

juni
2013



IN DIT NUMMER

Autism Awareness
Month - april 2013

Biomedische aanpak van
autisme - Interview
Dr. Martha Herbert

Biomedische aanpak bij
Autisme Spectrum
Stoornissen (ASS) -
Facebook

Wereldwijde uitroeiing
van mazelen realistisch?

Baby's van gevaccineerde
moeders slechter af

Switch in poliovaccin

Bescherming van het
huidige kinkhoest-
vaccin feit of fictie?
Deel 2

De invloed van sociale
netwerken op de
vaccinatiebeslissingen van
ouders

Oudercontact

Casus Annedyn

Aanbevelingen voor het
Poolse vaccinatie-
programma

Van het bestuur

Colofon

Autism Awareness Month april 2013

World Autism Awareness Day, 2 april 2013, ging niet ongemerkt voorbij. Kritisch Pr!kken redactielid Moniek Brands heeft opgetreden als woordvoerder voor CEASE¹ in een radio 1 uitzending². De media-aandacht bleef niet beperkt tot de bewuste 2 april, maar duurde een week³ en uiteindelijk de gehele maand april. En dat hebben we geweten. Veel wetenschappers en belangengroeperingen hebben publicaties en media-uitingen getimed om exact in april te kunnen verschijnen. De berichten, video's, interviews etc. buitelden over elkaar heen. We hebben gemeend er goed aan te doen om dit kwartaalblad tot een themanummer over autisme te bestempelen en hierin wat highlights uit de stortvloed aan informatie over autisme mee te geven.

Autisme alleen een psychiatrische diagnose?

Autisme wordt algemeen gezien als een psychiatrische stoornis waarbij informatieverwerking van de hersenen een probleem is. Het zou een levenslange, mogelijk erfelijke aandoening of handicap zijn en ongeneeslijk, aldus de Nederlandse Vereniging voor Autisme⁴. Ondanks dat de wereld van de psychiatrie zich dit ziektebeeld op deze wijze heeft toegeëigend, zijn er talloze andere visies, ontwikkelingen en geluiden over dit complexe en diverse ziektebeeld. Vanuit verschillende disciplines en achtergronden, als hulpverlener of als onderzoeker, worden andere bevindingen gerapporteerd⁵.

De verschillende wetenschappelijke disciplines werken maar moeizaam met elkaar samen om de complexiteit van het probleem autisme te ontrafelen. Genetisch onderzoek heeft tot nu toe weinig consistent of bruikbaar opgeleverd. Het is nu eenmaal lastiger om een complex van mogelijke oorzaken (genetische, epigenetische, omgevingsfactoren) wetenschappelijk te toetsen. Niet voor niets is het puzzelstukje, of enkele puzzelstukjes samen HET symbool voor autisme. Net als de symboolkleur blauw. Menig monumentaal gebouw in veel steden wereldwijd is gedurende de avonden en nachten in april in blauw licht gehuld geweest, 'Light it up Blue'.

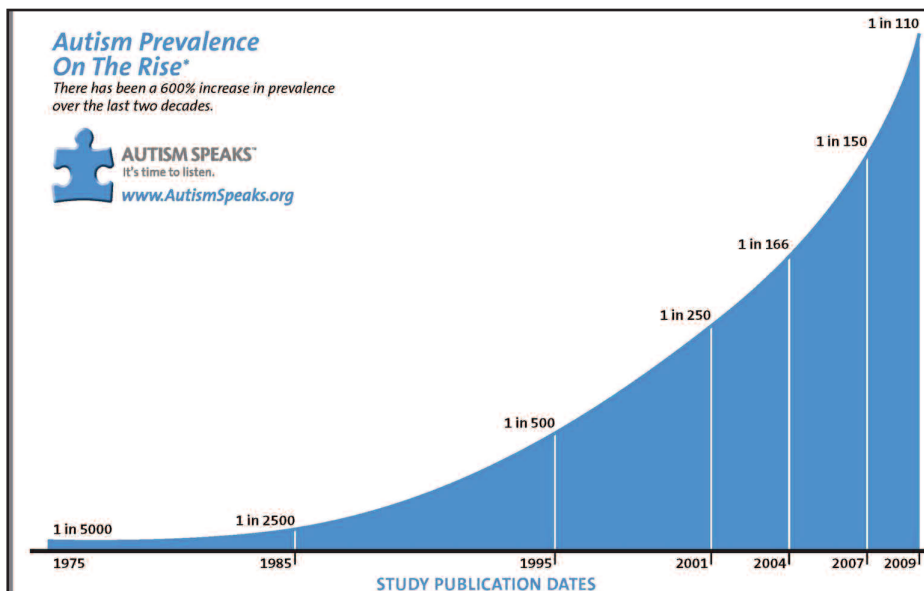
Toename van autisme

Ouders van autistische kinderen wachten echter lang niet allemaal gelaten af tot de wetenschap of de geneeskunde er over uit is en met een eenduidig geluid en algemene



aanbevelingen naar buiten komt. Het aantal ouders met één of meer autistische kinderen neemt hand over hand toe. Het Amerikaanse Center for Disease Control (CDC) kwam in maart jl. met cijfers (2007-2011/2012) op basis van een telefonisch onderzoek - misschien zodoende niet de meest harde cijfers, maar wel schokkend - 1 op de 50 kinderen heeft een aandoening binnen het autistische spectrum⁶. De grafiek waarop de toename van autisme in de afgelopen decennia wordt weergegeven vertoont een hockeystick fenomeen. Volgens sommigen zijn deze cijfers overdreven en komt de toename door betere diagnoses en verruiming van de criteria voor een Autisme Spectrum Diagnose. Professor Dr. in psychiatrie en epidemiologie Ezra Susser van de Mailman School of Public Health aan de Columbia University⁷ zegt echter: 'Stel dat de helft van de toename is te wijten aan betere diagnoses e.d., dan nog zit je met een vervijfvoudiging van autisme in 20 jaar tijd'⁸.

Prevalentie Autisme 1975 – 2009



'Comorbidities'

Ouders over de hele wereld zoeken naarstig naar behandelmethoden, waarbij de biomedische aanpak en diverse varianten daarop de meest belovende lijkt. Vanuit conservatieve hoek wordt hier druk tegen geageerd, het zou onzinnig zijn aangezien autisme een psychiatrische niet behandelbare, laat staan te genezen aandoening is. En de methoden waarmee men probeert verbetering te bewerkstelligen komen dicht in de buurt van natuurlijke behandelmethoden en zouden daarmee dus ook onzin zijn of in het ergste geval zelfs taboe.

AUTISM?
WHO'S FOOLING WHO

THEY SAY:
"People with autism have a normal life expectancy."

WE KNOW:
Studies show that children and young adults with autism have significantly higher mortality rates.

TREATING AUTISM
Taking Action
www.treatingautism.co.uk

Met alleen al het onder de aandacht brengen van zogenaamde 'comorbidities' (dat zijn klachten die gepaard gaan met de reeds bekende en wel erkende klachten van autisme in dit geval) kun je je op glas ijs begeven. Twee Britse organisaties Treating Autism en Autism Treatment Trust hebben zich er niet door laten weerhouden en hebben onlangs informatieve folders uitgegeven hierover. Eén folder draagt de naam 'Who is Fooling Who?' en heeft als opzet: 'They Say' versus 'We Know'⁹. De andere folder heet 'Medical Comorbidities in Autism Spectrum Disorder'¹⁰. Beide zijn het bekijken meer dan waard.

Een complex probleem kent geen simpele oplossing. Omgevingsfactoren als (over)medicatie, luchtvervuiling, gebruik van bestrijdingsmiddelen, voeding van onvoldoende kwaliteit, uitgebreide vaccinatieprogramma's etc. kunnen een rol spelen bij de enorme toename van autisme. Probleem hierbij is dat de huidige geneeskunde - en hoe langer hoe meer ook de wetenschap - vooral gedreven lijkt door patenteerbare oplossingen voor een probleem.

Individualiseren: elke autist is uniek

Geen autist is hetzelfde. In die zin kun je beter spreken van autis- mes en over een vormenrijkdom achter deze ogenschijnlijk eenduidige diagnose^{11,12}.

Terugkerende elementen in als effectief bekend staande behandelingen zijn onder meer:

- ontgiften/chelatie (o.a. van zware metalen),
- terugdringen van ontstekingen met name in de darm,
- schimmels en andere onwelkome bewoners van de darm bestrijden,
- op orde brengen van de (onevenwichtige) darmflora (probiotica maar ook gefermenteerde voeding),
- voedselovergevoeligheden/allergieën terugdringen,
- niet zelden gluten-zuivel- en sojavrije diëten. Soms ook zogenaamde ketogene diëten, waarbij met name vetten en eiwitten worden geconsumeerd en veel minder koolhydraten,
- het deblokken of ontstoren van stoorzenders in het verleden, denk aan vaccins, medicatie, toxische belasting,
- aanvullen van tekorten in de voeding, bijv. zink, omega-3 vetzuren en vitamine C.

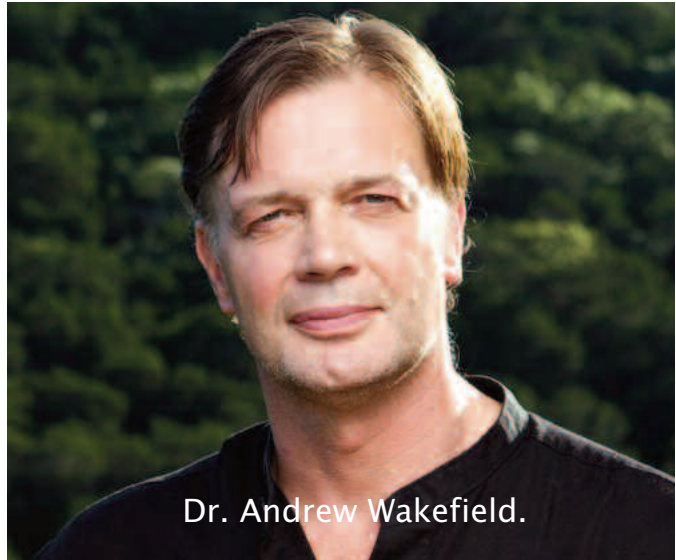
BMR, vaccinaties en autisme

Voor en achter de schermen wordt er nog altijd heftig gestreden over een mogelijk verband tussen vaccinaties en autisme. Dr. Andrew Wakefield, bekend van de geschrapte Lancet publicatie uit 1998¹³ waarin een mogelijk verband wordt geopperd tussen BMR, ontstekingen in de darmen als gevolg hiervan en de regressieve vorm van autisme, heeft sinds april weer veelvuldig gesproken via videoberichten^{14,15,16,17,18}. Deze en vele andere aan te bevelen video's zijn ook te zien via

<http://www.autismmediachannel.com/#>

Daarnaast verscheen in maart 2013 een publicatie van een studie¹⁹ die aantoonde dat er inderdaad zoets bestaat als een nieuwe vorm van darmontstekingen bij autisten en dat die afwijkt van de reeds bekende darmproblemen.

Het immuunsysteem (ontstekingen, allergieën) en met name de onbalans daarin, speelt kennelijk een belangrijke rol in het ontstaan van autisme. Ook mitochondriale afwijkingen komen regelmatig naar voren in uiteenlopend onderzoek en worden vaak aangehaald als achterliggend probleem bij kinderen die autistisch zijn geworden na (veelvuldige) vaccinaties. Onder meer in de VS zijn diverse schadeclaims uitgekeerd aan ouders van door vaccins beschadigde kinderen^{20,21}.



Dr. Andrew Wakefield.

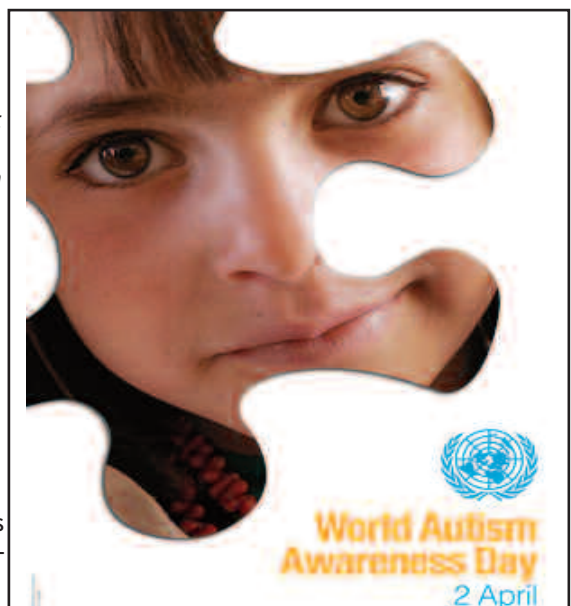
Terwijl aanhangers van Wakefield hem steunen in zijn niet aflatende strijd om vaccinatieveiligheid op de politieke agenda te krijgen, worden elders onderzoeken in elkaar gezet om te bewijzen dat er geen link zou bestaan tussen vaccins en (de toename van) autisme.

Een weinig overtuigende publicatie van Frank Destefano en zijn collega's in Journal of Pediatrics²² op 1 april (let op de timing!) had moeten uitwijzen dat meer vaccins ('Antibody-Stimulating Proteins and Polysaccharides in Vaccines') geen toename van autisme opleverde. De zeggingskracht van de studie is echter nihil aangezien er geen controlegroep van ongevaccineerden is gebruikt ter vergelijking. Daarbij hadden naar ons idee regels uit de laatste alinea deel moeten uitmaken van de kop en de conclusie, zodat een geheel ander geluid over deze studie ter perse zou zijn gegaan. De media hebben slechts klakkeloos de door de auteurs geselecteerde conclusie overgenomen. Zelf schrijven ze in de laatste alinea's dat op basis van hun studie nog steeds niet kan worden uitgesloten dat vaccins een rol spelen bij het ontstaan van regressief autisme:

'The possibility that immunologic stimulation from vaccines during the first 1-2 years of life could be related to the development of ASD is not well supported by the known neurobiology of ASD, which tends to be genetically determined with origins in prenatal development, although possible effects in early infancy cannot be ruled out completely. It can be argued that ASD with regression, in which children usually lose developmental skills during the second year of life, could be related to exposures in infancy, including vaccines; however, we found no association between exposure to antigens from vaccines during infancy and the development of ASD with regression.'

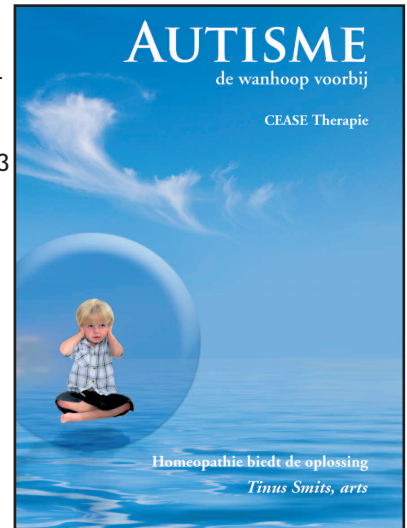
Onafhankelijk onderzoek

Sinds vele jaren klinkt de roep om werkelijk onafhankelijk onderzoek met een vergelijking van wel en niet gevaccineerde kinderen. De urgentie wordt al zo lang zowel aangekaart door belangengroepen als tegehouden door overheden. Illustratief hiervoor en ook aangrijpend is de video van Autism One en Generation Rescue, waarin je meermaals dezelfde person(en) een oproep ziet doen aan het adres van de CDC, met telkens jaren ertussen, zodat je de mensen steeds ouder ziet worden²³.



Bronnen:

- 1 <http://www.cease-therapie.nl/>
- 2 http://www.radio1.nl/terugluisteren/tijd?terugluisteren_dag=2013-04-02&terugluisteren_hour=15
- 3 <http://www.autismeweek.nl/pers/world-autism-awareness-d>
- 4 <http://www.autisme.nl/autismealgemeen.html?mnu=tmain100:sovaut100&s=1&l=nl&t=1370954173>
- 5 <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/the-four-kingdoms-of-autism.shtml>
- 6 <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr065.pdf>
- 7 http://asp.cumc.columbia.edu/facdb/profile_list.asp?uni=ess8&DepAffil=Psychiatry
- 8 http://www.ageofautism.com/2013/06/weekly-wrap.html?fb_action_ids=672001429492931&fb_action_types=og.likes&fb_source=other_multiline&action_object_map=%7B%2672001429492931%22%3A208200395994543%7D&action_type_map=%7B%2672001429492931%22%3A%22og.likes%22%7D&action_ref_map
- 9 Who is Fooling Who? http://issuu.com/treatingautism/docs/ta_wfw_campaign_2013_final
- 10 Medical Comorbidities in Autism Spectrum Disorder http://issuu.com/treatingautism/docs/medical-comorbidities_in_autism_spectrum_disorders
- 11 Autism, the autisms or "developmental brain dysfunction"? <http://questioning-answers.blogspot.co.uk/2013/04/autism-or-autisms-or-developmental-brain-dysfunction.html>
- 12 Autism and n=1 <http://questioning-answers.blogspot.co.uk/2011/03/autism-and-n1.html>
- 13 Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)11096-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)11096-0/abstract)
- 14 Dr. Andrew Wakefield response to the measles outbreak in South Wales 16 april 2013 <http://www.youtube.com/watch?v=d7kbWfsygG4>
- 15 Dr. Andrew Wakefield: More Questions for Dr. Salisbury 22 april 2013 <http://www.youtube.com/watch?v=qaUXNsFPP8Q>
- 16 Dr. Andrew Wakefield on vaccine failure 3 mei 2013 <http://www.youtube.com/watch?v=BASKGep-CHO>
- 17 "Oh, to Hell with it!" 16 mei 2013 <http://www.youtube.com/watch?v=HYcxIrs4oyk>
- 18 'Dr. Wakefield on Death' 5 juni 2013 <https://www.youtube.com/watch?v=lK9RHIM3zho>
- 19 Identification of Unique Gene Expression Profile in Children with Regressive Autism Spectrum Disorder (ASD) and Ileocolitis <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0058058>
- 20 <http://www.uscfc.uscourts.gov/sites/default/files/CAMPBELL-SMITH.LOWRIE.12.3.2012.pdf>
- 21 <http://www.uscfc.uscourts.gov/sites/default/files/CAMPBELL-SMITH.MOJABI-PROFFER.12.13.2012.pdf>
- 22 Increasing Exposure to Antibody-Stimulating Proteins and Polysaccharides in Vaccines Is Not Associated with Risk of Autism [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(13\)00144-3/fulltext](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(13)00144-3/fulltext)
- 23 The AutismOne & Generation Rescue 2013 Congressional Panel <https://www.youtube.com/watch?v=3wwDPcNdxJQ>



Biomedische aanpak van autisme - Interview Dr. Martha Herbert

Een vertaling en bewerking van een interview van Ruth Walker met Dr. Martha Herbert dat op 26 mei 2013 is gepubliceerd in Scotland on Sunday¹. Dr. Martha Herbert van de Harvard Medical School is vooraanstaand deskundige op het gebied van autisme en auteur van 'The Autism Revolution'². Zij denkt dat de huidige geaccepteerde benadering van autisme van meet af aan niet goed is geweest. Zij zegt dat autisme een behandelbare aandoening is waar de volledige lichamelijke conditie bij betrokken is en dat autisme verkeerd is gecategoriseerd als zijnde een levenslange, genetisch veroorzaakte, psychiatrische aandoening.

Met dank aan Monique Feld voor vertaling.

Autisme: een generatie ontsloten

Dr. Herbert, een van de sprekers op de conferentie 'Changing the Course of Autism: the Science and Intervention' in Edinburgh juni 2013^{3,4} zegt: 'mensen veronderstelden jarenlang dat als iemand een neuro-psychiatrische aandoening heeft dit een soort hersendefect was ontstaan bij de bevruchting door hun genetische blauwdruk - men ging er vanuit dat de hersenen niet goed functioneerden. Maar wij komen tot de ontdekking dat, vooral nu in de tijd van de iPads en toetsenborden, een heleboel mensen die niet kunnen praten wel kunnen opschrijven wat ze denken. Ze schrijven boeken, ze maken films, ze communiceren op internet en ze testen hun IQ. Sommigen hebben een IQ van 180'.

Over de oorzaak van autisme is lang en hard gedebatteerd - en het debat gaat door - maar Herbert gelooft dat aan de wortel van het ziektebeeld zogenaamde calcium kanalen ten grondslag liggen die de sleutel vormen voor de manier waarop de hersenen communiceren met alle overige delen van ons lichaam. Een collaps of disfunctioneren van calcium kanalen kan veroorzaakt worden door erfelijkheid, door toxines of door beiden.

En - voor de duidelijkheid - zij definieert toxines als 'de opstapeling van alle stoffen waaraan we zijn blootgesteld, die zich ophopen in onze lichamen en die onze lichaamsfuncties en lichaamssystemen ondermijnen. Er zijn zoveel stoffen in de lucht

en in het eten dat we eten en in de watervoorziening. Al deze blootstellingen belemmeren de cellulaire functies in ons lichaam’.

De toxische cocktail van stoffen waaraan we blootstaan, heeft niet alleen geresulteerd in een enorme toename van autisme. Ook diabetes, obesitas, hartziekten en kanker vallen binnen dezelfde categorie, volgens Herbert. ‘De informatie die we vinden in deze ziektebeelden hebben sterke overeenkomsten met autisme. Iemand noemde autisme ‘diabetes van de hersenen’.

Aan een eventueel verband van vaccins - BMR in het bijzonder - en autisme wil Herbert zich kennelijk niet wagen. Of dat komt door haar overtuiging, gebrek aan kennis hierover, de beladenheid van het onderwerp of de mogelijke schade die het kan geven aan haar carrière, is niet duidelijk. Ze zegt: ‘De publiciteit rondom de BMR-vaccinatie, waarvan velen geloven dat het autisme veroorzaakt, heeft de zaken onnodig gecompliceerd gemaakt. De hele zaak wordt tegengehouden door deze gekke vaccinatiestrijd die iedereen bang maakt. Laat het gewoon gaan en kijk naar de kinderen. Zij hebben medische hulp nodig.’

Eén van de belangrijkste medische kwesties die hierbij betrokken zijn is wat zij noemt ‘nutrient sweating’. Hierbij zijn kinderen zo uitgeteerd dat ze hun voedsel niet goed opnemen. Het is nodig dat ze hun spijsvertering opnieuw gaan opbouwen en om de darmflora goed geregeld te krijgen - velen van hen hebben meerdere antibioticakuren gehad. Dat moet aangevuld worden en dat kan gedaan worden met gefermenteerde voeding. Probiotica werkt, maar het werkt niet zo goed als gefermenteerde voeding. Gefermenteerde voeding zijn bijvoorbeeld miso, ingemaakt voedsel, Marmite, yoghurt en sommige kaas-soorten.

‘Veel autistische kinderen neigen ertoe erg kieskeurige eters te zijn’, vervolgt Herbert, ‘zij eten niet de goede dingen en als zij het wel doen dan nemen ze zelfs de kleinste hoeveelheid van de voedingsstoffen niet op. Het kost veel werk om deze kinderen hun eten op te laten eten.’

Ik gaf ooit advies aan een grote instelling in de staat New York bij een biologisch dynamisch boerderij. (Red: autistische) kinderen gaan daarheen en hebben dan nog verschrikkelijke eetgewoonten, maar binnen een paar maanden zitten ze daar borden broccoli te eten en ze vinden het heerlijk. Ze beginnen veel beter te functioneren, stoppen hun agressie en gaan zich met elkaar verbinden.’

Wanneer een goed dieet is bereikt kunnen ze gaan werken aan het bereiken van een goed slaappatroon. ‘Hun slaap is verschrikkelijk onregelmatig en het is heel belangrijk om daar regelmaat in te brengen. Regelmaat, dagelijks eten, beweging, al deze zaken zijn werkelijk elementaire dingen die niet nog 40 jaar kostbaar wetenschappelijk onderzoek vragen. Maar deze dingen zijn veronachtzaamd bij autisme.’

Men beschikt bij deze instelling over deskundigheid die niet wordt aangeleerd in gewone medische trainingen,’ zegt Herbert, ‘dus klinkt het als alternatieve geneeswijze en mensen willen er niet over horen. Maar het wordt meer en meer geaccepteerd.’

‘Ik hoop onderdeel te zijn van een verandering, zodat iedere dokter leert hoe hiermee om te gaan, want het gaat niet alleen over autisme; elke patient met diabetes, elke patient met hoge bloeddruk kan hiervan profiteren. Er is een aantal gezondheidszorgwerkers die deze wijze van benadering heeft gebruikt bij moeders vóórdat ze zwanger werden. Men voorspelde dat een aantal van hen, vooral die met een hoog risico, babies met autisme zouden krijgen maar dat was niet het geval.’

Deze hoog-risico-moeders, zegt zij, waren vrouwen die veel junkfood aten en veel cola dronken. Misschien werkten zij thuis aan hun huis, terwijl ze zwanger waren, schuurden vloeren en schilderden muren, gebruikten veel chemische producten. ‘Zij stelden zich bloot in een kwetsbare tijd en het komt niet eens in hen op dat het een probleem zou kunnen zijn.’

‘Als de baby geboren is kan het diarree hebben en krampen en de dokter kan zeggen dat het OK is, terwijl het niet OK is, omdat het al laat zien dat het immuunsysteem ondermijnd is’, zegt zij. Betekent dat Dr. Herbert dat met het onderzoek dat loopt, een tijd zal aanbreken waarin wij autisme misschien geheel kunnen uitbannen?

‘Ja’, zegt zij direct. ‘Niet noodzakelijkerwijs voor 100%, maar voor het overgrote deel. Ik denk dat de meeste mensen geen genetische aanleg hebben, of dat de genetische aanleg niet bepalend genoeg is als men de omgevingstriggers weghaalt.’

1 Autism: Unlocking a generation <http://www.scotsman.com/scotland-on-sunday/scotland/autism-unlocking-a-generation-1-2944710>

2 <http://www.autismrevolution.org/>

3 <http://www.treatingautism.co.uk/events/629/autism-conference-changing-the-course-of-autism-the-science-and-intervention/>

4 <http://www.autismtreatmenttrust.org>

Nieuwe facebook-pagina-Biomedische aanpak bij Autisme Spectrum Stoornissen (ASS)

Dit is een facebook-pagina voor een besloten groep, waarin informatie wordt verzameld over de mogelijke behandel- en geneesmethoden van degeneratief autisme.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen genetisch autisme en degeneratief autisme. Degeneratief autisme betekent dat een kind 'gezond' wordt geboren en dat de klachten pas later komen. Degeneratief autisme kan ontstaan bij reeds in aanleg (prikkel)gevoelige kinderen die in aanraking komen met chemische stoffen en immuunsuppressors zoals vaccinaties, antibiotica e.d.

De meeste kinderen met ASS behoren tot de laatste groep.

Er bestaan al groepen met fantastische informatie zoals 'Recovering Kids', 'Cease homeopathy', 'MMS Autism', 'Finding Answers to Curing Autism' etc. Biomedische aanpak bij ASS is hierop een aanvulling, bedoeld om Nederlandse/Vlaamse ouders bij elkaar te brengen en te laten delen over de Nederlandse/Vlaamse situatie.

Eén van de initiatiefneemsters, Sancha Vieira geeft haar toelichting.

'Je kind wordt gezond en wel geboren, begint te praten, wuift gedag, rent met een hockeystick achter een bal aan en opeens kort na een vaccinatie verdwijnt dat alles en reageert hij zelfs niet meer op zijn naam. Dan krijg je te horen dat je kind autisme heeft en dat je het gewoon maar moet accepteren. Dit is mijn verhaal en zo zijn ook de verhalen van vele moeders die ik heb leren kennen tijdens mijn zoektocht wat er nu ECHT met mijn kind aan de hand is. Het enige wat ik zeker wist is dat mijn kind eerst niet autistisch was en dat hij dit in een tijdsbestek van twee maanden is geworden.

Tijdens mijn zoektocht heb ik ontdekt dat er honderden moeders in hetzelfde schuitje zitten die ook op zoek zijn naar antwoorden. Zo ben ik in contact gekomen met de biomedische aanpak voor autisme en heb ik ontdekt dat er een verschil bestaat tussen genetisch autisme en degeneratief autisme. Ik heb zelf een DNA onderzoek laten doen in Amerika en ben er achter gekomen dat mijn zoon een genmutatie heeft waardoor hij niet goed kan ontgiften. Dat maakt hem gevoelig voor meerdere vaccinaties achter elkaar. Als hij ziek is of zelfs alleen maar verkouden, werkt zijn ontgiftingssysteem nog minder goed, waardoor in zijn geval het vaccineren tijdens een verkoudheid bijzonder slecht heeft uitgepakt en tot zijn autisme heeft geleid. Zou het niet geweldig zijn als dit DNA onderzoek in de hiepriek bij geboorte wordt meegenomen, zodat op voorhand kan worden ingeschat of een kind vaccins goed kan verdragen?

Autisme cijfers stijgen en artsen in Nederland blijven volhouden dat het genetisch bepaald is.

'Genes Load the Gun, But Environment Pulls the Trigger' zeggen ze in Amerika.

In mijn omgeving stuit ik op veel weerstand, omdat er algemeen gedacht wordt dat autisme een neurologische aandoening is en genezing niet mogelijk is. Maar iedere dag lees ik over genezingen van kinderen die eerst een diagnose klassiek autisme hadden. De bevindingen die ik samen met andere Nederlandse moeders heb opgespoord, hebben we verzameld en met deze informatie zijn wij een facebookgroep begonnen **'Biomedische aanpak bij ASS'**. Hiermee willen we ouders informeren over het feit dat hun zoon of dochter wel degelijk kan genezen wanneer het degeneratief autisme heeft.'

Sancha Vieira - Biomedische Aanpak bij ASS

<https://www.facebook.com/groups/146535178859527/?fref=ts>

Wereldwijde uitroeiing van mazelen realistisch?

Kanttekeningen van een specialist, Dr. D.A. Henderson, hoofd van het WHO smallpox eradication programma.

In 2011 heeft Lucija Tomljenovic een document gepubliceerd¹, waarin ze naar diverse vergadernotulen verwijst, met name uit de jaren '80 en '90, van de Britse gezondheidsraad die zich met vaccinatiekwesities bezig houdt namelijk de 'Joint Committee on Vaccination and Immunisation'. Het gaat hier om documenten van de Britse overheid die deels door FOI-verzoeken boven water zijn gekomen. FOI staat voor Freedom of Information (Act) en komt overeen met wat we in Nederland een Wet Openbaarheid van Bestuur (WOB) verzoek noemen. Deze notulen stammen uit de tijd dat openbaarheid van bestuur nog geen vanzelfsprekendheid was, laat staan dat het wettelijk was geregeld dat overheidsdocumenten opvraagbaar waren voor burgers.

In de notulen van de vergadering van 17 juni 1983² wordt onder meer gesproken over mazelen, het vaccin ertegen en over de bijwerkingen van het vaccin en er wordt gesproken over plannen om wereldwijd mazelen te willen uitroeien. Hiervoor zou een vaccinatiegraad van 96% vereist zijn. Er wordt geopperd dat naar schatting de meeste Europese landen in 1990 wel mazelenvrij zouden kunnen zijn, mits er voldoende inspanningen worden verricht. Men verwacht dat in de loop van 1983 een voorstel zal worden gedaan aan de Europese ministers om zich te verbinden aan dit streven om mazelen uit te roeien. Tegelijk wordt opgemerkt dat het wel zeer beschamend zou zijn als de Britse overheid zich aan een dergelijk Europees programma zou verbinden maar er in eigen land toch niet in zou slagen deze doelstelling te halen. In deze vergadering wordt dus het behalen van de vaccinatiegraad van 96% en daarmee het uitroeien van mazelen als prestigekwestie aangemerkt.

In dezelfde notulen worden diverse verwijzingen gedaan, onder andere naar een ingezonden brief aan The Lancet in 1982 van ene Dr. D.A. Henderson³. Deze Henderson was het hoofd bij een programma van de WHO nl. het Smallpox Eradication Programme, het wereldomspannende programma om de pokken uit te roeien. Er wordt over deze brief slechts het volgende vermeld:

'Global measles eradication

Letter by Dr. D.A. Henderson, Lancet 1982 vol. 2 pag. 208

The Chairmen (Dr.J.W.G. Smith) reminded members that Dr. Henderson was Chief of the WHO Smallpox Eradication Programme. His letter suggested a more cautious and realistic attitude towards global eradication of measles.'

Volgens deze pokken-uitroeiings-expert is een voorzichtiger en meer realistische houding nodig bij het wereldwijd (willen) uitroeien van mazelen dan wordt voorgesteld door ene Dr. Hopkins. De nieuwsgierigheid is voldoende geprikkeld, dus nu die brief nog uit 1982!

In de brief van Dr. Henderson staat globaal het volgende:

De brief blijkt een reactie te zijn op een eerdere Lancet publicatie van Dr. Hopkins en medeauteurs, over ambitieuze plannen om in korte tijd wereldwijd korte metten met mazelen te maken, plannen die kennelijk niet overeenkomen met de toenmalige WHO-doelstellingen.

Henderson waarschuwt; vergelijk mazelen niet met pokken, het zijn twee totaal verschillende ziekten waarbij er voor mazelen veel meer hindernissen te nemen zijn dan voor pokken (*'The eradication of measles poses far more substantial obstacles than did smallpox eradication.'*).

Ook schrijft hij dat het uitroeien van de pokken niet alleen is bereikt door het uitroeiingsprogramma, waar vaccineren onderdeel van was, maar dat diverse maatregelen in verschillende geïndustrialiseerde en ontwikkelde landen de overdracht van de ziekte al had weten te beperken. Zelfs als het programma niet feilloos zou worden uitgevoerd, lag succesvol uitroeien toch voor de hand: *'When the smallpox eradication programme began, all industrialised and many developing countries had already successfully interrupted transmission with programmes of widely varying quality. It was apparent from the beginning that the eradication of smallpox was achievable with a reasonable margin of error in programme execution.'*

Kennelijk behelste het uitroeiingsprogramma tegen pokken veel meer dan alleen vaccineren of het bereiken van een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. Dat is goed om te beseffen en te onthouden, aangezien pokken als voorbeeld van succesvolle uitroeiing meestal (maar ten onrechte) aan vaccineren wordt toegeschreven.

Henderson maakt onderscheid tussen het vaccineren tegen pokken, wat eenvoudig was en weinig techniek, koeling e.d. vereiste en het vaccineren tegen mazelen, wat veel meer precisie vraagt o.a. bij het toedienen. Ook noemt hij de snelle verspreiding van mazelen en het smalle tijdvenster waarbinnen het mazelenvaccin zou moeten worden gegeven. Dit moet bij baby's als de immuniteit die is meegekregen van de moeder is afgenomen, maar voordat een eventuele natuurlijke besmetting kan optreden. Bij pokken was dat makkelijker, het vaccin daartegen kon al vanaf de geboorte met succes worden toegepast.

Dan zegt hij dat, hoe briljant de vaccinatiecampagne ook wordt uitgevoerd, om verschillende redenen zoals vaccinatieweigeraars of kinderen die om andere redenen de vaccinatie hebben gemist maar ook door minimaal 5% bij wie het vaccin zijn uitwerking mist (vaccinfalen), de 90% vaccinatiegraad niet eenvoudig te halen is.

Een periode van 2-3 jaar van politieke onrust of instabiliteit met onderbreking van het vaccinatieprogramma in een land is voldoende, zegt hij, om opnieuw mazelen epidemieën te doen terugkeren, zeker in gebieden waar veel (oorlogs)vluhtelingen dicht opeen wonen. Dat probleem speelde in het geval van pokken een minder versturende rol omdat de pokken een veel langzamer verspreiding kent dan mazelen. Zelfs bij enige jaren onderbreking van het pokken uitroeiingsprogramma kon de draad weer met succes worden opgepakt. Dat kon bij gebrek aan middelen, logistiek, discipline, geld etc. zelfs zonder vaccins, zegt hij! Maatregelen zoals isolatie van ziektegevallen zijn voor mazelen nooit uitvoerbaar of effectief gebleken.

Henderson pleit dan ook voor een veel realistischer aanpak en pas te gaan streven naar of werken aan een wereldwijde uitroeiing van mazelen nadat eerst de overdracht van mazelen in alle geïndustrialiseerde landen inclusief tien tot vijftien ontwikkelingslanden met succes is doorbroken. Hij gaat zelfs zover te zeggen dat ambities om mazelen te willen uitroeien het vertrouwen in de WHO en de publieke gezondheidszorg zouden kunnen schaden of zelfs fataal kan zijn voor het succes van de WHO in het algemeen.

Inmiddels is het 30 jaar na de bewuste vergadering en 31 jaar na de ingezonden brief van Dr. Henderson. Geheel conform de

voorspelling van Henderson is het einde van de mazelen onder de wereldbevolking nog lang niet in zicht maar worden nog altijd buiten proportionele inspanningen verricht om te proberen dit hoe dan ook en ten koste van en blind voor mogelijke ongewenste neveneffecten voor elkaar te krijgen en is naast een afgenomen vertrouwen in de WHO ook het vertrouwen in overheden en gezondheidsinstanties aan het afnemen.

De 31 jaar oude brief van deze specialist in het veld, Dr. Henderson, blijken profetische woorden te zijn!

1 BSEM March 2011, The Health Hazards of Disease Prevention, The vaccination policy and the Code of Practice of the Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI): are they at odds?, Lucija Tomljenovic, PhD, Neural Dynamics Research Group, Dept. of Ophthalmology and Visual Sciences, University of British, Columbia, 828 W. 10th Ave, Vancouver, BC, V5Z 1L8, <http://www.ecomed.org.uk/wp-content/uploads/2011/09/3-tomljenovic.pdf>

2 JCVI/Measles vaccination sub-committee minutes of meeting, 17 june 1983 (PDF opvraagbaar via redactie@nvkp.nl)

3 Global measles eradication Letter by Dr. D.A. Henderson, Lancet 1982 vol. 2 pag. 208 [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(82\)91046-7/fulltext#](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(82)91046-7/fulltext#)

Baby's van gevaccineerde moeders slechter af

In 'The Journal of Infectious Diseases' van mei 2013 is een onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gepubliceerd¹, dat we in de Nederlandse pers niet gelezen hebben en waarvan we zelfs geen Nederlandse vertaling hebben kunnen vinden. Navraag bij het RIVM om de publicatie in eigen taal of een linkje ernaar op de RIVM-site heeft niets opgeleverd. Uiteindelijk ontvingen we via Twitter van het RIVM toch een bericht hierover. In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde wordt op 5 juni melding gemaakt van dit onderzoek met zeer opmerkelijk een vraagteken achter de titel: 'Baby's in Biblebelt langer beschermd tegen BMR?'² Het gaat om belangrijke bevindingen, namelijk dat baby's van tegen BMR gevaccineerde moeders minder lange en minder goede bescherming hebben van de antistoffen die ze via de placenta van hun moeder hebben meegekregen dan baby's van ongevaccineerde moeders. Dit is een nadeel dat baby's van gevaccineerde moeders op achterstand zet ten opzichte van baby's van ongevaccineerde moeders.

Hoewel het een te verwachten en voorspelbaar effect is, is de verrassing dat dit onderzoek überhaupt is uitgevoerd. De opzet van onderzoek naar de gezondheidsstatus van wel- en niet-gevaccineerden wordt onder meer om ethische redenen wereldwijd zoveel mogelijk vermeden. Aandringen op een onderzoek met een vergelijking van gevaccineerde personen met de reeds bestaande groepen niet-gevaccineerden leverde eerder niet veel op. Niet-vaccineerders wijken in meer opzichten, zoals leefstijl, af van wel-vaccineerders, is jarenlang als argument aangevoerd om mee aan te geven dat de groepen niet homogeen genoeg zouden zijn voor een vergelijking. Met dit onderzoek hebben we echter een informatieve afgeleide in handen waarvoor kennelijk wel toestemming is gegeven.

In 2006-2007 is informatie verzameld van bloedtesten bij een dwarsdoorsnede van de Nederlandse bevolking. Hieruit zijn achteraf de gegevens gefilterd over antistofgehaltenes van kinderen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd van de algemene bevolking (met hoge vaccinatiegraad) en die heeft men voor dit onderzoek vergeleken met de gegevens van diezelfde selectie maar dan onder orthodox Protestants Christelijke gemeenschappen (met lage vaccinatiegraad) die met regelmaat blootgesteld waren aan uitbraken van bof, mazelen en rodehond.

Pasgeboren baby's krijgen van de moeder via de placenta antistoffen mee (maternale antistoffen) om ze de eerste maanden zoveel mogelijk te beschermen tegen diverse ziekten. Nu blijkt dat kinderen geboren uit gevaccineerde moeders slechts kortdurend zijn beschermd door deze maternale antistoffen. De beschermingsduur van baby's van gevaccineerde moeders was:

- 3,3 maanden voor mazelen
- 2,7 maanden voor bof
- 3,9 maanden voor rodehond
- 3,4 maanden voor waterpokken.

De beschermingsduur van baby's tegen mazelen uit de orthodox christelijke gemeenschappen, van wie de meesten ongevaccineerd waren, was 2 maanden langer, nl. 5,5 maanden. Voor rodehond had deze groep baby's van ongevaccineerde moeders hogere gehalten antistoffen in vergelijking met de groep baby's van moeders uit de algemene bevolking.

De conclusie die hierbij wordt getrokken is dat er een verhoogde kans bestaat op transmissie, het overbrengen van deze ziekten, juist bij een bevolkingsgroep met een hoge vaccinatiegraad en juist bij de groep die hiervoor het meest kwetsbaar is, nl. zuigelingen.

Bovendien is het te verwachten, zegt men in de publicatie, dat het aandeel vrouwen in Europa in de vruchtbare leeftijd dat de BMR vaccinatie heeft ontvangen alleen maar toeneemt en dit zal ook de beschermingsduur van hun maternale antistoffen aan hun kinderen verder bekorten. De hoofdauteur, Dr. Sandra Waaijenborg, zegt dat hiermee "a new unanticipated pool of individuals that are susceptible to infection" is gecreëerd. Dat betekent, men heeft niet voorzien dat door het vaccinatieprogramma een groep mensen is ontstaan die gevoelig is voor de betreffende infectie(s). Dat dit een onvoorzien effect genoemd wordt lijkt in dit kader nogal naïef, aangezien er al in de jaren '50 van de vorige eeuw werd gewaarschuwd dat grootschalige vaccinatie tegen mazelen (het vaccin werd toen nog niet gebruikt) tot afnemende immuniteit op latere leeftijd zal leiden wat weer ongewenste risico's met zich meebrengt. Wijlen Dr. Tinus Smits heeft hierover op zijn website het volgende geschreven³:

'In 1950 waarschuwde een rapport van de WHO tegen het gebruik van een eventueel mazelen vaccin (toen nog in ontwikkeling) dat niet in staat zou zijn om een levenslange immuniteit te verschaffen zoals de ziekte zelf doet, terwijl de feitelijke risico's van mazelen heel gering zijn. Een methode die slechts een immuniteit van enkele jaren garandeert zou het uitbreken van de ziekte tot de volwassen leeftijd kunnen vertragen en dan veel gevaarlijker zijn.'

Door vaccineren dat niet levenslang beschermt, worden niet alleen volwassenen opnieuw bevattelijk voor de ziekte, maar kunnen volwassen vrouwen in de vruchtbare leeftijd hoe langer hoe minder de broodnodige bescherming van hun pasgeboren kinderen waarborgen, zo is uit dit RIVM onderzoek gebleken.

En of dit nu getuigt van diepgaand inzicht of niet, de aanbeveling bij deze studie is om zuigelingen die een verhoogd risico lopen op besmetting met mazelen - omdat ze wonen in of gaan reizen naar gebieden waar nog wel eens uitbraken zijn - hun eerste BMR vervroegd aan te bieden, conform de liggende richtlijnen.

One step forward, two steps back!

1 Waning of Maternal Antibodies Against Measles, Mumps, Rubella, and Varicella in Communities With Contrasting Vaccination Coverage <http://jid.oxfordjournals.org/content/early/2013/04/29/infdis.jit143.full>

2 Baby's in Biblebelt langer beschermd tegen BMR? <http://www.ntvg.nl/publicatie/babys-biblebelt-langer-beschermd-tegen-bmr/volledig>

3. <http://www.post-vaccinaal-syndroom.nl/3911/mazelen.aspx>

Switch in poliovaccin

Vincent Racaniello, Professor in de microbiologie en immunologie aan de Columbia University, schrijft op 8 januari jl. in zijn blog dat de WHO haar strategie voor het uitroeien van polio wereldwijd eindelijk zal wijzigen.¹ De titel, *'WHO will switch to type 2 inactivated poliovirus vaccine'*, lijkt nog nu nog 'wishfull thinking', aangezien het voorlopig waarschijnlijk de goedkopere en goedkoop te distribueren vaccins zullen zijn - vaak van mindere kwaliteit - die in onderontwikkelde gebieden zullen worden ingezet.

In dit stuk wordt er zoals altijd automatisch van uitgegaan dat het afnemen van ziektes wordt veroorzaakt door vaccinatiecampagnes. Waar nog Polio heerst zoals in Nigeria, Pakistan en Afghanistan wordt dit geweten aan een lagere vaccinatiegraad. Ook Difterie komt in deze landen weer voor. Toevallig zijn dit ook de landen met een zeer slechte levenssituatie, oorlog, geweld, armoede, ondervoeding. Een klimaat met veel onzekerheid en angst. Dus evenzeer kunnen deze oorzaken verantwoordelijk zijn voor het feit dat ziekten als Polio en Difterie hier nog optreden.

Arme landen in Afrika worden ook vaak gebruikt om te experimenteren met nieuwe vaccins, weinig regels, weinig pottenkijkers als het fout gaat, ontbreken van follow-up over de bijwerkingen en heel belangrijk, uiterst goedkoop, behalve misschien hier en daar wat smeergeld. De ellende begon al in de vijftiger jaren met de eerste experimentele orale poliovaccins (OPV) van Kaprovsky die in verband worden gebracht met het ontstaan van AIDS. Hierbij werden een miljoen Afrikanen in Kongo, Burundi en Rwanda geënt. Poliovirus werd en wordt meestal op apenniercellen gekweekt en via deze weg zijn al vaker schadelijke virussen in het vaccin terecht gekomen.² Ook de verontreiniging van het poliovaccin met het kanker verwekkende SV40 apenvirus is berucht.³

Op zijn best zou het OPV Polio kunnen hebben uitgeroeid, maar of dit een zegen was door de introductie van AIDS, is natuurlijk zeer de vraag.

Wie mocht menen dat Afrika niet meer wordt gebruikt als goedkoop proefterrein vergist zich. Recent speelt weer drama in Tsjaad met een experimenteel Meningitis vaccin, "MenAfriVac," waarbij tientallen kinderen verlamd raakten. Zoals gewoonlijk geen woord hierover in de Nederlandse media, gelukkig dat de cover-up hierover via internet toch de wereld in komt⁴.

Het leek het ons goed om de visie van Prof. Racaniello met u te delen. Hij drukt zich behoedzaam uit maar maakt toch ernstig bezwaar tegen de nog altijd in gebruik zijnde orale poliovaccins in ontwikkelingslanden⁵. Dit stuk illustreert hoe lang het vaak duurt voordat instanties als de WHO, die moeten waken over onze gezondheid, voor rede en verandering vatbaar blijken.

Bovenstaande introductie is tot stand gekomen met dank aan Peter Guinee en de vertaling van de blog is van Monique Feld.

WHO gaat over op type 2 geïnactiveerd poliovaccin

De campagne van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) om poliomyelitis uit te roeien heeft in 2012 een indrukwekkend resultaat opgeleverd. Er zijn slechts 212 poliogevallen gemeld, vergeleken bij de 620 het jaar ervoor; India bleef zelfs poliovrij. De keerzijde van dit verhaal is dat, als het wilde virustype is uitgeschakeld (dus die vorm van Polio die 'van nature' circuleert), vaccingelateerde poliomyelitis hiervoor in de plaats komt (veroorzaakt door het vaccin). Het besluit van de WHO - wat als een mijlpaal gezien kan worden - om het besmettelijke (orale) type 2 Sabin poliovaccin te vervangen door het geïnactiveerde (dode) poliovaccin, is een belangrijke stap naar het uitbannen van vaccingelateerde poliomyelitis.

Een bekend neveneffect van Sabin poliovaccins, die oraal ingenomen worden en zich in de ingewanden kan vermeerderen,

is de vaccegeassocieerde poliomyelitis. In de jaren dat het Sabinvaccin (ook het orale poliovaccin genoemd, of OPV) werd gebruikt in de VS, kwamen gevallen van poliomyelitis voor, veroorzaakt door poliovirussen afkomstig van poliovaccins. Dit kwam in ongeveer 1 op de 1.4 miljoen vaccindoses voor, oftewel 7-8 gevallen per jaar. Toen de ziekte was uitgeroeid in de VS in 1979 werden de enige gevallen van polio die zich nog voordeden, veroorzaakt door poliovirussen afkomstig van poliovaccins. Daarom is de VS in 2000 overgestapt op het Salk geïnactiveerd poliovaccin (IPV).

Het belangrijkste vaccin wat door de WHO gebruikt werd in een wereldwijde poging tot uitroeiing was een trivalente bereiding die alle drie de serotypen (virustypen) omvatte. Toen serotype 2 in 1999 was uitgeroeid begonnen veel landen slechts te vaccineren tegen serotypen 1 en 3 poliovirus. Door deze vaccinatiestrategie is de bevolkingsimmunitet voor type 2 poliovirus afgenomen. Deze overstap heeft ervoor gezorgd, samen met een lage vaccinatiegraad in sommige gebieden, dat er uitbraken van polio zijn veroorzaakt door poliovirussen afkomstig van poliovaccins type 2 in landen als Pakistan.

Prof. Racaniello heeft in 1997 bij de WHO aangedrongen op de noodzaak om over te stappen van OPV naar IPV om de uitroeiing van polio te bereiken. De WHO was het toen echter niet eens met deze stellingname. Op een conferentie in 2001 stemde D.A. Henderson, die jaren eerder de leiding had over de campagne om wereldwijd de pokken uit te roeien, in met Racaniello en bevestigde dat het doorgaan met de huidige werkwijze van het vaccineren met het besmettelijke OPV niet de juiste eindspelstrategie is.

Prof. Racaniello was aangenaam verrast toen in mei 2012 de 65e Wereld Gezondheidsraad de directeur-generaal verzocht om 'de coördinatie met alle relevante partners op zich te nemen, inclusief de vaccinproducenten, voor het bespoedigen van onderzoek, productie en aanbod van vaccins, vooral geïnactiveerde poliovaccins en om de betaalbaarheid, werkzaamheid en toegankelijkheid te verbeteren'. Later in het jaar riep de Strategic Advisory Group of Experts on immunization (SAGE) op tot een wereldwijde overschakeling van trivalent naar bivalent OPV, daarbij de type 2 component uitschakelend.⁶ Om zich ervan te verzekeren dat het rondwarende type 2 poliovirus voortkomend uit het poliovaccin geen bedreiging zal vormen, deed SAGE een aanbeveling dat alle landen op zijn minst een dosis geïnactiveerd poliovaccin introduceren. Dit besluit is aangekondigd in Weekly Epidemiological Records van 4 januari 2013.⁷

Het feit dat de WHO gelooft dat het noodzakelijk is om over te schakelen van type 2 OPV naar IPV betekent zeker dat in de toekomst, als type 1 en 3 poliovirussen zijn uitgeroeid, de type 1 en 3 OPV zullen worden vervangen door IPV. Dit is de juiste eindspelstrategie om polio uit te roeien. Als ooit de circulerende poliovirussen afkomstig van het poliovaccin niet langer te bespeuren zijn op onze planeet - wat mogelijk niet zal gebeuren voor 2020 - dan kunnen we veilig stoppen met immunisatie met IPV.

Bronnen:

1 <http://www.virology.ws/2013/01/08/who-will-switch-to-inactivated-poliovaccine/>

2 <http://www.aidsorigins.com/content/view/227/2/>

3 <http://www.virology.ws/2010/04/13/poliovirus-vaccine-sv40-and-human-cancer/>

4 http://vactruth.com/2013/02/12/vaccine-cover-up/?utm_source=The+Vaccine+Truth+Newsletter&utm_campaign=5436f78ea9-02_12_2013_cover_up&utm_medium=email

5 <http://www.virology.ws/2012/12/20/vaccine-associated-poliomyelitis-in-pakistan/>

6 http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2012/november/news_sage_ipv_opv_nov2012/en/index.html

7 <http://www.who.int/wer/2013/wer8801.pdf>



Bescherming van het huidige kinkhoestvaccin feit of fictie? Deel 2

Dit is het vervolg op het in december 2012 verschenen artikel met gelijknamige titel. Kort samengevat is hierin aangegeven dat sinds ruim acht jaar door o.a. het NVI (Nederlands Vaccin Instituut) en het RIVM wordt aangegeven dat er eigenlijk een nieuw kinkhoestvaccin ontwikkeld zou moeten worden. Bij gebrek hieraan wordt nog steeds het niet-(voldoende) effectief gebleken vaccin gebruikt. In een poging de allerkleinste kinderen en vooral zuigelingen, te kunnen beschermen is het plan van 'cocooning' uitgewerkt, waarover verslag is gedaan in kwartaalblad Kritisch Prikken 1 2013. Ook zijn er plannen om zelfs zwangere vrouwen te gaan vaccineren, mogelijk u als toekomstig (groot) ouders, maar ook de verloskundige, medewerk(st)er in het ziekenhuis en consultatiebureau.

De eerdere aanpassingen in het vaccinatieschema;

- vervroeging van de eerste vaccinaties van 3 naar 2 maanden na geboorte;
- invoering voorschoolse herhalings- of boostervaccinatie;
- meerdere aanpassingen in het vaccin zelf (waaronder acellulair kinkhoestvaccin)

hebben onvoldoende positief effect gehad op het aantal gediagnosticeerde kinkhoestgevallen. Integendeel, we zien een toename van kinkhoest, niet alleen in Nederland, maar wereldwijd.

Wie het themanummer 'Vaccinatie' van het RIVM¹ heeft gelezen, is misschien opgevallen dat hierin vermeld staat dat het huidige acellulaire kinkhoestvaccin tot een toename van bijwerkingen heeft geleid. Eén van de argumenten om over te stappen van het hele-cel kinkhoest vaccin naar het acellulaire vaccin was, omdat hier minder bijwerkingen van werden verwacht. Het beoogde effect hiervan blijft echter uit. Ook wordt in het acellulaire vaccin nog steeds de oude kinkhoeststam uit de jaren '50 van de vorige eeuw gebruikt, terwijl een gemuteerde vorm van de kinkhoestbacterie de veroorzaker is van de huidige kinkhoestinfecties.

Deze problematiek met de kinkhoest en het vaccin ertegen is duidelijk gepresenteerd tijdens de laatste Vaste Prik Dag 2013² die werd georganiseerd door het RIVM. In de presentatie genaamd; 'Kinkhoest niet onder controle' wordt als oorzaak van de toename van het aantal kinkhoestgevallen genoemd; wegebbende immuniteit, die het gevolg is van niet goed werkende vaccins en aanpassing van de bacterie die circuleert.

In een van de artikelen³ uit het genoemde themanummer 'Vaccinatie' wordt de volgende conclusie weergegeven.

'Dit onderzoek toont duidelijk aan dat kinderen die zowel in het eerste levensjaar als op 4-jarige leeftijd gevaccineerd zijn met het acellulaire kinkhoestvaccin vaker (mogelijke) bijwerkingen rapporteren dan kinderen die in het eerste levensjaar het hele-cel vaccin en op 4 jarige leeftijd het acellulaire vaccin hebben ontvangen'.

Ik ga er vanuit dat de (bij)werkingen door de ouders of gezondheidsmedewerk(st)ers gerapporteerd zijn en niet door de kinderen zelf.

In het hoofdstuk volgend op de conclusie, genaamd 'Geheugen immuniteit na Boostervaccinatie, Achtergrond', wordt uitgebreider ingegaan op de werkingsmechanismen van ons immuunsysteem. Ons immuunsysteem maakt verschillende afweercellen aan, zogenaamde T- of Th-cellen (thymus of zwezerik cellen). Twee belangrijke Th-cellen zijn de Th1- en Th2-cellen die in een bepaalde verhouding moeten voorkomen. Helaas verstoort het acellulaire kinkhoestvaccin deze verhouding met een verschuiving naar een toename van Th2-cellen. Deze Th2 cellen worden in relatie gebracht met o.a. allergie klachten en een specifieke toename van de IgE antistoffen en die tot verhoogde kans op allergieën leidt.

De verschuiving naar meer Th2-gestuurde immunerespons door of na vaccinatie wordt beschreven in de medische literatuur en staat ook benoemd in het genoemde artikel van het RIVM.

In het artikel wordt nader ingegaan op de vorming van IgE tegen het kinkhoesttoxine, het zogenaamde pertussistoxine (PT). Dit toxine treffen we aan in het nu gebruikte DaKTPHibHepB vaccin (Infanrix hexa) en ook in het DTP vaccin dat kinderen op de leeftijd van 9 jaar krijgen aangeboden volgens het Schema van het Rijks Vaccinatie Programma. Het DTP vaccin wordt ook bijna standaard geadviseerd voor veel buitenlandse reizen, zowel voor kinderen als ook voor volwassenen met een herhaling van elke 10 jaar. Zoals hierboven al aangegeven betekent de aanwezigheid van IgE antistoffen tegen het kinkhoesttoxine, dat het lichaam allergisch kan gaan reageren op het kinkhoesttoxine. Er bestaat dan kans dat bij volgende vaccinaties met het Pertussistoxine op latere leeftijd zich ongewenste (allergische) reacties voordoen.

Maar er zijn nog meer nadelen en beperkingen van het huidige acellulaire kinkhoestvaccin. Eén van de redenen voor het toepassen van een zogenaamd boostervaccin/herhalingsvaccin is het op peil houden van immuniteit. Echter, na een serie van 4 acellulaire kinkhoestvaccins blijkt een booster vaccin niet tot nog hogere T-cel responsen te leiden en levert dus niet meer antistoffen op. Het aantal antistoffen neemt in de loop van de tijd juist steeds meer af. Ook is er een stijging van het aantal gemelde ongewenste lokale overgevoelighedsreacties in vergelijking met kinderen die zijn gevaccineerd met het 'whole-cell' kinkhoestvaccin, genoemd worden de typische roodheid en overgevoelighedsreacties tijdens een allergische respons.

Ondanks alle beperkingen, ongewenste (bij)werkingen en gemuteerde bacterietypen, proberen verschillende instanties de ineffectiviteit van het huidige kinkhoestvaccin te verbeteren door steeds meer personen met hetzelfde of met een vergelijkbaar (in)effectief vaccin te vaccineren. In de conclusie van menig proefschrift wordt het advies gegeven om het individu eerder, vaker of meer te vaccineren. Dit wordt aangevuld met de suggestie ook de directe omgeving, zoals zwangere vrouwen, (groot)ouders of gezondheidsmedewerkers (zgn. cocooning) te gaan vaccineren met hetzelfde verouderde kinkhoestvaccin, met alle vermelde nadelen tot gevolg.

Met enige regelmaat wordt de vraag gesteld of er niet een gewijzigd of aangepast kinkhoestvaccin ontwikkeld zou moeten worden. Tijdens de Vast Prik dag 2013 te Amersfoort werd een heel duidelijk antwoord op die vraag gegeven; het ontwikkelen van een goed kinkhoestvaccin is de taak van de (farmaceutische) industrie.

Echter, het RIVM zelf is ook een onderdeel van deze industrie. 'Het RIVM onderzoekt, ontwikkelt en verbetert nieuwe en bestaande vaccins en procesontwikkelingsmethoden', is de letterlijke tekst op de website van het RIVM (mei 2013)⁴. Ook doet het RIVM, naast Lareb, actief onderzoek naar de bijwerkingen van vaccins⁵, maar het heeft de productie van vaccins af gestoten.

Onderzoek naar vaccins kost enorm veel geld en tijd, zo ook veel nieuw onderzoek met de huidige combinatievaccins. Veel eerder gedane onderzoeken met de verschillende vaccincombinaties en aannames zoals vermeld in de bijsluiters zullen op nieuw wetenschappelijk onderzocht moeten worden. Dat kost veel geld en de (farmaceutische) industrie loopt het risico dat

onderzoeken een negatief beeld geven en dat er onderzoeken afgebroken moeten worden vanwege negatieve uitslagen op testen. Dit betekent dus veel financiële risico's maar ook risico's voor de reputatie van het kinkhoestvaccin. Daar tegenover staat dat op dit moment het gebruik van het huidige kinkhoestvaccin de fabrikant enorme winsten oplevert die door de huidige ontwikkelingen in de richting van cocooning en aanverwante strategieën alleen maar zullen stijgen.

De nadelige gevolgen van het gebruik van het huidige vaccin hebben eenzelfde winst verhogend effect. Nog meer bijwerkingen, gezondheidslast die de gezondheidskosten verhogen als gevolg van vaccinaties.

Over de (kosten)effectiviteit van cocooning bestaat veel discussie. Elk vaccin dat in Nederland binnen het RVP gebruikt wordt, moet aan een aantal criteria voldoen, naast uiteraard effectiviteit ook kostendekkendheid. Kosten en baten moeten in een positieve verhouding tot elkaar staan.

Daarnaast geeft het mij geen vertrouwen dat het RIVM openlijk achter deze vaccinatie blijft staan en deze, in weerwil van de feiten, blijft promoten. In mijn opinie is dit het bieden van valse zekerheid. Ondanks vaccinatie met het huidige vaccin komt kinkhoest vaker voor, met name in kwetsbare groepen (zuigelingen).

Het RIVM heeft een suggestie voor cocooning gedaan aan de Gezondheidsraad, waarbij men pleit voor uitbreiding van het vaccinatieschema met het bestaande verouderde acellulaire kinkhoestvaccin. De beslissing tot positieve advisering van het kinkhoestvaccin aan de minister van VWS wordt hiermee bij de Gezondheidsraad gelegd. Als de minister besluit het advies over te nemen zorgt het RIVM daarna weer voor de uitvoering. Hiermee is het RIVM medeverantwoordelijk voor de uitvoering van het advies wat zij zelf aan de Gezondheidsraad hebben gegeven.

Gerard Snik
Lid Kennisteam NVKP

Bronnen:

1 RIVM, Infectiebulletin Thema Vaccinaties 2012

Infectieziekten Bulletin, Jaargang 23 | nummer 8 | oktober 2012, Ontwikkelingen in het Rijksvaccinatieprogramma Vaccinaties voor risicogroepen, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, ISSN-nummer: 0925-711X.

2 www.rivm.nl Kinkhoest niet onder controle?

Nicoline van der Maas, Kinkhoest niet onder controle? Vaste Prikdag 2013, RIVM

3 www.rivm.nl Bijwerkingen van de Kinkhoestboostervaccinatie op 4-jarige leeftijd

Bijwerkingen van de kinkhoestboostervaccinatie op 4-jarige leeftijd, J.M. Kemmeren, N.A.T. van der Maas, L.H. Hendriks, G.A.M. Berbers, H.E. de Melker, A.M. Buisman, Infectieziekten Bulletin | Themanummer vaccinaties 2012

4 <http://www.rivm.nl> Vaccinologie

5 www.rivm.nl Veelgestelde vragen uit de praktijk Vaste Prikdag 2013

Presentatie: Vragen uit de praktijk, Vaste Prikdag 2103 te Amersfoort.

Zie ook: [Wetenschappers doen nieuwe ontdekkingen bij huidig falend kinkhoestvaccin](http://www.news-medical.net/news/20130513/Scientists-make-novel-discoveries-concerning-current-vaccine-against-whooping-cough.aspx)

<http://www.news-medical.net/news/20130513/Scientists-make-novel-discoveries-concerning-current-vaccine-against-whooping-cough.aspx>

Invloeden van sociale netwerken

Een vertaling en bewerking van de samenvatting van een publicatie van een studie, geschreven door Emily K. Brunson (MPH, PhD, departement van antropologie, Texas Staatsuniversiteit, Texas), verschenen op 15 april 2013 in het vakblad Pediatrics¹.

Met dank aan Monique Feld voor vertaalwerk.

Achtergrond en doelstelling van het onderzoek:

Ouders beslissen of hun kinderen wel of niet worden gevaccineerd, maar zelden komen zij op eigen kracht tot deze beslissing. Integendeel, ouders worden beïnvloed door hun sociale netwerk, dat wil zeggen de mensen en bronnen die ze raadplegen voor informatie, voor het geven van richting aan hun beslissing en voor advies. In deze studie is gebruik gemaakt van sociale netwerk analyses van ouders in relatie tot het maken van hun vaccinatiekeuzes. Naast het beschrijven van typische netwerken van ouders die zich conformeren aan het aanbevolen vaccinatieschema (conformers) en diegenen die dat niet doen (nonconformers) is er ook gekeken naar de mate waarin de verschillen in de netwerken van invloed waren op vaccinatiekeuzes van ouders.

Methoden:

Deze studie vond plaats in King Country, Washington. Deelname was beperkt tot personen die in de Verenigde Staten zijn geboren, voor het eerst ouders zijn geworden met kinderen onder de 18 maanden. De gegevens zijn verzameld via een online enquête. Er is gebruik gemaakt van een waarschijnlijkheidsmarge om de resultaten te analyseren.

Resultaten:

126 Conformers en 70 nonconformers hebben de enquête ingevuld. Sociale netwerken werden genoemd bij 95% van de ouders in beide groepen, maar nonconformers bleken significant meer gebruik te maken van sociale netwerken als informatiebron.

De meest voorspellende variabele was het percentage sociale netwerken van de ouders dat nonconformiteit aanbeval.

Conclusie:

Deze resultaten suggereren sterk dat sociale netwerken, en voornamelijk de netwerken tussen ouders, een belangrijke rol spelen voor ouders bij het maken van hun vaccinatiekeuzes.

1 <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/04/10/peds.2012-2452.abstract>

Oudercontact

De Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken is bijna 20 jaar geleden opgericht voor ouders die vragen en twijfels hadden over vaccineren. De ouders van jonge kinderen zijn onze primaire doelgroep, voor hen willen we informatie verstrekken, hen willen we ondersteunen in hun zoektocht.

Ik mijn eigen omgeving en praktijk zie en hoor ik veel ouders die een eigen beslissing genomen hebben betreffende vaccineren. Ze beginnen later, enten alleen hun oudste kind en zien na nare ervaringen van verdere vaccinatie af of vaccineren maar gedeeltelijk. Wat ik vaak hoor is dat ze graag in contact willen komen met andere ouders die een soortgelijke weg zijn ingeslagen.

Welke beslissing je ook neemt als ouder, er komt vaak twijfel aan te pas. Er zijn toch steeds overwegingen en vragen als ; 'heb ik het wel goed gedaan, hoe denken mijn familie, vrienden, burens en kennissen erover. Hoe ga ik om met een kinderdagverblijf dat vraagt of mijn kind gevaccineerd is? Hoe ga ik om met mijn twijfel en met een misschien af en toe sluimerende angst?' Vaak denken ouders dat ze de enigen in hun buurt zijn die niet of anders vaccineren en hebben zij behoefte aan het delen van hun vragen en twijfels met andere ouders. Maar hoe doe je dat, als er ouders in Maastricht wonen en andere ouders in Groningen? Misschien ben je niet de enige in je straat, buurt of stad maar weet je het niet van elkaar?

Vanuit de NVKP roepen we hierbij ouders op die behoefte hebben aan onderling contact om ervaringen uit te wisselen. Graag ontvangen we jullie reactie en jullie adressen, waarmee we met elkaar door het hele land oudernetwerken gaan oprichten. Binnen deze netwerken kan informatie worden uitgewisseld en ervaringen worden doorgegeven. In welke vorm dat precies zal gaan gebeuren zullen we nader met elkaar gaan bepalen.

Te denken valt aan huiskamerbijeenkomsten, waarbij het iedereen vrij staat ook eens een introducee mee te nemen.

Ben jij ook enthousiast en hebben jullie ook behoefte aan uitwisseling met andere ouders met dezelfde behoefte stuur dan je naam, adres en e-mail adres aan:

Tineke Schaper: t.schaper@tiscali.nl

We willen graag de verschillende ouders in het land in hun eigen regio met elkaar in contact brengen en inventariseren waar de behoefte ligt. Op deze manier kunnen er huiskamerbijeenkomsten worden georganiseerd waarbij iedere ouder een buurman, familielid, vriend of vriendin meeneemt zoals op dit moment in Enschede al gebeurt. En zo kan de kring en het bewustzijn steeds groter worden.

Tijdens de laatste Algemene Ledenvergadering zijn er al diverse namen en adressen genoteerd en wij vermoeden dat er meer ouders zijn die hier behoefte aan hebben.

De NVKP is als een steen die in het water wordt gegooid. De steen verspreidt eindeloze kringen. Jij, als kritische ouder kan daar een bijdrage aan leveren. Veel ouders zijn zich er nog niet van bewust dat er een mogelijkheid tot kiezen is, je moet niet vaccineren, je mag vaccineren, als je dat wilt.

Ik wacht met spanning af.

Tineke Schaper
Enschede



Casus Annedyn

In september 2005 is ons dochtertje Annedyn geboren. Annedyn was een lieve en vrolijke baby die zich goed kon vermaken. Haar ontwikkeling verliep tot anderhalf jaar prima. Ze was vlot met haar eerste woordjes, liep toen ze net een jaar was en was een hele actieve dreumes. Een paar maanden voordat ze twee werd veranderde het geleidelijk. Het meest opvallende was dat haar taalontwikkeling achteruitging; ze raakte woorden kwijt in plaats van dat ze meer woorden tot haar beschikking kreeg. Ze sprak niet meer. Maar ook in haar gedrag werd ze moeilijker; het moest precies zo, heel dwingend. Hierdoor was er steeds meer strijd in de omgang. Fysiek ging het ook minder goed, ze had veel last van diarree en oogde vaak flets en vermoeid. Annedyn heeft in die tijd ook een broertje gekregen, we gingen ervan uit dat haar klachten hierdoor kwamen.

Toen ze net 2 jaar was, werd er begeleiding, gericht op (opnieuw) vooruitgang krijgen van haar taalontwikkeling, gestart. Op de crèche maakten ze zich ook zorgen over de sociaal emotionele ontwikkeling. Annedyn trok zich terug en sloot zich af voor veel activiteiten en initiatieven van de leidsters en andere kinderen. De begeleiding werd toen gericht op het terugtrekken en het maken van contact. We maakten kleine stapjes, Annedyn ging zeker vooruit, maar de problemen bleven en het verschil met leeftijdsgenoten werd groter. Ondertussen kreeg ze ook slaapproblemen. Het werd voor ons steeds duidelijker dat haar gedrag sterk samenhangt met haar fysieke gesteldheid. De diarree keerde steeds terug. Ik had al vaker gedacht aan homeopathie of een iriscopist, want ik wilde haar geen vervelende darmonderzoeken laten ondergaan.

Nadat iemand had aangegeven dat Nicolien de Kroon een goede klassiek homeopaat was, heb ik contact met haar gezocht. We zijn langs geweest voor een intakegesprek. Nicolien legde al snel een relatie tussen de stagnatie in haar ontwikkeling en de vaccinaties die ze had gekregen. Omdat Annedyn regelmatig ziek was (keelontsteking, bronchitis, longontsteking) had ze ondertussen ook de nodige antibioticakuren gehad. Volgens Nicolien kon haar lijfje dit allemaal niet verwerken. Nicolien heeft hiervoor korreltjes gegeven. Vanaf het eerste korreltje was de diarree weg en sliep ze plots door. Eens per maand gingen we naar Nicolien zodat zij de ontwikkeling kon volgen en haar 'korrels' hierop af kon stemmen.

Drie maanden later was er zo'n verschil. Annedyn was nu weer een vrolijke peuter. Ze was meegaander geworden, met natuurlijk heus nog wel soms koppig peutergedrag, maar niet meer zo dwingend. De slaapproblemen waren duidelijk verminderd, de diarree was weg, haar taalontwikkeling kwam weer goed op gang én ze was veel opener in het contact met andere volwassenen en kinderen. Ik ben zo ontzettend, hartgrondig blij dat we deze stap hebben gezet. We hadden anders nooit de problemen zo in de kern aan kunnen pakken. We krijgen nu geleidelijk weer het meisje terug, zoals we dachten dat ze was. Ik heb me veel zorgen over de ontwikkeling van Annedyn gemaakt, maar kreeg nu weer volop vertrouwen.

Het vervolg in het verhaal van Annedyn 2013

Het is inmiddels ruim 4 jaar geleden dat we met Annedyn bij Nicolien zijn gekomen. Vanaf het eerste moment dat Annedyn korrels kreeg zagen we een verandering en was er sprake van een positieve ontwikkeling. Annedyn was destijds bijna 4 jaar en door haar grote taalachterstand en haar onzekerheid hebben we toen besloten om haar naar De Skelp - een school voor kinderen met ernstige taal-spraak problemen - te laten gaan. Ze ging hier na de zomervakantie heen. In september werden er opnieuw logopedische testen afgenomen en toen bleek ook uit de scores, dat ze een inhaalslag aan het maken was. Waar de scores een half jaar eerder nog zwak waren, vielen ze nu binnen het gemiddelde. Annedyn is na een half jaar op de basis-school in het dorp gekomen. Ze had nog wel extra begeleiding nodig, wat gelukkig ook mogelijk was vanuit een rugzakje. De positieve ontwikkeling bleef zich doorzetten, op alle ontwikkelingsgebieden. Ondertussen zit Annedyn in eind groep 4 en pakt het op school prima op. Ze heeft zelfs hoge scores op begrijpend lezen, wat gezien haar grote taalachterstand 4,5 jaar geleden ongelooflijk is.

Annedyn is uitgegroeid tot een heel onbevangen, spontaan en expressief meisje. Ze heeft een felle en pittige kant en staat haar mannetje, maar aan de andere kant is ze heel meelevend en 'geeft' ze heel veel. Een vriendinnetje deed laatst een hele bijzondere en treffende uitspraak. Ze zei, toen ze bij Annedyn geleerd had: 'Dit was mijn leukste dag. Gewoonlijk voel ik me vaak zo boos, maar ik word zo blij van Annedyn'.

Jantina



Light it up Blue

Aanbevelingen voor het Poolse vaccinatieprogramma

Zorgen over bijwerkingen van vaccinaties en een kritische houding ten aanzien van vaccinaties zien we steeds meer over de hele wereld. Zo nu en dan vernemen we hierover iets uit Polen. Tijdens de hype rondom de Mexicaanse Griepvaccinatie in 2009 was het Polen wiens minister van volksgezondheid besloot niet mee te doen aan massale vaccinatiecampagnes met vaccins met onbewezen werkzaamheid en effectiviteit. Dat was een opmerkelijke en, in vergelijking met veel andere Europese landen, afwijkende manoeuvre.

In het blad *Progressive Health Science* 2012, deel 2, nr. 1 lazen wij onlangs een uitvoerig en lezenswaardig artikel gepubliceerd in het Engels geschreven door de Poolse auteurs Sienkiewicz D., Kulak W., Okurowska-Zawada B., Paszko-Patej G. Zij maken deel uit van het departement van kinderrevalidatie van de medische universiteit van Bialystok, Polen.
De titel van het stuk luidt 'Ongewenste neurologische effecten na vaccinatie'.¹

Hoewel het vaccinatieprogramma in Polen op diverse onderdelen afwijkt van het Nederlandse schema vinden wij het de moeite waard om de aanbevelingen aan het slot van dit artikel hier over te nemen. Per voorstel voegen wij de eventuele waarde hiervan ten aanzien van het Nederlandse schema tussen haakjes () toe. Met dank aan Monique Feld voor de vertaling.

Professor Majewska - neurobioloog en manager van het Marie Curie Chairs Programma van het departement van Farmacologie en Fysiologie van het Zenuwstelsel in Warschau - heeft in samenwerking met kinderartsen een voorstel geschetst voor aanpassingen in het vaccinatieprogramma in Polen, gebaseerd op een analyse van programma's in andere EU landen. De voorstellen zijn als volgt:

- Verwijder Thimerosal uit alle vaccins. (*Thimerosal is een kwikverbinding die aan vaccins als conserveermiddel wordt toegevoegd. Het RVP in Nederland bevat geen kwikhoudende vaccins. Bepaalde merken griepvaccin, die in Nederland beschikbaar zijn, kunnen kwikhoudend zijn en ook het in Nederland beschikbare tetanus-mono-vaccin bevat kwik.*)
- Stop de vaccinatie van zuigelingen met het Hepatitis B vaccin. Beperk dit tot alleen pasgeborenen met hoog risico, oftewel van geïnfecteerde moeders. (*Sinds oktober 2011 worden ook in Nederland alle zuigelingen/baby's gevaccineerd tegen Hepatitis B.*)
- Stop BCG vaccinaties bij pasgeborenen. Vaccineer alleen pasgeborenen in gebieden waar het percentage TB-patiënten meer dan 40 per 100 duizend inwoners is. (*BCG is een vaccin tegen Tuberculose en maakt geen deel uit van het RVP.*)
- Start met vaccineren vanaf de leeftijd van 4 maanden (*Net als in Nederland start het huidige Poolse schema met 6-8 weken.*)
- Stop het gebruik van de hele cel kinkhoestvaccinatie. (*In 2005 is het hele cel kinkhoestvaccin in Nederland vervangen door het acellulaire vaccin, met name vanwege de vele vaak ernstige bijwerkingen van het hele cel kinkhoestvaccin. Zie ook artikel 'Bescherming van het huidige kinkhoestvaccin feit of fictie? Deel 2 elders in dit nrs 10,11,12.*)
- Geef per dag maximaal drie typen vaccins. (*In ons huidige schema krijgen baby's wanneer ze worden gevaccineerd met Infanrix hexa en met Synflorix, 7 vaccintypen per keer op 1 dag toegediend.*)
- Stop het gebruik van vaccins met levende virussen of geef ze met één tegelijk met veilige tussenpozen. (*De BMR is een voorbeeld van een combinatievaccin met 3 verschillende typen levende virussen tegelijk.*)
- Maak monovalente vaccins verkrijgbaar. Red: men doelt hier op beperking van risico's op bijwerkingen bij het toedienen van meerdere vaccintypen tegelijk door mensen de keuze te bieden voor risico-armere enkelvoudige vaccins. (*De verkrijgbaarheid van monovaccins in Nederland is beperkt. Momenteel zijn Tetanus en Rubella nog verkrijgbaar via de IP pharmacy: zie onze website). <http://nvkp.nl/faq/wanneer-ik-wil-afwijken-van-het-standaardschema-welke-vaccins-zijn-er-dan-verkrijgbaar-en-worden-deze-vergoed/>.*)
- Voorafgaand aan de vaccinatie zou de arts in overleg met de ouders een inventarisatie moeten maken over eventuele aanwezigheid van allergieën, astma en andere auto-immuunziekten en over complicaties na vaccinaties bij familieleden, waardoor zij kunnen inschatten of het kind heftige reacties zal krijgen op de vaccinatie. Kinderen bij wie dit wordt vermoed zouden een individueel, vaccinatieprogramma moeten krijgen waarbij veel voorzichtigheid in acht wordt genomen. (*Een dergelijk voorgestelde individualisering en zorgvuldigheid wordt in Nederland niet toegepast, maar zou beslist wel op zijn plaats zijn.*)
- Monitor de gezondheidstoestand van kinderen na vaccinatie om zodoende de levens- of gezondheidsbedreigende condities tijdig op te merken. (*Zou voor Nederland beslist aan te raden zijn, maar wordt nog niet toegepast.*)
- Creëer een nationaal programma voor verplichte registratie van complicaties en overlijden na vaccinatie met rapportage aan de Wereld Gezondheidsorganisatie. Informatie over complicaties zou moeten worden vastgelegd in het medisch dossier van het kind. (*Zou voor Nederland beslist aan te raden zijn, maar wordt nog niet toegepast.*)

1 <http://progress.umb.edu.pl/sites/progress.umb.edu.pl/files/129-141.pdf>



Light it up Blue



Light it up Blue

Van het bestuur

De Algemene ledenvergadering ligt weer achter ons, het verslag kunt u na inloggen op de website vinden. Tot op de dag van vandaag bestaat het bestuur uit twee personen en blijven wij op zoek naar bestuursleden.

Ledenbijdrage

De afgelopen maanden zijn de vrijwilligers van de administratie druk bezig geweest met het innen van de lidmaatschapsgelden. Om het innen van de ledenbijdrage efficiënter te maken is dit via Buckaroo georganiseerd met de mogelijkheid van automatische incasso en pay-per-email. Buckaroo is een veilige organisatie voor betaling online, dus geef ons toestemming voor het **automatisch incasseren** of **maakt u a.u.b. gebruik van de link in de mail**, zodat de administratie een duidelijk overzicht van betalingen krijgt. Bij betaling op een andere wijze moet er een dubbele administratie worden gevoerd, wat veel meer vrijwilligersuren kost.

Naar tientallen leden, van wie wij geen (juist) e-mailadres hebben, zijn brieven verzonden en hierop hebben slechts een paar mensen gereageerd. Ons verzoek moge duidelijk zijn, reageert u a.u.b. met betaling van uw bijdrage en geeft u ons uw e-mailadres door.

Uw e-mail adres is onmisbaar voor ons en voor u!

Om de juiste gegevens van alle leden te achterhalen voor het innen van de ledenbijdrage zijn heel veel e-mails en brieven verzonden. Op het moment van het verschijnen van dit kwartaalblad verwachten wij het grootste deel te hebben afgerond.

Wij verzoeken u allen dringend om bij wijziging van uw e-mailadres of bankrekeningnummer dit aan de ledenadministratie@nvkp.nl door te geven. Uw e-mail adres is **onmisbaar** voor onze financiële- en ledenadministratie.

Bovendien kunt u dan de digitale versie van het kwartaalblad en onze Nieuwsbrieven blijven ontvangen.

Website

De website is vernieuwd en klaar. Wij zijn heel blij met hoe het er nu uitziet en functioneert. Eenmalig willen wij dit kwartaalblad op de homepagina plaatsen voor alle belangstellenden om kennis te nemen van de vernieuwde website en van ons werk door deze speciale editie over autisme.

Facebook

Er blijven veel zaken de moeite van het vermelden waard op onze facebookpagina. Wordt vriend op facebook, zodat u op de hoogte blijft en mee kunt discussiëren.

Scholingsdag

Het programma van de scholingsdag 2013 voor professionals ziet er veelbelovend uit, zie de website. De aanmeldingen en verleende accreditaties stromen binnen.

Wij wensen u een mooie, zonnige zomer.

Martin de Munck, voorzitter
Anne-Marie van Raaij-Schouten, secretaris/penningmeester

COLOFON

Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken
Prins Hendriklaan 5B
3972 EV Driebergen-Rijsenburg

T: 088 - 0350200, zie www.nvkp.nl voor de tijden van bereikbaarheid

E: info@nvkp.nl ING rekeningnummer: 752360

Lidmaatschap: wijzigingen (e-mail, rekeningnummer, adres):

ledenadministratie@nvkp.nl. Eveneens voor opzeggingen, vóór 1 november van het lopende jaar.

Doelstelling vereniging

- Het geven van informatie over ziekten, vaccins en de gevolgen van vaccineren
- Het informeren over de keuzevrijheid en de eigen verantwoorde lijkheid hierin
- Het informeren over behandelingsmogelijkheden van vaccinatieschade
- Het bieden van informatie aan allen die bewust kiezen voor niet of gedeeltelijk vaccineren
- Het bieden van informatie over alternatieven voor vaccinaties
- Het stimuleren van maatschappelijke erkenning van vaccinatie schade en het benadrukken van het belang van een goede, onafhankelijke registratie van gezondheidsschadelijke effecten van vaccinaties.

Redactie Kwartaalblad Kritisch Prikken
Karin van Waarden en Moniek Brands
Hoofdredacteur: Cisca Buis

Verspreiding

Bij het lidmaatschap van de vereniging is het kwartaalblad inbegrepen.

Kopij

Kopij voor Kritisch Prikken kan worden aangeleverd via e-mail naar redactie@nvkp.nl. Insturen voor het volgende nummer kan uiterlijk tot dinsdag 3 september 2013.

De redactie behoudt zich het recht voor om toegezonden brieven en artikelen in te korten, taalkundig te wijzigen of in het geheel niet te plaatsen, zonder opgave van redenen.

Copyright

Copyright © 2003 t/m 2013 Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken. Alle rechten en drukfouten voorbehouden. Deze uitgave is met de grootst mogelijke zorg tot stand gekomen. Niets uit deze uitgave mag worden vervaelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, of door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de eindredactie van de NVKP.

Redactie adres
Redactie Kritisch Prikken
Prins Hendriklaan 5B
3972 EV Driebergen
E: redactie@nvkp.nl