor de professionals** van de GGD, en als eersten de medewerkers JGZ van de regio Vallei en Woudenberg. Het benutten van de landelijke **bij- & nascholing** die vanaf medio april beschikbaar komt (zie bijlage 1), plus de daarbij passende training in counselingsvaardigheden.
2. **Het contactmoment JGZ**: meer **gesprekstijd** wanneer de ouder twijfelt of extra vragen heeft over vaccinaties. Momenteel lijkt de jeugdarts nog weinig gebruik te maken van de inzet van een dubbelconsult. Eerste stap is daarom om de toepassing van deze mogelijkheid binnen de reguliere taken te bevorderen en te monitoren.
3. Het verbeteren van de kwaliteit van de **publiekscommunicatie** op websites van CJG's, gemeenten en GGD. De vormgeving van de informatie zou beter kunnen aansluiten op het zoekgedrag van de verschillende doelgroepen. Verder is uit een eerste steekproef gebleken dat de informatie die momenteel geboden wordt niet altijd eenduidig is en soms zelfs onjuist.
4. Een regionaal **mini-symposium over het communicatiebeleid.** De gemeenten zouden zich samen met de GGD kunnen beraden over de vraag hoe zij in hun communicatiebeleid rekening kunnen houden met hun onvermijdelijke **dubbelrol**. Burgers zien namelijk enerzijds dat de overheid vaccinatiegraad moet stimuleren en anderzijds gezien wil worden als betrouwbare neutrale informatiebron. Dat knelt. Dit geldt voor alle gemeenten in de regio, en is van toepassing op meerdere gezondheidsthema's, denk bijvoorbeeld aan bevolkingsonderzoeken. Centaal staat de vraag: Hoe ga je als overheid in deze tijd, op een verantwoorde manier in dialoog met burgers over vaccinaties? Deze actie zou goed in de vorm van een **regionaal mini-symposium** opgestart kunnen worden. Alvorens hiertoe te besluiten kan de GGD een voorstel maken.

Advies: acties inzetten
Bovenstaande vier acties, gericht op het versterken van de huidige vaccinatiebereidheid (de B-richting), zijn op korte termijn haalbaar, passen geheel of grotendeels binnen bestaande budgetten, én zijn wat betreft de uitvoering ook relevant voor de overige gemeenten in de regio Utrecht. Wat pleit voor een regionale aanpak. In tabel 1 op pagina 5 is tevens aangegeven de landelijke aanpak, de financiering en het tijdspad.

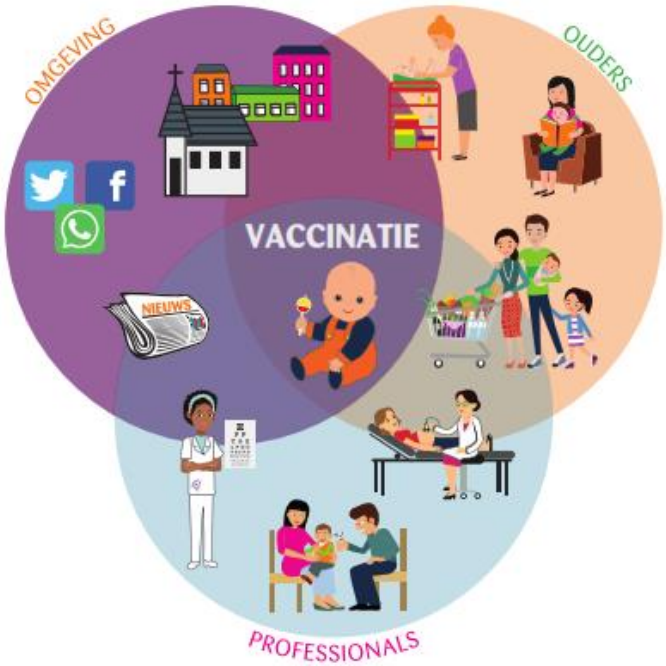
Disclaimer: tijdige en adequate uitvoering van de voorgestelde acties is belangrijk, maar kan geen garantie geven op het beoogde effect op de vaccinatiegraad. Zoals bekend kost gedragsverandering veelal tijd en gaat vooruitgang slechts met kleine stapjes.

Een uitgebreider overzicht met toelichting vindt u op de volgende pagina's.

Detailrapportage vervolgadvies lage vaccinatiegraad

Invalshoeken vaccinatiebereidheid

Om de verschillende opties voor uitwerking van de beleidsrichting A en B te kunnen presenteren is uitgegaan van een vereenvoudigd overzicht van clusters van factoren of invalshoeken die van invloed zijn op het wel of niet vaccineren (zie figuur 1).



Figuur 1: Invalshoeken om de vaccinatiebereidheid te versterken (vereenvoudigd model)

De invalshoeken betreffen:

1) de **ouders** zelf; de afwegingen die zij al dan niet maken, hun overtuigingen, etc.

2) de **professionals**, te weten:
- de jeugdgezondheidszorg (GGD-JGZ);
- de verloskundige of huisarts.

3) de **omgeving**, waarin:
- sociale omgeving: familie, school, sociale contacten, geloofsgemeenschap, e.d.;
- de media, internet, social media, etc..

Vanuit deze 3 verschillende invalshoeken wordt in tabel 1 op de volgende pagina een overzicht gegeven van beleidsopties. Daarbij is onderscheid gemaakt naar thema's, beschikbare aanpak, benodigd onderzoek, landelijke aanpak, kosten (van aanpak en/of onderzoek) en oplevering (wanneer de eerste resultaten verwacht mogen worden).

De A-balk betreft steeds de doelstelling A: Vaccinatiegraad verhogen onder specifieke doelgroepen, hier specifiek de bevindelijk gereformeerden. De B-balken betreffen de doelstelling B: Huidige vaccinatiebereidheid behouden en versterken.

Vaccinatiebereidheid versterken*

Actuele opties voor beleid in de regio Utrecht: doelstelling A (lila) en B (overig)

	Aandachts-gebied	Thema's	Aanpak gemeente en GGD	Aanpak landelijk	Kosten	1e resultaten
1.	**Ouders**					
A	Ouders met *bevindelijk gereformeerde* achtergrond	Hoe komen bevindelijk gereformeerde ouders tot hun keuze?	Kwalitatief **onderzoek,** GGDrU via opleiding artsen M&G en AMPHI (Actie1)		Regulier budget GGDrU	Eind 2018 meer inzicht in mogelijkheden voor interventie-ontwikkeling
B	Ouders (alle, inclusief specifieke doelgroepen zoals ouders met Marokkaanse achtergrond)	Welke redenen of factoren beïnvloeden ouders richting niet-vaccineren? (Actie5)	Inventariserend onderzoek naar beweegredenen onder Marokkaanse ouders, voor zover via het dossier JGZ traceerbaar	Nader onderzoek wordt door RIVM overwogen	Mogelijk door Min. VWS	Nog onbekend
B	Ouders (alle)	Wat vinden ouders van de dienstverlening en bereik-baarheid van de JGZ? (Actie5)		Nader onderzoek wordt door RIVM overwogen	Mogelijk door Min. VWS	Nog onbekend
2.	**Professionals**					
A	Jeugdarts, jeugdvpk	Hoe kunnen JGZ-professionals bevindelijke gereformeerde ouders ondersteunen bij hun keuze?	Kwalitatief **onderzoek,** GGDrU via opleiding artsen M&G/AMPHI (Actie1)		Regulier budget GGDrU	Eind 2018
A+B	Jeugdarts, jeugdvpk	**Kwaliteit van counseling JGZ verbeteren**	**Bij- & Nascholing** in kennis en vaardigheden. (Actie2) Meer **gesprekstijd**: optie extra consult beter benutten. (Actie3)	**Nieuw aanbod RIVM** via **e-learning**	Regulier budget GGDrU	Eind 2017
A+B	Overige Professionals	Welke behoeften hebben huisartsen en verloskundigen?	Ontmoetingsavond organiseren (Actie6)		Voorlopig regulier budget GGDrU	Eind 2017
A+B		Op welke onderdelen kan evt. een integrale aanpak ontwikkeld worden?	Inventarisatie maken via Intervention Mapping. (Actie8)	In samenwerking met andere GGD-en en universiteit Maastricht	Regiobudget van het RIVM (± € 7000,-)	medio 2018
3.	**Omgeving**					
B	Media, internet, social media, etc.	Nep-nieuws. Kwaliteit communicatie (Actie4). Gezag van overheid neemt af; dubbelrol erkennen.(Actie7)	**Publiekscommunicatie verbeteren**; zorg voor evidence based info; **mini-symposium** over onvermijde-lijke dubbelrol (Acties 4+7)	Beschikbare inzichten o.b.v. recent onderzoek	Reguliere budgetten van GGD, CJGs en gemeenten.	2017
A	**Sociale omgeving**	Monitoring	Contact houden met reformatorische basisscholen			

*Tabel 1: Actuele beleidsopties voor vier gemeenten in de regio Utrecht in reactie op een lage vaccinatiegraad; vetgedrukte onderdelen in kolom Aanpak als eerste aanbevolen. (*NB: gebaseerd op een vereenvoudigd analysemodel t.a.v. vaccinatiebereidheid)*

Toelichting op tabel 1. Actuele beleidsopties

Doelstelling A – Vaccinatiegraad verhogen

Medisch gezien vormen in de vier gemeenten de mensen van bevindelijke gereformeerde origine de belangrijkste doelgroep. Niet omdat zij in aantallen altijd de grootse groep niet-deelnemers zijn, maar omdat zij geografisch geclusterd leven. Uit recent onderzoek van de GGD Gelderland-Zuid komt naar voren dat over de generaties de vaccinatiebereidheid lijkt te stijgen (van 55 naar 65% onder kerkleden die laag of middelmatig religieus conservatief en hoger opgeleid zijn). Echter, hoe strenger de geloofsgemeenschap, hoe lager de vaccinatiegraad. In de strengste groepen (Gereformeerde Gemeenten in Nederland en de Oud Gereformeerde Gemeenten) was de vaccinatiegraad bij zowel deelnemers als hun ouders rond de 10 procent, en maar 1 op de 5 was van plan zijn of haar kinderen te laten vaccineren. Kortom, zonder specifieke inzet lijkt het onwaarschijnlijk dat het lokaal aanwezige risico op afzienbare tijd zal afnemen.

Welke opties om hier iets aan te doen zijn dan denkbaar en haalbaar?

Voor het verhogen van de vaccinatiegraad *specifiek* onder de doelgroep bevindelijk gereformeerden bestaat geen pasklare aanpak. Wel is bekend dat voorlichtingsinterventies ook averechts kunnen werken; bijvoorbeeld doordat mensen geneigd zijn alleen díe informatie op te nemen die past bij hun overtuigingen, of doordat de informatie onvoldoende aansluit bij de zorgen van de cliënt. Dit maakt dat deze voorlichting en counseling extra zorgvuldig moet worden uitgevoerd en liefst met evaluatieonderzoek moet worden begeleid.

1. Het voorstel is om in samenwerking met de belangrijkste landelijke deskundigen nader **onderzoek** te doen dat tot doel heeft om te verkennen òf, en zo ja in hoeverre, het '**generatie-effect**' dat in recent onderzoek is aangetoond, kan worden versterkt. We willen ons daarbij richten op zowel de argumenten van ouders (in tabel 1: balk 1A) als de vraag wat zij inschatten dat professionals kunnen bijdragen (tabel 1: balk 2A). Bekostiging van deze aanpak kan uit de reguliere middelen, met benutting van de bestaande samenwerking met de academische werkplaats AMPHI (Radboud UMC met 9 GGD'en) en de NSPOH (opleiding artsen M&G). De verwachte opbrengst zal zijn: inzicht in wat haalbare en door de doelgroep mede gedragen mogelijkheden zijn om het open gesprek over vaccinaties te bevorderen. Open in de zin dat er ruimte is voor persoonlijke meningen én voor wetenschappelijke inzichten.

Doelstelling B. 'Behouden wat we hebben'

Deze doelstelling komt met name voort uit de landelijk gesignaleerde daling van de vaccinatiegraad met 1% gemeten over 2015 en 2016. Een goede verklaring hiervoor zegt het RIVM niet te hebben. De gedachten hierover gaan uit naar een toename van het aantal 'kritische prikkers' enerzijds en praktische belemmeringen voor ouders met drukke agenda's anderzijds. De doelgroep 'kritische prikkers' is een fictieve verzameling van mensen met allerlei niet-wetenschappelijke argumenten tegen vaccinatie (vaccinatie is 'schadelijk', of 'overbodig' of 'tegen natuurlijk', etc.)
Voor deze doelstelling zijn er een reeks van mogelijkheden. De belangrijkste daarvan op de korte termijn zijn:

2. Het benutten van de nieuwe landelijke **bij- & nascholing**[1] voor JGZ-professionals van het RIVM die vanaf medio april beschikbaar komt en die ingaat op frequent voorkomende actuele vragen van ouders (FAQs) en uitgebreider kennis zal bieden over de achtergronden van het RVP (zie bijlage 1).
   Plus de daarbij passende training in counselingsvaardigheden (MotivationalInterviewing) georganiseerd door de GGDrU, te starten bij de professionals van de regio Vallei en Woudenberg.

3. Meer **gesprekstijd** wanneer de ouder twijfelt of extra vragen heeft over vaccinaties. Momenteel lijkt de jeugdarts nog weinig gebruik te maken van de inzet van een dubbelconsult[2]. Eerste stap is daarom om de toepassing van deze mogelijkheid te bevorderen en te monitoren.[3]

4. Het verbeteren van de kwaliteit van de **publiekscommunicatie** op websites van CJG's en GGD. De vormgeving van de informatie zou beter kunnen aansluiten op het zoekgedrag van de verschillende doelgroepen. Verder is uit een eerste steekproef gebleken dat de informatie die momenteel geboden wordt niet altijd eenduidig is en soms zelfs onjuist.

Deze acties zijn op korte termijn haalbaar, relevant vanuit het perspectief van de regio Utrecht en kunnen geheel of grotendeels gerealiseerd worden vanuit bestaande middelen.
Minder urgent en/of in nadrukkelijker afstemming met bovenregionale taakstellingen zijn de volgende opties relevant:

5. Op landelijk niveau (RIVM, ministerie VWS) wordt nagedacht over breder **onderzoek** naar de redenen en omvang van het mogelijk afkalven van de traditionele **vaccinatiebereidheid** (beide 1B-rijen van de tabel). Hierbij gaat het om allerlei principiële en praktische redenen[4]. Onderdeel kan zijn nader onderzoek naar wat ouders verwachten, o.a. wat betreft de *dienstverlening* en *bereikbaarheid* van de jeugdgezondheidszorg (onderste 1B-rij van de tabel). Wat betreft onderzoek ligt het voor de hand om vooralsnog af te wachten wat op landelijk niveau besloten wordt[5].

---

[1] Elke jeugdarts en jeugdverpleegkundige volgt standaard 1 x per 5 jaar een verplichte RVP-scholing, die gevolgd wordt door een RVP-toets. Een voldoende gemaakte toets is een voorwaarde om zelfstandig CB te kunnen (blijven) doen.
[2] Onder JGZ professionals zal nader geïnventariseerd worden welke belemmeringen er worden ervaren en welke oplossingen hierbij haalbaar zijn (sterkte/zwaktes huidige werkwijze).

[3] Voor 2018 past het om te overwegen of een **implementatieonderzoek** naar de effectiviteit van een vernieuwde aanpak (o.a. o.b.v. bij- en nascholing, evt aanvullende training, extra aandacht voor de inzet van een dubbelconsult voor twijfelaars) gewenst is. Essentie is dan: werkt de hele aanpak daadwerkelijk zoals beoogd?

[4] Behalve de hiervoor genoemde groep inwoners die niet vaccineren op basis van hun gereformeerd geloof, krijgt de JGZ steeds vaker te maken met ouders die om andere redenen twijfelen over vaccineren. Sommigen kijken nogal negatief aan tegen de overheid en de farmaceutische industrie, die alleen uit zou zijn op winstbejag. Veel twijfelaars willen weten of er giftige stoffen in zitten. Onder bevolkingsgroepen van Marokkaanse afkomst zijn er vragen of het vaccin wel halal is. Verder speelt ook de veranderde manier waarop burgers naar de overheid kijken ("Die zijn al bevooroordeeld") en het gezag van die overheid steeds kritisch beschouwen.

[5].In de bijlage over de e-learning van het RIVM is te lezen dat voor veel vragen heldere antwoorden beschikbaar zijn. Dit is kennis die overgedragen kan worden. Nader onderzoek kan duidelijk maken in welke mate die kennis inderdaad leidt tot stijging van de vaccinatiebereidheid, dan wel in hoeverre vragen blijven leven, inwoners blijven twijfelen of de beschikbare kennis terzijde leggen, of heel andere barrières ervaren.

6. Vanuit de invalshoek van de professionals (2B-rij) kan gedacht worden aan een ontmoetingsavond met **huisartsen en verloskundigen**. Vanuit de GGD kan gepeild worden of hier belangstelling voor is in de regio Vallei en Woudenberg.
   Inzet kan zijn om een beeld te verkrijgen hoe andere collega's aankijken tegen het onderwerp, wat hun ervaringen zijn, en of er behoefte bestaat aan kennisuitwisseling of nadere samenwerking met JGZ-collega's.

7. Verder komt uit onderzoek naar voren dat de overheid een deel van haar **gezag** verliest. Specifiek op gebied van vaccineren benoemen steeds meer mensen dat de overheid een **dubbelrol** heeft; haar verplichting om de groepsimmuniteit op peil te houden botst met haar rol als onpartijdige verstrekker van informatie. Met als gevolg dat haar gezag in twijfel wordt getrokken (3B-rij van de tabel). Dit heeft betrekking op het RIVM, en wellicht ook op alle GGD'en. Het advies is om dit gegeven te erkennen, en van hieruit te onderzoeken welke betekenis dit moet krijgen voor het eigen communicatiebeleid. Centaal staat de vraag hoe ga je in deze tijd als overheid rondom vaccinatie op een verantwoorde manier in dialoog met burgers. Dit sluit aan bij de hierboven al genoemde redenen voor het verbeteren van de publiekscommunicatie (Actie 4). Het voorstel is om gezamenlijk, GGD en gemeenten, over dit onderwerp een **mini-symposium** te organiseren[6].

8. Tot slot is in de tabel (3e 2B-rij) opgenomen een voorstel om een integraal overzicht te laten maken van alle factoren die invloed uitoefenen op de vaccinatiebereidheid onder alle risicogroepen. Figuur 1 is een sterk vereenvoudigd beeld van wat uit de literatuur bekend is. Met behulp van de techniek van **Intervention Mapping** kan een scherper evidence-based overzicht verkregen worden. Het uitvoeren van een Intervention Mapping exercitie is een taak die grotendeels back-office verricht kan worden als afstudeerproject van een master-student gezondheidswetenschappen (5 maanden). Een dergelijke opzet zou goed kunnen passen in het subsidiekader van het RIVM regiobudget en kan, al dan niet in samenwerking met andere GGD'en uit Biblebelt-regio's, voor geringe kosten gerealiseerd worden. Inmiddels is hierover al contact gelegd met andere GGD-en de Universiteit Maastricht.

[6] Tijdens het AB van 30 maart 2017 is de GGD gevraagd om te komen met een nadere uitwerking van opzet/doel van een soortgelijke bijeenkomst.

Bijlage 1. E-learning Rijksvaccinatieprogramma (RVP)

(tekst overgenomen van het RIVM, maart 2017)

De hoofddoelgroep van de e-learning zijn jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.
Het doel is: de **inhoudelijke kennis** bijbrengen die nodig is om een gesprek over het RVP te voeren met ouders en vragen over het RVP en RVP-vaccins te kunnen beantwoorden.

De e-learning gaat NIET over de basiskennis RVP (bijv vaccinatietechniek, standaardschema, inhaalschema's, contra-indicaties, etc)
De richtlijn (voorheen uitvoeringsregels) wordt bekend verondersteld en wordt ook vooraf getoetst; de cursist moet deze toets voldoende maken om toegang te krijgen tot de e-learning.

De e-learning bestaat uit 7 modules:

1. Introductie en 'waar komen vragen en zorgen over RVP/vaccinatie vandaan'
   Hierin wordt oa een overzicht gegeven van hoe verhalen de wereld inkomen, bijv antivaccinatiegroepen, fakenewssites, anekdotische verhalen op social media.

2. Vaccins: van idee tot RVP-vaccin
   Hierin wordt behandeld hoe nieuwe vaccins worden ontwikkeld, wat voor soort onderzoeken daarbij gedaan worden naar veiligheid en effectiviteit, hoe een vaccin een vergunning krijgt om verkocht te worden en hoe en door wie wordt bepaald of een vaccin in het RVP komt.

3. Bestanddelen van vaccins
   Hierin wordt behandeld uit welke soort bestanddelen vaccins bestaan, waarom deze bestanddelen erin zitten, of ze veilig zijn en worden specifiek de bestanddelen behandeld waar de meeste vragen over zijn

4. De RVP-ziekten
   Hierin komen de huidige 12-RVP ziekten aan bod met als doel dat de cursist kan uitleggen waarom tegen deze ziekten wordt gevaccineerd en wat vaccinatie heeft opgeleverd aan het terugdringen van deze ziekten.

5. Vaccinatieschema's
   Hierin wordt behandeld waarom de vaccinatieschema's van de RVP-vaccins eruit zien zoals ze er nu uit zien en welke factoren hierbij een rol spelen; dit gaat bijvoorbeeld in op de vraag 'is het niet te vroeg/te veel'. Ook wordt hierin behandeld waarom schema's van verchillende landen van elkaar kunnen verschillen en wat hierbij factoren zijn.

6. Bijwerkingen
   Hierin wordt behandeld hoe bijwerkingen gemonitord en onderzocht worden; ook wordt ingegaan op waarom bijwerkingen ontstaan en op enkele vermeende bijwerkingen waarvan geen verband met vaccinatie is aangetoond. Ook wordt hier in gegaan op hoe om te gaan als een kind een bijwerking heeft gehad.

7. Praten met ouders
   Hoewel de e-learning met nadruk een inhoudelijke scholing is en GEEN communicatie-scholing, wordt in deze module toch even kort ingegaan op communicatietips.

Elke module bestaat uit kleine, afwisselende onderdelen. Dan weer een video, dan een infographic, dan een interactief test-je-kennis-onderdeel, dan een stuk tekst, etc.
Hiermee hopen we de stof op een motiverende en didactisch verantwoorde manier aan te bieden. De e-learning kan zowel tijdens een module als tussen modules door onderbroken en later weer gestart worden.

Na het doorlopen van alle modules volgt een toets.

We weten nog niet precies hoe lang de complete e-learning gaat duren, daar is de test straks ook voor. De verwachting is 3 of 4 uur.

GGD regio Utrecht
Postbus 51
3700 AB Zeist

T 030 608 608 6
E info@ggdru.nl
I www.ggdru.nl

Uitgave
© GGD regio Utrecht
2017

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: GGD regio Utrecht (GGDrU), auteurs, de titel van publicatie en het jaar van uitgave.

GGD
regio Utrecht