

# Waarom moeders een extra vaccinatie voor hun zuigeling prefereren boven maternale kinkhoestvaccinatie, een kwalitatieve studie

## *Besluitvorming rondom kinkhoestvaccinaties voor zwangere en zuigeling*

Saskia J.M. den Ambtman, Daniël C.M. Huijten, Veja Widdershoven, Christian J.P.A. Hoebe & Rianne P. Reijs

### Auteurs

Saskia J.M. den Ambtman, MD, MSc, arts Maatschappij & Gezondheid, jeugdgezondheidszorg<sup>1,2,3</sup>

Daniël C.M. Huijten, RN, MSc, promovendus<sup>1,4</sup>

Veja Widdershoven, PhD, post doc<sup>1,4</sup>

Christian J.P.A. Hoebe, MD, PhD, Arts-epidemioloog Maatschappij & Gezondheid infectieziekebestrijding<sup>1,4,5</sup>

Rianne P. Reijs, MD, PhD, arts Maatschappij & Gezondheid jeugdgezondheidszorg<sup>1,2</sup>

### Affiliatie

1. Afdeling Sociale Geneeskunde, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, PO Box 616, 6200 MD, Maastricht, The Netherlands.
2. Afdeling jeugdgezondheidszorg, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Mosa, GGD Zuid Limburg, PO Box 33, 6400 AA, Heerlen, Nederland
3. Afdeling jeugdgezondheidszorg, Volksgezondheid gemeente Utrecht, PO Box 16200, 3500 CE Utrecht, Nederland
4. Afdeling Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Mosa, GGD Zuid Limburg, PO Box 33, 6400 AA, Heerlen, Nederland
5. Afdeling Medische Microbiologie Infectieziekte en Infectiepreventie, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University Medical Centre (MUMC+), PO Box 5800, 6202 AZ, Maastricht, Nederland.

### Gespecificeerde bijdrage per auteur

S. den Ambtman: studie design, data-collectie, data-analyse, interpretatie, manuscript

D. Huijten: data-analyse, interpretatie, manuscript, supervisie

V. Widdershoven: studie design en supervisie data-analyse

C. Hoebe: relevantie onderwerp, financieel beheer en supervisie

R. Reijs: relevantie onderwerp, studie design, manuscript en supervisie

### Auteursgegevens

Saskia J.M. den Ambtman, MD, MSc, arts Maatschappij & Gezondheid, jeugdgezondheidszorg<sup>1,2,3</sup>

Daniël C.M. Huijten, RN, MSc, promovendus<sup>1,4</sup>

Veja Widdershoven, PhD, post doc<sup>1,4</sup>

Christian J.P.A. Hoebe, MD, PhD, Arts-epidemioloog Maatschappij & Gezondheid infectieziekebestrijding<sup>1,4,5</sup>

Rianne P. Reijs, MD, PhD, arts Maatschappij & Gezondheid jeugdgezondheidszorg<sup>1,2</sup>

Correspondentieadres:

[s.den.ambtman@utrecht.nl](mailto:s.den.ambtman@utrecht.nl)

## Samenvatting

*Inleiding:* Ondanks dat maternale kinkhoestvaccinatie (MKV) effectief is in het beschermen van zuigelingen tegen kinkhoest, blijft de vaccinatiegraad suboptimaal. Opmerkelijk is dat de vaccinatiegraad tegen kinkhoest onder zuigelingen hoger ligt. Deze studie onderzoekt welke determinanten bijdragen aan het niet accepteren van de MKV, bij primipara die de intentie hebben vaccinaties voor hun zuigeling uit het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) te accepteren.

*Methode:* Een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews werd uitgevoerd onder moeders die geen MKV hadden geaccepteerd, maar de intentie hadden hun zuigeling volgens het RVP te vaccineren. De interviews werden getranscribeerd en geanalyseerd met de Thematic Codebook Analysis methode.

*Resultaten:* Analyse van interviews met tien primipara liet zien dat misvattingen, gebrekkige informatievoorziening mede door versnippering van zorg en zorgen over mogelijke (milde) bijwerkingen belangrijke redenen waren om de MKV niet te accepteren. Zwanger zijn maakte het besluitvormingsproces complexer. Ook praktische barrières, zoals onbekendheid met de jeugdgezondheidszorg (JGZ), bemoeilijkten de beslissing.

*Beschouwing:* Belangrijk is dat JGZ en verloskundige zorgverleners beter aansluiten op de belevingswereld van zwangeren met gerichte counseling die inspeelt op hun misvattingen en zorgen. Praktische drempels moeten worden verlaagd. Een betere samenwerking tussen verloskundige zorgverleners en JGZ is hierbij essentieel, aangezien de JGZ deze zwangeren nu onvoldoende kan bereiken.

**Trefwoorden:** Maternale kinkhoest vaccinatie; Vaccinatie twijfel; Vaccinatiebesluitvorming; Vaccinatiegraad

## Abstract

*Introduction:* Maternal pertussis vaccination (MPV) effectively protects infants against pertussis, yet vaccination coverage remains suboptimal. This study explores the determinants contributing to the non-acceptance of MPV among mothers who do accept vaccinations for their infants under the Dutch National Immunization Program (NIP).

*Methods:* A qualitative study was conducted using semi-structured interviews with primiparous mothers who did not accept MPV but intended to vaccinate their infants according to the NIP. Interviews transcripts were analyzed using the Thematic Codebook Analysis method.

*Results:* Ten interviews were conducted and revealed that misconceptions, inadequate information provision, and concerns about potential (mild) side effects were the main reasons for not accepting MPV. Pregnancy further complicated the common reasons influencing decision-making process, including a lack of confidence, convenience, and compliance.

*Discussion:* Tailored counseling that addresses pregnant women's misconceptions and specific concerns is essential to better align with their perspectives. Additionally, practical barriers could be mitigated by enhanced collaboration between maternal healthcare and youth healthcare services, as the latter do not

currently reach this group effectively. These measures could help to increase vaccination coverage and improve protection of infants against pertussis.

## Inleiding

Kinkhoest is een besmettelijke luchtweginfectie, veroorzaakt door *Bordetella pertussis* of *Bordetella parapertussis*. Vooral bij zuigelingen kan de ziekte ernstige ademhalingsproblemen veroorzaken en leiden tot hersenbeschadiging, convulsies en sterfte (1). Niet geïmmuniseerde zuigelingen lopen een verhoogd risico op een ernstig ziekteverloop (2). Zuigelingen kunnen vanaf zes weken worden gevaccineerd tegen kinkhoest (actieve immunisatie), echter ontbreekt bescherming in de eerste levensweken tot deze vaccinatie. Om zuigelingen direct vanaf de geboorte te beschermen, is de maternale kinkhoestvaccinatie (MKV) sinds 2019 opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) (3).

De MKV biedt een effectieve, veilige en kosteneffectieve manier van passieve immunisatie (4-8). De zwangere maakt na het krijgen van de MKV antistoffen die via de placenta naar het ongeboren kind worden getransporteerd. De zuigeling is hierdoor direct na de geboorte beschermd tegen kinkhoest totdat deze zelf bescherming kan opbouwen via actieve immunisatie. Dankzij de bescherming van de MKV heeft de zuigeling doorgaans één vaccinatie minder nodig en kan actief immuniseren starten vanaf drie maanden (3).

Verloskundig zorgverleners (verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen) informeren zwangeren over de MKV en verwijzen naar de jeugdgezondheidszorg (JGZ), die verantwoordelijk is voor de counseling en uitvoering van de MKV (9). Hierbij kan de JGZ desgewenst (toekomstige) ouders bij hun vaccinatiekeuze begeleiden door het belang, de effectiviteit en mogelijke bijwerkingen te benoemen. Daarnaast wordt ingegaan op eventuele twijfels en wordt voorlichting op maat gegeven. De zwangere moet zichzelf aanmelden bij de JGZ (3).

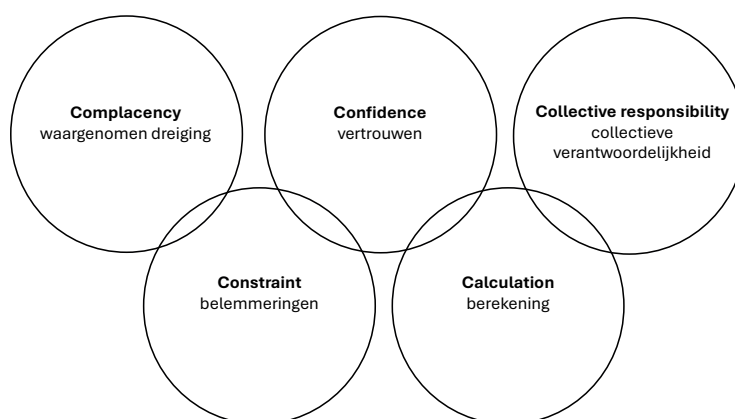
Kinkhoest komt sinds het einde van de vorige eeuw weer vaker voor in Nederland en omliggende landen, met elke drie tot vier jaar een piek in de incidentiecijfers (10,11). Tijdens de uitbraak in 2024 werden meer dan 18.000 kinkhoestbesmettingen gemeld, waaronder 838 zuigelingen. Bij in ieder geval zes zuigelingen is gerapporteerd dat ze zijn overleden aan kinkhoest tijdens deze uitbraak. Bij meer dan de helft van de jonge zuigelingen (tot zes maanden) was een ziekenhuisopname nodig. Van de besmette zuigelingen tot twee maanden bleek 83% niet beschermd door de MKV (12).

Ondanks de bewezen gezondheidsvoordelen van de MKV blijft de vaccinatiegraad onder zwangere vrouwen suboptimaal. De vaccinatiegraad voor de MKV wordt sinds de opname in het RVP geschat rond de 64 tot 70%. Opmerkelijk is dat de vaccinatiegraad tegen kinkhoest onder zuigelingen in deze periode hoger ligt, namelijk tussen 90 en 91%). Ondanks mogelijke onvolledigheid van de vaccinatieregistratie sinds de invoering van informed consent in 2022 (13), impliceert de huidige vaccinatiegraad dat ruim een kwart van de Nederlandse zuigelingen die start met vaccineren volgens het RVP, een moeder heeft die geen MKV heeft ontvangen. Onwetendheid of gebrek aan kennis over de MKV verklaart echter maar 15% van deze groep (14).

Meer dan de helft van de (toekomstige) ouders neemt vaccinatiebeslissingen voor hun zuigeling al voor of tijdens de zwangerschap (15,16). In diezelfde periode beslist de zwangere ook over het al dan niet ontvangen van de MKV. Hoewel beide vaccinatiebeslissingen vaak rond dezelfde tijd plaatsvinden, is er bij een kwart van de Nederlandse zwangeren sprake van een discrepantie tussen de uitkomsten van deze

beslissingen. Dit besluitvormingsproces verloopt mogelijk anders bij multigravida (vrouwen die eerder zwanger waren) dan bij primigravida (vrouwen in hun eerste zwangerschap), omdat multigravida deze vaccinatiebeslissingen al eerder hebben genomen.

Om het besluitvormingsproces rondom vaccinatie beter te begrijpen, wordt vaak het 5C-model van de World Health Organization (WHO) gebruikt (17). Het 5C-model omvat algemene determinanten die van belang zijn bij individuele vaccinatiebeslissingen zoals Complacency (waargenomen dreiging van de ziekte), Confidence (vertrouwen in de vaccinatie en het gezondheidssysteem), Collective responsibility (collectieve verantwoordelijkheid), Constraint (belemmeringen) en Calculation (berekening).



**Figuur 1.** De vijf determinanten die van belang zijn bij individuele vaccinatiebeslissingen, 5C model (17)

Om de discrepantie in de acceptatie tussen passieve en actieve immunisatie tegen kinkhoest beter te begrijpen, bieden determinanten uit dit model waardevolle aanknopingspunten. Het doel van deze studie was dan ook om factoren te identificeren die het besluitvormingsproces beïnvloeden van moeders die ervoor kozen hun baby's een extra kinkhoestvaccinatie te laten krijgen terwijl zij zelf in de zwangerschap de MKV niet accepteerden. Dit inzicht kan helpen om vaccinatiezorg vanuit hun perspectief te verbeteren en biedt waardevolle input voor toekomstige beleidsvorming en praktijk.

## Methodie

Een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews werd uitgevoerd, waarbij de Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) werden toegepast om de belangrijke aspecten van deze studie te rapporteren (18).

## Studie populatie

Tussen april 2023 en juli 2023 werden moeders geworven op consultatiebureaus in Utrecht (stad), Den Haag, de Betuwe en Zuid-Limburg. Moeders werden geïncludeerd, meestal tijdens het vaccinatiegesprek met het eerste consult van de zuigeling op het consultatiebureau, wanneer zij geen MKV hadden ontvangen, maar wel de intentie hadden om hun zuigeling deel te laten nemen aan het reguliere RVP. Geëxcludeerd werden moeders die niet op de hoogte waren van de MKV (en dus geen bewuste afweging hadden gemaakt), moeders die om medische redenen geen MKV mochten ontvangen en moeders jonger dan 18 jaar vanwege juridische aspecten.

Moeders ontvingen bij interesse voor deelname een informatiebrief. De onderzoeker (SdA), een vrouwelijke jeugdarts die geen deel uitmaakte van de gezinszorg, interviewde de participanten bij hen thuis, op het consultatiebureau of digitaal via Microsoft Teams. Als dank kregen de participanten na afloop een cadeaubon ter waarde van €10.

### Dataverzameling

De semigestructureerde interviews werden tussen april 2023 en juli 2023 afgenomen aan de hand van een topiclijst (bijlage 1) die was gebaseerd op het 5C-model (17) en aanvullende literatuur (19,20). Een proefinterview werd gehouden om de topiclijst te evalueren, waarop de formulering van enkele vragen werd aangepast. Voor de start van het interview werd informed consent verkregen. De interviews werden met een dictafoon opgenomen en enkele fieldnotes over non-verbale aspecten werden bijgehouden. Interviews werden afgenomen tot datasaturatie bereikt was.

### Data-analyse

Alle interviews werden ad verbatim getranscribeerd, dubbelblind gecodeerd in Atlas.ti en geanalyseerd door twee onderzoekers (SdA en DH) middels de Thematic Codebook Analysis methode (21). De data werd geanalyseerd door middel van een combinatie van inductieve en deductieve codering. De twee onderzoekers discussieerden bij verschillen tot overeenstemming over de code. Indien de onderzoekers niet tot overeenstemming kwamen, werd een derde onderzoeker (VW) geraadpleegd.

Tijdens de analyse bleek het beslissingsproces van multipara (moeders van meerdere kinderen) fundamenteel anders dan primipara (moeders van eerste kinderen). Multipara baseerden hun vaccinatiebesluit vaak op keuzes en ervaring van voorgaande zwangerschappen (22). Aangezien primigravida nieuw zijn in de zwangerschapszorg en nog geen eerdere vaccinatieoverwegingen hebben gemaakt voor zichzelf of hun ongeboren kind, zijn hun opvattingen en besluitvormingsprocessen mogelijk nog relatief vormbaar, wat kansen biedt. Bovendien is in de bestaande literatuur slechts één kwantitatieve studie beschikbaar die zich richt op vaccinatieoverwegingen rondom maternale vaccinaties bij primigravida (23), terwijl kwalitatieve studies binnen deze populatie ontbreken. Vandaar dat in dit artikel specifiek de data van de primipara zijn meegenomen. Daarnaast werd vanwege de omvang van de verzamelde informatie en om voldoende diepgang te waarborgen, gekozen om drie componenten van het 5C model uit te lichten, omdat zij het duidelijkst naar voren kwamen.

### Ethische aspecten

Een niet-WMO verklaring werd afgegeven door de medisch-ethische toetsingscommissie van de Universiteit Maastricht (METC 2023-3644).

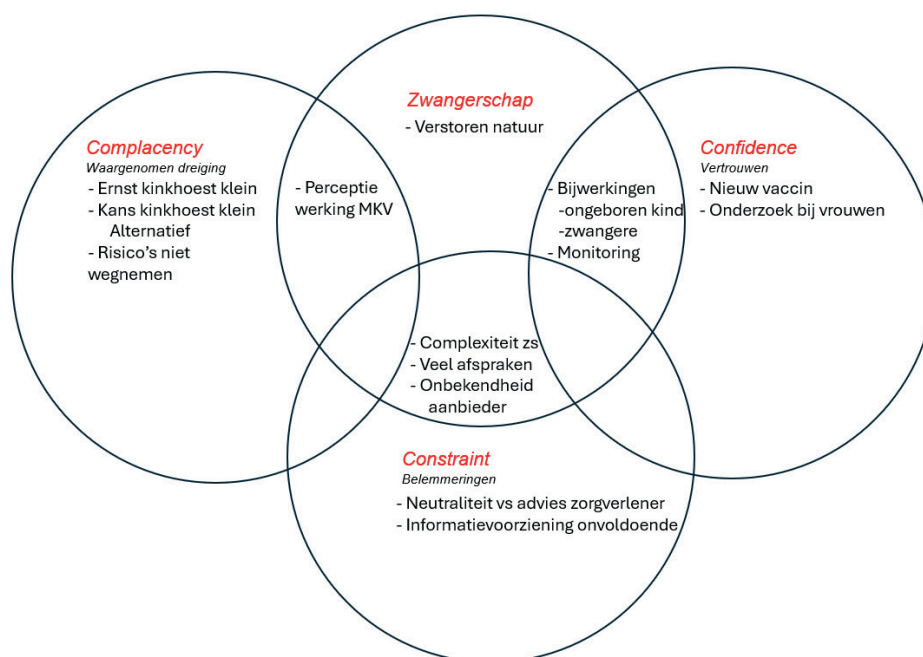
## Resultaten

Tien primipara participeerden in dit onderzoek (tabel 1). Zij identificeerden zich als cisgender vrouwen, waren gemiddeld 31 jaar oud en woonden in Utrecht (zes), Den Haag (twee), een stad in Zuid-Limburg (een) en een dorp in de Betuwe (een). De interviews werden afgenomen tussen de vier en tweeëntwintig weken na de bevalling, met een mediaan van zeven weken. Vijf interviews werden bij de participant thuis afgenomen, vier via Microsoft Teams en één bij het consultatiebureau. De interviews duurden gemiddeld 46 minuten.

**Tabel 1.** Kenmerken geïnterviewde participanten

Nummer	Leeftijd range participant	Opleiding participant	Afkomst participant	Geloof participant
1.	18-24 jaar	MBO4	Nederlands	Niet religieus
2.	18-24 jaar	HBO	Nederlands	Christelijk
3.	25-30 jaar	MBO3	Nederlands	Niet religieus
4.	25-30 jaar	MBO4	2 <sup>de</sup> generatie Noord-Afrikaans	Islamitisch
5.	31-35 jaar	MBO4	2 <sup>de</sup> generatie Noord-Afrikaans	Islamitisch
6.	31-35 jaar	WO	Nederlands	Niet religieus
7.	31-35 jaar	WO	Nederlands	Niet religieus
8.	31-35 jaar	WO	Nederlands	Niet religieus
9.	31-35 jaar	WO	Latijns-Amerika	Niet religieus
10.	35+ jaar	HBO	Noord-Afrikaans	Islamitisch

De resultaten worden beschreven via drie componenten van het 5C-model die het duidelijkst naar voren kwam, waarbij het thema zwangerschap is toegevoegd (figuur 2).

**Figuur 2.** Schematische weergave van de resultaten met drie componenten van het 5C model waaraan zwangerschap is toegevoegd.

## Zwangerschap

De zwangerschap speelde niet alleen een rol als tijdsframe, maar vormde ook een reden om de MKV te weigeren. Meerdere participanten beschouwden zwangerschap als een natuurlijk proces dat ze niet wilden verstoren met externe invloeden: *“Ik vind vaccineren hartstikke goed. Maar ik vind het wel iets aards. Wij hebben dat op aarde bedacht. En ik dacht, dat kleintje zit daar in die buik en laat die maar lekker groeien. De natuur doet zijn best en die weet precies wat het moet doen. En dat wil ik gewoon niet verstoren.”* (participant 10) Participanten hadden hierbij angst voor bijwerkingen, bij zowel het ongeboren kind als bij zichzelf. Naast ernstige bijwerkingen werden ook milde bijwerkingen benoemd

als factor waarom zwangere vrouwen de MKV niet accepteerden. Zo ervoeren enkele participanten de kans bijvoorbeeld op koorts of spierpijn, als een dusdanige drempel om geen MKV te accepteren: *“Weinig energie, futloos, beetje grieperig. Eigenlijk al spierpijn in mijn arm vind ik al stom... Daar heb ik gewoon geen zin in.”* (participant 8) Deze participanten hadden (fysieke) klachten van deze zwangerschap. Daarnaast waren participanten bang voor de indirecte reactie op de foetus door milde bijwerkingen van moeder: *“Bijvoorbeeld die griep krijgen of koorts of toch dat je pijn gaat krijgen, waardoor je een schrik- of een stressreactie gaat krijgen, cortisol aanmaakt bijvoorbeeld. Dat was een beetje waar ik bang voor was.”* (participant 1) Verder speelde voor een aantal participanten mee dat ze geen zicht hadden op de gezondheid van het ongeboren kind, waarbij ze afhankelijk waren van de controles van de verloskundige hulpverlener: *“Ik vond het ook een beetje een gek idee dat ik niet wist hoe hij erop zou reageren in mijn buik. Dat ik niet wist hoe het met hem ging. Dat ik er niet invloed op heb of zo. En dat als hij hem nu bijvoorbeeld neemt, dan kan ik gewoon zien hoe hij erop reageert.”* (participant 3)

Meerdere participanten ervoeren (praktische) barrières in hun overweging in de acceptatie van de MKV. Een deel kwam voort uit de complexiteit van de zwangerschapsperiode: *“Je moet al zo veel keuzes maken. Er komt zoveel op je af, vooral tijdens de eerste zwangerschap. Psychisch moest ik er ook nog aan wennen, het was ook best vrij snel gegaan.”* (participant 7) Daarbij werd soms tijdsdruk ervaren, door niet kloppende informatie dat de MKV voor 34 weken zwangerschap gegeven moest worden. Dit resulteerde in het niet maken van een besluit. De grote hoeveelheid afspraken gedurende de zwangerschap werd als belastend ervaren, vooral voor werkende zwangeren. Ook speelde mee dat de MKV gegeven wordt door een andere zorgaanbieder dan de verloskundige hulpverlener, namelijk de JGZ: *“Als ik er nu over nadenk dan zou ik wel sneller die keus gemaakt hebben om te gaan prikken in de periode toen ik hem zo aan het uitstellen was. Dan had ik op mijn oude en vertrouwde plek gewoon het prikje genomen en was het over en done.”* (participant 9). De JGZ is bij eerste zwangerschappen nog onbekend, wat voor een drempel zorgde. Meerdere participanten hadden een andere perceptie van de werking van de MKV. Er bestond twijfel of een maternale vaccinatie wel voldoende bescherming bood. Daarnaast werd gedacht dat de MKV alleen voor de zwangere zelf bedoeld was of dat de MKV bescherming gaf op het moment van de vaccinatie zelf. *“Je baby zit veilig in het vruchtwater. Hij kan niet daar binnen die kinkhoest krijgen. Dus waarom zou je iets in je lichaam spuiten wat eigenlijk dus op dat moment niet van toepassing is?”* (participant 4)

## Confidence

In tegenstelling tot vaccinaties voor zuigelingen werd de MKV door veel participanten niet gezien als onderdeel van het RVP. Ze ervoeren de MKV als nieuwe vaccinatie waarin ze minder vertrouwen hebben dan langer bestaande kindervaccinaties uit het RVP. Participanten uitten twijfels over onderzoeksresultaten en mogelijke bijwerkingen van de MKV. Deze twijfels werden versterkt door ervaringen met de COVID-19-vaccinaties. Ze trokken parallellen tussen het korte bestaan van de MKV en het versnelde ontwikkelings- en goedkeuringsproces van COVID-19-vaccinaties: *“Ik vond het gewoon een beetje gek dat dat pas later op de markt is gekomen, dat is het meer. Dat is hetzelfde bijvoorbeeld met die coronavaccinatie, dat is ook in een keer gekomen en daar ga je dan toch over twijfelen.”* (participant 3)

Participanten vonden dat vaccinaties niet goed op vrouwen werden onderzocht, waardoor zij twijfels hadden over bijwerkingen van de MKV. Bijwerkingen zoals menstruatieproblemen na COVID-19-vaccinaties zijn in hun beleving gebagatelliseerd. Hierdoor werd getwijfeld aan de betrouwbaarheid van onderzoek naar de MKV. *“Ik geloof niet dat de vrouwen centraal staan in geneeskunde en de mannen wel....Ik weet niet hoe goed er onderzoek gedaan is naar vrouwen. Ook niet bij zo'n kinkhoestvaccinatie.”* (participant 8)

Bovendien uitte een aantal participanten, beïnvloed door de COVID-19-pandemie, de overtuiging dat angsttactieken in het informatiemateriaal worden toegepast. *“Ik mis een beetje die neutraliteit daarin en niet alleen van, je kindje kan ernstig ziek worden. Natuurlijk, daarmee haal je mensen over, maar eigenlijk vind ik dat niet oké. Al heel snel staat er dan, als u het niet doet kan uw kindje ernstig ziek worden, op die angst en risico gericht.”* (participant 7)

### Convenience

Verloskundige zorgverleners speelden een belangrijke rol bij het informeren over de MKV. Participanten vertelden dat de informatievoorziening zich vaak beperkte tot een folder, met soms een beknopte toelichting. Sommige participanten waardeerden de neutrale benadering van de verloskundige zorgverleners, terwijl anderen direct advies prefereerden. *“Vraag aan de verloskundige van, wat is het advies? Dan wordt het eigenlijk een beetje afgehouden. Verwijst ze toch naar het RIVM en het blijft toch, het is jouw keus. En eigenlijk alle medici aan wie je het vraagt, is het meer van, heel afhoudend van, het is goed dat je het doet, maar niet eigenlijk vertellen waarom het goed is dat ik het doe.”* (participant 10) Een participant gaf aan dat de neutrale benadering de indruk wekte dat deze vaccinatie niet essentieel was, waardoor ze er niet grondig over nadacht. *“Ik heb een brief gekregen bij de verloskundige en die zei ‘dit gaat over de 22 wekenprik en die kun je halen als zwangere, is niet verplicht, maar het kan wel. Het is niet per se nodig, maar dan krijgt je kindje hem.’ Toen dacht ik, als mijn kindje hem krijgt, dan is het niet per se nodig. Toen heb ik dat een beetje losgelaten en is het in een soort van in de vaagheid een beetje verdwenen..... Als er heel duidelijk gezegd was, dit is de 22 wekenprik, hier- en hierom is het belangrijk, of dat nog een keer hadden herhaald, dan had ik er beter over nagedacht en gedacht dat het belangrijk is om dat te plannen.”* (participant 2)

De verstrekte informatie werd vaak als onvoldoende ervaren. De mondelinge door verloskundige zorgverleners verstrekte informatie werd als oppervlakkig beschouwd en schriftelijke informatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) werd gezien als verouderd en miste diepgang. *“Dit voelt heel erg alsof het voor iedereen heel begrijpelijk moet zijn, en dat begrijp ik, maar wil ik wat meer informatie, dan houdt het ook gelijk op.”* (participant 8) Participanten wisten niet dat ze ook bij de JGZ informatie konden inwinnen.

### Complacency

De waargenomen dreiging ervoeren veel participanten als laag. Twee participanten hadden ervaring met kinkhoest, echter werd dit niet als ernstig ervaren. De kans op kinkhoest werd als klein ervaren, vaak zonder dat participanten konden uitleggen hoe groot de kans objectief was. Participanten namen regelmatig alternatieve maatregelen met de bedoeling het risico op besmetting te verkleinen, waardoor zij de noodzaak van de MKV minder voelden. Ze beperkten sociale contacten door bezoek te vermijden, maakten geen gebruik van kinderdagopvang, letten op de contactduur met anderen en vermeden kussen op de mond van de zuigeling. Ook werd borstvoeding gegeven om bescherming te bieden.

Verder gaven participanten aan dat hun zuigeling vaccineren voldoende beschermend was. Ze vonden het verschil tussen starten met vaccineren met twee versus drie maanden niet groot. Dat de zuigeling de eerste maanden geen bescherming heeft, werd niet als risico ervaren. *“En toen zeiden ze, je kindje krijgt er sowieso twee als jij je laat vaccineren of in ieder geval dan wordt je kindje later gevaccineerd. Dat ik dacht, zo’n groot verschil is het nou ook weer niet.”* (participant 8)

Naast een andere risicoafweging, waren enkele participanten van mening dat risico’s niet altijd vermeden moeten worden. Zo ervoeren enkele participanten dat een angstcultuur wordt gezaaid in de medische wereld: *“Het leven is ook een beetje vol risico, we kunnen niet elk risico uitsluiten. Dat is wel wat*

*we proberen te doen, denk ik, in het leven. En dat is ook heel mooi, maar ergens is er ook een grens denk ik.” (participant 7)*

## Beschouwing

Deze studie onderzocht verschillende determinanten die van invloed zijn op het niet accepteren van de MKV onder primipara die wel ervoor kiezen hun zuigeling volgens het RVP te vaccineren. Onze resultaten laten zien dat (1) vaccinatiebeslissingen regelmatig gemaakt worden op basis van misvattingen, (2) versnippering van de zorg (verloskundige zorgverlener versus JGZ) zorgt dat de informatievoorziening als ontoereikend wordt ervaren en dat organisatorische barrières worden ervaren (3) mogelijke milde bijwerkingen voor zwangeren ook een barrière kunnen zijn, (4) zwangerschap een aanzienlijke invloed heeft op het niet accepteren van de MKV.

Interviews toonden aan dat veel participanten hun beslissing baseren op misvattingen over kinkhoest en de MKV. Onjuiste ideeën over de werking en het doel van de MKV zorgden ervoor dat nadelen als groot werden gezien, terwijl voordelen als gering werden beschouwd. Dit werd versterkt door het gedaalde vertrouwen na COVID-19. Het risico op kinkhoest werd vaak onderschat, mede door vertrouwen in alternatieve maatregelen. Onderzoek toont echter aan dat deze alternatieve maatregelen, zoals borstvoeding, niet effectief zijn (24). Daarnaast hadden participanten misvattingen, zoals de opvatting dat niet op de mond kussen beschermend zou zijn, terwijl kinkhoest via druppelinfectie wordt overgedragen (2).

Een belangrijke uitkomst is dat versnippering van zorg tussen verloskundige zorgverlener en de JGZ bijdraagt aan een suboptimale MKV-vaccinatiegraad. Ten eerste is de informatievoorziening door de versnippering niet optimaal, terwijl eerder onderzoek aan toont dat het essentieel is voor zwangeren om goed geïnformeerd te zijn voordat zij vaccinatiebeslissingen nemen (25). Meer dan de helft van hen wil hulp bij de beslissing over de MKV, bij voorkeur via een gesprek met een zorgverlener. Zij prefereren hierbij de huisarts of verloskundige zorgverlener (26). In Nederland zijn verloskundige zorgverleners verantwoordelijk om zwangeren te attenderen op de MKV en hen naar de JGZ te verwijzen. Sommige verloskundige zorgverleners houden hierbij de informatie beknopt, omdat geen financiële vergoeding beschikbaar is (27). Verder blijkt uit onderzoek dat verloskundige zorgverleners zich onzeker voelen, vooral bij twijfelende zwangeren, bij het verstrekken van uitgebreide en accurate informatie door gebrek aan specifieke kennis (28,29). Daarbij hanteren verloskundig zorgverleners vaak een neutrale benadering, terwijl bekend is dat een aanbeveling van een vaccinatie de grootste voorspeller is voor vaccinatieacceptatie (28). Mogelijk belemmert de neutrale benadering goede informatievoorziening en toeleiding van de zwangere naar de JGZ.

Counseling over de MKV is in Nederland belegd bij de JGZ en niet bij de verloskundige hulpverlener (3,9). Uit deze studie bleek dat participanten niet op de hoogte waren van deze counselende rol van de JGZ, een voor hun nog onbekende aanbieder. Terwijl counseling als standaard zorg voor zwangeren wordt gezien als strategie om de vaccinatiegraad te verhogen (30).

De JGZ kan de counselende rol niet vervullen zonder tussenkomst van de verloskundige zorgverleners. De JGZ weet immers niet welke vrouwen zwanger zijn. Deze versnippering in de zorg zorgt er dus voor dat zwangeren onvoldoende informatievoorziening ervaren.

Ten tweede worden organisatorische barrières ervaren. Widdershoven beschrijft vooral beperkte fysieke toegankelijkheid als belemmering (14). Daarnaast laat onze studie zien dat een aparte afspraak bij de JGZ maken, een voor primigravida nog onbekende aanbieder, een belangrijke barrière is. Dit onderstreept de barrière van versnippering van zorg, doordat de uitvoering van de MKV bij een andere zorgaanbieder ligt dan de prenatale zorg.

De zwangerschap maakt de vaccinatiekeuze voor de MKV verschillend met die van de vaccinaties voor zuigelingen. Sommige zwangeren beschouwen deze periode als een delicate balans die niet verstoord mag worden (31). Hierbij vrezen ze dat vaccinaties schadelijk kunnen zijn voor hun ongeboren kind (32). Participanten uit deze studie gaven aan dat deze angst niet alleen ernstige bijwerkingen betreft, maar ook milde bijwerkingen zoals maternale koorts, die als potentieel schadelijk voor de foetus wordt beschouwd. Het gebrek aan directe invloed en controleverlies, aangezien de zwangere vrouw geen zicht heeft op de gezondheid van foetus, versterkte deze angst. Bovendien werden milde bijwerkingen bij zwangeren zelf ook als drempel ervaren, vooral als zwangerschap hen fysiek of mentaal uit balans heeft gebracht. Deze studie laat als eerste zien dat bijwerkingen die volgens professionals mild en medisch niet relevant zijn, voor zwangeren ernstig of vervelend genoeg zijn om negatief mee te wegen in de vaccinatiebeslissing over de MKV.

Een (eerste) zwangerschap is vaak overweldigend door fysieke en hormonale veranderingen, mentale belasting, verantwoordelijkheid en de hoeveelheid informatie (29). Dit bemoeilijkt het besluitvormingsproces (33). De vaccinatiebeslissing kan als extra last voelen, dat kan leiden tot onzekerheid en het uitstellen of vermijden van een beslissing. Besluitvorming in de zwangerschap kan dus mogelijk anders verlopen. Deze determinant is echter niet opgenomen in het 5C model. Daarom zijn de resultaten van ons onderzoek vormgegeven met een extra cirkel zwangerschap die overlap heeft met de cirkels confidence, convenience en complacency uit het 5Cmodel. Gelijktijdig met de uitvoering van onze studie is in 2023 het 5P model ontwikkeld, een vaccinatiemodel toegespitst op zwangeren gebaseerd op o.a. het 3C- en Health Belief Model (31). Deze studie sluit aan op het 5P model, waarbij de vijf determinanten (voldoende informatie, vermijden van schade, patiënt-aanbieder relatie, vaccinatievoordelen, vatbaarheid en ernst van de ziekte) ook naar voren komen.

### **Sterktes en limitaties**

Dit onderzoek kent verschillende sterke punten. Hoewel het meeste onderzoek naar vaccinatiebereidheid rond maternale vaccinaties plaats vindt onder de algehele zwangere of postpartum populatie, zijn in deze studie primipara participanten gevonden die een bewuste afweging hebben gemaakt om niet de MKV te accepteren, terwijl zij wel de intentie hadden om de eerste vaccinaties voor hun kind te accepteren. Een ruime hoeveelheid data met een landelijke spreiding, doordat participanten geworven zijn in vier verschillende regio's. Er zijn ook enkele limitaties aan dit onderzoek. Er namen geen niet Nederlands sprekende moeders deel aan deze studie. Ondanks deze beperking biedt de studie een gedetailleerd perspectief op de besluitvorming van Nederlandse zwangere vrouwen met betrekking tot MKV en kinkhoestvaccinatie bij zuigelingen. Daarnaast bestond risico op recall bias, hoewel hierop geanticipeerd is door participanten zo snel mogelijk na de bevalling te includeren. Als laatste werden niet alle interviews face-to-face afgenomen. Hoewel de online interviews mogelijk een andere dynamiek gaven, is er extra gelet op non-verbale signalen en werden de interviews na afloop geëvalueerd met de participant. Het gaf het vrouwen meer flexibiliteit om mee te doen aan dit onderzoek en hierdoor was een landelijke afspiegeling mogelijk.

## Conclusie

Concluderend laat dit onderzoek zien dat de beslissing om de MKV af te wijzen, wordt beïnvloed door een complexe combinatie van factoren, waaronder versnippering in de zorg, misvattingen over de vaccinatie, gebrekkige informatievoorziening, zorgen over mogelijke (milde) bijwerkingen en organisatorische barrières. Zwanger zijn maakt het besluitvormingsproces over maternale vaccinaties nog ingewikkelder.

## Aanbevelingen voor de praktijk

Deze studie benadrukt het belang om de informatievoorziening en het vaccinatieproces beter aan te laten sluiten op de belevingswereld van de zwangeren. Zo dienen professionals ook aandacht te hebben voor, in ogen van de professional, milde bijwerkingen. Momenteel bereikt de JGZ deze groep zwangeren onvoldoende, waardoor vaccinatiekeuzes worden gemaakt op basis van onvolledige of onjuiste informatie. Het verminderen van praktische barrières, zoals het vereenvoudigen van het vaccinatieproces, kan ook bijdragen aan een hogere vaccinatiegraad.

Intensievere samenwerking tussen de verloskundige zorgverleners en JGZ is essentieel om zowel het afsprakenproces als de informatievoorziening te verbeteren, zodat zwangeren een geïnformeerde keuze kunnen maken. De JGZ zal hiervoor meer naar zwangeren toe moeten bewegen om hun counselende rol beter te benutten en het vaccinatieproces te vereenvoudigen. Beter samenwerken met verloskundige samenwerkingsverbanden is hierbij essentieel. Gebieden waar de JGZ al met de verloskundige hulpverleners samenwerkt, zoals rondom het actieprogramma Kansrijke Start, waarbij een integrale aanpak rondom kwetsbare gezinnen wordt gestimuleerd, bieden ook kansen (34). Vaccinaties zouden hierin ook een belangrijk speerpunt moeten zijn. Een voorbeeld is een kennismakingspreekuur van de JGZ op de verloskundigenpraktijk voor alle zwangeren waarbij direct de MKV gegeven kan worden, zoals beschreven in het participatief actieonderzoek naar integrale samenwerking rondom prenatale huisbezoeken (35). Door met deze inzichten rekening te houden, kunnen zorgverleners beter inspelen op de zorgen van zwangere vrouwen, wat de vaccinatiegraad voor de MKV verhoogt en daarmee zuigelingen beter beschermt tegen kinkhoest.

## Literatuur

1. Rocha G, Soares P, Soares H, Pissarra S, Guimarães H. Pertussis in the Newborn: Certainties and uncertainties in 2014. *Paediatr Respir Rev.* 1 maart 2015;16(2):112-8.
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Richtlijn kinkhoest. [Internet]. Beschikbaar van: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/kinkhoest>. [Geraadpleegd 2025 feb 15].
3. Rijksvaccinatieprogramma. Richtlijnen uitvoering. [Internet]. Beschikbaar van: <https://rijksvaccinatieprogramma.nl/professionals/richtlijnen/uitvoering>. [Geraadpleegd 2025 feb 15].
4. Gezondheidsraad. Vaccinatie kinkhoest: doel en strategie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2015. Beschikbaar van: <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/12/02/vaccinatie-kinkhoest-doel-en-strategie>. [Geraadpleegd 2025 feb 15].
5. Patel KM, Vazquez Guillamet L, Pischel L, Ellingson MK, Bardají A, Omer SB. Strategies to increase uptake of maternal pertussis vaccination. *Expert Rev Vaccines.* 2021;20(7):779-96.
6. Furuta M, Sin J, Ng ESW, Wang K. Efficacy and safety of pertussis vaccination for pregnant women - a systematic review of randomised controlled trials and observational studies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22 november 2017;17(1).
7. Egan RC, Chaiken SR, Derrah K, Doshi U, Hersh A, Packer CH, e.a. Universal Tetanus-Diphtheria-Pertussis Vaccination During Pregnancy: A Cost-Effectiveness Analysis. *Obstet Gynecol.* 1 april 2023;141(4):837-44.
8. Sandmann F, Jit M, Andrews N, Buckley HL, Campbell H, Ribeiro S, e.a. Evaluating the impact of a continued

- maternal pertussis immunisation programme in England: A modelling study and cost-effectiveness analysis. *Vaccine*. 22 juli 2021;39(32):4500-9.
9. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Maternale kinkhoestvaccinatie. [Internet]. Beschikbaar van: <https://www.knov.nl/kennis-en-scholing/vakkennis-en-wetenschap/vakkennis/maternale-kinkhoestvaccinatie-2>. [Geraadpleegd 2025 feb 15].
  10. Van der Maas NAT, Mooi FR, de Greeff SC, Berbers GAM, Spaendonck MAEC van, de Melker HE. Pertussis in the Netherlands, is the current vaccination strategy sufficient to reduce disease burden in young infants? *Vaccine*. 23 september 2013;31(41):4541-7.
  11. De Melker HE, Schellekens JFP, Neppelenbroek SE, Mooi FR, Rümke HC, Conyn-van Spaendonck MAE. Reemergence of Pertussis in the Highly Vaccinated Population of The Netherlands: Observations on Surveillance Data. *Emerg Infect Dis*. augustus 2000;6(4):348-57.
  12. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Actueel over kinkhoest. [Internet]. Beschikbaar van: <https://www.rivm.nl/kinkhoest/actueel>. [Geraadpleegd 2025 feb 15]
  13. van Lier E, Hament JM, Holwerda MR, Westra M, Giesbers H., vd Maas NAT, v Winsen D, Zonnenberg-Hoff IF. Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland. Verslagjaar 2025 [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM; 2025 [geciteerd 17 januari 2026]. Beschikbaar op: Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland, Verslagjaar 2025
  14. Widdershoven V, Reijs RP, Eskes A, Verhaegh-Haasnoot A, Hoebe CJPA. Maternal pertussis vaccination behavior: Psychosocial, attitudinal and organizational factors. *Vaccine*. 30 november 2023;41(49):7469-75.
  15. Danchin MH, Costa-Pinto J, Attwell K, Willaby H, Wiley K, Hoq M, e.a. Vaccine decision-making begins in pregnancy: Correlation between vaccine concerns, intentions and maternal vaccination with subsequent childhood vaccine uptake. *Vaccine*. 22 oktober 2018;36(44):6473-9.
  16. Glanz JM, Wagner NM, Narwaney KJ, Shoup JA, McClure DL, McCormick EV, e.a. A mixed methods study of parental vaccine decision making and parent-provider trust. *Acad Pediatr*. 2013;13(5):481-8.
  17. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS ONE*. 1 december 2018;13(12).
  18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. december 2007;349-57.
  19. Anraad C, Lehmann BA, Visser O, van Empelen P, Paulussen TGW, Ruiters RAC, e.a. Social-psychological determinants of maternal pertussis vaccination acceptance during pregnancy among women in the Netherlands. *Vaccine*. 11 september 2020;38(40):6254-66.
  20. Wilson RJ, Paterson P, Jarrett C, Larson HJ. Understanding factors influencing vaccination acceptance during pregnancy globally: A literature review. *Vaccine*. 25 november 2015;33(47):6420-9.
  21. Castleberry A, Nolen A. Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Curr Pharm Teach Learn*. 1 juni 2018;10(6):807-15.
  22. Huijten D, den Ambtman S, Vanderhoven L, Widdershoven V, Hoebe CJPA, Reijs R. Understanding divergent parental decisions: Declining maternal pertussis vaccination while accepting infant immunization - A qualitative study. *Vaccine X*, Manuscript onder review
  23. Mohammed H, Roberts CT, Grzeskowiak LE, Giles L, Leemaqz S, Dalton J, e.a. Psychosocial determinants of pertussis and influenza vaccine uptake in pregnant women: A prospective study. *Vaccine*. 9 april 2020;38(17):3358-68.
  24. Pandolfi E, Gesualdo F, Carloni E, Villani A, Midulla F, Carsetti R, e.a. Does Breastfeeding Protect Young Infants From Pertussis? Case-control Study and Immunologic Evaluation. *Pediatr Infect Dis J*. maart 2017;36(3):e48-53.
  25. Lehmann B. Informatiebehoefte over maternale kinkhoestvaccinatie. *Infectieziekten Bulletin*. Jaargang 28, nummer 3, maart 2017; 94-97
  26. Anraad C, van Keulen H, Lehmann B, Mollema L, van Empelen P, Ruiters R. Kinkhoestvaccinatie tijdens de zwangerschap. *TSG - Tijdschr Voor Gezondheidswetenschappen*. augustus 2020;98(3):101-6.
  27. Immink MM, van Zoonen K, Jager NM, Pluijmaekers AJM, de Melker HE, van der Maas NAT, e.a. Maternal vaccination against pertussis as part of the national immunization program: a qualitative evaluation among obstetric care providers one year after the implementation in December 2019. *BMC Health Serv Res*. 30 maart 2023;23(1):311.

28. Widdershoven V, van Eerd ECH, Pfeyffer M, Vanderhoven LML, Verhaegh-Haasnoot A, Reijs RP, e.a. Insights into maternal pertussis vaccination counselling: a qualitative study on perspectives and experiences among midwives and gynaecologists in the Netherlands. *BMC Infect Dis*. 1 december 2024;24(1).
29. Patey AM, Amarbayan MM, Lee K, Bruce M, Bettinger JA, Pringle W, e.a. Factors that influence vaccination communication during pregnancy: provider and patient perspectives using the theoretical domains framework. *JBI Evid Implement* [Internet]. 18 september 2024 [geciteerd 15 februari 2025]; Beschikbaar op: <https://journals.lww.com/10.1097/XEB.0000000000000460>
30. Filip G, Sala A, Modolo V, Arnoldo L, Brunelli L, Driul L. Vaccination: Adherence and Hesitancy among Pregnant Women for COVID-19, Pertussis, and Influenza Vaccines. *Vaccines*. 17 april 2024;12(4):427.
31. Cox E, Sanchez M, Taylor K, Baxter C, Crary I, Every E, e.a. A Mother's Dilemma: The 5-P Model for Vaccine Decision-Making in Pregnancy. *Vaccines*. 1 juli 2023;11(7).
32. Agricola E, Gesualdo F, Alimenti L, Pandolfi E, Carloni E, D'Ambrosio A, e.a. Knowledge attitude and practice toward pertussis vaccination during pregnancy among pregnant and postpartum Italian women. *Hum Vaccines Immunother*. 2 augustus 2016;12(8):1982-8.
33. Narasimhan S, Perry TL, Johnson LC. "I was having an internal conflict with myself." COVID-19 vaccination decision-making processes among pregnant women. *Womens Health*. januari 2023;19:17455057231218211.
34. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Prenataal huisbezoek door de JGZ - Actieprogramma Kansrijke Start - Kansrijke Start [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2022 [geciteerd 17 oktober 2024]. Beschikbaar op: <https://www.kansrijkestartnl.nl/actieprogramma-kansrijke-start/actielijnen/prenataal-huisbezoek-door-de-jgz>
35. Rutz S, Abaaziz I, vd Hulst M, Joesse E. Rapport Prenataal Huisbezoek Een goede start voor iedereen [Internet]. Beschikbaar van: <https://www.kennisnetwerkjeugdhaaglanden.nl/rapport-prenataal-huisbezoek-een-goede-start-voor-iedereen> [Geraadpleegd 2025 feb 15].

## Bijlage 1, topic lijst

### Voor de start van het interview

---

#### Doel van de studie

- Deze studie heeft als doel om te horen hoe participanten nadenken over 22 weken prik en inenting voor hun zuigeling die beschermen tegen o.a. kinkhoest
- De focus ligt op het begrijpen van de gedachten van deze participanten over de 22 weken prik en vaccinaties voor hun zuigelingen.
- Hiermee kunnen andere (aanstaande) moeders beter geholpen worden in het maken van een geïnformeerde keuze over inenting.

---

#### Algemene aspecten

- Het is belangrijk te weten dat er geen goed of fout antwoord is.
- Als de participant het interview wil pauzeren of stoppen, is dit altijd mogelijk
- Als de participant vragen heeft over vaccinaties tijdens het interview, worden deze na het interview beantwoord.
- De vergoeding wordt verstrekt na voltooiing van het interview.

---

#### Opname & Transcript

- Het interview wordt opgenomen met een dictafoon.
- Het interview zal worden uitgeschreven. Zodra dit gebeurd is, wordt het audiobestand verwijderd. Het transcript is niet terug te leiden tot een participant.

---

#### Informed consent

- Er wordt nagevraagd of participant nog vragen heeft.
  - Deelname is vrijwillig
  - Data worden veilig en anoniem bewaard
  - De verzamelde data worden gebruikt om een wetenschappelijk artikel te schrijven.
  - Mondeling wordt het informed consent formulier doorgenomen en ondertekend
  - Na het ondertekenen van het toestemmingsformulier wordt de participanten gevraagd om toestemming te geven voor het starten van de audio-opname.
  - De audio-opname begint met een mondelinge bevestiging van de informed consent.
-

## Start van het interview

### **Introductie**

- Uitleg van de gezinssituatie
- Leeftijd van de zuigeling

### **Rijksvaccinatieprogramma (RVP)**

- Persoonlijke ervaring met het RVP
- Beschrijving van het RVP
- Mening over het RVP

### **22 weken prik**

- Beschrijf wat de 22 weken prik inhoudt.
- Redenen waarom het ministerie van VWS de 22 wekenprik aanbeveelt.
- Mening over de 22 weken prik

### **Besluitvormingsproces**

- Beschrijving van de besluitvorming m.b.t. de 22 weken prik en het RVP werd genomen. Wanneer begon dit proces? Was er een aanleiding?
- Twijfels over de 22 wekenprik of het MKV?
- Is het één beslissing voor de 22 wekenprik en MKV of twee aparte beslissingen?

### **Informatie**

- Informatiebronnen
  - RVP
  - 22 wekenprik
  - Wat is je mening over deze informatie

### **Complacency**

- Opvattingen over kinkhoest
- Ervaringen met kinkhoest
- Risicoperceptie met betrekking tot kinkhoest
  
- Opvattingen over de 22 weken prik
- Gevoel van veiligheid over de 22 weken prik
- Verwachtingen na de 22 weken prik
  
- Opvattingen over kindervaccinaties van het RVP
- Gevoel van veiligheid met het RVP
- Verwachtingen na kindervaccinaties van het RVP

### **Confidence**

- Vertrouwen in relatie tot.
  - Apothekers/ industrie
  - Beleidsmakers
  - Zorgverleners
- Advies aan andere zwangere vrouwen m.b.t. 22 weken prik

### **Constraint**

- Zijn er praktische bezwaren tegen het ontvangen van de 22 weken prik?
- Angst voor naalden.

### **Collective responsibility**

- Mening over groepsimmunitet.

### **Andere vaccinaties**

- Mening over andere maternale vaccinaties
- Aantal maternale vaccinaties
- Mening over de andere vaccinaties voor kinderen binnen het RVP
- Aantal vaccinaties voor kinderen binnen het RVP

### **Hoofdreden**

- Wat is de hoofdreden dat je de MKV niet hebt gehad?

### **Sociale context**

- Invloed van de sociale omgeving op vaccinatieoverweging
- Mening van de sociale omgeving over vaccinaties
- Invloed van religie, geloof of spiritueel geloof op vaccinatie

---

### *Eind van het interview*

---

- Als je weer zwanger zou worden, wat zijn je gedachten over de 22 weken prik?
  - Was er een andere factor die je beslissing met betrekking tot de 22 weken prik of het RVP beïnvloedde die niet is besproken?
  
  - Demografische data:
    - Leeftijd
    - Woonplaats
    - Geboorteland (evt. ook van ouders)
    - Opleiding
    - Beroep
    - Geloof, religie of spiritualiteit
    - Uitgesproken politieke voorkeur
- 

### Na het interview:

---

- Dank voor het interview
  - Nog vragen voor interviewer
  - Evaluatie van het interview
- 



Dit artikel wordt gepubliceerd onder de licentie Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)