



Vaccinatiebereidheid COVID-19 onder groepen met een migratieachtergrond; verkenning van beïnvloedende factoren en strategieën voor communicatie en beleid

21 mei 2021; RIVM Corona Gedragsunit

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

T 030 274 91 11
info@rivm.nl

Deze memo geeft inzicht in de bereidheid tot vaccinatie tegen COVID-19 bij mensen met een migratieachtergrond, beïnvloedende factoren en mogelijke strategieën voor communicatie en beleid. Hierbij is gebruik gemaakt van resultaten uit nationaal en internationaal wetenschappelijk onderzoek en interviews met experts.

Belangrijkste bevindingen

Vaccinatiebereidheid

De vaccinatiebereidheid voor COVID-19 onder mensen met een migratieachtergrond is in het algemeen lager dan bij mensen zonder migratieachtergrond. Wel zijn er verschillen tussen en binnen groepen. Binnen de HELIUS studie was de intentie tot vaccinatie onder Nederlanders met een Marokkaanse, Turkse, Surinaamse, en Ghanese achtergrond lager dan onder Nederlanders zonder migratieachtergrond. Deelnemers met een Marokkaanse achtergrond hadden de laagste intentie.

Factoren die samenhangen met vaccinatiebereidheid

Net zoals in de algemene bevolking, spelen wantrouwen in de aanpak van de overheid en in de veiligheid en betrouwbaarheid van het vaccin zelf, het gepercipieerde risico op en de ernst van de ziekte, en sociale invloed een belangrijke rol in de vaccinatiebereidheid voor COVID-19. De lagere vaccinatiebereidheid onder mensen met een migratieachtergrond heeft waarschijnlijk te maken met een complexe samenhang van deze determinanten en factoren die gerelateerd zijn aan het hebben van een migratieachtergrond, zoals een algemeen wantrouwen ten opzichte van de overheid, taalbarrières, angst voor stigmatisering en de invloed van religieuze en politieke leiders. Socio-economische status en culturele achtergrond lijken onderliggende mechanismes.

Bereiken en informeren van groepen met een migratieachtergrond

Om mensen in staat te stellen een geïnformeerde keuze te maken, hanteert Nederland drie pijlers: informeren, kiezen, en faciliteren. Deze zijn ook voor mensen met een migratieachtergrond van belang. De lagere vaccinatiebereidheid onder deze groepen vraagt echter om specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van het vaccinatieaanbod en het maximaliseren van vertrouwen. Een belangrijke strategie hierbij is het betrekken van de (lokale) gemeenschappen, bijvoorbeeld door sleutelfiguren in te zetten in communicatie. Communicatie moet goed aansluiten bij behoeften en zorgen die bestaan binnen deze groepen. Begrijpelijke informatie in verschillende talen kan verspreid worden via bestaande kanalen (bijv. social media) en vertrouwde locaties (bijv. huisartsen, moskeeën, buurthuizen). Vooral in de grote steden, waar bijna de helft van de inwoners een migratieachtergrond heeft, draagt een laagdrempelige, wijkgerichte out-reachende benadering naar verwachting bij aan het informeren en faciliteren van het keuzeproces voor COVID-19 vaccinatie onder groepen met een migratieachtergrond. Het vermijden van praktische barrières zoals het aantal handelingen dat nodig is om een afspraak te maken en afstand tot de vaccinatie locatie zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. Om een vrije inloop mogelijk maken om een vaccinatie te halen op een zichtbare, vertrouwde locatie kan helpen.

INLEIDING

De Corona Gedragsunit van het RIVM voert wetenschappelijk onderzoek uit naar gedrag en welbevinden in coronatijd (literatuur, vragenlijsten en interviews). Het RIVM heeft, in aanvulling op de gedragswetenschappelijke adviesraad, een expertteam vaccinatiedeelname ingesteld. De inzichten die deze samenwerking oplevert over factoren die een rol spelen bij het wel of niet laten vaccineren zijn bestemd voor zowel VWS (publiekscampagne) en RIVM (organisatie vaccinatieprogramma en communicatie richting professionals) als GGD'en, huisartsen en andere stakeholders betrokken bij vaccinatiedeelname.

Vraagstelling

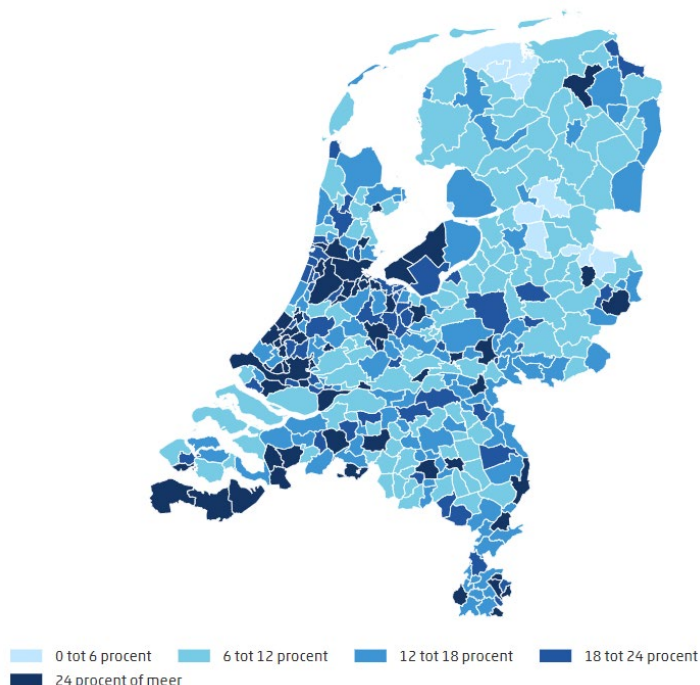
Deze memo bouwt voort op een eerdere [verkenning](#) van de Corona Gedragsunit van het RIVM naar factoren die van invloed zijn op deelname aan COVID-19 vaccinatie binnen de algemene bevolking in Nederland [1]. In deze memo zijn aanvullende inzichten over vaccinatiebereidheid onder groepen met een migratieachtergrond samengevat:

- a) Wat is de bereidheid tot vaccinatie tegen COVID-19 bij mensen met een migratieachtergrond en in hoeverre verschilt dit van met mensen zonder migratieachtergrond?
- b) Welke factoren beïnvloeden de vaccinatiebereidheid bij mensen met een migratieachtergrond?
- c) Welke implementatiestrategieën zijn te identificeren, zodat ook groepen met een migratieachtergrond worden bereikt en goed geïnformeerd hun keuze kunnen maken om al dan niet te vaccineren tegen COVID-19?

Definities

Onder vaccinatiebereidheid verstaan we de intentie van een persoon om zichzelf wel of niet te laten vaccineren tegen COVID-19. We beschouwen deze intentie als dynamisch: over tijd kunnen intenties veranderen, door bijvoorbeeld ervaringen, verhalen en formele communicatie.

Bijna 25% van de mensen in Nederland heeft een migratieachtergrond [2]. In de grote steden is dit aandeel hoger, zie figuur 1. In 2020 had bijna 52% van de inwoners van de vier grote steden een migratieachtergrond. In Amsterdam was dit met 56% het hoogst en in Utrecht met 36% het laagst. Bij de groep met een migratieachtergrond wordt onderscheid gemaakt tussen mensen die in het buitenland zijn geboren en van wie tenminste een ouder in het buitenland is geboren (eerste generatie) en mensen die zelf in Nederland geboren zijn en van wie ten minste een ouder in het buitenland is geboren (tweede generatie). Van de mensen met een migratieachtergrond behoort 54% tot de eerste generatie en 46% tot de tweede. De herkomstlanden zijn divers. De grootste groep met een migratie-achtergrond woonachtig in Nederland is afkomstig uit Turkije (2%=423.576 personen). Ook heeft een grote groep inwoners van Nederland hun herkomst liggen in Marokko, Suriname, Indonesië, Duitsland of Polen.



Figuur 1: Bevolking met een migratieachtergrond (Bron: CBS, 2020) [2]

In deze memo zal de focus liggen op de groep inwoners met migratieachtergrond en degenen met een permanente verblijfsvergunning in Nederland. Tijdelijke arbeidsmigranten, asielzoekers en ongedocumenteerden vallen derhalve buiten de scope van deze memo.

Methoden

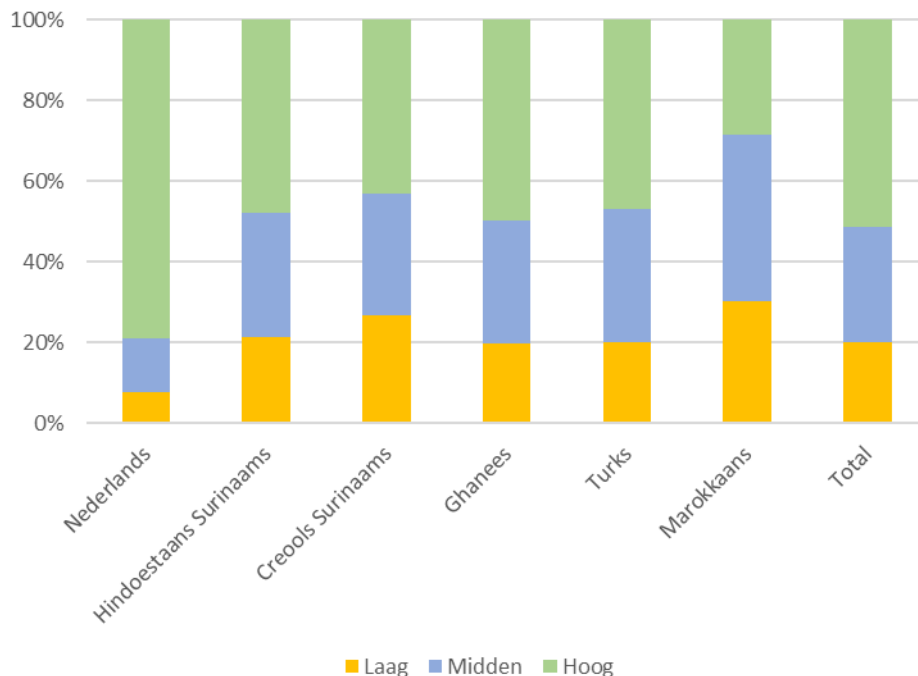
Bij het schrijven van deze memo hebben we gebruik gemaakt van resultaten uit nationaal en internationaal wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast werden 14 experts online geïnterviewd aan de hand van een vragenroute. De experts zijn betrokken onderzoek, zorg en/of beleid ten aanzien van COVID-19 (-vaccinatie) bij mensen met een migratieachtergrond of bij vaccinatiebereidheid/-acceptatie in het algemeen (Zie bijlage I voor meer informatie over de methoden en geïnterviewde experts).

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

Vaccinatiebereidheid lager onder mensen met een migratieachtergrond

Uit recente analyses binnen de HELIUS cohortstudie (GGD Amsterdam, mei 2021, Corona en etniciteit) onder 1993 mensen komt naar voren dat de COVID-19 vaccinatiebereidheid onder mensen met een migratieachtergrond (Marokkaans, Turks, Ghanees, Hindoestaans Surinaams en Creools Surinaams) lager is dan onder Nederlanders zonder migratieachtergrond (zie figuur 2). Door middel van twee mondelinge vragen is een indruk gekregen van de vaccinatiebereidheid. Antwoorden werden gescoord op een 7 puntschaal van zeker niet (1) tot zeker wel (7). Voor elke participant werd de gemiddelde score gecategoriseerd in een lage (score 1-2.5), middelmatige (score 3-5) of hoge (score 5.5-7) intentie.

Het percentage respondenten met een lage vaccinatie-intentie was hoger bij mensen met een migratieachtergrond (tussen de 20% en 30%) dan bij mensen met een Nederlandse achtergrond (8%). In totaal had 79% van de mensen zonder een migratieachtergrond een hoge intentie, in vergelijking met 28% tot 50% van de mensen met een migratieachtergrond. In de groep met een Marokkaanse migratieachtergrond hadden meer mensen een lage intentie (30%) en minder mensen een hoge intentie (28%) in vergelijking met de andere groepen. Rond de 40% van de respondenten met een Marokkaanse achtergrond behoort tot de middengroep, hetgeen impliceert dat men nog geen duidelijke intentie met betrekking tot wel of niet vaccineren tegen COVID-19 heeft. In de andere groepen met een migratieachtergrond ligt dit percentage rond de 30%.



Figuur 2: Vaccinatiebereidheid naar migratieachtergrond (Bron: Helius, meting november 2020 – maart 2021)

Verschillen in COVID-19 vaccinatiebereidheid tussen groepen met en zonder een migratieachtergrond worden ook in internationaal onderzoek gevonden. Een systematische review van studies uit 13 landen toonde aan dat mensen met een migratieachtergrond een lagere vaccinatiebereidheid hebben dan mensen zonder migratieachtergrond [3]. Dit beeld is echter niet voor alle landen en alle groepen met een migratieachtergrond hetzelfde. Verschillende onderzoeken in de Verenigde Staten (VS) vonden bijvoorbeeld dat mensen met een Afrikaanse of Latijns-Amerikaanse achtergrond een lagere intentie tot vaccineren hadden dan mensen met een andere achtergrond [4-9]. Onderzoeken in het Verenigd Koninkrijk (VK) lieten zien dat mensen met een Oost-Europese, Afrikaanse, Pakistaanse en Bangladeshe achtergrond meer twijfels ten aanzien van COVID vaccinatie hadden dan mensen zonder migratieachtergrond [10-13].

Ook de experts die geïnterviewd zijn voor deze memo verwachtten dat de bereidheid voor COVID vaccinatie lager zal zijn onder mensen met een migratieachtergrond. Verschillende experts refereerden hierbij naar eerder onderzoek dat is gedaan naar deelname aan andere vaccinaties in Nederland en daarbuiten.

Uit onderzoek naar vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (HPV) komt bijvoorbeeld naar voren dat meisjes met een migratieachtergrond minder vaak deelnemen aan de vaccinatie dan andere meisjes [14, 15]. Ook deelname aan vaccinatie van kinderen tegen bof, mazelen, rode hond, difterie, kinkhoest, tetanus, polio en meningokokken is lager onder mensen met een migratieachtergrond dan onder andere mensen in Nederland [16-18].

Factoren die samenhangen met lagere vaccinatiebereidheid

Net zoals in de algemene bevolking [1] lijkt het vertrouwen in de aanpak van de overheid en de veiligheid en betrouwbaarheid in het vaccin zelf (a), het gepercipieerde risico op en de ernst van de ziekte (b), en sociale invloed (c) een belangrijke rol te spelen in de vaccinatiebereidheid voor COVID-19 van mensen met een migratieachtergrond. De lagere vaccinatiebereidheid onder groepen met een migratieachtergrond heeft waarschijnlijk te maken met een complexe samenhang van bovenstaande determinanten en factoren die gerelateerd zijn aan het hebben van een migratieachtergrond, zoals een algemeen wantrouwen ten opzichte van de overheid, taalbarrières, misinformatie, angst voor stigmatisering en de invloed van religieuze

leiders. Het is daarnaast aannemelijk dat de relatie tussen een lagere vaccinatiebereidheid voor COVID-19 en migratieachtergrond voor een deel verklaard kan worden door onderliggende mechanismes, zoals een lagere sociaaleconomische status en culturele of intergenerationele factoren (d).

a) Wantrouwen in COVID vaccinatie en beleid

Wantrouwen in het aanbod van vaccinatie en de veiligheid en effectiviteit van het vaccin komt uit de literatuur naar voren als een belangrijke factor die van invloed is op intentie en gedrag ten aanzien van COVID vaccinatie bij de algemene bevolking [1]. Gebrek aan vertrouwen lijkt met name bij migrantengroepen een negatief effect te hebben op de vaccinatiebereidheid [6, 10, 13, 19].

Een studie uit de VS liet zien dat mensen met een Afrikaanse achtergrond zich vaker niet laten vaccineren omdat ze twijfels hebben over de veiligheid en effectiviteit van de vaccinatie [5]. Uit een studie in het VK komt naar voren dat meer mensen met een migratieachtergrond twijfels hadden ten opzichte van de voordelen van vaccinatie, vaker zorgen hadden over onvoorziene bijwerkingen in de toekomst en commerciële belangen, en dat hun voorkeur vaker uit ging naar natuurlijke immuniteit [20].

Wantrouwen ten opzichten van COVID-19 vaccinatie lijkt vooral samen te hangen met gebrek aan vertrouwen in de overheid en zorgorganisaties in het algemeen, wat al voor de huidige pandemie een bekend fenomeen was onder groepen met een migratie achtergrond [13, 19]. Dit wantrouwen is soms erg diep en hangt o.a. samen met ervaringen met discriminatie en racisme in het verleden. Zo lijkt bijvoorbeeld de Tuskegee Syphilis studie met name in groepen met een Afrikaanse achtergrond ook in deze tijd nog bij te dragen aan wantrouwen in de (publieke) gezondheidszorg [21, 22]. In deze studie, die liep van 1932-1972 in de Verenigde Staten, werd het ziektebeloop en overlijden van meer dan 300 mannen met een Afrikaanse achtergrond gevolgd, zonder hen op de hoogte te brengen van hun ziekte of te behandelen.

Ook de experts noemden algemeen wantrouwen in de overheid en zorgorganisaties als een belangrijke factor die van invloed is op wantrouwen ten aanzien van COVID-19 vaccinatie. Dit wantrouwen wordt volgens de experts versterkt, doordat er veel misinformatie, informatie die niet gebaseerd is op feiten, in omloop is. Dit speelt een rol in de hele bevolking, maar experts geven aan dat de dynamiek soms specifiek is voor groepen met een migratieachtergrond. Sommige experts geven aan dat mensen met een migratieachtergrond veel tegengestelde boodschappen krijgen, doordat bijvoorbeeld informatie uit de eigen gemeenschap of het thuisland niet overeenkomt met informatie vanuit de Nederlandse overheid. Ook de WHO rapporteert over tegenstrijdige boodschappen van bijvoorbeeld leiders uit gemeenschappen die tot verwarring leiden en het opvolgen van adviezen verminderen [23].

De relatie tussen misinformatie en COVID-19 vaccinatiebereidheid in de algemene bevolking wordt in verschillende onderzoeken aangetoond [24], echter de relatie tussen migratieachtergrond en de invloed van misinformatie op COVID-19 vaccinatiebereidheid is nog niet empirisch onderzocht.

b) Gepercipieerde risico op en ernst van COVID-19

Gepercipieerde risico op het krijgen van en de ernst van COVID-19 is van invloed op de vaccinatiebereidheid onder de algemene bevolking [1]. Ook voor groepen met een migratieachtergrond wordt dit verband gevonden, maar de richting van deze samenhang is niet eenduidig en hangt af van de precieze uitkomst en context die onderzocht is [25-28]. Uit onderzoek naar vaccinatie tegen meningokokken C en influenza blijkt bijvoorbeeld dat de risicoperceptie hoger was onder ouders met een migratieachtergrond in vergelijking met ouders met een Nederlandse achtergrond [25, 29]. Terwijl andere studies een omgekeerd verband rapporteren.

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de rol van risicoperceptie in COVID-19 vaccinatiebereidheid onder groepen met een migratieachtergrond. Uit de enkele onderzoeken die gedaan zijn, komt geen consistent verband tussen risicoperceptie en migratieachtergrond naar voren [30, 31]. Ook uit de interviews met de experts komt geen eenduidig beeld naar voren over dit verband. Sommige experts gaven aan dat

mensen met een migratieachtergrond zich juist relatief veel zorgen maken, wat versterkt wordt doordat hun gezondheid bepalend is voor het hebben van werk vanwege een precare arbeidsmarktpositie. Andere experts gaven aan dat de risicoperceptie waarschijnlijk lager is, omdat COVID-19 een taboe vormt en/of niet zichtbaar is in de directe omgeving. Doordat er mogelijk minder gesproken wordt over COVID-19, wordt het risico op een COVID-19 infectie wellicht lager ingeschat. Deze lagere risicoperceptie kan een negatieve invloed hebben op de vaccinatiebereidheid in sommige groepen met een migratieachtergrond. Angst voor stigmatisering van mensen met een infectie speelt onder groepen met een lage sociaaleconomische status en migratieachtergrond een rol. Infectieziekten hebben in het verleden vaak geleid tot stigmatisering van subgroepen in de bevolking. Bij COVID-19 lijkt dit niet anders [23, 32]. In verschillende rapporten wordt gewezen op ervaringen van discriminatie en de angst voor stigmatisering in onder andere groepen met een migratieachtergrond [33]. Stigmatisering vergroot de kans op terughoudendheid met betrekking tot testen en behandeling van infectieziekten [34, 35]

c) Sociale omgeving

Ook de sociale omgeving is van invloed op COVID-19 vaccinatiebereidheid van de algemene bevolking. Het gaat hierbij om de sociale norm ten aanzien van vaccinatie, beschermen van anderen en het maatschappelijk belang, maar ook de invloed van rolmodellen en sociale leiders [1].

De invloed van bekende zorgverleners, sleutelfiguren, religieuze en politieke leiders (zowel vanuit de lokale gemeenschap, de diaspora en het thuisland) werd specifiek benoemd door de geïnterviewde experts. Dit wordt bevestigd vanuit de literatuur. Hamdiui et al. vonden bijvoorbeeld dat religieuze leiders een negatieve invloed hadden op intentie voor screening op hepatitis B [36]. Daarnaast verwachten experts dat vooral moeders, maar ook (oudere) kinderen invloed hebben op het informatie- en besluitvormingsproces. Onderzoek naar de invloed van de sociale omgeving in besluitvorming ten aanzien van vaccinatie bij mensen met een migratieachtergrond in Nederland laat hierover geen eenduidige resultaten zien [37]. Wel toonde eerder Nederlands onderzoek onder mensen met een migratieachtergrond aan dat de sociale omgeving van invloed is op besluitvorming in Hepatitis B screening [38].

d) Onderliggende mechanismes

Minder vertrouwen in de overheid en het vaccinatie aanbod, een lager gepercipieerd risico op COVID-19, en een sterkere invloed vanuit de sociale omgeving worden mogelijk beïnvloed door achterliggende mechanismes die gerelateerd zijn aan het hebben van een migratieachtergrond. Het is bijvoorbeeld aannemelijk dat de relatie tussen een lagere vaccinatiebereidheid voor COVID-19 en migratieachtergrond voor een deel verklaard kan worden door sociaaleconomische status. Verschillende studies laten zien dat een lagere sociaaleconomische status, naast etniciteit, samenhangt met een lagere vaccinatiebereidheid en vaccinatiegraad [39-45]. Dit patroon wordt echter niet eenduidig gevonden en is bijvoorbeeld afhankelijk van de ziekte waarvoor het vaccin aangeboden wordt [46]. Ook verschillen groepen met een migratieachtergrond onderling in vaccinatiebereidheid, wat er op wijst dat naast sociaaleconomische status ook andere factoren meespelen, zoals bijvoorbeeld culturele en intergenerationele factoren. Op basis van de beschikbare literatuur is het nu nog lastig om een eenduidige conclusie te trekken over de relatieve bijdrage van sociaaleconomische status en andere factoren in verschillen in vaccinatiebereidheid voor COVID-19 onder groepen met en zonder een migratieachtergrond. Het is overigens waarschijnlijk dat deze relatieve bijdrage ook weer verschillend is voor de diverse groepen met een migratieachtergrond.

Strategieën voor het bereiken en informeren van groepen met een migratieachtergrond

Zoals in alle vaccinatieprogramma's, is het ook bij COVID-19 vaccinatie belangrijk dat mensen een geïnformeerde keuze kunnen maken. Hierbij worden in Nederland drie pijlers gehanteerd: informeren, kiezen, en faciliteren [47]. In een eerdere publicatie

van de Corona Gedragsunit is een overzicht gemaakt van de effecten van interventies gericht op het aanbieden vaccinatie aan de algemene bevolking [48]. Hieruit komt onder andere naar voren dat er sterke onderbouwing is voor een effect op de vaccinatiebereidheid van het zo makkelijk mogelijk maken om gebruik te maken van een vaccinatieaanbod. Ook voor het effect van communicatie over bijvoorbeeld de betrouwbaarheid van een vaccin is redelijke onderbouwing beschikbaar, evenals het belang van afstemming op specifieke doelgroepen.

Vanwege de lagere vaccinatiebereidheid bij groepen met een migratieachtergrond is specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van het vaccinatie-aanbod en het waarborgen van vertrouwen van belang. In aanvulling op de generieke invulling van de hierboven genoemde drie pijlers, komen uit de literatuur en expert interviews de volgende strategieën hiervoor naar voren:

- a) Betrekken van de gemeenschap;
- b) Begrijpelijke en toegankelijke communicatie;
- c) Praktische toegankelijkheid verbeteren.

Er is nog weinig systematisch onderzoek verricht naar de effecten van specifieke interventies op de vaccinatiebereidheid van groepen met een migratieachtergrond. Onderstaande is daarom met name gericht op het beschrijven van aspecten die zowel uit beschikbare onderzoeken en expert opinie naar voren komen, zonder een uitspraak te doen over de mate van te verwachten effect.

a) Betrekken van de gemeenschap

Voor het waarborgen van de toegankelijkheid van het aanbod, het maximaliseren van vertrouwen in COVID-19 vaccinatie en het beperken van de invloed van misinformatie, is samenwerking met sleutelfiguren en zorgverleners uit lokale gemeenschappen van groot belang [4] [23, 49]. [50, 51].

Voorbeelden van het betrekken van de gemeenschap zijn samenwerking tussen lokale gezondheidsorganisaties en leiders uit de eigen gemeenschap en het oprichten van community fora [52]. Bij leiders uit de gemeenschap kan bijvoorbeeld gedacht worden aan sleutelpersonen of religieuze leiders. Ook de huisarts wordt in de literatuur genoemd als persoon die veel vertrouwen geniet in gemeenschappen met een migratieachtergrond, vanwege de langdurige relatie die over de tijd vaak is opgebouwd [13, 53]. Naast het informeren en bereiken van mensen, kunnen deze leiders ook de sociale norm versterken, bijvoorbeeld door het gewenste gedrag (in dit geval vaccinatie) zichtbaar te maken [54].

Een structurele manier om de gemeenschap op langere termijn te betrekken is representatie in bijvoorbeeld commissies en adviesraden. Zij kunnen in bijeenkomsten inzicht geven in prioriteiten binnen de gemeenschap, logistieke uitdagingen, verbindingen tot stand brengen en vanuit de gemeenschap feedback geven op strategie ontwikkeling en implementatie [55]. Op deze manier draagt het betrekken van de gemeenschap bij aan cultuur-sensitieve (beleids-)interventies die effectief zijn in het bereiken, informeren en beïnvloeden van groepen met een migratieachtergrond [13].

Ook de experts in de interviews gaven aan dat het belangrijk is dat de zorgen en twijfels van mensen serieus worden genomen en dat vertrouwde zorgverleners en sleutelfiguren een brugfunctie kunnen vervullen bij het voorkomen van wantrouwen. Sleutelpersonen zouden bijvoorbeeld kunnen worden ingezet om informatie te geven over de voor- en nadelen van vaccinatie, waarbij ze benadrukken dat het een persoonlijke beslissing is om wel of niet te vaccineren en ingaan op de belangrijkste

redenen van wantrouwen of twijfels. Social media werd hierbij beschouwd als een belangrijk medium. Sommige gemeenschappen een eigen radio of televisiekanaal waar gebruik van kan worden gemaakt. Een belangrijke voorwaarde voor het inzetten van sleutelfiguren is dat zij zelf goed geïnformeerd zijn en dat zij gecompenseerd worden voor hun taken en tijd.

b) Begrijpelijke en toegankelijke communicatie

Eenvoudige en toegankelijke informatie is voor de hele bevolking belangrijk, maar vormt bij veel mensen met een migratieachtergrond een extra uitdaging door taalbarrières en een lagere sociaaleconomische positie die vaak gepaard gaat met problemen met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie (gezondheidsvaardigheden) [56]. Daarom is het van belang dat de informatie en de uitnodiging voor vaccinatie in verschillende talen en op verschillende manieren (ook in beeld en geluid) wordt aangeboden, en dat de informatie aansluit bij de informatiebehoefte en begrijpelijk is geformuleerd en dat de doelgroep met deze informatie wordt bereikt [23]. Naast inhoudelijke aandachtspunten in de communicatie, wordt ook het gebruiken van bestaande kanalen of locaties, en betrouwbare contacten in de literatuur genoemd als middelen om mensen met een migratieachtergrond te bereiken met het COVID-19 vaccinatieaanbod [23, 57, 58].

Door informatie samen met de doelgroep te ontwikkelen en onder de doelgroep te testen, wordt de informatie beter afgestemd op hun begrip en belevingswereld. Daardoor wordt informatie gemakkelijker toe te passen in het individuele besluitvormingsproces. Op deze manier kunnen bijvoorbeeld vragen over de religieuze aanvaardbaarheid van het nemen van een vaccin op een niet-stigmatiserende manier geadresseerd worden [13]. Ook het online [Voorlichtingsmateriaal BeoordelingsInstrument \(VBI\) - Pharos](#) biedt een concrete manier om inzicht te krijgen in de begrijpelijkheid van informatie. De afgelopen maanden zijn door verschillende organisaties informatie materialen over COVID-19 vaccinatie ontwikkeld voor mensen met een migratie achtergrond. Een overzicht is te vinden op www.coronavaccinatie.nl.

De experts in de interviews gaven aan dat niet alleen het aanbieden van toegankelijke informatie van belang is, maar ook dat deze informatie daadwerkelijk aankomt bij de doelgroep en dat mensen het gesprek aan kunnen gaan met personen die zij vertrouwen. Ze noemden social media, radio en televisie als belangrijke digitale kanalen om mensen met een migratieachtergrond te bereiken, en huisartspraktijken, moskeeën, buurthuizen, scholen, bibliotheken als voorbeelden van fysieke plaatsen om mensen te bereiken en met hen in gesprek te gaan. In een Amsterdamse moskee werd bijvoorbeeld onlangs voorlichting gegeven over COVID-19 vaccinatie door een GGD-arts [59].

Experts benadrukten tevens het belang van toegankelijke informatie en vertrouwen in de overheid bij het voorkomen of verminderen van de invloed van misinformatie. Als correcte informatie niet aankomt, dan heeft misinformatie meer kans om aan te slaan. Misinformatie kan binnen de communicatie ontkracht worden door het geven van een duidelijke alternatieve expert uitleg of door mensen bewust te maken van de mate van betrouwbaarheid van de bron [60, 61]. Het toepassen van deze 'debunking' of 'ontluistering' strategieën is in de praktijk echter lastig, omdat misinformatie zich vaak sneller en effectiever verspreidt dan feitelijke informatie.

c) Praktische toegankelijkheid verbeteren

Structurele en organisatorische aspecten spelen in het algemeen een belangrijke rol bij het achterblijven van vaccinatiedeelname onder de lagere sociaaleconomische groepen [62, 63]. Het aanbod kan praktisch toegankelijker worden gemaakt door de vaccinatielocaties dichtbij de woonomgeving te plannen, en door het voor mensen mogelijk te maken om zonder afspraak binnen te lopen [64, 65]. In het VK wordt bij de COVID-19 vaccinatie veel gebruik gemaakt van religieuze gebouwen als vaccinatielocatie [66]. Voor mensen met lage inkomens kunnen financiële barrières weg

genomen worden door bijvoorbeeld onkosten voor openbaar vervoer te vergoeden als locaties niet op wandelafstand aanwezig zijn [37].

Door het slechten van praktische barrières, zoals afstand of kosten, wordt het gemakkelijker om een vaccinatie te gaan halen, wat positief kan bijdragen aan de vaccinatiebereidheid. Met name in de grote steden, waar relatief veel mensen met een migratieachtergrond wonen, zou het volgens experts belangrijk zijn om een wijkgerichte aanpak te hanteren, waarbij mensen actief en persoonlijk benaderd worden met het vaccinatieaanbod en zichzelf zonder afspraak kunnen laten vaccineren in een voor hen vertrouwde omgeving.

Deze tekst is op basis van een korte verkenning opgesteld met input en revisie door het expertteam vaccinatiedeelname van de RIVM Corona Gedragsunit. De bijlagen bevatten een uitgebreider overzicht van het literatuuronderzoek en de interviews.

Opstellers

Mirjam Fransen, Ellen Uiters

Meelezers

Marijn de Bruin, Gerjo Kok, Floor Kroese, Mattijs Lambooij, Hans van Vliet, Rob Ruiters, Olga Visser, Marcel Scholten, Mariken Leurs

Geïnterviewde experts

Charles Agyemang (Amsterdam UMC), Mohammed Azzouz (Pharos), Esperanza Diaz Perez (University of Bergen), Nora Hamdiui (RIVM), Jeannine Hautvast (Radboud UMC), Maria van den Muijsenbergh (Radboud UMC), Ainom Okbazghi (Radboud UMC), Maria Prins (GGD Amsterdam), Karien Stronks (Amsterdam UMC), Daniëlle Timmermans (Amsterdam UMC), Marieke Torensma (Amsterdam UMC), Marion de Vries (RIVM), Helène Voeten (GGD Rotterdam), Kim van Zoonen (RIVM)

Bijlage I: Achtergronddocument literatuuronderzoek en expert interviews

1. Doel- en vraagstelling

Verkrijgen van inzicht in vaccinatiebereidheid van Nederlanders met een migratieachtergrond en factoren die hierop van invloed zijn.

Onderzoeksvragen:

1. In hoeverre zijn er etnische verschillen in COVID vaccinatiebereidheid in Europa/mondiaal?
 - Wat is de COVID vaccinatiebereidheid in NL over het algemeen?
 - In hoeverre zijn er etnische verschillen in COVID in andere landen?
 - Wat is er bekend over etnische verschillen in deelname aan andere vaccinaties in Nederland?
 - Welke subgroepen zijn er te onderscheiden in vaccinatiebereidheid onder migranten?
2. Welke factoren beïnvloeden COVID vaccinatiebereidheid bij migranten?
 - Wat is er bekend over factoren die van invloed zijn op andere vaccinaties bij migranten in Nederland?
 - Welke factoren voor COVID vaccinatie zijn te onderscheiden op basis van internationale literatuur?
3. Welke strategieën zijn veelbelovend voor het afstemmen van het vaccinatie aanbod op migranten?
 - Welke elementen hebben een positief effect op vaccinatie deelname?
 - Welke elementen hebben een positief effect op het bereiken en informeren van migranten?

2. Methode

2.1 Literatuuronderzoek internationaal en nationaal

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen, bouwden we voort op onderzoek naar COVID-19 vaccinatiebereidheid in de algemene populatie, bestaand onderzoek naar determinanten die een rol spelen in vaccinatie bij mensen met migratieachtergrond, en internationaal onderzoek dat recentelijk is uitgevoerd in andere landen. Op dit moment van schrijven is nog geen onderzoek gepubliceerd over vaccinatiebereidheid bij mensen met migratieachtergrond in Nederland. We hebben voor deze memo onder andere gebruik gemaakt van het literatuuroverzicht van Liza Coyer en Gwen van Rossem.

2.2 Interviews stakeholders en onderzoekers Nederland

In totaal namen 14 experts deel aan de interviews. 5 experts werken als hoogleraar, wetenschappelijk onderzoeker of arts bij een Universitair Medisch Centrum, 3 zijn werkzaam bij een Gemeentelijke Gezondheidsdienst, 3 experts werken als onderzoeker/beleidsmedewerker bij het RIVM (thema vaccinatie), 2 experts werken bij een expertisecentrum voor gezondheidsverschillen (Pharos). 1 expert werkt in Noorwegen als onderzoeker/beleidsmedewerker.

De vragenroute bestond uit drie onderdelen:

Onderdeel 1: Bestaand onderzoek in Nederland

- Bij welk onderzoek over vaccinatie ben je zelf betrokken?
- Ben je op de hoogte van ander onderzoek in Nederland dat momenteel loopt?
- In hoeverre en hoe wordt hier aandacht besteed aan etnische achtergrond en vaccinatiebereidheid?
- Welke kernpublicaties (nationaal/internationaal) zouden we niet moeten missen in deze memo?

Onderdeel 2: Verwachtingen t.a.v. vaccinatiebereidheid en mogelijke factoren

- Als het gaat om vaccinatiebereidheid bij mensen van niet-Nld herkomst, wat zijn jouw verwachtingen?
- Welke subgroepen zou jij onderscheiden in vaccinatiebereidheid onder migranten?
- Welke determinanten spelen een rol? (Doorvragen: waarom denk je dat?)
- Wat is bekend over etnische verschillen in deelname aan andere vaccinaties in Nederland?
- Wat is er bekend over factoren die van invloed zijn op andere vaccinaties bij migranten in Nederland?

Onderdeel 3: Strategieën

- Welke strategieën zijn veelbelovend voor het afstemmen van het vaccinatie aanbod op migranten?
- Welke elementen hebben volgens jou mogelijk een positief effect op vaccinatie deelname?
- Welke elementen hebben volgens jou een positief effect op het bereiken en informeren van migranten?

Referenties

1. RIVM Corona Gedragsunit, [Verkenning factoren van invloed op deelname aan COVID-19 vaccinatie | RIVM](#) (geraadpleegd op 10-03-2021). 2021.
2. CBS, [Hoeveel mensen met een migratieachtergrond wonen in Nederland? \(cbs.nl\)](#) (geraadpleegd op 20-04-2021). 2021.
3. Robinson, E., et al., *International estimates of intended uptake and refusal of COVID-19 vaccines: A rapid systematic review and meta-analysis of large nationally representative samples*. *Vaccine*, 2021. 39(15): p. 2024-2034.
4. Allen, J.D., et al., *Factors associated with the intention to obtain a COVID-19 vaccine among a racially/ethnically diverse sample of women in the USA*. *Transl Behav Med*, 2021. 11(3): p. 785-792.
5. Callaghan, T., et al., *Correlates and disparities of intention to vaccinate against COVID-19*. *Soc Sci Med*, 2021. 272: p. 113638.
6. Fisher, K.A., et al., *Attitudes Toward a Potential SARS-CoV-2 Vaccine : A Survey of U.S. Adults*. *Ann Intern Med*, 2020. 173(12): p. 964-973.
7. Latkin, C., et al., *COVID-19 vaccine intentions in the United States, a social-ecological framework*. *Vaccine*, 2021. 39(16): p. 2288-2294.
8. McCabe, S.D., et al., *Unraveling Attributes of COVID-19 Vaccine Hesitancy in the U.S.: A Large Nationwide Study*. *MedRxiv*, 2021.
9. Malik, A.A., et al., *Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US*. *EClinicalMedicine*, 2020. 26: p. 100495.
10. Royal Society Public Health. *Public attitudes to a Covid-19 vaccine, and their variations across ethnic and socioeconomic groups: Findings from RSPH-commissioned national polling conducted by Yonder between 4th-6th December 2020*. 2020; Available from: <https://www.rsph.org.uk/about-us/news/new-poll-finds-bame-groups-less-likely-to-want-covid-vaccine.html>.
11. Thorneloe, R.W., A; Lamb, M; Caroline Jordan, C; Arden, M., *Willingness to receive a COVID-19 vaccine among adults at high-risk of COVID-19: a UK-wide survey*. *PsyArXiv*.
12. Service, A.P., *Factors influencing COVID-19 vaccine uptake among minority ethnic groups*. 2021.
13. Razai, M.S., et al., *Covid-19 vaccine hesitancy among ethnic minority groups*. *Bmj*, 2021. 372: p. n513.
14. Jeudin, P., et al., *Race, ethnicity, and income factors impacting human papillomavirus vaccination rates*. *Clin Ther*, 2014. 36(1): p. 24-37.
15. Rondy, M., et al., *Determinants for HPV vaccine uptake in the Netherlands: A multilevel study*. *Vaccine*, 2010. 28(9): p. 2070-5.
16. Scheepers, E.D., et al., *Dutch national immunization schedule: compliance and associated characteristics for the primary series*. *Eur J Pediatr*, 2017. 176(6): p. 769-778.
17. van Lier, A., et al., *Vaccine uptake determinants in The Netherlands*. *Eur J Public Health*, 2014. 24(2): p. 304-9.
18. de Oliveira Bressane Lima, P., et al., *MenACWY vaccination campaign for adolescents in the Netherlands: Uptake and its determinants*. *Vaccine*, 2020. 38(34): p. 5516-5524.
19. Edwards, B., et al., *COVID-19 vaccine hesitancy and resistance: Correlates in a nationally representative longitudinal survey of the Australian population*. *PLoS One*, 2021. 16(3): p. e0248892.
20. Paul, E. and A.F. Steptoe, D., *Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications*. *The Lancet Regional Health- Europe*, 2021.
21. Gamble, V.N., *Under the shadow of Tuskegee: African Americans and health care*. *Am J Public Health*, 1997. 87(11): p. 1773-8.
22. Park, J., *Historical Origins of the Tuskegee Experiment: The Dilemma of Public Health in the United States*. *Uisahak*, 2017. 26(3): p. 545-578.
23. World Health Organisation, *Global Risk Communication and Community Engagement Strategy December 2020- May 2021*. 2020.
24. Roozenbeek, J., et al., *Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world*. *R Soc Open Sci*, 2020. 7(10): p. 201199.

25. Bish, A., et al., *Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: a systematic review*. *Vaccine*, 2011. 29(38): p. 6472-84.
26. Hassan, S.M., et al., *How do Muslim community members perceive Covid-19 risk reduction recommendations - a UK qualitative study?* *BMC Public Health*, 2021. 21(1): p. 449.
27. Mercadante, A.R. and A.V. Law, *Will they, or Won't they? Examining patients' vaccine intention for flu and COVID-19 using the Health Belief Model*. *Res Social Adm Pharm*, 2020.
28. Nguyen, T., et al., *Acceptance of a pandemic influenza vaccine: a systematic review of surveys of the general public*. *Infect Drug Resist*, 2011. 4: p. 197-207.
29. Timmermans, D.R., et al., *Attitudes and risk perception of parents of different ethnic backgrounds regarding meningococcal C vaccination*. *Vaccine*, 2005. 23(25): p. 3329-35.
30. Niño, M., et al., *Race and ethnicity, gender, and age on perceived threats and fear of COVID-19: Evidence from two national data sources*. *SSM Popul Health*, 2021. 13: p. 100717.
31. Seehuus, M., et al., *Impact of COVID-19 predicts perceived risk more strongly than known demographic risk factors*. *J Psychosom Res*, 2021. 140: p. 110299.
32. Turner-Musa, J., O. Ajayi, and L. Kemp, *Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities*. *Healthcare (Basel)*, 2020. 8(2).
33. Dionne, K., Turkmen, F., *The Politics of Pandemic Othering: Putting COVID-19 in Global and Historical Context*. International Organization, 2020. 74.
34. Roberto, K., Johnson, A., Rauhaus, B., *Stigmatization and prejudice during the COVID-19 pandemic* *Administrative Theory and Practice*, 2020: p. 364-378.
35. Ozturk, A., *Stigmatization spreads faster than the virus. Viruses do not discriminate, and neither should we." Combatting the stigmatization surrounding coronavirus disease (COVID-19) pandemic* *Perspectives in Psychiatric Care*, 2021.
36. Hamdiui, N., et al., *Hepatitis B in Moroccan-Dutch: a quantitative study into determinants of screening participation*. *BMC Med*, 2018. 16(1): p. 47.
37. Harmsen, I.A., et al., *Vaccination decision-making of immigrant parents in the Netherlands; a focus group study*. *BMC Public Health*, 2015. 15: p. 1229.
38. Hamdiui, N., et al., *Clustering of chronic hepatitis B screening intentions in social networks of Moroccan immigrants in the Netherlands*. *BMC Public Health*, 2020. 20(1): p. 344.
39. Crouch, E. and L.A. Dickes, *A prediction model of childhood immunization rates*. *Appl Health Econ Health Policy*, 2015. 13(2): p. 243-51.
40. Lucyk, K., et al., *The association between influenza vaccination and socioeconomic status in high income countries varies by the measure used: a systematic review*. *BMC Med Res Methodol*, 2019. 19(1): p. 153.
41. Tabacchi, G., et al., *Determinants of European parents' decision on the vaccination of their children against measles, mumps and rubella: A systematic review and meta-analysis*. *Hum Vaccin Immunother*, 2016. 12(7): p. 1909-23.
42. Charania, N.A., et al., *Vaccine-preventable diseases and immunisation coverage among migrants and non-migrants worldwide: A scoping review of published literature, 2006 to 2016*. *Vaccine*, 2019. 37(20): p. 2661-2669.
43. Alberts, C.J., et al., *A longitudinal study on determinants of HPV vaccination uptake in parents/guardians from different ethnic backgrounds in Amsterdam, the Netherlands*. *BMC Public Health*, 2017. 17(1): p. 220.
44. Burger, A.E., et al., *Black-white disparities in 2009 H1N1 vaccination among adults in the United States: A cautionary tale for the COVID-19 pandemic*. *Vaccine*, 2021. 39(6): p. 943-951.
45. Williams, L., et al., *Social Patterning and Stability of Intention to Accept a COVID-19 Vaccine in Scotland: Will Those Most at Risk Accept a Vaccine?* *Vaccines (Basel)*, 2021. 9(1).
46. Ayers, C.K., et al., *Disparities in H1N1 Vaccination Rates: a Systematic Review and Evidence Synthesis to Inform COVID-19 Vaccination Efforts*. *J Gen Intern Med*, 2021: p. 1-12.

47. RIVM Corona Gedragsunit: [Drie pijlers voor een effectieve en evenwichtige vaccinatiecampagne | RIVM](#) (geraadpleegd op 10-04-2021).
48. RIVM Corona Gedragsunit, [Interventie-overzicht bevordering naleving gedragsmaatregelen | RIVM](#) (geraadpleegd op 04-04-2021).
49. Mahimbo, A., *Equitable access for COVID-19 vaccines for refugees in Australia*. The Briefing Equity Evidence report, 2021. 4.
50. Dubé, E., et al., *The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: Review of implementation to date*. *Vaccine*, 2018. 36(11): p. 1509-1515.
51. Butler, R. and N.E. MacDonald, *Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP)*. *Vaccine*, 2015. 33(34): p. 4176-9.
52. Mondal, A., *The importance of community engagement on COVID-19 vaccination strategy: Lessons from two California pilot programs*. *EClinicalMedicine*, 2021. 32: p. 100754.
53. Domnich, A., et al., *Attitudes and Beliefs on Influenza Vaccination during the COVID-19 Pandemic: Results from a Representative Italian Survey*. *Vaccines (Basel)*, 2020. 8(4).
54. Bavel, J.J.V., et al., *Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response*. *Nat Hum Behav*, 2020. 4(5): p. 460-471.
55. Thomas, C.M., M.T. Osterholm, and W.M. Stauffer, *Critical Considerations for COVID-19 Vaccination of Refugees, Immigrants, and Migrants*. *Am J Trop Med Hyg*, 2021. 104(2): p. 433-435.
56. Heijmans, M.B., A.; Rademakers J., *Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden-Cijfers 2019*. 2019.
57. Nowlan, M., E. Willing, and N. Turner, *Influences and policies that affect immunisation coverage-a summary review of literature*. *N Z Med J*, 2019. 132(1501): p. 79-88.
58. Crawshaw, A.F., et al., *What must be done to tackle vaccine hesitancy and barriers to COVID-19 vaccination in migrants?* *J Travel Med*, 2021.
59. Van Kempen, J., *GGD-voorlichting in de moskee: 'Vaccins zijn halal'*, in *Het Parool*. 2021.
60. Lewandowsky, S. and S. Van der Linden, *Countering Misinformation and Fake News Through Inoculation and Prebunking*. *European Review of Social Psychology*, 2021. DOI:10.1080/10463283.2021.1876983.
61. Yousuf, H., Linder van der, S., Bredius, L., Essen van, G.A., Sweep, G., Preminger, Z., Gorp van, E., Scherder, E., Narula, J., Hofstra, L., *A media intervention applying debunking versus non-debunking content to combat vaccine misinformation in elderly in the Netherlands: a digital randomised trial (in press)*. *EClinical Medicine*, 2021.
62. Arat, A., et al., *Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia - a systematic review*. *BMC Public Health*, 2019. 19(1): p. 290.
63. Bach, A.T., et al., *Addressing common barriers in adult immunizations: a review of interventions*. *Expert Rev Vaccines*, 2019. 18(11): p. 1167-1185.
64. Osama, T.R., M.; Majeed, A.; , *What is behind the low covid-19 vaccine take-up in some ethnic minorities?* . *BMJ*, 2021.
65. Scientific Advisory Group for Emergencies., *Factors influencing COVID-19 vaccine uptake among minority ethnic groups*. 2021.
66. Guardian, *Faith-leaders-join-to-counter-fears-over-vaccine-among-bame-communities*, in *Guardian*: 7-02- 2021.