Andersson Elffers Felix

Motivaties achter vaccinaties

Praktijkgericht onderzoek naar behoeften, wensen en ervaren barrières van volwassenen bij vaccineren

Eindrapportage, juli 2025

/Andersson Elffers Felix

Datum

16 juli 2025

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Directie Infectieziektebeleid

Onderzoeksteam Andersson Elffers Felix:

Annemiek de Nooijer
Ibrahim Karatas
Lena Bieleman
Lynn Spengler
Marlijn Althuizen
Charles Helsper

Met medewerking van:

Cultuurkeys.nl (Zainab Abubaker)
Rima Alharbat (Sleutelpersoon Pharos)

Referentie

GV860/eindrapportage

bezoekadres Maliebaan 16 3581 CN Utrecht telefoon +31 30 236 30 30
website www.aef.nl

/ Inhoud

/ Managementsamenvatting 4

/ 1 Inleiding 7
1.1 Aanleiding 7
1.2 Doelen van het praktijkgericht onderzoek 8
1.3 Leeswijzer 8

/ 2 Aanpak 9
2.1 Uitgangspunten 9
2.2 Methoden 10

/ 3 Resultaten 15
3.1 Beschrijving van de geïnterviewde populatie 15
3.2 Bevindingen op basis van straatinterviews 18
3.3 Bevindingen op basis van focusgroepen 26
3.4 Documentenstudie: samenhang bevindingen met resultaten uit eerdere onderzoeken 31

/ 4 Duiding van de resultaten 36
4.1 Interpretatie van de samenhang tussen thema's 36
4.2 Discussie van de bevindingen 38

/ 5 Conclusies en aanbevelingen 40
5.1 Conclusies 40
5.2 Aanbevelingen 42

/ A Referenties 45

/ B Vragenlijsten 47
Vragen interviews 60- 47
Vragen interviews 60-plus of risicogroep 48

/ C Verslag doorvertalingssessie 50

Managementsamenvatting

We voerden een inventarisatie uit van de behoeften, wensen en barrières bij vaccineren

In dit praktijkgerichte onderzoek onderzocht Andersson Elffers Felix (AEF) in twaalf verschillende gemeenten welke wensen, behoeften en belemmeringen volwassenen ervaren ten aanzien van vaccinaties. Dit gebeurde aan de hand van straatinterviews en groepsgesprekken. De aanpak was daarbij bewust gericht op groepen die traditioneel ondervertegenwoordigd zijn in dergelijk onderzoek, evenals op groepen met een relatief lage vaccinatiegraad. Binnen het onderzoek is er specifiek aandacht besteed aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Alle communicatie-uitingen, wervingsmaterialen en vragenlijsten zijn daarom vooraf zorgvuldig getest in samenwerking met Pharos.

Het doel van het praktijkgerichte onderzoek was om zowel de essentiële (*need-to-have*) als wenselijke (*nice-to-have*) randvoorwaarden voor vaccinatie in kaart te brengen, evenals de praktische belemmeringen die mensen ervaren bij het halen van een vaccinatie. Ook is gevraagd welke oplossingsrichtingen mensen zelf aandragen om deze barrières weg te nemen. De resultaten van deze inventarisatie bieden aanknopingspunten voor beleidsaanbevelingen aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), met als doel de toegankelijkheid en acceptatie van vaccinatie te vergroten, juist ook onder groepen die ondervertegenwoordigd zijn in onderzoek en/of waar de vaccinatiegraad relatief laag is.

Vaccinatiekeuze hangt sterk samen met persoonlijke risicoperceptie en vertrouwen

Uit de straatinterviews en focusgroepen blijkt dat persoonlijke risicoperceptie een belangrijke rol speelt bij de keuze om wel of niet te vaccineren. Gevaccineerde respondenten noemen vooral zelfbescherming, bescherming van anderen en het advies van een vertrouwde professional als belangrijke motieven voor vaccinatie. Mensen die ervoor kiezen zich niet te laten vaccineren, geven vaak aan dat zij de risico's van de ziekten als gering inschatten. Ze vertrouwen op de veerkracht van hun eigen lichaam of geven de voorkeur aan het doormaken van een natuurlijke infectie boven het ontvangen van een vaccin.

Een beperkte mate van vertrouwen in het vaccin zelf speelt eveneens een belangrijke rol. Dit wantrouwen wordt bijvoorbeeld gevoed door zorgen over de snelle ontwikkeling van vaccins of mogelijke bijwerkingen. Daarnaast dragen eerdere negatieve ervaringen met vaccinaties en een beperkte kennis van de werking van vaccins bij aan een terughoudende houding. De COVID-19-pandemie heeft bij een deel van de respondenten geleid tot een breder wantrouwen, niet alleen ten aanzien van vaccinaties, maar ook in de informatievoorziening daaromheen.

Betrouwbare en toegankelijke informatie helpt, maar sluit nog onvoldoende aan

Betrouwbare en toegankelijke informatie ondersteunt mensen bij het maken van een vaccinatiekeuze. Echter, op dit moment ervaren meerdere respondenten dat de informatie nog onvoldoende aansluit bij hun behoeften en belevingswereld. De *betrouwbaarheid* van informatie hangt niet alleen af van de inhoud van de boodschap, maar ook van wie de informatie verstrekt: huisartsen, sleutelpersonen en bekenden worden vaker als geloofwaardig ervaren dan algemene informatie en campagnes over vaccinaties. De *toegankelijkheid* van informatie houdt in dat informatie begrijpelijk, vindbaar, laagdrempelig en doelgroepgericht is. Vooral mensen met beperkte taal- of digitale vaardigheden vinden de huidige communicatie soms lastig. Mensen jonger dan 60 jaar

benoemen vaker een behoefte aan transparantie over bijwerkingen en langetermijneffecten, terwijl mensen ouder dan 60 jaar juist de voorkeur geven aan begrijpelijke uitleg via vertrouwde gezichten zoals de huisarts. Er is veel behoefte aan communicatie die ruimte laat voor interactie en vragen.

Praktische barrières zijn zelden doorslaggevend, maar spelen wél een rol bij gevaccineerden
Respondenten die niet (volledig) gevaccineerd zijn, noemen praktische obstakels zelden als reden om af te zien van vaccinatie. Onder gevaccineerde respondenten komen praktische barrières wel vaker naar voren als drempel voor vaccineren. Vooral ouderen en mensen met beperkte mobiliteit geven aan dat bereikbaarheid een rol kan spelen bij de toegankelijkheid van vaccinaties, al is dit niet doorslaggevend bij het daadwerkelijk laten vaccineren of niet. Er is een duidelijke voorkeur voor vaccinatie op vertrouwde en nabijgelegen locaties, zoals de huisartsenpraktijk, een buurthuis of andere laagdrempelige plekken in de wijk.

Een gedifferentieerde aanpak die aansluit bij de verschillende behoeften en barrières is nodig
Uit dit praktijkgerichte onderzoek blijkt dat de behoeften, wensen en barrières bij vaccineren verschillen per persoon en per doelgroep. Veel thema's worden breed gedeeld - zoals de wens voor begrijpelijke en betrouwbare informatie - maar de invulling hiervan verschilt per persoon en per groep. Ook eerder onderzoek laat zien dat bepaalde communicatie-uitingen door de ene groep als helpend worden ervaren, terwijl ze bij een andere groep juist weerstand oproepen of geen effect sorteren. Een aanpak die per doelgroep kan worden ingericht, helpt om beter aan te sluiten bij de wensen en barrières van inwoners bij vaccineren. Vooral bij groepen waar de vaccinatiegraad relatief laag is, kan dit het verschil maken.

Toekomstige beleidsontwikkeling kan zich richten op drie thema's: informatievoorziening, positionering en perceptie van vaccinaties en praktische drempels
Vertrouwen en intentie om zich te laten vaccineren zijn cruciale voorwaarden voor vaccinatiebereidheid. Deze worden beïnvloed door de wisselwerking tussen drie thema's: 1) informatievoorziening, 2) positionering en perceptie van vaccinaties en 3) praktische drempels. Bij het ontwikkelen van beleid dienen deze thema's in samenhang te worden gezien. Hieronder leest u de aanbevelingen geclusterd naar deze drie thema's.

Zorg voor betrouwbare en toegankelijke informatievoorziening
Bij betrouwbare informatie gaat het om zowel de boodschap als de boodschapper. Bij het verspreiden van informatie bevelen we daarom aan om samen te werken met vertrouwde gezichten en kanalen, zoals huisartsen en andere sleutelpersonen, die de brug vormen tussen officiële informatie en persoonlijke beleving. De inhoud van de informatie moet worden afgestemd op de leefwereld, waarden en informatiebehoeften van verschillende doelgroepen. Dat betekent dat de inhoud, toon, vorm en communicatiekanaal per doelgroep kan verschillen. Daarnaast is het belangrijk dat mensen op basis van informatie zelf een keuze kunnen maken om zich wel of niet te laten vaccineren. Transparantie over risico's en bijwerkingen van vaccins is hierbij belangrijk.

Positioneer vaccineren meer als onderdeel van gezondheid en een gezonde leefstijl
We bevelen aan om vaccineren te positioneren als integraal onderdeel van gezondheid en een gezonde leefstijl, waardoor vaccineren meer als vanzelfsprekendheid wordt gezien. Dit vraagt om een goede afweging in het gekozen frame en aanpak. Hetzelfde geldt voor framing van de GGD. Door de GGD nadrukkelijker te positioneren als onderdeel van de reguliere zorgketen wordt de GGD als meer nabij gezien. Dit draagt bij aan een positief en consistent beeld van de uitvoerende organisatie en het versterken van vertrouwen in vaccinatieprogramma's.

Organiseer vaccinaties op vertrouwde locaties passend bij de leefwereld van mensen

De drempels tot vaccinatie kunnen worden verlaagd door vaccinaties in een vertrouwde omgeving te organiseren. Deze vertrouwdheid zit deels in de aanwezigheid van een vertrouwd gezicht, maar vooral in een vertrouwde omgeving. Organiseer vaccinaties daarom op wijkniveau, op plekken waar mensen al komen en zich veilig en fijn voelen. Onderdeel hiervan is een ontspannen, prettige sfeer met oog voor culturele wensen. Mensen hebben verschillende normen, waarden en behoeften, wat vraagt om een wijkgerichte en contextgevoelige aanpak. Tot slot moeten locaties fysiek toegankelijk en goed bereikbaar zijn.

/ 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De vaccinatiegraad onder volwassenen daalt al sinds voor de COVID-19-pandemie

De vaccinatiegraad onder volwassenen vertoont al sinds 2012, ruim vóór de COVID-19-pandemie, een dalende trend (RIVM, 2018). Dat is zorgwekkend, zeker gezien de voortdurende dreiging van nieuwe infectieziekten en de toenemende druk op de zorg door personeelstekorten. Een hoge vaccinatiegraad is essentieel om bij een nieuwe pandemie, maar ook bij bekende epidemieën zoals de jaarlijkse griepepidemie, de ziekte in te dammen zodat er minder mensen ziek worden en te voorkomen dat de zorg overbelast raakt. Tegelijkertijd kunnen vaccinaties, ook wanneer er geen risico is op een epidemie, veel gezondheidswinst geven en ziektelast voorkomen.

Het vaccinatielandschap in Nederland is gefragmenteerd

Het vaccinatielandschap voor volwassenen is gefragmenteerd over verschillende uitvoerders zoals de huisartsenzorg, GGD'en, organisaties voor reizigersvaccinaties, maar ook ziekenhuizen en arbodiensten (RVS, 2024). Er worden verschillende vaccinaties aangeboden voor volwassenen ouder dan 60 jaar, deels door de huisarts en deels door de GGD. De COVID-19-vaccinatie, griepvaccinatie en pneumokokkenvaccinatie worden aangeboden vanuit de overheid aan alle inwoners ouder dan 60 jaar en aan inwoners met een risicofactor. Andere vaccinaties, zoals tegen gordelroos, zijn alleen voor specifieke risicogroepen beschikbaar of moeten zelf worden betaald.[1] Ten tijde van de COVID-19-pandemie werd de COVID-19-vaccinatie aan alle volwassenen (en later ook kinderen) aangeboden. Door de pandemie en snelheid van deze vaccinatiecampagne had dit een ander karakter dan bijvoorbeeld de griepvaccinatie en pneumokokkenvaccinatie.

Tabel 1 Diverse vaccinaties, hun doelgroep en door wie ze worden aangeboden. Deze tabel beoogt niet een volledig overzicht te geven, dus andere vaccinaties voor risicogroepen zijn hier niet nader uitgewerkt.

Vaccinatie	Doelgroep	Aangeboden door	Kosten
Griepprik	60-plus en 60- met medische indicatie	Huisarts	Vergoed door de overheid
Pneumokokken	60-plus en 60- met medische indicatie	Huisarts	Vergoed door de overheid
Gordelroos	Inwoners met medische indicatie	Huisarts	Vergoed door de overheid voor inwoners met een indicatie, anders eigen kosten
COVID-19	60-plus en 60- met medische indicatie	GGD	Vergoed door de overheid
Maternale kinkhoestvaccinatie	Zwangere vrouwen	GGD	Vergoed door de overheid
Maternale griepvaccinatie	Zwangere vrouwen die in het griepseizoen kunnen bevallen	GGD	Vergoed door de overheid in het griepseizoen

[1] Meer informatie is te verkrijgen via Vaccinaties | RIVM

Wensen en barrières rondom vaccineren verschillen per vaccinatie, regio en bevolkingsgroep
De vaccinatiegraad verschilt sterk per regio en bevolkingsgroep, onder andere door uiteenlopende wensen, barrières en opvattingen over vaccinaties. Het is daarom belangrijk om in het vaccinatiebeleid rekening te houden met deze verschillende wensen, barrières en opvattingen. Deze noodzaak wordt versterkt door het gefragmenteerde vaccinatielandschap, waardoor beleid moet kunnen inspelen op diversiteit. In dit kader biedt herinrichting van het vaccinatielandschap voor volwassenen ook een kans om na te denken hoe de vaccinatiezorg voor volwassenen past binnen het zorgstelsel.

Extra aandacht is nodig voor het beter bereiken van groepen met een lagere vaccinatiegraad
Het verkrijgen van diepgaand inzicht in de behoeften, wensen en ervaren barrières bij vaccinaties en vaccineren binnen verschillende groepen volwassenen - met name bij groepen waar de vaccinatiegraad momenteel achterblijft - biedt de mogelijkheid om in te spelen op deze wensen en om de barrières weg te nemen. Dit kan de vrijwillige deelname aan vaccinatieprogramma's aanzienlijk verhogen.

1.2 Doelen van het praktijkgericht onderzoek

AEF is gevraagd onderzoek te doen naar behoeften, wensen en barrières bij vaccinaties en vaccineren bij volwassenen
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft onderzoeks- en adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd om een verkennend, praktijkgericht, kwalitatief onderzoek uit te voeren voor het inventariseren van behoeften, wensen en barrières bij vaccinaties en vaccineren bij volwassenen. De uitkomsten van dit onderzoek dienen als input om toekomstig vaccinatiebeleid voor volwassenen vorm te geven. Hierbij is er behoefte aan kwalitatieve verdieping op (deels al bekende) behoeften, wensen en barrières vanuit eerdere onderzoeken.

Het onderzoek kent de volgende drie doelen:
1. Inzicht in de wensen en behoeften die mensen hebben bij het halen van vaccinaties (zowel de *need-to-haves* als de *nice-to-haves*);
2. Inzicht in de (praktische) barrières die mensen ervaren om zich te laten vaccineren en mogelijke oplossingen hiervoor;
3. Aanbevelingen aan het ministerie van VWS hoe de resultaten vertaald kunnen worden naar beleid.

1.3 Leeswijzer

De opbouw van de rapportage is als volgt:
- **Hoofdstuk 2** beschrijft de onderzoeksaanpak;
- **Hoofdstuk 3** beschrijft de onderzoeksresultaten;
- **Hoofdstuk 4** beschrijft een duiding van de onderzoeksresultaten;
- **Hoofdstuk 5** beschrijft de conclusies en aanbevelingen.

/ 2 Aanpak

2.1 Uitgangspunten

Het praktijkgerichte onderzoek is uitgevoerd op basis van vier uitgangspunten. Het onderzoek richtte zich op het verkrijgen van diepgaande en kwalitatief rijke inzichten in verschillende groepen mensen. Het doel was om met beperkte tijd en middelen tot waardevolle bevindingen te komen die richtinggevend kunnen zijn voor vervolgonderzoek of beleidsontwikkeling.

Uitgangspunt 1. We gingen de diepte in en brachten barrières en wensen van verschillende groepen in beeld

Vaccinatiekeuze is een complex proces waarbij persoonlijke motivaties en sociale en maatschappelijke factoren elkaar beïnvloeden.[2] In onze aanpak kozen we ervoor om met behulp van kwalitatief onderzoek de wensen en barrières van verschillende groepen mensen rondom vaccineren goed te begrijpen. We zorgden ervoor dat we de context kenden waarin wensen of barrières werden geuit. Immers, wensen en barrières konden al variëren afhankelijk van het type vaccinatie en de uitvoerder (huisarts vs. GGD). Daarbij brachten we de samenhang tussen wensen en barrières in kaart, om onderliggende patronen en thema's te duiden. Het begrijpen van nuances stelde ons in staat om aanbevelingen te formuleren die aansluiten bij de specifieke behoeften van verschillende groepen en die de complexe samenhang tussen individuele wensen en barrières overstijgen.

Uitgangspunt 2. We richtten ons voornamelijk op de gebieden met een lage vaccinatiegraad, omdat daar het meest van te leren is

Hiertoe werkten we datagedreven en benutten we openbare data over onder meer de vaccinatiegraad in verschillende gemeenten voor verschillende vaccinaties (via VZinfo). We baseerden de selectie van regio's op deze data. We richtten ons eerst op de gebieden waar de vaccinatiegraad laag was, juist omdat we door de werkwijze evengoed al mensen spraken die gevaccineerd waren.

Uitgangspunt 3. We zijn *outreachend* te werk gegaan met een gerichte aanpak per profiel om mensen te bereiken voor het onderzoek

Gelet op de dalende vaccinatiegraad en het sentiment tegenover vaccineren in sommige regio's en groepen in de samenleving, is het soms lastig om juist die mensen te bereiken die mogelijk de grootste barrières rondom vaccineren ervaren. Om deze inzichten niet te missen, werkten we *outreachend* en hanteerden we per profiel een specifieke, gerichte aanpak om de betreffende groep te bereiken. Door aanwezig te zijn op locaties waar inwoners zelf kwamen en hen aan te spreken met een gratis kop koffie, creëerden we een andere ingang. Daarnaast werd ons onderzoeksteam getraind door Pharos om mensen die traditioneel zijn ondervertegenwoordigd in onderzoek te includeren– al dan niet via sleutelpersonen[3].

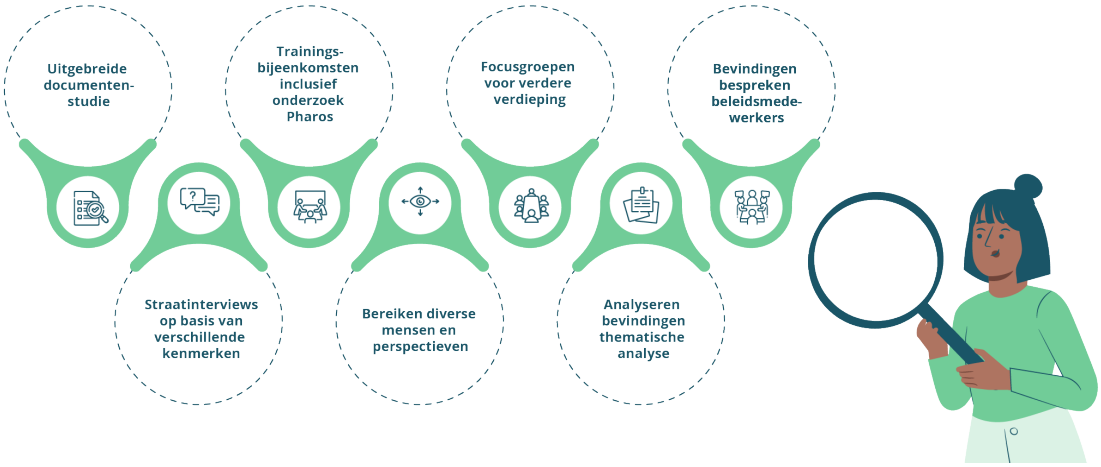
[2] Zie model 'Gedragsfactoren en sociale factoren' van de WHO, ook gehanteerd bij onderzoek naar vaccinatie door SocioVax RIVM.
[3] In dit rapport gebruiken we de termen 'sleutelpersonen' en 'Sleutelpersonen Gezondheid'. Een sleutelpersoon kent een gemeenschap van binnenuit en vervult een brugfunctie tussen hun eigen gemeenschap en formele organisaties zoals de gemeente. Een voorbeeld hiervan zijn Sleutelpersonen Gezondheid. Deze personen zijn ervaringsdeskundig in het hebben van een vlucht- of migratieachtergrond en kennen een gemeenschap van binnenuit. Zie: Pharos – Sleutelpersonen Gezondheid.

Uitgangspunt 4. We werkten inclusief en contextsensitief

De afgelopen jaren is er kritiek op de overheid dat bestuurders en beleidsmakers de uitvoering en de eindgebruiker uit het oog zijn verloren. Dit onderwerp vraagt om inzichten vanuit verschillende perspectieven, met betrokkenheid van eindgebruikers. Om deze inzichten te verkrijgen, was het – naast *outreachend* – ook belangrijk om sensitief te werk te gaan. Immers, dit onderzoek kon ook negatieve sentimenten oproepen. In de focusgroepen en interviews hanteerden we daarom sensitief taalgebruik en gingen we oordeelsvrij te werk. De flyer om mensen te werven voor het onderzoek stelden we op in meerdere talen en op A2-taalniveau. Ook zijn de onderzoeksmaterialen getest door taalambassadeurs van stichting ABC. Het testen van onderzoeksmaterialen maakte deel uit van het traject van Pharos. Daarnaast creëerden we een omgeving waarin mensen zich op hun gemak voelden, bijvoorbeeld door een vertrouwde plek als locatie voor de focusgroepen te kiezen.

2.2 Methoden

We hebben met een *mixed-methods* aanpak aan de hand van diverse methoden informatie verzameld, welke hieronder worden beschreven.



We startten het onderzoek met een uitgebreide documentenstudie

Als startpunt van het onderzoek voerden we een uitgebreide documentenstudie uit. In deze fase is relevante literatuur bestudeerd met betrekking tot drie centrale thema's:

- De inrichting en actuele stand van zaken van het vaccinatielandschap in Nederland;
- De wensen, zorgen en obstakels die burgers ervaren rondom vaccinaties;
- Effectieve beleidsmaatregelen en interventies ter bevordering van de vaccinatiegraad.

Deze documentenstudie vormde de basis voor de inhoudelijke vormgeving van het onderzoek, zoals het opstellen van de scripts voor interviews. Zo is uit eerder onderzoek bekend dat mensen die hoger scoorden op gezondheidsvaardigheden zich vaker en eerder lieten vaccineren of een positievere intentie hadden tot vaccinatie ten opzichte van mensen die lager scoorden op gezondheids-vaardigheden (Fransen et al., 2024). De documentenstudie is later gebruikt om te toetsen in hoeverre onze bevindingen met betrekking tot vaccinaties voor volwassenen aansluiten of afwijken van bestaande kennis over wensen en barrières bij vaccineren uit andere onderzoeken. Dit is, vanwege de beperkte beschikbare tijd in het project, geen uitvoerige systematische analyse van methodiek, kwaliteit en *'level of evidence'* geweest, maar een inventarisatie van – en vergelijking met bevindingen

uit soortgelijke onderzoeken. Daarmee is de documentenstudie bruikbaar om de samenhang tussen onze bevindingen en eerdere onderzoeken weer te geven. Een overzicht van de geraadpleegde documenten is opgenomen in *Bijlage A.*

We selecteerden twaalf gemeenten voor straatinterviews op basis van verschillende kenmerken

De tweede fase van het onderzoek bestond uit een analyse van de vaccinatiegraad van de griepvaccinatie en COVID-19-vaccinatie per gemeente. In deze analyse zijn – naast de vaccinatiegraad - verschillende variabelen onderzocht die samenhangen met de vaccinatiegraad, waaronder:

- Demografische kenmerken zoals leeftijd, opleidingsniveau, inkomensniveau en (religieuze) overtuigingen;
- De mate van verstedelijking en bevolkingsdichtheid.

Hiervoor zijn kenmerken per gemeente verzameld uit openbare datasets, afkomstig van onder andere het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Volksgezondheid en Zorg (VZinfo).

Op basis van deze gegevens zijn twaalf gemeenten geselecteerd voor verdiepende kwalitatieve dataverzameling via straatinterviews en focusgroepen. Dit waren tien gemeenten met een lage vaccinatiegraad voor de griepvaccinatie en de COVID-19-vaccinatie en twee gemeenten met een hogere vaccinatiegraad dan gemiddeld.

De geselecteerde gemeenten zijn:

1. Utrecht
2. Haarlem
3. Baarn
4. Rotterdam
5. Smallingerland
6. Roosendaal
7. Zutphen
8. Swalmen
9. Bunschoten
10. Hollands Kroon
11. Amsterdam
12. Boekel

We volgden trainingsbijeenkomsten voor inclusief onderzoek door Pharos

Om het onderzoek inclusiever te maken, volgden we twee trainingsbijeenkomsten voor inclusief onderzoek van Pharos. De trainingen richtten zich op het verkrijgen van inzicht in het leven van mensen in kwetsbare omstandigheden, en op het samenwerken met mensen in kwetsbare situaties, zoals personen met een migratie- of vluchtachtergrond van de eerste generatie, een lage sociaaleconomische positie, of beperkte gezondheidsvaardigheden of taalvaardigheid.

Onderwerpen waren begrijpelijke communicatie, het ontwikkelen van toegankelijke materialen (zoals flyers en vragenlijsten), en het wegnemen van barrières voor deelname. De materialen werden getest door onderzoekers in samenwerking met taalambassadeurs, mensen met beperkte leesvaardigheid en een expert van Pharos. Op basis van hun feedback zijn de materialen aangepast en uiteindelijk gevalideerd door Pharos om te zorgen dat ze goed aansluiten bij de doelgroepen.

Tijdens de training stonden vier kernprincipes van inclusief onderzoek centraal:

1. Betrokkenheid van de deelnemers
2. Toegankelijkheid van communicatie en methoden
3. Diversiteit en representativiteit van deelnemers
4. Het mogelijk maken van positieve verandering via onderzoek voor de mensen om wie het gaat

Daarnaast is aandacht besteed aan structurele oorzaken van ondervertegenwoordiging, zoals praktische belemmeringen, gebrek aan vertrouwen en beperkte kennis van onderzoeksprocessen in het algemeen. Deze inzichten zijn gebruikt om de onderzoeksaanpak beter af te stemmen op doelgroepen die vaak minder goed worden bereikt door onderzoekers.

Via straatinterviews bereikten we diverse mensen en perspectieven

In de *mixed-methods* aanpak hebben we gekozen voor straatinterviews omdat we persoonlijke barrières en motivaties rondom vaccinatie goed wilden begrijpen, binnen de context waarin deze worden ervaren. Vaccinatiekeuzes zijn complex en worden beïnvloed door persoonlijke, sociale en maatschappelijke factoren. Door mensen op laagdrempelige plekken te benaderen—zoals buurtcentra — en mondeling vragen te stellen in plaats van schriftelijk, konden we juist die groepen spreken die in ander (schriftelijk) onderzoek vaak ondervertegenwoordigd zijn, zoals mensen met een Buiten-Europese herkomst én minder goede Nederlandse taalbeheersing. Met een *outreachende* en doelgerichte wervingsaanpak vergrootten we het bereik en de diversiteit van perspectieven. Zo kregen we inzicht in wensen en drempels die belangrijk zijn voor een passende en inclusieve benadering van verschillende groepen.

We hebben straatinterviews afgenomen in de geselecteerde gemeenten. Met straatinterviews bedoelen we korte gesprekken die op openbare locaties werden gevoerd. Respondenten werden op locatie aangesproken en uitgenodigd voor een gesprek van circa 10 tot 20 minuten. Locaties waren bijvoorbeeld markten, bibliotheken, winkelcentra en buurthuizen. Als blijk van waardering ontvingen deelnemers een kleine vergoeding.

We voerden semigestructureerde interviews met vragen die zijn getest met Pharos

De interviews zijn uitgevoerd aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst waarin verschillende gespreksonderwerpen zijn opgenomen als leidraad voor het gesprek. De keuze voor gespreksonderwerpen en formulering van vragen zijn gebaseerd op de bevindingen in de documentenstudie (zie boven). Omdat gezocht werd naar nieuwe aanknopingspunten om vaccinatiezorg laagdrempeliger te maken, bestond in de interviews veel ruimte voor verdieping buiten de reeds bekende potentiële wensen en barrières.

Gespreksonderwerpen uit de interviews omvatten (zie *Bijlage B* voor gehele vragenlijsten):

- Vaccinatiestatus;
- Reden wel/niet vaccineren;
- Moeilijkheden bij halen van (eerdere) vaccinaties (bij gevaccineerde inwoners);
- Tevredenheid over halen vaccinaties (bij gevaccineerde inwoners);
- Verschillen tussen griepvaccinatie en COVID-19-vaccinatie (bij gevaccineerde inwoners);
- Verschil tussen halen vaccinatie bij GGD of huisarts (bij gevaccineerde inwoners);
- Het wel/niet op de hoogte zijn van recht op vaccinatie (bij niet-gevaccineerde inwoners);
- Wel/geen uitnodiging gehad voor vaccinatie (bij niet-gevaccineerde inwoners);

- Invloed van reistijd/reiskosten (bij niet-gevaccineerde inwoners);
- Toepasselijkheid bekende redenen voor niet-vaccineren, zoals denken niet ziek te worden, weinig vertrouwen t.a.v. vaccinaties/betrokken instanties, geloofsovertuiging, overtuiging dat natuurlijke infectie beter is dan vaccinatie (bij niet-gevaccineerde inwoners), waarbij de vraag is begonnen met “sommige mensen laten zich niet vaccineren omdat ze denken dat het beter is om ziek te zijn van het coronavirus dan een vaccinatie’. Vervolgens is de vraag gesteld “hoe is dat voor jou?”;
- Invloed van vrienden/familie op keuze (bij niet-gevaccineerde inwoners);
- Wanneer wel vaccineren (bij niet-gevaccineerde inwoners);
- Informatie de keuze over vaccinatie makkelijker zou maken;
- Tips voor verbetering van het vaccinatiebeleid.

Verder zijn er demografische en algemene contextuele factoren uitgevraagd, zoals een inschatting van de eigen geletterdheid en digitale vaardigheden als indicatie voor gezondheidsvaardigheid[4],om een beeld te krijgen van de samenstelling van de gesproken inwoners.

De interviewvragen zijn taalkundig doorontwikkeld op basis van de inzichten uit de trainingsbijeenkomsten en in nauwe samenwerking met Pharos. Daarbij is specifiek gelet op:

- Het gebruik van duidelijke en eenvoudige taal
- Het vermijden van jargon en abstracte termen
- Relevantie en herkenbaarheid voor verschillende doelgroepen

Dit is gedaan door toetsing van de vragen in testrondes met taalambassadeurs, mensen met beperkte leesvaardigheid, en een expert van Pharos. Op basis van de ontvangen feedback zijn de vragen meerdere keren herzien, zodat ze goed aansluiten bij de behoeften van de deelnemers.

Na de straatinterviews organiseerden we focusgroepen om verder te verdiepen

Aansluitend op de straatinterviews zijn er tien focusgroepen georganiseerd om nader in te gaan op de barrières en wensen rondom vaccineren in het algemeen en bij specifieke groepen. In twee focusgroepen was een specifiek gezelschap van Syrische vrouwen. Eén focusgroep was gericht op Sleutelpersonen Gezondheid. Bij de organisatie van de focusgroepen is expliciet rekening gehouden met de behoeften en kenmerken van de doelgroep. Hierbij is aandacht besteed aan factoren zoals locatie (fysiek of online), tijdstip (overdag of na werktijd), en begrijpelijke taal (Nederlands, Engels en Arabisch). Ook voor deelname aan de focusgroepen is een kleine vergoeding verstrekt.

De focusgroepen werden gebruikt om de vastgestelde thema’s te verdiepen en waar nodig aan te vullen. Hiervoor werden de voornaamste thema’s uit de interviews voorgelegd en verdiept om tot genuanceerde duiding te komen. Er is specifiek ingegaan op de thema’s toegankelijkheid, informatievoorziening en vertrouwen. Daarnaast zijn ook overige wensen/barrières besproken die de deelnemers ervaarden.

We analyseerden de bevindingen volgens thematische analyse

Antwoorden op open vragen uit de interviews, zoals redenen voor wel/niet vaccineren en suggesties voor verbetering, werden uitgeschreven in de gespreksnotities. De gespreksnotities die gemaakt zijn bij de open vragen zijn open gecodeerd, waarbij betekenisvolle fragmenten zijn gelabeld middels kernwoorden, om puntsgewijs beschrijvingen weer te geven van de genoemde wensen, barrières en

[4] In Nederland heeft ongeveer 30% van de inwoners moeite met het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie voor het nemen van beslissingen over hun gezondheid.

oplossingsrichtingen. Op deze kernwoorden (‘codes’) werd verdere thematische analyse toegepast om relaties tussen de codes vast te stellen en te komen tot thema's die bepalend zijn voor wensen, barrières en oplossingsrichtingen (axiale codering). Onderwerpen (‘codes’) met vergelijkbare inhoud zijn hierbij samengevoegd tot overkoepelende thema’s (axiaal coderen). Na vaststelling van de thema’s en aantallen zijn alle coderingen opnieuw geanalyseerd om de mate van belang van ieder thema vast te stellen. Gesloten vragen, voornamelijk over achtergrondkenmerken van de deelnemende inwoners, zoals opleiding, zijn als kwantitatieve gegevens genoteerd. Hierop werden beschrijvende analyses toegepast.

De antwoorden uit de focusgroepen zijn systematisch vastgelegd op basis van de besproken thema’s. Ze zijn gebruikt om de thema’s en potentiële oplossingen en aanbevelingen te bevestigen en verder uit te diepen. Na aanvulling met de resultaten van de focusgroepen, zijn de thema's verder geanalyseerd op onderlinge samenhang, tussen wensen, barrières en oplossingsrichtingen, als basis voor het formuleren van potentiële beleidsaanbevelingen.

Tijdens een doorvertalingssessie bespraken we onze bevindingen met beleidsmedewerkers

In de laatste fase van het onderzoek is een doorvertalingssessie georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst zijn de belangrijkste inzichten en aanbevelingen gezamenlijk besproken met beleidsmedewerkers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en enkele vertegenwoordigers uit de doelgroep die hebben deelgenomen aan interviews of focusgroepen. Het doel van deze sessie was om te verkennen hoe de opgehaalde inzichten het beste vertaald kunnen worden naar beleidsvoorstellen die aansluiten bij zowel het perspectief van de burger als de beleidscontext. Deze co-creatieve benadering draagt bij aan de praktische toepasbaarheid en het draagvlak van de aanbevelingen. Een compact verslag hiervan is opgenomen in *Bijlage C.*

/ 3 Resultaten

3.1 Beschrijving van de geïnterviewde populatie

We hebben verspreid door het land en in verschillende gemeenten mensen gevraagd naar hun wensen, behoeften en ervaren barrières bij het halen van vaccinaties. Vanwege onze selectie- en wervingsaanpak betreft het merendeel van de gekozen gemeenten gebieden met een relatief lage vaccinatiegraad voor de COVID-19-vaccinatie en/of de griepvaccinatie. Twee gemeenten hebben een hoge vaccinatiegraad om hier inzichten op te halen en mogelijke verschillen in inrichting te horen.

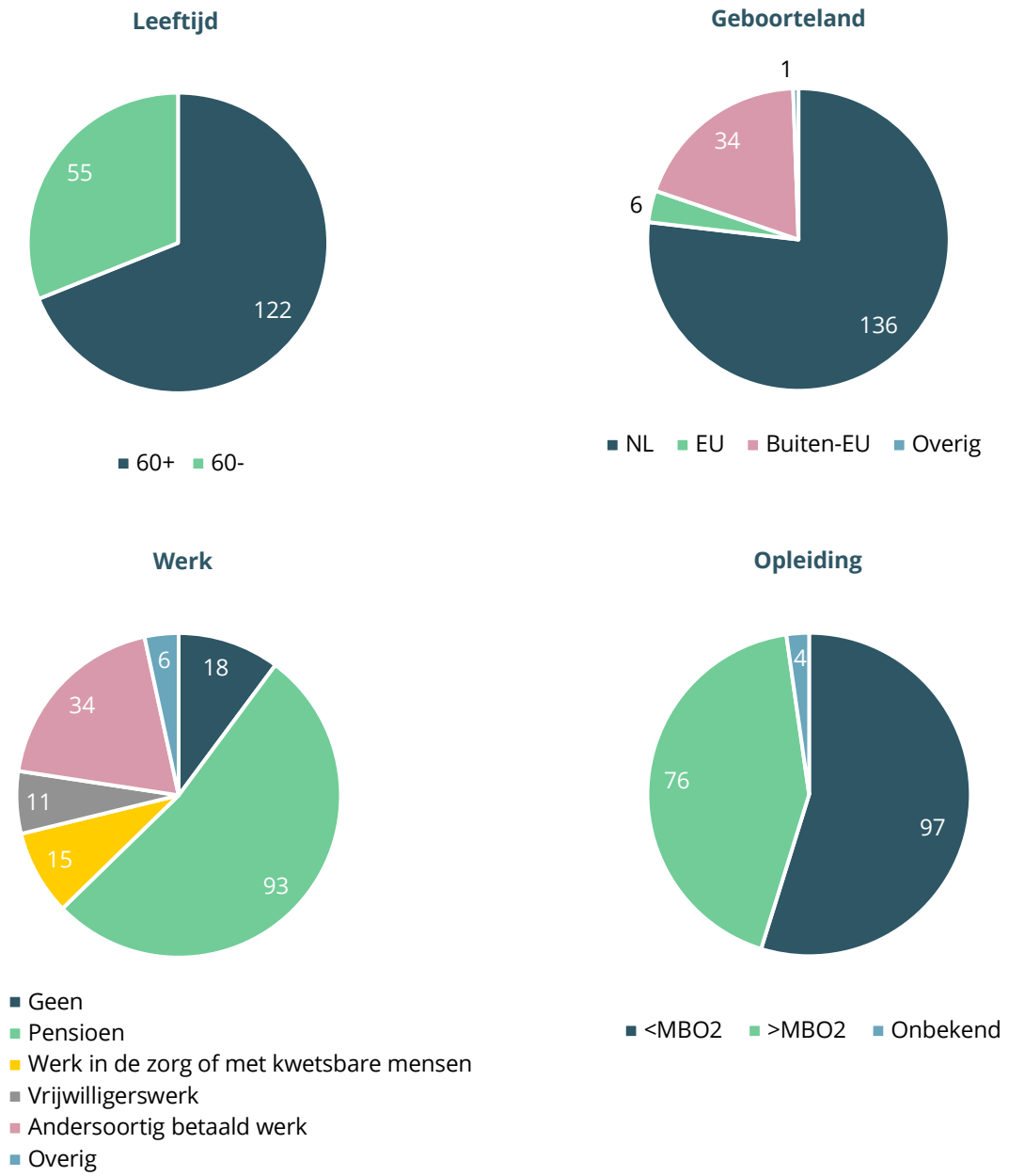
Figuur 1. Gemeenten waarin geworven is, met aantallen deelnemers aan de straatinterviews en de vaccinatiegraad* van de COVID-19 en griepvaccinatie van de gemeenten. Bronnen: VZinfo (Griepvaccinaties 2023-24 per gemeente, 60-plus), RIVMdata (COVID-19 cumulatieve opkomst voor (minimaal 2) COVID-19-vaccinatie voor 18+ leeftijd, statistisch datum 25 september 2023).

**Vaccinatiegraad COVID-19: Het aandeel mensen dat de volledige basisserie van COVID-19-vaccinatie heeft afgerond, volgens het vaccinatieschema dat gold bij hun eerste prik. De landelijke gemiddelde Nederlandse vaccinatiegraad voor COVID-19 in deze periode was 82,8%.*

**Vaccinatiegraad griep: het aandeel van de bevolking van 60-plus dat in het griepseizoen 2023-2024 een griepvaccinatie heeft ontvangen, geregistreerd door huisartsen. De landelijke gemiddelde griepvaccinatiegraad in deze periode was 61,2%.*

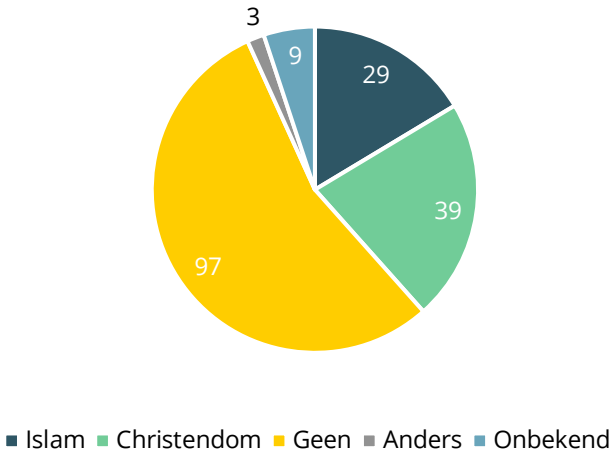
Binnen deze gemeenten hebben wij gericht respondenten benaderd op specifieke locaties, met als doel een zo divers mogelijk beeld te verkrijgen van de drempels voor vaccinatie en om bepaalde doelgroepen te bereiken, die bij onderzoek vaak niet goed worden bereikt en/of niet deelnemen, mede omdat ze schriftelijke vragenlijsten moeilijker kunnen invullen. De insteek van de straatinterviews was niet om een representatieve steekproef te doen van de Nederlandse bevolking. In figuur 2 ziet u een beschrijving van de populatie die we spraken tijdens straatinterviews.

Figuur 2. Beschrijving populatie straatinterviews (n=177) [5,6]

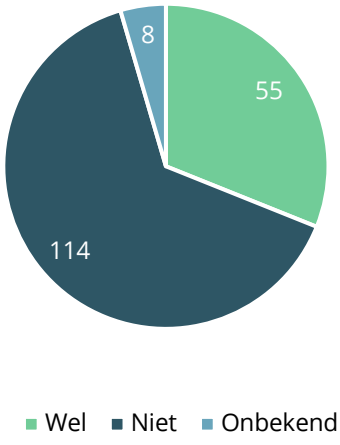


[5] Opleiding: de tweedeling tussen hoger of lager dan MBO 2 is gebaseerd op de startkwalificatie, die in Nederland vanaf een havo of vwo diploma of een MBO diploma op niveau 2 of hoger wordt verkregen. Respondenten die geen opleiding gevolgd hebben, vallen daarom ook in de categorie <MBO 2.
[6] De vragen over leesvaardigheid en digitale vaardigheid zijn gevraagd als "Veel mensen hebben moeite met het lezen van folders/het invullen van vragenlijsten op de computer. Hoe is dat voor jou?"

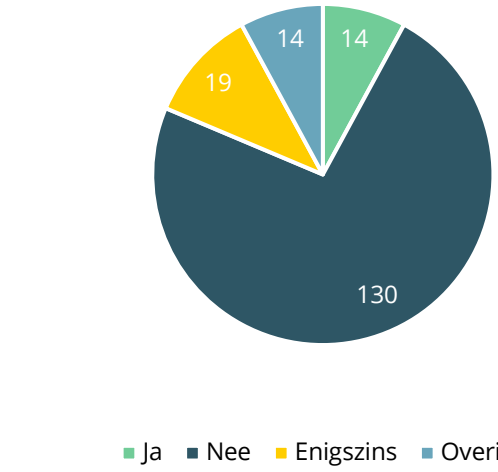
Geloof



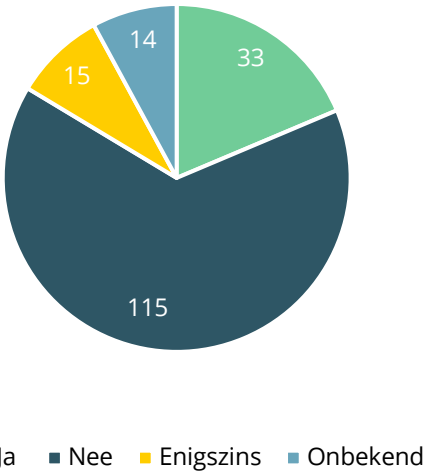
Behoort tot medische risicogroep voor Covid-19-vaccinatie en griepvaccinatie



Moeite met lezen



Moeite met digitaal

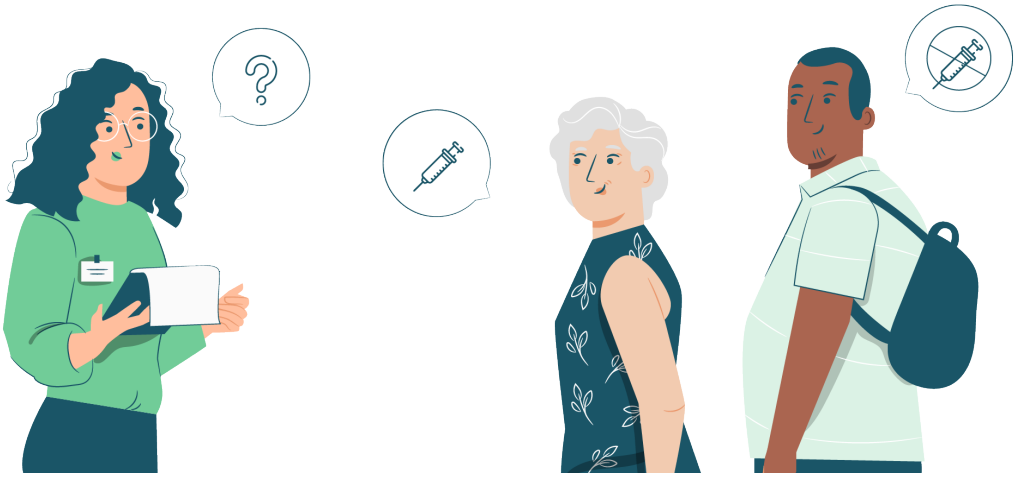


Inwoners boven de 60 jaar komen in aanmerking voor meerdere vaccinaties – zowel tijdens als buiten een pandemie, dus vormen daarmee een belangrijke doelgroep binnen het vaccinatiebeleid. Daarom bestaat de onderzochte groep respondenten voor het merendeel uit personen van 60 jaar en ouder, van wie de meesten met pensioen waren.

3.2 Bevindingen op basis van straatinterviews

In de paragrafen hieronder gaan we in op de uitkomsten van de straatinterviews die we gevoerd hebben met 177 inwoners uit twaalf gemeenten. Hierin leest u achtereenvolgend de vaccinatiestatus van respondenten, de motieven die mensen aandragen om zich wel of niet (volledig) te laten vaccineren, ervaren praktische barrières, de invloed van omgeving en informatie op de vaccinatiekeuze, mogelijkheden om vaccineren makkelijker te maken en tot slot motieven voor niet-gevaccineerden om zich mogelijk wel te laten vaccineren. Deze inzichten zijn afkomstig uit de straatinterviews en zijn niet representatief voor de gehele Nederlandse bevolking, vanwege de wijze van selectie van de deelnemers.

Bij de onderstaande thema's die een rol spelen in de vaccinatiekeuze, is het belangrijk te beseffen dat de genoemde motieven niet altijd het hele afwegingsproces weergeven. Vaak gaat het om een combinatie van factoren. Bovendien is niet bij alle respondenten voldoende helder geworden wat het onderscheid was tussen verschillende motivaties of dat genoemde motivaties volledig waren door onder meer taalvaardigheid en beschikbare tijd. De genoemde thema's moeten daarom worden gezien als indicaties van belangrijke beweegredenen van mensen om zich wel of niet (volledig) te laten vaccineren — en niet als uitputtende of volledig afgebakende motieven.



3.2.1 Vaccinatiestatus respondenten

We hebben een onderscheid gemaakt in de vaccinatiestatus van respondenten op basis van de vaccinatiestatus voor COVID-19 en griepvirus. Pneumokokkenvaccinatie is buiten beschouwing gelaten, omdat deze vaccinatie onbekender is en maar één keer per vijf jaar wordt aangeboden.

Definitie 'niet gevaccineerd' in de analyse
Respondenten worden gerekend als niet gevaccineerd als:
- Leeftijd 60- (jonger dan 60 jaar) en twee of meer COVID-19-vaccinaties niet gehaald tijdens de COVID-19-pandemie;
- Leeftijd 60- met een medische indicatie voor vaccinatie, die afzien van de jaarlijkse griepvaccinatie én COVID-19-vaccinatie;

- Leeftijd 60-plus die afzien van jaarlijkse vaccinaties tegen griepvirus én COVID-19. Ze kunnen wel eerder vaccinaties hebben gehad tegen het COVID-19 of het griepvirus.

Definitie 'onvolledig gevaccineerd' in de analyse
Respondenten worden gerekend als onvolledig gevaccineerd als:
- Leeftijd 60- met een medische indicatie voor vaccinatie, die afzien van de griepvaccinatie OF COVID-19-vaccinatie;
- Leeftijd 60-plus die afzien van jaarlijkse vaccinatie(s) tegen griepvirus OF COVID-19. Ze kunnen dan wel eerder vaccinaties hebben gehad tegen het COVID-19 of het griepvirus.

Onderstaande tabel toont de verdeling van de respondenten naar leeftijdsgroep – onder en boven de 60 jaar en hun vaccinatiestatus (waarbij elke respondent maar in één groep voorkomt).

Tabel 2: Vaccinatiestatus respondenten naar leeftijdsgroep

Gevaccineerd	60-	60-plus	Eindtotaal
Volledig gevaccineerd (griepvaccinatie + COVID-19-vaccinatie)	3*	67	70
Volledig gevaccineerd (COVID-19-vaccinatie)	30		30
Onvolledig gevaccineerd (alleen COVID-19-vaccinatie)	2*	20	22
Onvolledig gevaccineerd (alleen griepvaccinatie)	1*	7	8
Niet gevaccineerd	19	28	47
Eindtotaal	**55**	**122**	**177**

* Dit zijn mensen met een risicofactor waardoor zij in aanmerking komen voor de griepvaccinatie.

Van de 177 respondenten zijn 100 (56%) van de respondenten volledig gevaccineerd, terwijl 47 (27%) van de respondenten niet gevaccineerd zijn en dus niet de vaccinaties hadden gehaald waarvoor zij in aanmerking komen. Er waren 52 respondenten (29%) uitsluitend voor COVID-19 gevaccineerd, waarvan er 32 respondenten onder de 60 jaar volledig gevaccineerd waren en twintig respondenten boven de 60 jaar onvolledig – en dus niet voor de griep gevaccineerd waren. Tenslotte gaf een kleinere groep van acht respondenten (5%) aan uitsluitend voor de griep gevaccineerd te zijn[7].

De leeftijdscategorie 60- vertegenwoordigde 31% (n=55) van de totale respondenten bij de straatinterviews, terwijl 69% (n=122) tot de groep 60-plus behoorde. De respondenten onder de 60 jaar (n=4) die wel een griepvaccinatie hebben gehaald hadden een risicofactor, waardoor zij in aanmerking kwamen voor de griepvaccinatie.

3.2.2 Motieven om wel te vaccineren

Op basis van de gecodeerde motieven die mensen hebben genoemd om zich te laten vaccineren, hebben we zeven overkoepelende thema's geïdentificeerd. Deze worden hieronder in willekeurige volgorde kort toegelicht.

[7] Door afronding komen deze groepen niet op 100% uit.

Thema's vaccineren

1. Risicoperceptie en zelfbescherming[8]: mensen laten zich vaccineren omdat ze het risico op besmetting of ernstige ziekte voor zichzelf als hoog of substantieel genoeg inschatten. Ze willen zichzelf beschermen op basis van hun eigen gezondheidssituatie.

2. Bescherming van anderen: mensen laten zich vaccineren omdat ze anderen, zoals kwetsbare familieleden of de samenleving, willen beschermen.

3. Advies van professionals die wordt vertrouwd, zoals de huisarts: mensen laten zich vaccineren omdat ze het advies volgen van zorgverleners die zij vertrouwen.
4. Advies van familie of andere personen die worden vertrouwd: mensen laten zich vaccineren omdat zij afgaan op aanbevelingen van dierbaren of mensen uit hun directe omgeving, zoals sleutelpersonen.

5. Vertrouwen in de wetenschap: mensen laten zich vaccineren omdat zij vertrouwen hebben in wetenschappelijke inzichten en in de ontwikkeling van het vaccin.

6. (Sociale) conformiteit en gemak: mensen laten zich vaccineren omdat het wordt aangeboden en zij worden uitgenodigd. Ook laten zij zich leiden door de norm.

7. Restricties/praktische redenen/verplicht (tijdens de pandemie): mensen lieten zich tijdens de pandemie vaccineren om toegang te krijgen tot werk, reizen of evenementen, of vanwege wettelijke of organisatorische verplichtingen.

De meerderheid van de respondenten noemt risicoperceptie en zelfbescherming als motivatie

De meerderheid van de mensen die zich laat vaccineren, noemt *risicoperceptie en zelfbescherming* als belangrijkste reden. Dit motief werd vooral genoemd door respondenten van 60 jaar en ouder, maar kwam ook bij een aanzienlijk aantal jongere deelnemers naar voren. *Bescherming van anderen* werd door ongeveer een kwart van de respondenten genoemd.

Oudere respondenten laten zich vaker leiden door advies van professionals

Het *advies van de huisarts of andere vertrouwde professionals* speelde met name een rol bij de 60-plussers. In deze leeftijdscategorie werd dit motief na *risicoperceptie en zelfbescherming* het vaakst genoemd, terwijl het onder respondenten jonger dan 60 jaar nauwelijks werd genoemd. *Advies van familie of andere vertrouwenspersonen* werd slechts zelden als reden opgegeven. Een beperkt aantal mensen gaf aan dat *vertrouwen in de wetenschap* hun keuze beïnvloedde. Deze motivatie kwam in beide leeftijdsgroepen voor, maar bleef relatief beperkt. Ook (*sociale) conformiteit en gemak* speelden bij een kleinere groep een rol, met name onder oudere respondenten.

[8] NB: we zien risicoperceptie en zelfbescherming als verschillende thema's, maar constateren dat er zowel bij de reacties van de respondenten als bij de codering veel overlap zit. Hierom hebben we dit als één thema meegenomen in de analyse. Daarbij is er een relatie tussen zelfbescherming en risicoperceptie, omdat bij een hoog ingeschat risico zelfbescherming van groter belang is. Zeker in geval van kwetsbaarheid, waarbij risicoperceptie zowel de gepercipieerde ernst van het virus als de eigen kwetsbaarheid omvat.

Jongere respondenten wijzen vaker op verplichtingen en praktische overwegingen
Redenen als *restricties, praktische overwegingen of verplichtingen* werden juist vaker genoemd door jongere respondenten, specifiek in de context van de COVID-19-pandemie. Dit sluit aan bij de omstandigheden ten tijde van de pandemie. In deze groep kwam dit motief duidelijk prominenter naar voren dan bij oudere deelnemers.

De gegevens laten zien dat *risicoperceptie en zelfbescherming* overwegend de belangrijkste drijfveren zijn voor vaccinatie, gevolgd door *verplichtingen of praktische redenen*. Er zijn duidelijke leeftijdsverschillen zichtbaar in de motivatie: jongere respondenten (onder de 60 jaar) noemen relatief vaker verplichtingen in het kader van de pandemie en *bescherming van anderen*, terwijl oudere respondenten - naast risicoperceptie en zelfbescherming – vaker verwijzen naar het *advies van de huisarts* en naar (*sociale) conformiteit en gemak*.

3.2.3 Motieven om niet (volledig) te laten vaccineren

Op basis van de motieven die mensen hebben genoemd om zich niet (volledig) te laten vaccineren, hebben we twaalf overkoepelende thema's geïdentificeerd. Deze worden hieronder in willekeurige volgorde kort toegelicht.

Thema's niet-vaccineren

1. Informatievoorziening: ervaren gebrek aan eenduidige, betrouwbare, begrijpelijke informatie: mensen laten zich niet vaccineren omdat zij de informatie over vaccinaties als tegenstrijdig, eenzijdig of niet volledig of moeilijk te begrijpen ervaren, wat leidde tot onzekerheid en twijfel. Dit geldt voor de informatie tijdens de pandemie – onder andere vanuit de overheid – maar ook daarna, vooral door de diversiteit aan informatie op internet.

2. Gebrek aan vertrouwen in vaccin: werking, bijwerkingen, samenstelling: mensen laten zich niet vaccineren omdat zij twijfelen aan de werking van het vaccin of bang zijn voor bijwerkingen. Vooral bij het COVID-19-vaccin leven vragen over de samenstelling, de snelheid van ontwikkeling en verdenking van belangenverstrengeling (zie volgend thema).

3. Gebrek aan vertrouwen in overheid, RIVM of farmaceutische industrie: regelmatig werd een gebrek aan vertrouwen in overheidsorganisaties benoemd. Belangenverstrengeling bij de overheid, met name tijdens de COVID-19-pandemie, gecombineerd met de financiële belangen van farmaceutische bedrijven werden hierbij benoemd.

4. Vertrouwen op het natuurlijk beloop van ziekte: mensen laten zich niet vaccineren omdat zij geloven dat het beter is om weerstand op te bouwen via een natuurlijke infectie dan via vaccinatie.

5. Risicoperceptie en vertrouwen in eigen lichaam: mensen laten zich niet vaccineren omdat zij het risico op ziekte laag inschatten en vertrouwen op hun eigen immuunsysteem en gezondheid.

6. Negatieve ervaring met eerdere vaccinatie: mensen laten zich niet vaccineren omdat zij negatieve ervaringen hebben gehad bij eerdere vaccinaties, zoals bijwerkingen of het gevoel vaker ziek te zijn geworden.

7. Geen uitnodiging ontvangen: mensen laten zich niet vaccineren omdat zij geen, of geen tijdige, uitnodiging voor vaccinatie hebben ontvangen.

8. Invloed van sociale omgeving: mensen laten zich niet vaccineren omdat zij worden beïnvloed door de keuzes van familie, vrienden of bekenden, waardoor sociale conformiteit optreedt die leidt tot twijfel of afzien van vaccinatie**.**

9. Gebruik van veel medicatie: mensen laten zich niet vaccineren omdat zij al veel medicijnen gebruiken en hun lichaam niet extra willen belasten.

10. Medische contra-indicatie voor vaccinatie: mensen laten zich in enkele gevallen niet vaccineren omdat zij een medische reden hebben waardoor vaccinatie wordt afgeraden door een arts.

11. Prikangst: mensen laten zich soms niet vaccineren omdat zij angst hebben voor naalden of injecties.

12. Weerstand tegen dwang (tijdens de COVID-19-pandemie): mensen laten zich niet vaccineren omdat zij tijdens de COVID-19-pandemie druk of dwang hebben ervaren vanuit de overheid, werkgevers of samenleving, waardoor weerstand tegen vaccinatie is ontstaan.

Respondenten noemen risicoperceptie en vertrouwen in het eigen lichaam het vaakst als motivatie

De meest genoemde reden om zich niet te laten vaccineren was *risicoperceptie gecombineerd met vertrouwen in het eigen lichaam*. Dit motief werd genoemd door ongeveer een derde van de respondenten en kwam ongeveer even vaak voor onder zowel jongere als oudere deelnemers.

Gebrek aan vertrouwen in het vaccin wordt veel genoemd, vooral in relatie tot COVID-19

Een tweede veelgenoemd motief was *gebrek aan vertrouwen in het vaccin zelf.* Deze reden werd door circa een vijfde van de respondenten genoemd, en iets vaker door mensen jonger dan 60 jaar dan door mensen ouder dan 60 jaar. Daarmee betreft het vaker mensen die in aanmerking kwamen voor de COVID-19-vaccinatie, en in mindere mate voor de griepvaccinatie.

Oudere respondenten noemen vaker negatieve ervaringen met eerdere vaccinaties

Ook *negatieve ervaring of ziekte na een eerdere vaccinatie* vormden een belangrijke reden om af te zien van vaccinatie. Dit thema kwam duidelijk vaker naar voren bij oudere respondenten, terwijl het onder jongeren minder vaak werd genoemd.

Gebrek aan vertrouwen in instanties speelt bij een kleinere groep mee

Een kleinere groep gaf aan dat een *gebrek aan vertrouwen in instanties*, zoals de overheid of het RIVM, meespeelde in hun beslissing om niet (volledig) te vaccineren. Deze reden werd even vaak genoemd door mensen onder als boven de 60 jaar. Enkele respondenten, voornamelijk jonger dan 60 jaar, noemden ook het *ontbreken van duidelijke, betrouwbare en begrijpelijke informatie* als reden om zich

niet te laten vaccineren. Tot slot verwees een kleine groep naar *gevoelens van dwang tijdens de COVID-19-pandemie*. Hierbij was geen noemenswaardig verschil zichtbaar tussen de leeftijdsgroepen.

Leeftijd blijkt van invloed op specifieke motieven
Opvallend is dat bepaalde thema's duidelijk samenhangen met leeftijd: *negatieve vaccinatie-ervaringen* werden vaker genoemd door ouderen, terwijl *wantrouwen in het vaccin en informatievoorziening* relatief vaker speelden onder jongere respondenten.

Overige redenen die bij de vraag waarom mensen zich niet lieten vaccineren slechts enkele keren werden genoemd zijn: geen uitnodiging ontvangen, invloed van sociale omgeving, vertrouwen op natuurlijk beloop, gebruik van veel medicatie, medische contra-indicatie voor vaccinatie en prikangst.

Risicoperceptie, vertrouwen en voorkeur voor een natuurlijke infectie spelen een rol bij niet-vaccineren
Bij het expliciet vragen naar of een thema meespeelt bij het niet-vaccineren, geeft ongeveer een ruime helft van de niet-gevaccineerde respondenten aan dat zij geen vaccinaties halen omdat zij denken niet ziek te worden. Geloof wordt niet benoemd als reden voor mensen die zich niet vaccineren op een enkeling na. Wel geeft een ruime meerderheid van de mensen die niet gevaccineerd zijn of nu niet meer vaccineren aan dat zij weinig vertrouwen hebben in de overheid en farmaceutische industrie. Van de respondenten die niet-vaccineren geeft bijna twee op de drie aan dat ze denken dat natuurlijke infectie beter is dan een vaccinatie. We zien daarmee dat bepaalde factoren wel van invloed zijn bij de keuze om niet te vaccineren, maar niet direct worden genoemd als belangrijk motief bij de open vraag waarom mensen niet vaccineren. Mogelijk speelt hier mee dat we de vragen hebben gesteld vanuit een andere formulering, bijvoorbeeld "sommige mensen laten zich niet vaccineren omdat ze denken dat het beter is om ziek te zijn van het coronavirus dan een vaccinatie". Vervolgens hebben we de vraag gesteld "hoe is dat voor jou?". Dit kan een verschil in reactie verklaren.

3.2.4 Ervaren praktische barrières bij het halen van vaccinaties

Locatie van de vaccinatie vooral van belang voor mensen die zich wel laten vaccineren
Bijna twee op de drie respondenten ervaart geen belemmeringen bij het halen van een vaccinatie. Een klein deel noemt praktische barrières, zoals een vaccinatielocatie die ver weg of lastig bereikbaar is, of problemen bij het maken van een afspraak. Deze obstakels hebben bijvoorbeeld te maken met lange wachttijden, beperkte keuze in tijdsloten of een ingewikkeld planningsproces. Opvallend is dat deze praktische barrières vrijwel uitsluitend worden genoemd door mensen die zich momenteel wel laten vaccineren. Bij de mensen die afzien van vaccinatie, is dit niet benoemd als drempel waardoor zij een vaccinatie niet halen.

Ongeveer een kwart van de gevaccineerde respondenten geeft aan dat zij de huisartsenpraktijk als een laagdrempeliger locatie ervaren dan de GGD, met name door relatief grote afstand tot en daarmee gepaard gaande minder goede bereikbaarheid van de GGD-locatie in landelijk gebied. Daarnaast geeft circa de helft van de gevaccineerde respondenten dat als ze mogen kiezen, ze een voorkeur hebben voor de vaccinaties op één locatie.

Hoewel de locatie en toegankelijkheid van vaccinatielocaties dus geregeld als thema terugkomen bij mensen die zich laten vaccineren, worden reistijd en eventuele kosten zelden genoemd als drempels voor mensen die zich niet of onvolledig laten vaccineren.

De uitnodiging wordt door praktisch iedereen ontvangen
Van degenen die afzagen van COVID-19-vaccinatie, wist vrijwel iedereen dat hij/zij recht had op de vaccinatie. Van de 60-plussers krijgt vrijwel iedereen de uitnodiging voor de griepvaccinatie en de COVID-19-vaccinatie, op een respondent zonder adres na.

3.2.5 Invloed van omgeving en informatie op de keuze voor vaccineren

Familie en vrienden hebben invloed op vaccinatiekeuze bij niet-gevaccineerde respondenten
Onder de niet-gevaccineerde respondenten geeft ongeveer twee derde aan dat zij met familie en vrienden praten over het onderwerp vaccineren. Ongeveer de helft van hen zegt dat het gedrag of de mening van hun naasten invloed heeft op hun keuze om zich (niet) te laten vaccineren.

Informatiebronnen zijn divers en wisselend in betrouwbaarheid
Eén op de drie respondenten noemt het internet als belangrijke bron van informatie over vaccinatie, waarbij een kwart van de respondenten specifiek verwijst naar websites van de Rijksoverheid of het RIVM en één respondent naar de website kritischprikken.nl.

De brief/uitnodiging van de huisarts wordt door ongeveer een kwart van de respondenten benoemd als informatiebron. De huisarts zelf wordt genoemd door één op de zes respondenten, - even vaak als mensen uit de directe omgeving. De GGD en RIVM worden minder vaak genoemd dan de huisarts. Een kleiner deel van de respondenten haalt informatie uit traditionele media, zoals televisie, kranten, nieuwswebsites. Bij elkaar wordt dit ook ongeveer door een kwart van de respondenten benoemd.

Een enkeling geeft aan zich uitsluitend te baseren op eigen kennis en geen behoefte te hebben aan aanvullende informatie. Verder wordt sporadisch genoemd dat ze algemene folders benutten of informatie in plekken als buurthuizen. Al met al blijkt dat ruim vier op de vijf respondenten informatie over vaccinatie uit ten minste één bron halen.

Er is behoefte aan duidelijke en toegankelijke informatie over de inhoud, werking en risico's van vaccins
Een deel van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan meer informatie over wat er in het vaccin zit, welke bijwerkingen er zijn, welke risico's de ziekte kent en waarom vaccineren nodig is. Alle gevraagde informatie is op dit moment wel beschikbaar, maar voor deze respondenten onvoldoende toegankelijk. Ook geeft een deel van de respondenten aan dat deze informatie onvoldoende duidelijk is. Soms wordt de informatie niet vertrouwd als deze van een overheidswebsite komt, al geven de meeste respondenten aan de overheidswebsite juist wel betrouwbaar te vinden.

3.2.6 Mogelijkheden om vaccineren makkelijker te maken

Praktische factoren kunnen vaccineren makkelijker maken
Uit de antwoorden van de volledig of onvolledig gevaccineerde respondenten blijkt dat vooral praktische factoren het vaccineren gemakkelijker zouden maken. Met name onder ouderen (60 jaar en ouder) werd regelmatig genoemd dat vaccineren eenvoudiger zou zijn als de vaccinatielocatie dichterbij was. Ongeveer een kwart van hen gaf dit aan. Ook vaccineren bij de huisarts werd relatief vaak genoemd door deze groep als voorkeursoptie, primair omdat deze dichtbij is, maar ook omdat de huisarts een bekend en vertrouwd gezicht is voor veel respondenten. Jongere respondenten (onder de 60 jaar) noemden deze suggesties minder vaak, hoewel dit voor een deel van hen ook meespeelde. Onder jongere gevaccineerde deelnemers bestaat vooral behoefte aan meer

transparantie over mogelijke bijwerkingen. Meer dan een derde van deze groep gaf aan dat dit het vaccineren voor hen toegankelijker zou maken. Andere genoemde praktische verbeterpunten, vooral door ouderen, waren onder meer het gemakkelijker kunnen maken van afspraken en een beter toegankelijke locatie.

Tegelijkertijd ontvangen van meerdere vaccinaties wordt wisselend ontvangen
Een kleiner aantal respondenten gaf aan dat het tegelijkertijd kunnen ontvangen van meerdere vaccinaties (bijvoorbeeld voor zowel griep als COVID-19) zou bijdragen aan het gemak. Een groter deel van de respondenten gaf echter aan dit niet te willen omdat ze het als risicovol zien om van twee vaccins tegelijkertijd bijwerkingen te kunnen krijgen. Bij het tegelijkertijd ontvangen van vaccinaties werd geen onderscheid gemaakt tussen een combinatievaccin of twee aparte vaccinaties.

Andere verbetermogelijkheden worden beperkt genoemd
Motieven zoals bescherming van jezelf en anderen of advies van vertrouwde personen kwamen ook naar voren, maar speelden een minder prominente rol in het ervaren gemak rondom vaccineren. Persoonlijke aandacht en uitleg, zoals ruimte voor gesprek of vragen, werd door al gevaccineerde respondenten sporadisch genoemd als iets dat de keuze voor vaccineren zou vergemakkelijken.

Samengevat blijkt dat vooral praktische aanpassingen – zoals nabijheid van de locatie, eenvoudiger afspraken en heldere informatie, het vaccineren voor de meeste respondenten die al gevaccineerd zijn toegankelijker maken. Jongere respondenten benadrukken daarbij behoefte te hebben aan duidelijke, transparante informatie, terwijl ouderen vooral waarde hechten aan logistiek gemak en vertrouwde plekken/locaties.

3.2.7 Motieven voor niet-gevaccineerden om zich mogelijk wel te laten vaccineren

Persoonlijke risicoperceptie speelt een belangrijke rol in de keuze om wel of niet te vaccineren
Uit de antwoorden van de respondenten die zich niet laten vaccineren, blijkt dat vooral persoonlijke risicoperceptie een rol speelt in hun overwegingen. Ongeveer één op de drie respondenten gaf aan dat zij zich wél zouden laten vaccineren als hun eigen gezondheidsrisico's toenemen – bijvoorbeeld door ouderdom of het krijgen van een (ernstige) ziekte. Dit motief werd iets vaker genoemd door jongere - dan door oudere respondenten. Hierbij speelt mee als respondenten andere mensen kennen die (ernstig) ziek zijn geworden van een infectie waar een vaccinatie voor kan worden gehaald. Enkele mensen benoemen dat zij de gordelroosvaccinatie zouden halen als ze daarvoor in aanmerking kwamen, omdat ze iemand kennen die hier zeer ziek van zijn geweest.

Betrouwbare en duidelijke informatie zou helpen bij de vaccinatiebeslissing
Daarnaast speelt voor een deel van de respondenten betere informatievoorziening een belangrijke rol in de vaccinatiebeslissing. Ongeveer één op de zes respondenten gaf aan dat duidelijke, betrouwbare informatie hen mogelijk zou kunnen overtuigen. Dit motief kwam in beide leeftijdsgroepen voor, maar werd iets vaker genoemd door 60-plussers. Meer bekendheid met de langetermijneffecten van vaccins werd over het geheel genomen niet veel genoemd, maar bleek wel een relevante factor voor een aanzienlijk deel van de jongere niet-gevaccineerde respondenten – ongeveer één op de zeven in deze groep gaf aan dat dit hen zou kunnen overtuigen.

Verplichtingen of overheidsadvies beïnvloedt een kleine groep respondenten
Enkele respondenten gaven aan dat een verplichting of een overheidsadvies hen mogelijk tot vaccinatie zou bewegen. Dit werd door ongeveer één op de tien niet-gevaccineerde deelnemers genoemd. Dit moet gewogen worden met de genoemde weerstand tegen dwang en beperking van autonomie, die als barrière voor vaccinatie werd genoemd.

Sociale motieven en bescherming van anderen zijn nauwelijks van invloed
Sociale motieven, zoals advies van familie, vrienden of artsen, werden zelden genoemd. Een klein aantal 60-plussers gaf aan dat het advies van een arts of uit hun omgeving van invloed zou kunnen zijn. Onder jongere respondenten speelde dit motief echter geen rol. Bescherming van anderen werd door geen van de respondenten genoemd als mogelijke reden om zich alsnog te laten vaccineren.

Een kwart van de niet-gevaccineerden sluit vaccinatie volledig uit
Tot slot gaf bijna één op de vier van de niet-gevaccineerde respondenten aan zich onder geen enkele omstandigheid te laten vaccineren. Deze overtuiging kwam iets vaker voor onder jongere respondenten dan onder ouderen.

Samengevat blijkt dat voor veel mensen die niet-gevaccineerd zijn de beslissing om zich wél te laten vaccineren vooral afhankelijk is van hun persoonlijke risico-inschatting, en in mindere mate ook van betere informatie of beleidsdruk. Sociale en morele overwegingen, zoals anderen beschermen, spelen nauwelijks een rol. Een aanzienlijke groep respondenten blijft bij hun keuze om zich niet te laten vaccineren, ongeacht de omstandigheden.

3.3 Bevindingen op basis van focusgroepen

We hebben focusgroepen georganiseerd waarbij dieper is ingegaan op thema's
Na de straatinterviews hebben we binnen focusgroepen kleine groepsgesprekken georganiseerd om te verdiepen op de ervaren barrières en wensen met betrekking tot vaccinatie. In totaal zijn tien focusgroepen gefaciliteerd in wisselende samenstellingen. De focusgroepen waren gericht op drie thema's die tijdens de interviews naar voren kwamen als een barrière voor het halen van vaccinaties: 1) toegankelijkheid van de vaccinatielocatie, 2) informatievoorziening over vaccinaties en 3) vertrouwen. Daarnaast was er ruimte voor de deelnemers om aanvullende thema's in te brengen tijdens het gesprek. De bevindingen uit de focusgroepen beschrijven we aan de hand van deze thema's.

De deelnemers aan de focusgroepen waren anders dan bij de straatinterviews
De samenstelling van de populatie in de focusgroepen wijkt af van die bij de interviews; slechts een beperkt aantal deelnemers nam aan beide onderdelen deel. Binnen de focusgroepen is sprake van een sterke vertegenwoordiging van personen met een Buiten-Europese achtergrond, waaronder veel deelnemers met beperkte beheersing van de Nederlandse taal. Daarnaast is het merendeel van de deelnemers jonger dan 60 jaar. Deze diverse samenstelling biedt waardevolle kansen om inzichten te verkrijgen vanuit perspectieven van specifieke doelgroepen die in eerder onderzoek ondervertegenwoordigd waren.

Tabel 3: Deelnemers focusgroepen

Focusgroep	Aantal deelnemers	Aantal 60 -	Aantal 60 +	Aantal EU-inwoners	Aantal inwoners van Buiten-Europese herkomst[9]
Utrecht 1	7	7	0	0	7
Utrecht 2	7	7	0	0	7
Utrecht 3	9	9	0	0	9
Utrecht 4	5	5	0	0	5
Baarn	7	6	1	1	6
Roosendaal	2	0	2	2	0
Amsterdam 1	3	0	3	2	1
Amsterdam 2	2	0	2	2	0
Online 1	3	2	1	1	2
Online 2	4	3	1	0	4
Totaal	49	39	10	8	41

3.3.1 Uitkomsten thema 1: toegankelijkheid

Wensen en barrières rondom fysieke bereikbaarheid verschillen sterk per doelgroep
In meerdere focusgroepen is fysieke afstand genoemd als een drempel voor het halen van een vaccinatie - met name door ouderen, mensen met mobiliteitsproblemen, of mensen zonder eigen vervoer. Daarbij werd dit vooral genoemd door mensen die wel gevaccineerd zijn, maar dit als mogelijke drempel zien voor anderen of zichzelf in de toekomst. Het werd niet genoemd door niet/onvolledig gevaccineerde respondenten als motivatie voor het afzien van vaccinatie.

> *"Twee keer overstappen met het OV is voor ouderen al te ver."*

> *"Ik heb geen auto, dus als mijn man en kinderen niet thuis zijn, moet ik met bus, tram én trein."*

[9] We gebruiken de term Buiten-Europese herkomst om aan te sluiten bij de definitie die het CBS hanteert.

Voorkeur voor vertrouwde locaties
Een meerderheid van de deelnemers aan de focusgroepen heeft een sterke voorkeur voor vaccinatie in de eigen wijk, bij voorkeur bij de huisarts of in een vertrouwd gebouw zoals een buurthuis, school, moskee of consultatiebureau. Grootschalige locaties zoals fabriekshallen worden door sommige deelnemers als kil en onpersoonlijk ervaren.

> *"De locatie was een fabriekshal. Ik vond het afschuwelijk. Het voelde niet goed."*

Prikbussen en tijdelijke locaties worden positief ontvangen, mits ze goed georganiseerd worden
Mobiele en tijdelijke locaties, zoals prikbussen en sporthallen, werden door sommige deelnemers positief ontvangen, mits goed ingebed in de wijk en voorzien van privacy. Anderen vertrouwden tijdelijke locaties minder ("wie prikt daar eigenlijk?") of vonden ze te druk of ongeschikt (bv. wegens toegankelijkheid voor scootmobielgebruikers).

> *"Een idee is om prikbussen regelmatig in een andere wijk te plaatsen, zodat het voor iedereen op loopafstand bereikbaar is. Als het alleen in de stad is, dan komt iedereen daarheen en wordt het erg druk."*

Culturele en religieuze sensitiviteit beïnvloeden wensen en barrières
Voor sommige vrouwen speelde het gebrek aan privacy op publieke locaties een rol, bijvoorbeeld vanwege hun geloof. Zij zouden het waarderen als er afgeschermde ruimtes zouden zijn om te prikken.

3.3.2 Uitkomsten thema 2: informatievoorziening

Er is behoefte aan begrijpelijke, toegankelijke informatie
In vrijwel alle gesprekken gaven deelnemers aan dat begrijpelijke en betrouwbare informatie cruciaal is voor hun keuze om zich wel of niet te laten vaccineren. Zij willen weten wat het effect is op risico's bij infectie voor zichzelf en anderen, waarbij de informatie ook transparant is over mogelijke bijwerkingen en lange termijn effecten van het vaccin.

> *"Als we goede en positieve informatie en verhalen krijgen, laten we ons zeker vaccineren."*

Toch ervaren veel mensen de huidige informatie als ontoereikend of zelfs verwarrend. Een veelgehoorde klacht is het ontbreken van inhoudelijke uitleg in officiële brieven:

> *"We kregen alleen een brief met een afspraak. Geen uitleg over wat of waarom."*

Moeilijke taal, vakjargon en soms ook QR-codes vormden barrières, vooral voor ouderen en mensen die zelf aangaven beperkte taal- of digitale vaardigheden te hebben. De QR-code werd door enkele deelnemers benoemd als niet helpend in het leiden naar brieven in de eigen taal.

Desinformatie voedt angst en wantrouwen
Desinformatie via sociale media, internet en verhalen in de gemeenschap (bijv. onvruchtbaarheid,

autisme, ‘chips in vaccins’) beïnvloedden het vertrouwen sterk. Binnen de gesproken gemeenschappen, maar ook in het algemeen, circuleren complottheorieën die de vaccinatiebereidheid ondermijnden.

> *"Ze zeggen dat je geen kinderen kunt krijgen van het coronavaccin."*

Deze verhalen hebben diepgaande impact, zeker als ze via familie of vertrouwelingen worden verspreid. Daarbij werd de notie gegeven dat het wantrouwen zich niet per se tegen de overheid richt, maar vooral op het vaccin zelf vanwege de snelle ontwikkeling en de uiteenlopende informatie over bijwerkingen en inhoud van vaccins.

Vertrouwde bronnen kunnen als sleutel tot gemeenschappen fungeren
Zowel huisartsen als sleutelpersonen uit de gemeenschap werden herhaaldelijk genoemd als meest betrouwbare informatiebronnen. Er is een enkele keer benoemd dat in sommige religieuze gemeenschappen imams, rabbijnen en pastoors effectief betrokken waren bij voorlichting.

> *"Bij de joodse gemeenschap zijn rabbijnen ingeschakeld, bij de moslimgemeenschap imams en bij de christelijke gemeenschap de kerk – dit heeft gewerkt."*

> *"De huisarts kent mij en weet wat ik nodig heb om gerustgesteld te worden."*

Er is behoefte aan uitleg over inhoud en werking van vaccins
Veel deelnemers geven aan precies te willen weten wat er in het vaccin zit, wat het doet in het lichaam en wat de korte én lange termijn bijwerkingen zijn. Dit geldt ook voor gelijktijdige vaccinaties (griep + COVID-19). Bij onduidelijkheid ontstaan misvattingen en weerstand:

> *"Waarom zou ik een prik halen als ik toch ziek word?"*

> *“Als ik niet weet wat er in zit ga ik die troep niet in mijn lijf spuiten”*

Deelnemers hebben niet altijd scherp hoe de vaccinatie beschermt tegen de infectie en of zij dan wel of niet nog ziek kunnen worden, plus de bijwerking na de vaccinatie zelf leidt hierbij tot verwarring. Daarbij spelen de verschillende merken vaccinaties ook een rol; doordat er verschillen zijn, gaan mensen meer twijfelen.

Daarnaast ervaren sommige deelnemers een vaccin als definitiever dan bijvoorbeeld medicijnen: je kunt het niet ‘stopzetten’ als je bijwerkingen ervaart. Dit maakt mensen voorzichtiger, zeker wanneer er onduidelijkheid is over mogelijke risico’s op de lange termijn.

De informatievoorziening moet nog vaker herhaald, visueel en meertalig worden
Herhaling, audiovisuele middelen (bv. filmpjes), en informatie via meerdere kanalen (tv, flyers, sociale media, bijeenkomsten) werden genoemd als essentieel. Informatie via kinderen en scholen werd eveneens als effectief gezien.

3.3.3 Uitkomsten thema 3: vertrouwen en overige onderwerpen

Angst en wantrouwen zijn diepgewortelde barrières
In vrijwel alle gesprekken kwam angst terug als belangrijke reden om af te zien van vaccinatie: angst voor bijwerkingen, voor onbekende stoffen, of voor controle door 'de overheid'. Wantrouwen werd versterkt door negatieve ervaringen, desinformatie en een gebrek aan persoonlijke uitleg.

> *"Ze geloven dat de overheid ons controleert via vaccins."*

Ook negatieve persoonlijke ervaringen met de betreffende of andere vaccinaties spelen een rol:

> *"Mijn dochter kon niet meer praten na de prik. Ik vertrouw het niet meer."*

> *"Ik was nooit ziek totdat ik gevaccineerd werd, vanaf toen was ik ineens ziek. Sindsdien heb ik het [vaccineren] niet meer gedaan."*

> *"Als kind huilde ik jarenlang door de vaccinaties en daarom ben ik gestopt. Mijn kinderen vaccineer ik ook niet."*

Ook speelt mee dat de COVID-19-vaccins sneller zijn ontwikkeld, wat leidt tot vragen bij inwoners of het proces wel zorgvuldig genoeg is geweest.

> *"Ik zou willen weten wat erin zit. Waarom is het vaccin zo snel ontwikkeld?"*

Mogelijkheden omtrent combinatieprikken worden verdeeld ontvangen
Over het gelijktijdig verstrekken van griep- en COVID-19-vaccinatie in twee aparte vaccinaties bestond geen consensus. Sommigen zagen het als praktisch, anderen vreesden juist meer bijwerkingen. De wens om te kiezen werd herhaaldelijk genoemd.

> *"Eén keer ziek is beter dan twee keer."*

> *"Mijn arts zei dat het beter is om het in twee keer te doen."*

Socioculturele factoren spelen een grote rol
Het land van herkomst van het vaccin, eerdere ervaringen met medische zorg, religieuze opvattingen, en sociale normen binnen de gemeenschap beïnvloeden beslissingen sterk. Wat in de ene gemeenschap werkt (arts = autoriteit), werkt in de andere averechts (autoriteit = wantrouwen).

Sfeervolle setting verlaagt drempel
Een opvallend terugkerend element was het belang van sfeer: koffiemomenten, snacks, kindvriendelijke activiteiten, gesprekken in kleine groepjes. Een prettige setting vergroot de toegankelijkheid van zowel vaccinaties als informatie.

"Goede voorlichting is belangrijk in de eigen taal, op eigen tempo en niveau. Herhaal de informatie, geef uitleg met hapjes en drankjes. Dan wordt de informatie goed ontvangen."

"Een buurthuisbijeenkomst werkt beter dan een brief."

Erkenning van twijfel
Verschillende deelnemers benoemden expliciet dat 'sommige mensen nooit te overtuigen zijn' en dat dit ook gerespecteerd moet worden. Andere deelnemers benoemen dat zij het fijn zouden vinden als hun twijfel erkend wordt en er openlijk een gesprek kan worden gevoerd, zodat zij zich serieus genomen voelen.

3.4 Documentenstudie: samenhang bevindingen met resultaten uit eerdere onderzoeken

Vaccinatiebereidheid is meermaals eerder onderzocht
Vaccinatiebereidheid is in diverse onderzoeken onderzocht. Onderzoeken kennen daarbij veel verschillende invalshoeken. De meeste aandacht is uitgegaan naar vaccinaties van kinderen vanuit het Rijksvaccinatieprogramma. Sommige studies richten zich op redenen om wel of niet te vaccineren, andere op knelpunten in de vaccinatiezorg of op specifieke doelgroepen. Een aantal bevindingen uit ons onderzoek komt overeen met bevindingen uit andere onderzoeken. We zien echter ook bevindingen uit eerdere onderzoeken die we bij onze doelgroep niet of minder tegenkomen. Hieronder leest u de samenhang van onze bevindingen met resultaten uit eerdere onderzoeken.

3.4.1 Overeenkomsten met resultaten uit eerder onderzoek

Risicoperceptie en bescherming als belangrijkste motieven om te vaccineren
In ons onderzoek worden risicoperceptie en zelfbescherming als de meest voorkomende redenen genoemd om zich te laten vaccineren. Ook het beschermen van naasten is een belangrijk motief. De wens om de eigen gezondheid en die van naasten te beschermen wordt in meerdere onderzoeken ook als een belangrijk motief voor vaccinatie genoemd, vooral in relatie tot de COVID-19-vaccinatie

(RIVM, 2021; Ipsos, 2021). Ook in ander onderzoek naar motieven van Nederlandse inwoners boven de 50 jaar komt naar voren dat risicoperceptie de belangrijkste drijfveer is van inwoners om zich te laten vaccineren met de griepvaccinatie (Schmidt et al., 2015).

Vertrouwde zorgprofessionals als invloedrijke factor

Respondenten van 60 jaar en ouder noemen regelmatig dat het advies van hun huisarts of een andere vertrouwde professional hen motiveerde om zich te laten vaccineren. Dit is een bekend fenomeen in de literatuur (Schmidt et al., 2015; RIVM, 2025), waarin vertrouwen in zorgverleners wordt beschouwd als een belangrijke voorspeller voor vaccinatiebereidheid. In de literatuur is dit vooral onderzocht in de context van vaccins die voornamelijk voor mensen jonger dan 60 jaar worden gebruikt, zoals het HPV-vaccin en maternale vaccinaties (RIVM, 2025). De huisarts is in ons onderzoek, net als in het onderzoek van Schmidt et al. uit 2015, het meest genoemd als de vertrouwde zorgverlener.

Beperkte risicoperceptie en vertrouwen in het eigen lichaam als motieven om niet te vaccineren

De meest genoemde reden om af te zien van vaccinatie is een lage risicoperceptie, vaak in combinatie met vertrouwen in het eigen lichaam. Dit is consistent met eerder onderzoek waaruit blijkt dat mensen die zichzelf niet als kwetsbaar zien, minder geneigd zijn zich te laten vaccineren (RIVM, 2025; Brewer et al., 2007). Een deel van de niet-gevaccineerde respondenten uit ons onderzoek geeft aan zich wel te laten vaccineren als ze meer risico zouden lopen, bijvoorbeeld door ouderdom of een ernstige ziekte. Dit past bij het verband tussen risicoperceptie en vaccinatiebereidheid dat in de literatuur is beschreven (RIVM, 2025).

Zorgen over veiligheid en effectiviteit spelen een belangrijke rol bij niet-vaccineren

Daarnaast leeft er bij respondenten die zich niet laten vaccineren wantrouwen over de veiligheid en effectiviteit van vaccins, vooral bij oudere respondenten met negatieve ervaringen of ziekte na eerdere vaccinaties. Zorgen over bijwerkingen, met name op de lange termijn, speelden een duidelijke rol bij de afweging rond COVID-19-vaccinatie, blijkt uit onderzoek (RIVM, 2021). Ook voor bijwerkingen op korte termijn wordt gevreesd, met name onder specifieke doelgroepen zoals bij respondenten met een Syrische herkomst (RIVM, 2025). Daarentegen zijn inwoners die zich wel laten vaccineren doorgaans tevreden, wat ook naar voren komt vanuit onderzoek naar ervaringen bij het Rijksvaccinatieprogramma (RIVM, 2025).

Ambivalente houding tegenover verplichtingen

In ons onderzoek gaven jongere respondenten relatief vaak aan zich te hebben laten vaccineren vanwege restricties of verplichtingen, vooral tijdens de COVID-19-pandemie. Dit komt overeen met eerdere bevindingen (RIVM, 2021), al werd daarin vaak juist benadrukt dat verplichtingen mensen kunnen afschrikken. Ook wij zagen dat een kleine groep zich door druk juist afkeerde van vaccinatie. Tegelijkertijd gaf een deel van de inwoners die niet gevaccineerd zijn aan dat een overheidsadvies hen juist wél zou kunnen overtuigen. In de literatuur worden verplichte maatregelen in de Nederlandse context als weinig passend gezien, mede vanwege de eerder genoemde weerstand die dit naar verwachting oproept en daardoor mogelijk juist leidt tot een lagere - in plaats van een hogere vaccinatiedeelname op populatieniveau, zeker op langere termijn (de Jong et al., 2019). Enkele respondenten benoemden dat bij een advies van de overheid en daarmee hogere landelijke risicoperceptie ze zich wel zouden laten vaccineren. In een ander onderzoek is ook benoemd dat wanneer een uitbraak ernstiger is, de vaccinatiebereidheid toeneemt (van der Weerd et al., 2011).

Verstrekken van informatie door vertrouwde bronnen wordt als helpend gezien

Zoals eerder beschreven zou een deel van de niet-gevaccineerde respondenten zich mogelijk wel laten vaccineren als er duidelijke, transparante, betrouwbare informatie zou zijn. Ook onder gevaccineerde respondenten is behoefte aan betere informatievoorziening. Jongere respondenten hebben vooral behoefte aan meer transparantie over mogelijke bijwerkingen, op zowel korte als lange termijn. Oudere respondenten en respondenten met beperkte taal- of digitale vaardigheden noemen dat er vaak moeilijke taal wordt gebruikt in communicatie en hebben meer behoefte aan duidelijke en betrouwbare informatie Het belang van begrijpelijke taal bij het maken van een keuze om wel of niet te vaccineren wordt ook onderstreept in ander onderzoek (Betsch et al., 2018; Vader et al., 2022; RIVM, 2021). Dit geldt specifiek voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, waarin ouderen, migranten van Buiten-Europese herkomst en mensen met een opleiding lager dan MBO2 zijn oververtegenwoordigd. Zij hebben meer moeite met het vinden, begrijpen, en toetsen van informatie bij het nemen van beslissingen over gezondheid (Vader et al., 2022). Er is daarmee dus behoefte aan doelgroepgerichte communicatie. Ook de verstrekker van informatie maakt uit, waarbij het inzetten van vertrouwde bronnen en sleutelfiguren zoals huisartsen of buurtwerkers helpend is (Schmidt et al., 2015; Vader et al., 2022; RIVM, 2022). Dit sluit aan bij onze bevinding dat respondenten de huisarts en lokale sleutelfiguren zien als meest betrouwbare informatiebron. Deze bevinding sluit aan bij eerdere literatuur die pleit voor doelgroepgerichte communicatie en het inzetten van vertrouwde personen, zoals huisartsen of sleutelfiguren in de wijk (Vader et al., 2022; RIVM, 2022).

Een wijkgerichte aanpak lijkt aan te sluiten bij behoeften van inwoners

Net zoals gezien werd in de succesvolle wijkgerichte aanpak van GGD Amsterdam, Utrecht en Rotterdam, wordt ook in ons onderzoek benoemd dat advies door sleutelpersonen en vaccineren op vertrouwde locaties vaccinatiebereidheid verhoogt (Goutier en Baart, 2023; GGD GHOR Nederland, 2024; Sevil en Hielkema, 2025). Er wordt door meerdere respondenten in het onderzoek gevraagd om informatie, voorlichting en vaccineren op bekende en vertrouwde locaties of vanuit vertrouwde kanalen. Vooral bij respondenten met beperktere taalvaardigheden, lijkt deze behoefte groter op basis van ons onderzoek.

3.4.2 Verschillen met resultaten van eerder onderzoek

Beperkte zichtbaarheid van religieuze motieven

In de literatuur is uitgebreid aandacht voor de rol van religie bij vaccinatiebereidheid, met name bij reformatorische doelgroepen (RIVM, 2025; Ruijs et al., 2012). In ons onderzoek werd religie slechts enkele keren genoemd als reden om niet te vaccineren, ondanks dat ongeveer een derde van de respondenten aangaf gelovig te zijn. Dit zou kunnen komen door selectieve regionale werving en participatie in ons onderzoek, of doordat de rol van religie sterk afhangt van de interpretatie van geloofsovertuigingen (Ruijs et al., 2012). Daarnaast is het mogelijk dat respondenten zich minder vrij voelden om religieuze argumenten te delen, of dat andere motieven zoals risicoperceptie of vertrouwen in het vaccin dominanter waren in dit onderzoek.

Wantrouwen richting overheid komt minder sterk naar voren

Een kleine groep respondenten noemde in ons onderzoek een gebrek aan vertrouwen in instanties, zoals de overheid of het RIVM, dan wel wantrouwen in het vaccin als reden om niet te vaccineren. Andere redenen om niet te vaccineren wogen zwaarder. In de literatuur wordt het verband tussen wantrouwen richting de overheid of instanties en als gevolg een lagere vaccinatiebereidheid

veelvuldig beschreven, met name in de context van de COVID-19 pandemie (Vader et al., 2022; RIVM, 2021). Mogelijk heeft dit verschil te maken met de bredere focus en gemiddeld relatief hoge leeftijd van respondenten in ons onderzoek, waarin niet alleen naar COVID-19-vaccinaties is gekeken, maar ook naar griepvaccinaties. In die context lijken andere motieven, zoals vertrouwen in de huisarts of risicoperceptie, zwaarder te wegen dan institutioneel wantrouwen.

Praktische barrières uit de literatuur zijn in ons onderzoek geen reden om niet te vaccineren

In de literatuur zijn diverse praktische barrières tot het halen van een vaccinatie genoemd die leiden tot een lagere vaccinatiebereidheid of -deelname. Hierbij valt te denken aan slechte bereikbaarheid van vaccinatielocaties (Vader et al., 2022), het moeten regelen van vervoer naar de vaccinatielocatie (RIVM, 2025), het moeten maken van een afspraak (RIVM, 2025) en informatie op een te hoog taalniveau (Vader et al., 2022). In ons onderzoek valt op dat deze praktische barrières nauwelijks genoemd worden door mensen als reden om zich niet te laten vaccineren. Een deel van de mensen die zich momenteel wel laten vaccineren noemt enkele van deze praktische barrières, maar dit belemmert hen in de praktijk niet daadwerkelijk om een vaccinatie te halen. Dit onderscheid zien we minder terug in de eerdere onderzoeken. Mogelijk is de bereikbaarheid en afstand tot de vaccinatielocatie daarmee vooral een factor die meeweegt bij ouders met kinderen, maar zelden een reden voor ouderen en volwassenen om zich niet te laten vaccineren. Dit past ook bij de eerdere bevinding dat de intentie leidend is bij de keuze om te vaccineren, meer dan de praktische belemmeringen.

Het wegnemen van praktische barrières maakt vaccineren wel makkelijker

Wel zien we dat volgens gevaccineerde respondenten vaccineren makkelijker zou worden wanneer deze praktische barrières er niet zouden zijn. Met name voor ouderen zou vaccineren eenvoudiger worden als de vaccinatielocatie dichterbij is. In dit licht wordt de huisartsenpraktijk veel genoemd, ook omdat de huisartsenpraktijk een vertrouwde locatie is. Andere vertrouwde plekken die zijn genoemd zijn buurthuizen, moskeeën of scholen. Het punt van een vertrouwde locatie wordt ook genoemd in de Uitvoeringstoets Vaccinatiestelsel van het RIVM als belangrijk aandachtspunt voor de belegging van vaccinatievoorzieningen (Eilers et al., 2014).

Prikbussen worden in dit onderzoek wisselend ontvangen, waar de literatuur positief is

Om mensen dichterbij te kunnen vaccineren, zijn tijdens de coronapandemie mobiele vaccinatie-units ('prikbussen') ingezet in Amsterdam in wijken waar het percentage gevaccineerde mensen lager is. De inzet van de prikbus leidde in deze wijken tot meer gezette vaccinaties (RIVM, 2022). Respondenten in ons onderzoek zijn wisselend enthousiast over mobiele en tijdelijke locaties. Voor sommigen lijkt het fijn dat de locatie dichtbij is, enkele respondenten vertrouwen zulke locaties minder vanwege het tijdelijke karakter.

De invloed van desinformatie komt in ons onderzoek minder duidelijk naar voren

Hoewel in literatuur veel aandacht is voor de negatieve invloed van mis- en desinformatie op vaccinatiebereidheid (Betsch et al., 2018; De Nieuwe Utrechtse School, 2025), werd door respondenten slechts een enkele keer direct gesproken over '*fake news*' of desinformatie. Wel wordt er gesproken over behoefte aan eenduidige en betrouwbare informatie, wat voort kan komen uit een relatieve toename van niet-betrouwbare informatiebronnen. Daarbij wordt ook in onze populatie informatie van sociale media gehaald, maar veel respondenten lijken niet zelf te ervaren dat er sprake is van desinformatie.

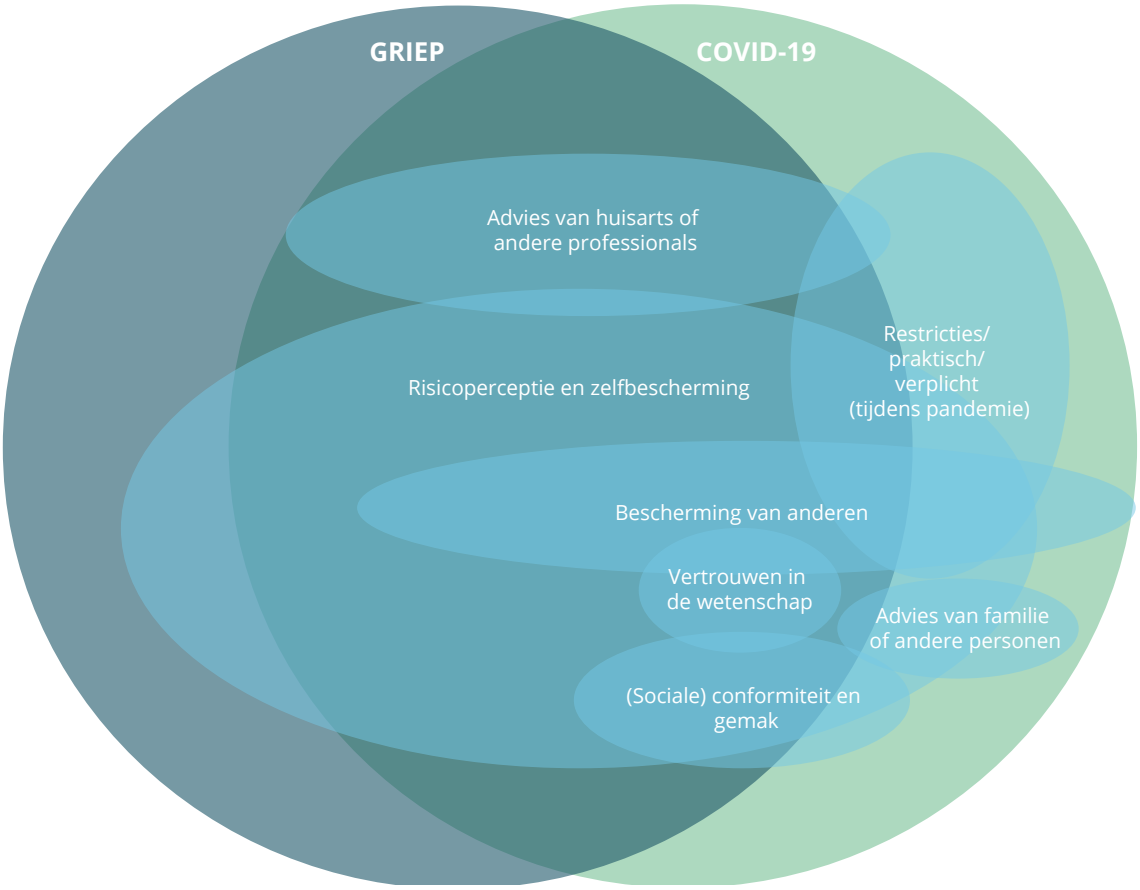
Recent onderzoek naar medische misinformatie laat zien dat communicatie niet alleen maar feitelijk en informatief moet zijn, maar ook verhalend en invoelend (De Nieuwe Utrechtse School, 2025). De onderzoekers benoemen als aandachtspunt dat dit om zorgvuldigheid vraagt; persoonlijke verhalen met emotionele taal worden door sommige mensen als manipulatief gezien, wat gevoelens van wantrouwen juist kan versterken. De onderzoekers pleitten daarom voor doelgroepgerichte communicatie die zorgvuldig is afgestemd op de kenmerken en gevoeligheden van specifieke groepen. Onderdeel hiervan is dat de communicatie komt vanuit vertrouwde organisaties of sleutelpersonen.

/ 4 Duiding van de resultaten

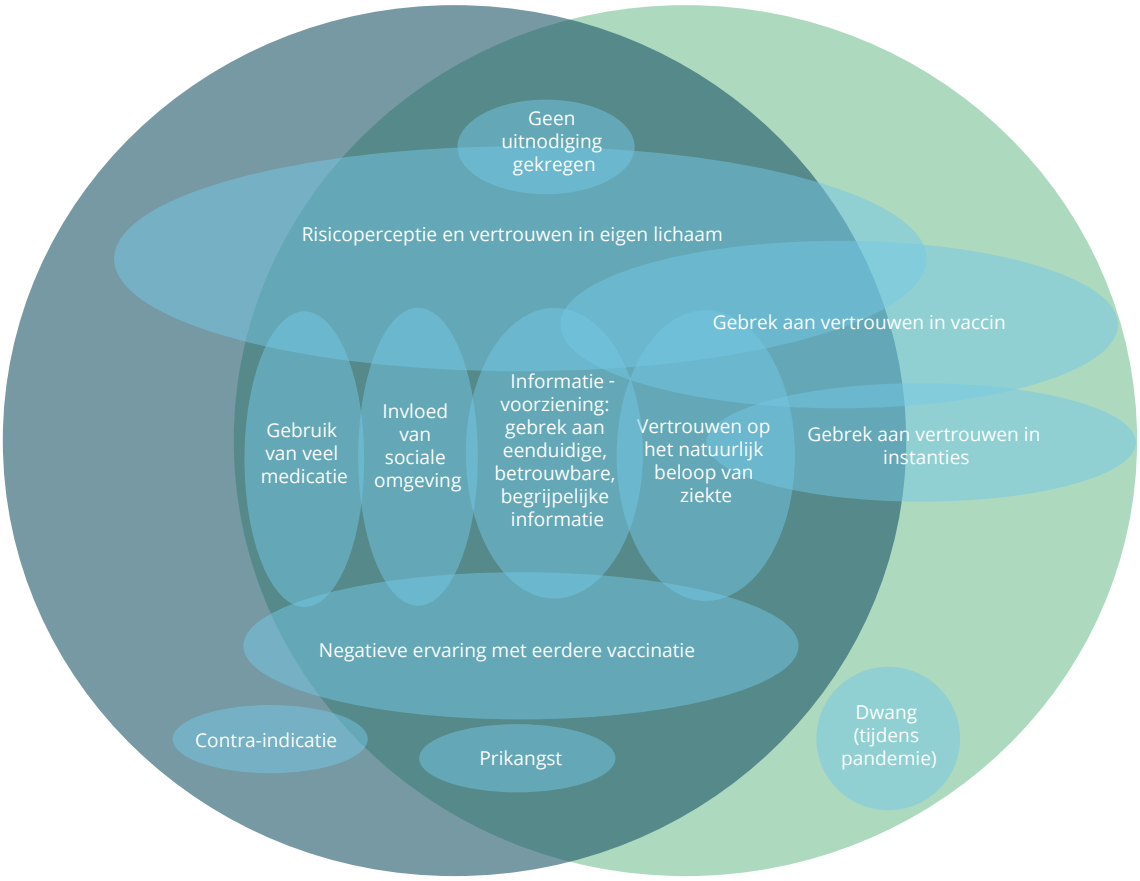
4.1 Interpretatie van de samenhang tussen thema's

Zowel uit de interviews als uit de analyse van de motieven voor wel of niet vaccineren komt naar voren dat er overlap bestaat tussen de onderliggende thema's. Daarnaast zijn er diverse onderlinge verbanden die niet eenvoudig te vangen zijn binnen de eerder beschreven bevindingen.

Om inzicht te bieden in de mate van overlap en samenhang tussen de thema's, hebben wij twee figuren opgesteld. Deze geven op schematische wijze een indicatie van het relatieve gewicht van de thema's die een rol spelen bij de keuze om wél of juist niet te vaccineren. Waar mogelijk wordt bovendien weergegeven of een thema vooral gerelateerd is aan de griepvaccinatie dan wel de COVID-19-vaccinatie, en waar relevant, de onderlinge verbanden tussen de thema's. Hoewel deze weergave niet volledig recht doet aan de complexiteit van de bevindingen, fungeren de figureren als hulpmiddel om de relaties en verhoudingen tussen de thema's te duiden.



Figuur 3. Schematische weergave van de motieven van respondenten die zich wel hebben laten vaccineren, inclusief de onderlinge samenhang en het relatieve gewicht ten opzichte van de griep- en COVID-19-vaccinatie. De plaatsing binnen het figuur verwijst naar het type vaccinatie (griep of COVID-19), en de grootte van de bol geeft het gewicht van het motief aan. De kleur van de bol heeft geen betekenis.



Figuur 4. Schematische weergave van de motieven van respondenten die zich niet hebben laten vaccineren, inclusief de onderlinge samenhang en het relatieve gewicht ten opzichte van de griep- en COVID-19-vaccinatie. De plaatsing in de figuur verwijst naar het type vaccinatie (griep of COVID-19), en de grootte van de bol geeft het gewicht van het motief aan. De kleur van de bol heeft geen betekenis.

Veel samenhang met risicoperceptie en zelfbescherming bij gevaccineerde respondenten

Zo hangt bij de respondenten die zich wel laten vaccineren het *beschermen van anderen*, *vertrouwen in de wetenschap* en ook het thema (*sociale) conformiteit en gemak*, samen met *risicoperceptie en zelfbescherming*. *Advies van de huisarts of andere professionals* hangt ook samen met *risicoperceptie en zelfbescherming* maar in geringe mate, net zoals de samenhang met het argument dat de vaccinatie *verplicht* was. Het valt op dat veel van de motieven vaker zijn genoemd in relatie tot COVID-19-vaccinatie ten opzichte van de griepvaccinatie.

Er is samenhang tussen risicoperceptie en vertrouwen in eigen lichaam met gebrek aan vertrouwen bij niet-gevaccineerde respondenten

Bij respondenten die niet gevaccineerd zijn heeft de (lage) *risicoperceptie en vertrouwen eigen lichaam* samenhang met veel diverse andere motieven. Ook gaat een *gebrek in vertrouwen in het vaccin* vaak samen met zowel *het vertrouwen in de instanties* die het vaccin aanbevelen, als met de inschatting dat natuurlijke besmetting beter is dan het krijgen van een vaccin. Daarnaast heeft de ervaren *gebrekkige en niet eenduidige informatievoorziening* invloed op zowel het vertrouwen in vaccinaties en instanties als op de inschatting van de ernst van de ziekte en vertrouwen in het natuurlijke beloop. Op basis van de interviews hebben we ook gehoord dat een *negatieve ervaring* vaak gepaard gaat met dat *mensen in de omgeving niet vaccineren*. Ook gaat het hebben van een *negatieve ervaring* gepaard met *risicoperceptie en vertrouwen in eigen lichaam*, gebrek *aan vertrouwen in het vaccin* en in *instanties*, maar

dit is niet goed te vangen in het figuur. We zien ook dat de meeste thema's vaker worden genoemd in relatie ten opzichte van de COVID-19-vaccinatie als ten opzichte van de griepvaccinatie.

4.2 Discussie van de bevindingen

De COVID-19-pandemie heeft blijvende invloed gehad op hoe mensen denken over vaccineren
Veel respondenten koppelen hun ervaringen en/of twijfels rondom de COVID-19-vaccinatie aan hun houding ten opzichte van vaccinaties in bredere zin. Waar aanvankelijk bij een deel van de respondenten met name weerstand bestond tegen de COVID-19-vaccinatie, breidde deze zich bij sommigen later uit tot een meer algemene terughoudendheid ten aanzien van vaccineren. Hoewel sommige respondenten bewust onderscheid blijven maken tussen verschillende soorten vaccinaties, komt uit de gesprekken naar voren dat het algemene vertrouwen in zowel vaccinaties als in de betrokken instanties tijdens de pandemie is afgenomen.

Bijdragende factoren aan dit verminderde vertrouwen zijn onder meer de snelheid waarmee de COVID-19-vaccins zijn ontwikkeld, de wijze van informatievoorziening, en de druk die werd ervaren als gevolg van maatregelen en vaccinatiebeleid. Daarnaast heeft de pandemie het maatschappelijk gesprek over vaccinaties versterkt, zowel in persoonlijke kring als via (sociale) media. De toegenomen zichtbaarheid en invloed van alternatieve informatiebronnen heeft dit wantrouwen verder vergroot.

Vaccinaties zijn minder vanzelfsprekend geworden, waardoor verkeerde informatie grip krijgt
Het nemen van een vaccinatie lijkt minder vanzelfsprekend geworden. Dit maakt het wel of niet 'nemen' van een vaccinatie tot een bewuste keuze, waardoor er in gemeenschappen meer over wordt gesproken. Dit leidt ook tot verhoogde circulatie van (negatieve) ervaringsverhalen en verkeerde informatie die via sociale media wordt verspreid, en invloed heeft op de keuze om wel of niet te vaccineren. Veel respondenten krijgen informatie vanuit hun omgeving of kanalen die niet altijd aansluiten op de feitelijke informatie, met name over bijwerkingen.

Er zitten culturele verschillen in motieven waarom respondenten twijfelen over vaccineren
Bij meerdere respondenten met een niet-Nederlandse culturele achtergrond speelt de sociale omgeving een belangrijke rol in de overweging om zich al dan niet te laten vaccineren. In de gesprekken werd benadrukt dat zij – mede als gevolg van taalbarrières – in sterke mate vertrouwen op informatie en ervaringen uit hun directe omgeving. Daarnaast blijkt dat eerdere ervaringen met vaccinaties in het land van herkomst eveneens van invloed kunnen zijn op hun houding ten aanzien van vaccinatie in Nederland.

Betrouwbare en begrijpelijke informatie wordt verschillend geïnterpreteerd
Veel respondenten geven aan behoefte te hebben aan betrouwbare en begrijpelijke informatie over vaccinaties, al blijken deze begrippen verschillend geïnterpreteerd te worden. Zo is er onder sommige respondenten vooral behoefte aan concrete informatie over de samenstelling van vaccins, mogelijke bijwerkingen, de risico's van de ziekte zelf en de reden(en) waarom vaccinatie wordt aanbevolen. Hoewel dergelijke informatie beschikbaar is, blijkt deze niet altijd voldoende toegankelijk of begrijpelijk te zijn. Een deel van de respondenten ervaart de aangeboden informatie als onvoldoende duidelijk. Vooral onder degenen die terughoudend zijn ten aanzien van vaccinatie wordt de informatie geregeld als te eenzijdig en onvoldoende transparant ervaren. Deze mensen hebben behoefte aan meer onafhankelijke en genuanceerde communicatie. Hoewel overheidswebsites door de meeste respondenten als betrouwbare bron worden beschouwd, is er ook een groep die informatie uit deze bron wantrouwt. Deze bevindingen wijzen erop dat de huidige

informatievoorziening rondom vaccinaties voor een aanzienlijk deel van de bevolking onvoldoende toegankelijk, duidelijk en toereikend is.

Vertrouwen groeit via nabijheid en herkenbaarheid
Uit het onderzoek komt naar voren dat huisartsen en de huisartsenpraktijk door veel respondenten als betrouwbare en vertrouwde bronnen worden gezien. Ook sleutelpersonen of andere professionals die zichtbaar en benaderbaar zijn binnen de gemeenschap worden als betrouwbaar ervaren. Wat betreft geschikte locaties voor informatievoorziening of vaccinatie, worden – naast de huisartsenpraktijk – ook buurthuizen en scholen regelmatig genoemd. Dit geldt in het bijzonder voor inwoners met een Buiten-Europese herkomst. Een belangrijke overweging hierbij is dat deze locaties, en met name de huisartsenpraktijk, worden ervaren als laagdrempeliger en vertrouwder dan bijvoorbeeld de centrale GGD-locaties.

Het goed aansluiten bij inwoners vraagt een gedifferentieerde en doelgroepgerichte aanpak
Zeker bij doelgroepen met beperkte taalvaardigheden en digitale vaardigheden zijn er bepaalde behoeften, zowel in informatievoorziening als in de manier waarop vaccinaties worden aangeboden als in locatie. Dit maakt dat aandacht voor specifieke behoeften zeker bij inwonergroepen met een lagere vaccinatiegraad en/of hogere kwetsbaarheid belangrijk is. Hierop kan worden ingespeeld door te differentiëren in de manier waarop deze doelgroepen worden bereikt. Dit is ook terug te zien in het succes van de wijkgerichte aanpak door de GGD Amsterdam, waar de wijkgerichte en fijnmazige aanpak heeft geleid tot een toename van de vaccinatiegraad bij het RVP (GGD GHOR NL, 2024; RIVM, 2022).

Kanttekening bij bevindingen: het onderzoek was gefocust op inwoners die vaak moeilijker worden bereikt en op gemeenten met een relatief lage vaccinatiegraad
Dit onderzoek richtte zich op regio's met een relatief lage vaccinatiegraad en daarbinnen op groepen in kwetsbare omstandigheden, bijvoorbeeld met beperkte taal- of digitale vaardigheden. Het doel was om hun wensen en barrières rondom vaccineren goed in beeld te brengen, omdat het bereik van de vaccinatielocaties in deze groepen vaak lager is. Ook zijn jongeren onder de 40 jaar – bewust - relatief weinig vertegenwoordigd in de interviews en focusgroepen.

Daarbij is er ook binnen de gekozen populatie mogelijk sprake van een selectiebias. Een deel van de mensen die gevraagd werd om deel te nemen wees dit verzoek af. Deze mensen die niet wilden deelnemen aan het onderzoek, zijn mogelijk juist degenen met uitgesproken weerstand tegen vaccinaties of weinig vertrouwen in instanties. Hierdoor zijn signalen van afwijzing of wantrouwen mogelijk eerder onderschat dan overschat.

Deze beperkingen maken duidelijk dat de resultaten niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar de gehele bevolking. Onze resultaten moeten gezien worden als aanvullend op de huidige organisatie, met als doel de vaccinatiebereidheid verder te verhogen onder groepen die zich niet momenteel relatief weinig laat vaccineren en mogelijk relatief moeilijk bereikbaar is. De bevindingen zijn daardoor van grote waarde voor het ontwikkelen van aanvullend passend beleid, maar niet voor het vervangen van het huidige beleid.

Bij eventueel vervolgonderzoek naar optimalisatie van het brede vaccinatielandschap is het aanbevolen om te overwegen alle leeftijdsgroepen en zowel groepen die traditioneel oververtegenwoordigd zijn als groepen die traditioneel ondervertegenwoordigd zijn te includeren, om een vollediger beeld te krijgen van de drijfveren en barrières bij vaccinatie.

/ 5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Vaccinatiekeuzes zijn sterk verweven met persoonlijke risicoperceptie en vertrouwen
Uit dit praktijkgerichte onderzoek blijkt dat persoonlijke risicoperceptie de belangrijkste factor is in de beslissing voor mensen om zich wel of niet te laten vaccineren. Naast zelfbescherming speelt ook het beschermen van anderen een rol, evenals vertrouwen in medische professionals – vooral onder 60-plussers. De keuze om zich niet te laten vaccineren is eveneens sterk geworteld in risicoperceptie, maar dan in combinatie met vertrouwen in het eigen lichaam en een lage inschatting van het risico op ziekte. Gebrek aan vertrouwen in het vaccin, vooral met betrekking tot de samenstelling, bijwerkingen of snelheid van ontwikkeling, vormt een andere belangrijke reden om af te zien van vaccinatie. Dit wordt versterkt door negatieve persoonlijke ervaringen, wantrouwen jegens de overheid of onvoldoende vertrouwen dan wel bekendheid met de werking van het vaccin. Minder bekendheid met de werking van het vaccin is vooral zichtbaar bij jongere respondenten en lijkt ook vaker terug te komen bij deelnemers met een Buiten-Europese herkomst.

Praktische barrières zijn niet doorslaggevend, maar vormen wél drempels bij gevaccineerden
Opmerkelijk is dat respondenten die zich niet (volledig) laten vaccineren zelden praktische obstakels aanhalen als reden. Daarentegen signaleren gevaccineerde respondenten wel logistieke belemmeringen, zoals afstand tot de vaccinatielocatie. Dit wordt echter zelden als doorslaggevend ervaren. De voorkeur gaat duidelijk uit naar vaccinatie via de eigen huisarts of een vertrouwde locatie in de wijk, vanwege nabijheid en het persoonlijke karakter. Dit heeft deels te maken met een vertrouwd gezicht, zoals de huisarts die als persoon vertrouwd voelt, maar grotendeels met de vertrouwdheid van een omgeving of organisatie. Aanvullend werd door vooral vrouwen met een migratieachtergrond het belang van privacy en culturele sensitiviteit rond de vaccinatiemomenten benadrukt.

Betrouwbare en toegankelijke informatie sluit nog onvoldoende aan bij de behoeften
Uit ons onderzoek blijkt dat duidelijke, betrouwbare en toegankelijke informatie een essentiële voorwaarde vormt voor het kunnen maken van een geïnformeerde keuze over vaccinaties. *Duidelijkheid* vereist een zorgvuldige selectie van inhoud en een begrijpelijke formulering. *Betrouwbaarheid* hangt in belangrijke mate samen met de herkomst van de informatie; de geloofwaardigheid van de bron is hierin bepalend. *Toegankelijkheid* wordt vooral beïnvloed door de wijze waarop de informatie wordt aangeboden, bijvoorbeeld via welk kanaal en in welke vorm. Deze drie elementen – duidelijkheid, betrouwbaarheid en toegankelijkheid – moeten in samenhang worden gerealiseerd, op een manier die aansluit bij de behoeften en belevingswereld van de doelgroep.

Op dit moment ervaren veel respondenten de informatievoorziening als onduidelijk, eenzijdig of moeilijk vindbaar. Jongere respondenten willen meer transparantie over bijwerkingen en langetermijneffecten, terwijl ouderen vooral duidelijke communicatie vanuit de huisarts waarderen. Ook blijkt dat het begrip 'betrouwbare informatie' verschillend wordt geïnterpreteerd. Sommige respondenten willen meer onafhankelijke kanalen of wantrouwen informatie van de overheid, terwijl anderen juist overheidssites en het RIVM als betrouwbaar beschouwen. De toegankelijkheid blijkt een knelpunt: informatie is vaak wel beschikbaar, maar niet altijd in begrijpelijke taal of via

vertrouwde kanalen, zeker niet voor inwoners met beperkte taalvaardigheden of digitale vaardigheden. Digitale informatie is niet vanzelfsprekend toegankelijk voor iedereen hierdoor, wat het maken van afspraken moeilijker maakt en de achterstand op passende informatie verder vergroot.

Betrouwbare informatie begint bij een vertrouwde bron

De betrouwbaarheid van informatie is medeafhankelijk van de bron die de informatie verstrekt. Vertrouwde bronnen, zoals huisartsen en sleutelpersonen binnen gemeenschappen worden vaak gezien als brug tussen inwoners en informatie. Ook fysieke nabijheid speelt een rol: locaties als huisartsenpraktijken, buurthuizen en scholen worden vaker genoemd als geschikt voor zowel informatieverstrekking als vaccinatie, vooral door inwoners met een Buiten-Europese herkomst.

Gebrek aan vertrouwen ondermijnt de vaccinatiebereidheid

Een kwart van de niet-gevaccineerde respondenten geeft aan zich onder geen enkele omstandigheid te laten vaccineren. Dit komt voort uit gebrek aan vertrouwen, grotendeels in richting van de vaccinatie en in mindere mate richting de overheid. Dit wordt versterkt door eerdere negatieve ervaringen, sociaal gedeelde twijfels en overmatig vertrouwen in eigen lichaam. Vooral onder mensen met een Buiten-Europese herkomst zijn culturele opvattingen, eerdere medische ervaringen en groepsnormen doorslaggevend. In deze context speelt ook de nasleep van de COVID-19-pandemie een rol. De verplichtende aard van het vaccinatiebeleid tijdens deze periode heeft bij sommigen het vertrouwen in toekomstige vaccinaties ondermijnd, met een bredere impact dan alleen COVID-19. Dit versterkt het belang van open communicatie, erkenning van twijfel, en participatieve beleidsbenaderingen gericht op wederzijds vertrouwen.

Een gedifferentieerde aanpak kan aansluiten bij de verschillende behoeften en barrières

We zien een verscheidenheid aan behoeften en barrières als het gaat om het halen van vaccinaties en informatievoorziening. De meeste thema's, zoals bijvoorbeeld verbeterde informatievoorziening, worden door meerdere mensen genoemd, echter verschilt de invulling hiervan per persoon. Ook de literatuur toont aan dat bepaalde communicatie-uitingen die bij de ene groep als helpend worden gezien, bij een andere groep het tegenovergestelde bereiken. Een gedifferentieerde aanpak per doelgroep met aandacht voor doelgroepen waar de vaccinatiegraad relatief laag is, kan helpen om aan deze verschillende behoeften te kunnen voldoen.

Er zijn overeenkomsten met bevindingen in andere doelgroepen

Uit de documentstudie blijkt dat veel van de bevindingen over wensen en barrières tot vaccineren voor de volwassen populatie overeenkomen met bevindingen over vaccinaties van kinderen vanuit het Rijksvaccinatieprogramma. Dit biedt kansen voor een doelgroep overstijgende benadering om het vertrouwen in vaccinaties en vaccinatiebereidheid te verhogen. Ook bij andere doelgroepen is er aandacht geweest voor differentiatie in de aanpak en heeft de wijkgerichte aanpak resultaat laten zien.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande conclusies formuleren wij een aantal aanbevelingen ter ondersteuning van toekomstige beleidsontwikkeling. De aanbevelingen zijn ondergebracht in drie thematische categorieën: 1) informatievoorziening, 2) positionering en perceptie van vaccinaties, en 3) praktische drempels.

We adviseren om deze aanbevelingen niet geïsoleerd te benaderen, maar juist in samenhang te beschouwen. Vertrouwen en intentie – beide cruciale voorwaarden voor vaccinatiebereidheid – worden beïnvloed door de wisselwerking tussen bovengenoemde thema's. Een integrale benadering is daarom noodzakelijk om effectief en duurzaam vaccinatiebeleid te ontwikkelen.

5.2.1 Informatievoorziening

Informatievoorziening moet betrouwbaar en toegankelijk zijn
De ervaren betrouwbaarheid wordt bepaald door zowel de boodschap als de boodschapper. Toegankelijkheid betekent onder andere dat de boodschap begrijpelijk, vindbaar en doelgroepgericht is.

De boodschapper

Werk samen met vertrouwde gezichten en kanalen om informatie te verspreiden
Niet alleen de inhoud van de boodschap is belangrijk, maar ook wie de boodschap brengt. Werk daarom samen met personen en kanalen die mensen kennen en waarderen, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, welzijnswerkers, thuisarts.nl, religieuze leiders en andere sleutelpersonen in de gemeenschap. Deze vertrouwde personen kunnen als brug fungeren tussen officiële informatie en persoonlijke beleving. Ze begrijpen de leefwereld van mensen en kunnen communicatie op een geloofwaardige en toegankelijke manier overbrengen. Daarnaast geldt specifiek voor zorgprofessionals dat een persoonlijke aanbeveling om te vaccineren mensen aanmoedigt om zich te laten vaccineren. Door sleutelpersonen en andere vertrouwde personen actief te betrekken bij het ontwerpen en uitvoeren van voorlichting wordt niet alleen de inhoud beter afgestemd, maar groeit ook het draagvlak binnen de gemeenschap. Het is daarbij belangrijk om periodiek te evalueren of deze wijkgerichte en op maat gemaakte aanpak daadwerkelijk bijdraagt aan een hogere vaccinatiegraad en het versterken van vertrouwen.

De boodschap

Ontwikkel toegankelijke en begrijpelijke communicatie voor verschillende doelgroepen
Stem communicatie af op de leefwereld, waarden en informatiebehoeften van verschillende doelgroepen. Dit kan betekenen dat de inhoud, toon, vorm en communicatiekanaal per doelgroep kan verschillen. Werk samen met mensen uit diverse doelgroepen bij het ontwikkelen en testen van communicatie-uitingen. Hierdoor wordt de communicatie niet alleen effectiever, maar ook geloofwaardiger en beter ontvangen. Voor veel mensen geldt dat er behoefte is aan informatie in eenvoudige taal en in meerdere talen, waarbij gebruik gemaakt wordt van ondersteunende beelden en symbolen. Audiovisuele middelen zoals korte video's of animaties kunnen helpen voor mensen die moeite hebben met lezen of de Nederlandse taal.

Tegelijkertijd is het belangrijk om rekening te houden met digitale beperkingen. Niet iedereen heeft toegang tot internet of beschikt over voldoende digitale vaardigheden om online informatie te vinden of begrijpen. Zorg daarom ook voor fysieke of persoonlijke alternatieven, zoals folders, huis-aan-huisinformatie, of mondelinge toelichting via professionals en sleutelpersonen.

Wees transparant over risico's en bijwerkingen van vaccins
Risicoperceptie staat centraal in de beslissing om zich wel of niet te laten vaccineren. Hierbij is transparantie over zowel risico's van de ziekte als het vaccin essentieel. Mensen hebben behoefte aan informatie over wat er in een vaccin zit, hoe het vaccin werkt en welke bijwerkingen zij kunnen verwachten. Wees duidelijk over het feit dat vaccinatie geen absolute garantie tegen ziekte biedt en wat mensen kunnen verwachten aan bijwerkingen.

Bied ruimte aan twijfel zonder overtuigingsdrang, waarbij vaccineren de norm blijft
Erken dat mensen vragen of zorgen kunnen hebben over vaccinaties en bied hier ruimte voor. Een toon die gericht is op overtuigen of voelt als het uitoefenen van druk kan averechts werken. Richt informatie daarom op het beantwoorden van vragen en het vergroten van kennis, zodat mensen op basis van deze informatie zelf een keuze kunnen maken.
Echter, twijfel en een ongestuurd gevoel van keuze verlaagt de bereidheid tot vaccinatie. Dus een bepaalde mate van presumptieve communicatie en normatief advies lijkt op zijn plaats en effectiever. Hierbij is inzet op vertrouwen effectiever dan overtuiging en heeft het de voorkeur om de wijze van communicatie per doelgroep gebalanceerd uit te werken, bijvoorbeeld met sleutelfiguren.

5.2.2 Positionering en perceptie van vaccinaties

Positioneer vaccinaties als een integraal onderdeel van gezondheid
Intentie om zich te laten vaccineren en vertrouwen zijn de hoekstenen van een verhoging van de vaccinatiegraad. Door vaccineren te positioneren als een integraal onderdeel van gezondheid(-szorg) en een gezonde leefstijl, wordt vaccineren meer gezien als een vanzelfsprekendheid. Dit kan bijvoorbeeld door vaccinatiezorg meer te integreren in reguliere zorg of te koppelen aan het thema gezonde leefstijl als vorm van preventie. Hierbij kan gedacht worden aan voorlichting geven over vaccinaties bij reguliere consulten dan wel standaard na te gaan bij controles of iemand vaccinaties heeft gehaald. Aangezien onderzoek bij andere groepen hetzelfde beeld laat zien, kan hierbij gedacht worden aan een populatie brede, dus niet ouderen gebonden, positieve positionering van vaccinatie. Het is belangrijk om goed rekening te houden met hoe frames beïnvloed kunnen worden en hierin goed af te wegen welke aanpak daarin het meest helpend is.

Werk aan een framing van de GGD als nabij en bekend
Veel mensen hebben een voorkeur voor vaccinaties bij de huisarts ten opzichte van de GGD. Deels is dit vanwege praktische redenen, deels vanwege de bekendheid en een groter gevoel van nabijheid en vertrouwen. De GGD kan als meer nabij worden gezien door GGD-medewerkers nadrukkelijker te positioneren als onderdeel van de reguliere zorgketen en door inzet op het verbeteren van het imago van de GGD als instelling die zorgt voor een gezonde samenleving. Dit kan gepaard gaan met gezamenlijke communicatie. Ook kunnen huisartsen en sleutelpersonen gestimuleerd worden om de GGD vaker te introduceren als collega-zorgverleners en daarmee de

GGD meer te positioneren als nabij. Deze aanpak kan bijdragen aan een positief en consistent beeld van de uitvoerende organisatie en het versterken van vertrouwen in vaccinatieprogramma's.

5.2.3 Praktische drempels

Organiseer ook vaccinaties op laagdrempelige en vertrouwde locaties
Mensen zijn vaak positief over de organisatie van vaccinatiezorg, maar geven aan dat vaccinaties in een vertrouwde omgeving de drempels tot vaccinatie zouden kunnen verlagen vanwege fysieke en gevoelsmatige nabijheid. Organiseer daarom ook vaccinaties op wijkniveau, bijvoorbeeld via huisartsen, scholen, buurtcentra, moskeeën, kerken en bibliotheken. Kies dus voor plekken waar mensen al komen en zich fijn en veilig voelen. De aanwezigheid van een vertrouwd gezicht zoals de huisarts of sleutelpersonen helpt hierbij. Zorg dat de locaties goed toegankelijk zijn voor ouderen en mensen met beperkte mobiliteit. Toegankelijkheid gaat dan over fysieke toegankelijkheid en bereikbaarheid van locaties, maar ook over het eenvoudig kunnen maken van een afspraak.

Zorg voor een setting die aansluit bij de sociale en culturele leefwereld van mensen
Naast de locatie van vaccineren kan er bij de inrichting van deze locaties meer rekening worden gehouden met de sociale leefwereld en (culturele) diversiteit van mensen. Dat betekent onder andere dat er een prettige sfeer heerst met oog voor culturele wensen, zoals aparte ruimtes voor vrouwen of de verspreiding van communicatie via vertrouwde personen. Combineer vaccineren en/of voorlichting hierover eventueel met andere informele of sociale activiteiten, zoals koffiemomenten. Een ontspannen setting bevordert de toegankelijkheid van vaccinaties en informatie. Mensen hebben verschillende normen, waarden en behoeften, wat vraagt om een wijkgerichte en contextgevoelige aanpak.

Het is goed om te monitoren of de ingezette aanpak daadwerkelijk leidt tot de gewenste resultaten. Tot slot benadrukken we dat het combineren van laagdrempelige vaccinatielocaties, toegankelijke communicatie en samenwerking met vertrouwde gezichten essentieel is om vaccinatiebereidheid te bevorderen.

/ A Referenties

Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., & Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. PLOS ONE, 13(12), e0208601.

Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology, 26*(2), 136–145.

De Jong, J., Kroneman, M., Fermin, A., Legemaate, J., Widdershoven, G., Hansen, J., van Esch, T., & van Dijk, L. (2019). *Maatregelen om de vaccinatiegraad in Nederland te verhogen: Een verkenning*. Nivel/ Amsterdam UMC. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003621.pdf

De Munter, A. C., Hautvast, J. L. A., Ruijs, W. L. M., Spaan, D. H., Hulscher, M. E. J. L., & Ruiter, R. A. C. (2022). Deciding about maternal pertussis vaccination: Associations between intention, and needs and values in a vaccine-hesitant religious group. *Vaccine, 40*(35), 5213–5222. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.07.036

De Nieuwe Utrechtse School. (2025). *Medische misinformatie ontworteld: Luisteren naar zorgen en kweken van gegrond vertrouwen*.

Eilers, R., Krabbe, P. F. M., & de Melker, H. E. (2014). Factors affecting the uptake of vaccination by the elderly in Western society. *Preventive Medicine, 69*, 224–234. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.015

Fransen, M., Gorter, I. A., & Jansen, T. (2024). *Gezondheidsvaardigheden in een pandemie: Uitdagingen en strategieën voor organisatie en beleid* (RIVM-briefrapport 2024-0092). Bilthoven: RIVM. https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0092.pdf

GGD GHOR Nederland. (2024, 29 april). *De vaccinatiegraad verhogen: laagdrempeligheid en vertrouwen spelen sleutelrol*. https://ggdghor.nl/verhaal/vaccinatiegraad-verhogen/

GGD West-Brabant. (2021, augustus). *Infographic vaccinatiebereidheid in Noord-Brabant*. https://www.ggdwb.nl/app/uploads/sites/3/2021/08/Infographic-vaccinatiebereidheid.pdf

Goutier, T., & Baart, M. (2023, 25 september). *Met fijnmazig vaccineren drongen we door tot in de haarvaten van wijken*. GGD GHOR Nederland. https://ggdghor.nl/verhaal/met-fijnmazig-vaccineren-drongen-we-door-tot-in-de-haarvaten-van-wijken/

Ipsos. (2021, januari). *Nederlanders over de coronavaccinatie: Een onderzoek in opdracht van de NOS.* https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-01/ipsos_nos_vaccinatiebereidheid_v3.0.pdf

Laarman, C., Heins, M., Knottnerus, B., Stelma, F., & Hooiveld, M. (2024). *Monitor vaccinatiegraad Nationaal Programma Griepppreventie (NPG) 2023*. Nivel. https://open.overheid.nl/documenten/6968f5ea-16e4-4fb6-8314-8f630dadb712/file

Moore, R., Purvis, R. S., Hallgren, E., Willis, D. E., Hall, S., Reece, S., CarlLee, S., Judkins, H., & McElfish, P. A. (2021). *Motivations to vaccinate among hesitant adopters of the COVID-19 vaccine*. Journal of Community Health, 47(2), 237–245. https://doi.org/10.1007/s10900-021-01037-5

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2018). *Vaccinatiegraad Nationaal Programma Griepppreventie 2018*. RIVM. https://www.rivm.nl/documenten/vaccinatiegraad-nationaal-programma-griepppreventie-2018

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2021). *Vaccineren | Inzicht in gedrag*. https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/vaccineren-inzicht-in-gedrag

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2022, 12 september). *Invloed van prikbussen op vaccinatiegraad*. https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/invloed-van-prikbussen-op-vaccinatiegraad

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024). *Uitvoeringstoets vaccinatiestelsel*. https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2023-0452.pdf

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2025). *SocioVax-monitor – Eerste meting: Onderzoek naar sociaalpsychologische kenmerken die samenhangen met vaccinatiebereidheid en vaccinatiedeelname* (Rapportnummer KN-2025-0025). https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/KN-2025-0025.pdf

Paul, E., Steptoe, A., Fancourt, D., & Boniface, S. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health – Europe, 1*, 100004. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100004

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2021, 25 maart). *Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend*. https://www.raadrvs.nl/adviezen/vaccinatiestelsel-in-nederland-nader-verkend

Ruijs, W. L. M., Hautvast, J. L. A., van der Velden, K., & Hulscher, M. E. J. L. (2012). Religious subgroups influencing vaccination coverage in the Dutch Bible belt: An ecological study. *BMC Public Health, 12*(1), 102.

Schmid, P., Rauber, D., Betsch, C., Lidolt, G., & Denker, M. L. (2015). Motives of Dutch persons aged 50 years and older to accept vaccination: A qualitative study. *Vaccine, 33*(18), 2282–2289. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.03.037

Sevil, M. en Hielkema, D. (2025, 5 januari). In Amsterdam zijn voor het eerst in 10 jaar meer kinderen gevaccineerd: nieuwe GGD-aanpak werkt. *Het Parool*. https://www.parool.nl/amsterdam/in-amsterdam-zijn-voor-het-eerst-in-10-jaar-meer-kinderen-gevaccineerd-nieuwe-ggd-aanpak-werkt~b0cf2c8c/

Vader, S., Uiters, E., van der Lucht, F., Smits, C., Kroese, F., & de Bruin, M. (2022). Vaccinatiebereidheid en opleidingsniveau [Vaccination willingness and educational level]. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, *100*(Suppl 1), 40–43. https://doi.org/10.1007/s12508-021-00317-8

Van den Berg, N., Jambroes, M., Schoonhoven, L., & Kluijtmans, M. (2023). *Gelijke kansen op vaccineren bevorderen: wat moeten zorgprofessionals kunnen?* Publicatie in wording.[10]

van der Weerd, W., Timmermans, D. R., Beaujean, D. J., Oudhoff, J., & van Steenbergen, J. E. (2011). Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in The Netherlands. *BMC public health*, *11*, 575. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-575

[10] Niet alle referenties wordt aan gerefereerd in de hoofdtekst, maar deze zijn wel benut in de documentenstudie vooraf.

/ B Vragenlijsten

Hieronder staan de vragen die we hebben gesteld tijdens de straatinterviews. Deze vragen zijn uitvoerig getest op begrijpbaarheid met taalambassadeurs en sleutelpersonen. Voorafgaand aan de onderstaande vragen vroegen we deelnemers naar hun leeftijd en of ze een chronische ziekte of andere risicofactor hadden.

Vragen interviews 60-

Je kon tijdens de coronapandemie twee vaccinaties voor corona krijgen bij de GGD.

1. Wil je vertellen of je twee vaccinaties voor corona hebt gehad in 2021 tijdens de coronapandemie?
    a. Zo nee: hoe komt het dat je dit niet wilt vertellen?

Pad 1 | Gevaccineerd

1. Waarom heb jij je laten vaccineren?
2. Wat was er moeilijk aan het halen van een vaccinatie? (voorbeelden: afspraak maken, een locatie die je niet kent)
3. Vind je het belangrijk om je vaccinatie altijd op dezelfde plek te halen? Of maakt dat niet uit?
4. Ervaar je problemen voordat je een vaccinatie haalt?
5. Hoe kunnen we deze problemen weghalen?
6. Is er iets dat het halen van vaccinaties makkelijker maakt?
    a. Ben je tevreden over hoe vaccinaties nu worden geregeld bij de GGD? Waarom?
7. Waar haal jij informatie over vaccinaties vandaan?
8. Welke informatie over vaccinaties zou je keuze makkelijker maken?

Pad 2 | Niet gevaccineerd

1. Waarom heb jij je niet laten vaccineren?
2. Wist je van de vaccinatie voor corona af?
3. Heb je een uitnodiging gehad voor de coronavaccinatie?
4. Heb jij je niet laten vaccineren door reistijd of reiskosten?
5. Sommige mensen laten zich niet vaccineren. Wat is jouw reden?
    a. Sommige mensen laten zich niet vaccineren omdat ze denken dat ze niet erg ziek kunnen worden door corona. Hoe is dit voor jou?
    b. Sommige mensen laten zich niet vaccineren omdat ze weinig vertrouwen hebben in de overheid. Hoe is dit voor jou?
    c. Sommige mensen laten zich niet vaccineren door hun geloof. Hoe is dat voor jou?
    d. Sommige mensen laten zich niet vaccineren omdat ze denken dat het beter is om ziek te zijn van het coronavirus dan een vaccinatie. Hoe is dat voor jou?
6. Waar haal jij informatie over vaccinaties vandaan?
7. Praat je wel eens met je vrienden of familie over vaccineren? Wat voor invloed heeft dit op jouw keuze?
8. Wanneer zou jij je wel laten vaccineren?
    a. Welke problemen moeten er dan weg?
    b. Wat zouden we daaraan kunnen doen?

Algemene vragen

a) Welke opleiding heb je gedaan?
b) Heb je werk?
    a. Werk je in de zorg?
    b. Werk je met oudere mensen of kwetsbare mensen?
c) Waar woon je?
d) Waar ben je geboren?
e) Wat is je geloof?
f) Woon je in deze gemeente?
g) Veel mensen hebben moeite met het lezen van folders van het ziekenhuis, hoe is dit voor jou?
h) Veel mensen hebben moeite met het invullen van vragenlijsten op de computer, hoe is dit voor jou?

Vragen interviews 60-plus of risicogroep

Vragen 60-plus/risicogroep

Je kunt 1x per jaar een griepvaccinatie krijgen bij de huisarts. En ook 1x per jaar een vaccinatie voor corona bij de GGD.

1. Wil je vertellen of je de griepvaccinatie of vaccinatie voor corona hebt gehad afgelopen jaar?
    a. Zo ja: klopt het dat je deze vaccinatie bij de GGD of huisarts hebt gekregen?
    b. Zo nee: hoe komt het dat je dit niet wilt vertellen?

Pad 1 | Gevaccineerd

1. Waarom heb jij je laten vaccineren?
2. Wat was er moeilijk aan het halen van een griepvaccinatie of coronavaccinatie? (voorbeelden: afspraak maken, een locatie die je niet kent)
    a. Is er verschil in wat moeilijk is tussen het halen een griepvaccinatie of een coronavaccinatie?
    b. Is er verschil tussen wat moeilijks is bij het halen van een vaccinatie bij de huisarts of GGD? Wat zijn deze verschillen?
3. Vind je het belangrijk om je vaccinatie altijd op dezelfde plek te halen? Of maakt dat niet uit?
4. Ervaar je problemen voordat je een vaccinatie haalt?
5. Hoe kunnen we deze problemen weghalen?
6. Is er iets dat het halen van vaccinaties makkelijker maakt?
    a. Ben je tevreden over vaccinaties die je eerder hebt gehad bij de huisarts of de GGD? Waarom?
7. Waar haal jij informatie over vaccinaties vandaan?
8. Welke informatie over vaccinaties zou je keuze makkelijker maken?

Pad 2 | Niet gevaccineerd

1. Waarom heb je je niet laten vaccineren?
2. Wist je dat je een griepvaccinatie mag halen, omdat je recht hebt op een griepvaccinatie?
3. Heb je een uitnodiging gehad?
4. Heb jij je niet laten vaccineren door reistijd of reiskosten?
5. Veel mensen laten zich niet vaccineren. Wat is jouw reden?

   a. Veel mensen laten zich niet vaccineren omdat ze denken dat ze niet erg ziek kunnen worden door de griep of door corona. Hoe is dit voor jou?
   b. Veel mensen laten zich niet vaccineren omdat ze weinig vertrouwen hebben in de overheid. Hoe is dit voor jou?
   c. Veel mensen halen geen vaccinatie door hun geloof. Hoe is dat voor jou?
   d. Veel mensen laten zich niet vaccineren omdat ze denken dat het beter is om ziek te zijn van de griep of het coronavirus dan een vaccinatie. Hoe is dat voor jou?
6. Waar haal jij informatie over vaccinaties vandaan?
7. Praat je wel eens met je vrienden of familie over vaccineren? Wat voor invloed heeft dit op jouw keuze?
8. Wanneer zou jij je wel laten vaccineren?
   a. Welke problemen moeten er dan weg?
   b. Wat zouden we daaraan kunnen doen?

Algemene vragen

a) Welke opleiding heb je gedaan?
b) Heb je werk?
   a. Werk je in de zorg?
   b. Werk je met oudere mensen of kwetsbare mensen?
c) Waar woon je?
d) Waar ben je geboren?
e) Wat is je geloof?
f) Woon je in deze gemeente?
g) Veel mensen hebben moeite met het lezen van folders van het ziekenhuis, hoe is dit voor jou?
h) Veel mensen hebben moeite met het invullen van vragenlijsten op de computer, hoe is dit voor jou?

/ C Verslag doorvertalingssessie

Doelen van de sessie

- Nadere bespreking van bevindingen uit de inventarisatie
- Ophalen ideeën over reikwijdte van aanbevelingen
- Ophalen input voor aanbevelingen
- Gedeeld beeld van de vertaling van bevindingen naar beleid

Uitwerking

De sessie is uitgewerkt aan de hand van drie vragen die centraal stonden tijdens de sessie: 1) Wat vind je belangrijk en wat valt je op in de bevindingen? 2) Welke aanknopingspunten zien we? en 3) Welke betekenis heeft dit voor toekomstig beleid? De input is afkomstig van deelnemers aan de sessie.

Wat vind je belangrijk en wat valt je op in de bevindingen?

- Veel komt bekend voor, maar de samenhang tussen thema's en de complexiteit hiervan worden mooi inzichtelijk.
- Veel overlap met motieven om niet deel te nemen aan het RVP.
- Risicoperceptie lijkt de kern te zijn. Risico's over de ziekte en het vaccin. Dit is laag bij gezonde 60-plus en 60-.
- Vertrouwen in vaccinaties en sommige instanties is een probleem. Tegelijkertijd worden individuele zorgverleners nog steeds gezien als betrouwbaar.
- Vaccinatielocatie maakt niet zoveel uit, wel of de locatie vertrouwd is.
- Vanuit gedragstheorie is het niet opvallend dat praktische barrières geen rol lijken te spelen voor mensen die niet gevaccineerd zijn. Gedrag volgt intentie, en bij niet-gevaccineerde mensen ontbreekt de intentie al. Praktische barrières als reistijd en afstand hebben daar weinig invloed op.
- Perceptie van mensen over instanties hangt af of ze gezien worden als wel/geen onderdeel van overheid of systemen.
- Obstakels die mensen ervaren bij het vinden van informatie, zoals een QR-code die ze niet scannen.
- Hadden verwacht dat een reden om niet te vaccineren zou zijn dat er steeds meer vaccinaties bijkomen, dat speelt bij het RVP wel.

Welke aanknopingspunten zien we?

- 'Risicoprofiel' en context van vaccin, waaronder percepties over ernst van de ziekte en betrouwbaarheid van het vaccin.
- Aansluiten bij waar mensen al komen en waar mensen al informatie vinden en vandaan halen.
- (Informatie over) Vaccineren moet fysiek, sociaal en emotioneel gezien dichtbij zijn.
- Sociale omgeving heeft veel invloed, maar lijkt lastig te beïnvloeden.
- De informatie die mensen uit hun sociale kring horen (buurvrouw is heel ziek geworden na vaccin en kreeg alsnog corona) komt niet altijd overeen met officiële berichtgeving (vaccinaties helpen tegen corona). In de communicatie moet dit expliciet genoemd worden (je kan nog steeds ziek worden).

- Een expliciete aanbeveling van een zorgprofessional. Uit onderzoek blijkt ook dat dit helpt. Er moet ruimte zijn voor een gesprek, maar aan het eind moet een zorgprofessional met advies komen: ik beveel aan om de vaccinatie te halen.
- Een centraal aanspreekpunt in het vaccinatielandschap (bijvoorbeeld huisartsen).
- Vaccineren zien als onderdeel van basiszorg of een gezonde leefstijl, meer integraal. 'Vaccinatiezorg 0-100'. En als norm dat vaccineren als vanzelfsprekend wordt gezien.
- De uitvoerders van vaccinaties op een andere manier presenteren.
- Meer aandacht voor risicocommunicatie, gericht op risicogroepen.
- Eerdere projecten die doelgroepgericht/wijkgericht waren opgezet zouden mogelijk als voorbeeld kunnen dienen (o.a. project in Utrecht en Rotterdam). Onderdeel hiervan was betrekken van sleutelpersonen, doelgroepgerichte communicatie en prikken op locatie.
- Meer transparantie over proces van ontwikkeling van vaccins en mensen hier meer in meenemen.
- Aandachtspunten meenemen in informatievoorziening, bijv. uitnodigingsbrief.

Welke betekenis heeft dit voor toekomstig beleid?

- Meer inclusief beleid, het is geen *one-size fits all*, verschil tussen normen en waarden. Dit vraagt waarschijnlijk om een wijkgerichte aanpak.
- Risico's van vaccinaties en ziekten visueel weergeven met poppetjes waarbij 10 van de 100 ziek worden.
- Inzetten op een grotere rol van de huisarts.
- Informatie via thuisarts verspreiden, bijv. via één overzichtspagina over vaccinaties.
- Framing: hoe kijken mensen naar de GGD? Beeldvorming via sleutelpersonen.
- Betere samenwerking tussen huisarts en GGD. Misschien ook via framing van GGD-medewerkers als collega's door huisarts.
- Meer aandacht voor marketing van vaccinatieprogramma's en bekendheid/vertrouwdheid uitvoerders. Bijv. bevolkingsonderzoek is zo in de markt gezet dat het onafhankelijk lijkt.
- Vaccinatiezorg als onderdeel van gezonde leefstijl, een vanzelfsprekendheid.
- Doelgroepen centraal stellen bij ontwikkelen van communicatie.
- Mensen aan de voorkant meenemen bij vaccinatiestrategie, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van de campagne.
- Informatie zo goed mogelijk afstemmen op behoeften van doelgroepen.
- Inzetten op vertrouwde kanalen zoals sleutelpersonen.