

DE GROTE VACCINATIEPRESSIE

Een narratief onderzoek naar het besluitvormingsproces rondom
coronavaccinatie onder ziekenhuisverpleegkundigen



alleen samen krijgen we
corona onder controle

Je laten vaccineren
is het beste plan,
zodat het leven straks
weer starten kan.

Naam:	Ide van der Wal
Studentnummer:	1025422
Begeleider:	Dr. P. Dronkers
Tweede lezer:	Dr. A. De Ruiter
Examinator:	Dr. C. Leget
Universiteit:	Universiteit voor Humanistiek
Masterthesis:	Zorgethiek en Beleid
Datum:	24 juni, 2021
Aantal woorden:	27.335

31 Januari, 2021¹

Verpleegkundige Mara loopt de ziekenzaal op. Één van de patiënten, mevrouw Jansen, een nog kwieke dame van 77 jaar, kijkt Mara aan met een nieuwsgierige blik: “Zeg meisje, wanneer krijgen wij onze vaccinatie nou een keer, weet jij dat misschien?” “Nou”, antwoordt Mara, “volgens mij heeft de overheid onlangs besloten om eerst het ziekenhuispersoneel in te enten en pas daarna te beginnen met de kwetsbaren en ouderen.” “Goh... Dus je weet al wel wanneer jij je vaccinatie krijgt?” “Nee, nog niet precies, maar ik sta er eerlijk gezegd ook niet bepaald om te springen,” zegt Mara eerlijk. Mevrouw Jansen kijkt haar verbaasd aan. “Maar meisje, waarom zou je dat in godsnaam niet doen?” Mara twijfelt even en antwoordt dan: “Omdat ik nog een kind wil krijgen, en er niet is onderzocht wat de gevolgen zouden kunnen zijn voor mijn vruchtbaarheid. Bovendien weet nog niemand welke bijwerkingen er kunnen optreden op de lange termijn.” “Moet je eens luisteren,” begint mevrouw Jansen, “ze hebben heel veel geld in onderzoek naar vaccins gestoken. De allerbeste artsen en wetenschappers zijn daar op gezet. Dus daar mag je echt wel op vertrouwen. Dat weet ik zeker! Ze hebben vastgesteld dat het vaccin veilig is. Dus waar maak je je dan druk om?” Mara denkt even na over de woorden van mevrouw Jansen en antwoordt dan voorzichtig: “dat begrijp ik, mevrouw Jansen, maar de bijwerkingen op lange termijn zijn niet onderzocht, dus die blijven schemerig.” “Nee hoor, dat hebben ze allemaal onderzocht,” zegt mevrouw Jansen stellig. Mara merkt dat ze het wat spannend vindt om dit gesprek te voeren en haar twijfels te verwoorden. Tenslotte kijkt mevrouw Jansen wél uit naar het vaccin, dit gegeven maakt het onderwerp wat gevoelig. “Mevrouw Jansen, bijwerkingen op de lange termijn hebben ze niet onderzocht. Daar is een lange termijn voor nodig, en die is nog niet verstreken. Ik denk dan aan de mogelijke gevolgen over vijf of tien jaar.” “Ach ja,” lacht mevrouw Jansen, “ik maakt mij niet druk over wat er zou kunnen gebeuren over tien jaar, dan ben ik immers 87! Jij bent natuurlijk nog maar een jonge meid.” Mara lacht mee. “Dat klopt, ik denk dat onze situaties niet erg goed te vergelijken zijn. Maar laten we dit dan afspreken: als ik mijn vaccin eerder krijg aangeboden dan u, dan schenk ik hem aan u,” zegt ze met een knipoog. “Dat is dan hierbij afgesproken, meisje.”

¹ Fragment uit het logboek van de onderzoeker, vertelling van een waargebeurde dialoog.

Voorwoord

Dit masterjaar tijdens de COVID-19 crisis stond garant voor een bewogen tijd. Doordat de onzekerheden rondom de pandemie mij zo stevig in hun greep hielden, was een onderwerp voor mijn thesis dat mij persoonlijk bezighield onvermijdbaar. Bovenstaande casus was voor mij een belangrijke aanleiding om de daad bij het woord te voegen en coronavaccinatie als mijn thesisonderwerp te kiezen. Als ik me dan toch regelmatig druk maakte over de massavaccinatie, kon ik er net zo goed mijn thesis over schrijven. Dat dit in de praktijk zo'n grote uitwerking op mij heeft gehad, had ik echter niet voorzien. In de maanden dat ik leefde voor alles wat te maken had met de betekenis die men gaf aan het vaccinatieprogramma, zowel in de media, in mijn directe omgeving, op mijn werk, als in de groep respondenten, werden mijn gedachten overal naartoe geslingerd.

Wat heb ik ontzettend veel geleerd van de narratieven van de respondenten. Hun verhalen en argumenten zijn voor mij echt tot leven gekomen. Één van de belangrijkste inzichten die ik heb opgedaan tijdens het schrijven van deze thesis, is dat ik een nieuwe wereld tegemoet ben getreden. Waar ik mij aanvankelijk concentreerde op welke kennis er bestaat: ik wil het liefst zoveel mogelijk leren en weten, ben ik nu getroffen door wat kennis is. Hoe is kennis tot stand gekomen? Wat is de historische achtergrond van bepaalde (heersende) visies? Door welke maatschappelijke, politieke en/ of sociale trends kunnen visies (soms drastisch) veranderen en wat betekent dit allemaal? En nog belangrijker: hoe kan ik mij het beste tot de 'kennis' verhouden? En wat is dan het goede om te doen? Dit is de hamvraag binnen deze master en nog altijd een zoektocht. Maar vanaf vandaag een zoektocht zonder deadlines.

Mijn dank wil ik uitspreken naar allereerst mijn begeleider: Pieter Dronkers. Dankzij jouw begeleiding is de thesis zoveel sterker geworden en daar ben ik je ontzettend dankbaar voor!

Verder wil ik een aantal klasgenoten bedanken van wie ik steun heb ervaren: Stijn Staal en Any, jullie waren af en toe mijn rots in de branding!

Voorts gaat mijn dank uit naar mijn lieve (schoon-)familie en vrienden voor jullie hart onder de riem en geduld tijdens de laatste loodjes. Enkel begrip stond mij te wachten na mijn zoveelste relaas over 'coronavaccinaties', en ook na de doodoener van dit jaar: 'sorry ik kan niet, ik heb het druk'.

Mijn laatste maar grootste woord van dank gaat uit naar mijn man, Thijs. Zonder jouw steun en harde werk had ik deze opleiding nooit tot een goed einde kunnen volbrengen. Jouw engelengeduld en ondersteuning waren goud waard en maakten dat ik me af en toe kon ontspannen en niet steeds schuldig hoefde te voelen.

Ide van der Wal

Inhoudsopgave

DE GROTE VACCINATIEPRESSIE.....	1
Voorwoord.....	2
Inhoudsopgave.....	4
Samenvatting.....	7
H.1 Problematisering.....	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Maatschappelijk probleem.....	9
1.3 Wetenschappelijk probleem.....	13
Onzekerheden en (ervaren) druk.....	14
Terug naar de coronavaccins: de waarde van zorgethisch onderzoek.....	15
Morele afwegingen en het spanningsveld van verpleegkundigen.....	16
1.4 Probleemstelling.....	17
Hoofdvraag en deelvragen.....	17
1.5 Doelstelling.....	18
1.6 Leeswijzer.....	18
H.2 Theoretisch kader.....	19
2.1 Autonomie (zelfbeschikking).....	20
Autonomie als capaciteit.....	21
Autonomie als conditie.....	21
Autonomie als een karakterideaal.....	22
Autonomie als een recht.....	22
2.2 De (Utrechtse) zorgethiek.....	23
De zorgethiek in een notendop.....	24
Relationaliteit, kwetsbaarheid, en afhankelijkheid.....	25
2.3 Relationaliteit als basis voor (relationele) autonomie.....	27
2.4 Relationele autonomie.....	30
2.5 Verantwoordelijkheid.....	31
Verantwoordelijkheid op basis van de belofte (1).....	33
Verantwoordelijkheid op basis van kwetsbaarheid en afhankelijkheid.....	34
Verantwoordelijkheid op basis van sociale verwachtingen/ plichten.....	36
Verantwoordelijkheid als een gegeven.....	36

2.6 Slotbeschouwing: inzichten vanuit de theorie.....	37
Samenvattend.....	37
Voorlopige conclusie en antwoord op deelvraag 1.....	38
H.3 Onderzoeksmethode.....	40
3.1 Onderzoeksbenadering.....	40
3.2 Onderzoeksmethode.....	41
3.3 Casusdefinitie.....	42
3.4 Dataverzameling.....	43
Empirisch deel.....	43
Theoretisch deel.....	44
3.5 Data-analyse.....	45
3.6 Ethische overwegingen.....	47
3.7 Kwaliteitscriteria.....	48
H.4 Empirische resultaten.....	50
4.1 De verpleegkundigen in kaart gebracht.....	51
Lea, verpleegkundige op een geriatrische afdeling.....	51
Jesper, verpleegkundige op alle afdelingen.....	52
Laura, verpleegkundige op de (corona-) IC.....	53
Femke, verpleegkundige op de (corona-) IC.....	53
Isa, verpleegkundige op de poli-afdelingen.....	54
Rosalie, verpleegkundige op een interne afdeling.....	55
4.2 De belangrijkste thema's uit de interviews.....	55
Thema 1: neem ik het vaccin voor mezelf of voor anderen?.....	56
Thema 2: welke verantwoordelijkheden zijn er te identificeren?.....	58
Thema 3: wat haal ik uit mijn informatiebronnen?.....	61
Thema 4: hoe om te gaan met onduidelijkheden?.....	62
Thema 5: wordt er druk ervaren?.....	64
Thema 6: Zou het wel een vrije keuze moeten zijn?.....	67
4.3 De rol van relationaliteit bij autonome besluitvorming.....	68
4.4 Overige thema's n.a.v. de narratieve analyse.....	72
Vrijheid (thema 7).....	72
Zelfopoffering (thema 8).....	73
4.5 Deelconclusie.....	73
H.5 Zorgethische discussie.....	76

5.1 Autonomie of keuzevrijheid.....	77
5.2 De rol van relationaliteit.....	79
5.3 Verantwoordelijkheden.....	81
5.4 Deelconclusie.....	86
Hoe autonoom is een keuze?.....	86
Het grijze gebied.....	87
Welke ‘call’ gaat uit van de COVID-19 crisis?.....	88
Conclusie en aanbevelingen.....	90
Conclusie.....	90
Aanbevelingen.....	93
Voor vervolgonderzoek.....	93
Voor de praktijk.....	94
Kwaliteit en beperkingen.....	95
Literatuurlijst.....	98
Bijlagen.....	101
Bijlage 1: topiclijst.....	101

Samenvatting

Anno 2021 staan de Nederlandse ziekenhuisverpleegkundigen voor een keuze: wel of geen coronavaccinatie? Vanuit de maatschappij wordt de druk op de ziekenhuisverpleegkundigen opgevoerd, tevens spelen onzekerheden rondom coronavaccinatie een rol. Literatuuronderzoek naar het besluitvormingsproces van verpleegkundigen ten aanzien van het influenzavaccin laat zien dat verpleegkundigen in de keuze een spanning ervaren tussen het recht op zelfbeschikking en gevoelde verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld ten aanzien van hun patiënten). Tevens blijkt uit onderzoeken dat verpleegkundigen zich beraden vanuit een overwegend zorgethisch perspectief waarbij relaties met patiënten, werkgever en/ of andere instituties op de voorgrond staan. Onderzoeken naar de beweegredenen van ziekenhuisverpleegkundigen om al dan niet te kiezen voor het coronavaccin zijn er vooralsnog niet.

In dit zorgethische onderzoek wordt het besluitvormingsproces van de Nederlandse ziekenhuisverpleegkundigen onderzocht middels een narratieve analyse welke in kritische dialoog wordt gebracht met het theoretisch kader.

In het theoretisch kader zijn de concepten autonomie (zelfbeschikking) en verantwoordelijkheid zorgethisch doordacht middels het concept relationaliteit om de concepten inzichtelijker te maken. Dit resulteerde in een meer zorgethische opvatting van autonomie: relationele autonomie. Het concept verantwoordelijkheid is breed ingestoken en vervolgens vernauwd tot de vier paradigma's die Van Nistelrooij & Visse (2018) onderscheiden. De laatste drie paradigma's bieden een zorgethisch perspectief op verantwoordelijkheid en gaan uit van een relationeel mensbeeld. Het theoretisch kader is als basis gebruikt voor de topiclijst.

In het empirische onderzoek zijn acht ziekenhuisverpleegkundigen geïnterviewd aan de hand van de topiclijst. Zes van de acht interviews zijn geanalyseerd volgens de hermeneutische narratieve analysemethode van Visse (2014). Vervolgens zijn de empirische resultaten in kritische dialoog gebracht met de zorgethisch doordachte concepten uit het theoretisch kader om zodoende te komen tot meer inzicht in het vaccinatievraagstuk.

Alle ziekenhuisverpleegkundigen uit het onderzoek betrekken het concept relationaliteit bij hun autonome beslissing om zich al dan niet te laten vaccineren. Dit

is terug te vinden in de overwegingen die zij maken ten opzichte van de verschillende verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de rollen en posities die zij vervullen binnen de samenleving. Daarbij heeft de coronacrisis meer bewustzijn gecreëerd ten aanzien van kwetsbaarheid: iederéén is kwetsbaar. Deze kwetsbaarheid wordt ook gevoeld door de ziekenhuisverpleegkundigen, zij het in verschillende vormen. De verpleegkundigen verschillen erg van mening als het gaat om de vraag voor wie zij het vaccin nemen. Het gebrek aan wetenschappelijk bewijs dat aantoonde dat je een ander niet meer zou kunnen besmetten na coronavaccinatie is daarbij een belangrijke factor. In drie narratieven komt een binaire oppositie sterk naar voren: verpleegkundigen die zich wél laten vaccineren nemen per definitie meer verantwoordelijkheid voor hun (kwetsbare) patiënten dan verpleegkundigen die zich niet laten vaccineren. Dit is wat Van Nistelrooij & Leget (2017) het grijze gebied noemen: de complexiteit, onvoorspelbaarheid en gelaagdheid maken dat keuzes sterk afhangen van de particuliere context. Het denken in binaire opposities doet geen recht aan de complexiteit en contextualiteit van zorgpraktijken. Zo is het voor verpleegkundigen die met dusdanig kwetsbare patiënten werken dat ze geen coronavaccinatie aankunnen door een ernstig verlaagde weerstand een plausibele afweging om voor het coronavaccin te kiezen. Er zou beargumenteerd kunnen worden dat je daarmee de kans op overdragen van COVID-19 op je kwetsbare patiënten tot een minimum beperkt ondanks dat er nog geen sluitend wetenschappelijk bewijs voor is geleverd.

Tenslotte beperken de verantwoordelijkheden zich niet enkel tot de ziekenhuisverpleegkundigen. Ze hebben betrekking op alle burgers in de samenleving en op het landsbestuur.

H.1 Problematisering

1.1 Aanleiding

Ik heb de masteropleiding Zorgethiek & Beleid gevolgd tijdens de coronacrisis. Als verpleegkundige in het Martini Ziekenhuis te Groningen, maar ook als dochter/vriendin/ echtgenote et cetera, sta ik dikwijls voor allerlei coronagerelateerde keuzes.

Deze dagelijkse praktijk heeft mij regelmatig stilgezet bij de kerngedachte van de masteropleiding Zorgethiek en Beleid: wat is het goede om te doen vanuit een zorgethisch perspectief voor alle betrokkenen in deze particuliere situatie?

Één van de coronagerelateerde keuzes is een beslissing omtrent het al dan niet nemen van een vaccin. Bezien vanuit alle rollen die ik vervul, en mijn rol als verpleegkundige in het bijzonder, vind ik dit een zeer complexe keuze. Hoe kan ik deze keuze het beste zorgethisch aanvliegen, hierbij rekening houdend met allerlei factoren, zoals: het welzijn van mijn patiënten, mijn verantwoordelijkheden ten opzichte van de samenleving, maar ook de zorg voor mijzelf, mijn naasten, en mijn keuzevrijheid zijn van belang.

1.2 Maatschappelijk probleem

Sinds de uitbraak van het COVID-19 virus in Nederland in het voorjaar van 2020 bevindt ons land zich in een web van maatregelen, (intelligente) lockdowns, coronatesten, en medische ontwikkelingen omtrent behandeling danwel preventie van COVID-19 infecties. De Nederlanders ervaren dagelijks onzekerheid, angst, en hoop op een (spoedige) terugkeer naar het normale leven. Daarbij spelen de invloed vanuit media, overheidsbeleid, instituties, organisaties, maar ook de directe omgeving (collega's, vriendenkring, familie), en de eigen ontwikkeling wat betreft normen en waarden een belangrijke rol. In de herfst van 2020 verschijnt er echter licht aan de horizon: de resultaten van verschillende vaccintrials lijken positief uit te pakken.² Massaal vaccineren lijkt een plausibele oplossing om het coronavirus eronder te krijgen en weer terug te keren naar 'het oude normaal'.

² RIVM. (2021). *Wat is de effectiviteit van de Covid-19 vaccins?*, op 21-02-2021 ontleend aan: <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/vragen-antwoorden#vaccins>; Rijksoverheid. (2021). *Veiligheid coronavaccin*, op 21-02-2021 ontleend aan: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/veiligheid-coronavaccin>.

Voor verpleegkundigen - die volgens het inentingsplan van de overheid eerder voor vaccinatie in aanmerking komen dan sommige andere (zelfs kwetsbare) Nederlanders - gaat deze wending gepaard met veel onzekerheden en een vorm van druk. Zo blijkt uit peilingen van de beroepsorganisatie verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN)³ en de onafhankelijke vakbond voor verpleegkundigen (NU'91) in december 2020 dat slechts een derde van de verpleegkundigen zich zonder meer wil laten inenten tegen COVID-19.⁴ Genoemde redenen voor deze terughoudendheid zijn: onzekerheid over de effectiviteit en bijwerkingen van het vaccin (zowel op de korte als op de lange termijn), de snelheid waarmee de vaccins zijn geproduceerd, en het gebrek aan deskundige informatie.

Sinds de start van de vaccinatiecampagne vanuit de overheid op 6 januari 2021 zijn er hoogstwaarschijnlijk veel onzekerheden weggenomen. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de Rijksoverheid bieden wetenschappelijke en eenduidige informatie aan omtrent coronavaccinatie. De boodschap lijkt daarmee helder, maar toch blijven er vragen open staan. Het RIVM vermeldt op haar website niet te weten of iemand nog steeds besmettelijk kan zijn na vaccinatie. Bovendien is het nog onduidelijk hoe lang een coronavaccin bescherming zal bieden,⁵ wat de gevolgen kunnen zijn op lange termijn,⁶ en of coronavaccins werkzaam zullen blijken tegen de verschillende mutaties.⁷

De gevoelde druk onder verpleegkundigen - die naar voren kwam uit de peilingen van V&VN - komt vanuit verschillende hoeken. Ten eerste wordt eenieder vanuit de overheid dringend verzocht om het vaccin te nemen. Immers: hoe meer mensen zich laten vaccineren, hoe groter de kans op groepsimmunitet.⁸ Er is geen sprake van

³ V&VN. (2020). *Meldpunt: veel vragen over vaccinatie*, op 20-02-2021 ontleend aan: <https://www.venvn.nl/nieuws/meldpunt-veel-vragen-over-vaccinatie/>.

⁴ De Volkskrant. (2020). *Vaccinatiebereidheid onder zorgpersoneel laag, blijkt uit peiling: slechts een derde wil coronavaccin*, op 21-02-2021 ontleend aan: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/vaccinatiebereidheid-onder-zorgpersoneel-laag-blijkt-uit-peiling-slechts-een-derde-wil-coronavaccin~b3875965/>.

⁵ Zie voetnoot 1.

⁶ College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG-meb). (2020). *Als een vaccin is goedgekeurd, is het dan wel veilig genoeg? En weten we genoeg over de bijwerkingen op langer termijn?*, op 21-02-2021 ontleend aan: <https://www.cbg-meb.nl/onderwerpen/medicijninformatie-het-nieuwe-coronavirus/de-5-meest-gestelde-vragen-over-coronamedicijnen-en-vaccins>.

⁷ De Volkskrant. (2021). *Vaccin beschermt ook tegens Britse variant - maar experts zijn nog niet helemaal gerust*, op 20-02-2021 ontleend aan: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/vaccin-beschermt-ook-tegen-britse-variant-maar-experts-zijn-nog-niet-helemaal-gerust~be7943a9/>; Het Parool (2021). *Mutatie E484K nu ook in Nederland: 'Dit lijkt geen goed nieuws'*, op 20-02-2021 ontleend aan: <https://www.parool.nl/nederland/mutatie-e484k-nu-ook-in-nederland-dit-likt-geen-goed-nieuws~b05db198/>.

⁸ RTL Nieuws. (2020). *Hoeveel procent moet gevaccineerd worden om het coronavirus te verslaan?*, op 20-02-2021 ontleend aan:

wettelijke verplichting, net als bij de jaarlijkse griepvaccinatie, maar het zorgpersoneel zou wel kunnen overwegen of er wellicht sprake is van een “morele vaccinatieplicht”, aldus het RIVM.⁹ Bovendien is de coronavaccinatie in Italië sinds maart 2021 verplicht gesteld voor zorgmedewerkers.¹⁰ Daarnaast wordt de druk specifiek ten aanzien van ziekenhuispersoneel opgevoerd door overkoepelende organisaties, zoals: de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFUMC). Zij schrijven in een verklaring in december 2020 het volgende over de inenting van zorgprofessionals: “zij zijn het hardst nodig om de samenleving zo snel mogelijk terug naar normaal te brengen. Ook de samenleving als geheel is gebaat bij een snellere vaccinatie van zorgprofessionals, omdat versoepeling van de maatregelen afhangt van de druk op de zorg in ziekenhuizen.”¹¹ Daarbij noemt de NVZ het niet-vaccineren “onacceptabel en onverstandig”.¹² De druk manifesteert zich echter ook vanuit de werkplek, bijvoorbeeld vanuit de ziekenhuizen zelf. De toegang tot bepaalde afdelingen kan geweigerd worden. Indien een kleine groep ziekenhuisverpleegkundigen de vaccinatie weigert, kunnen zij zelfs uitgesloten worden van de directe patiëntenzorg, zo luiden de krantenkoppen.¹³ Het Rijnstateziekenhuis te Arnhem kiest voor positieve druk en pleit voor een beloningssysteem voor zorgpersoneel dat zich wél laat vaccineren.¹⁴

De andere kant is dat deze (morele) druk er niet zonder reden is. Wanneer slechts weinig verpleegkundigen zich laten inenten tegen het coronavirus, heeft dit mogelijke gevolgen voor de rest van de maatschappij. Zo berust de gedachte achter de keuze van

<https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5197211/coronavirus-vaccinatie-pfizer-oxford-procent-groepsimmuniteit>.

⁹ RIVM. (2020). *De jaarlijkse griepvaccinatie*, op 16-02-2021 ontleend aan:

<https://www.rivm.nl/griep-griepvaccinatie/zorg/vaccinatie/Elkjaar#:~:text=Jaarlijkse%20vaccinatie%20tegen%20influenza%20van,gezondheidswerkers%20dan%20bij%20hun%20pati%C3%ABnten>.

¹⁰ De Volkskrant. (2021). *Italiaanse antivax-verpleegkundigen krijgen geen salaris*, op 23-06-2021 ontleend aan:

<https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/italiaanse-antivax-verpleegkundigen-krijgen-geen-salaris-b2ba22e9/>; DvhN. (2021). *Italië verplicht vaccinatie tegen corona voor zorgmedewerkers*, op 23-06-2021 ontleend aan:

<https://www.dvhn.nl/extra/Itali%C3%AB-verplicht-vaccinatie-tegen-corona-voor-zorgmedewerkers-26745839.html>.

¹¹ NOS. (2020). *Ziekenhuizen: ons personeel moet voorrang krijgen bij vaccinatie*, op 21-02-2021 ontleend aan:

<https://nos.nl/artikel/2361662-ziekenhuizen-ons-personeel-moet-voorrang-krijgen-bij-vaccinatie.html>.

¹² AD. (2021). *Geen vaccinatieplicht, maar ‘onacceptabel’ als ziekenhuispersoneel het niet doet*, op 21-02-2021 ontleend aan:

<https://www.ad.nl/binnenland/geen-vaccinatieplicht-maar-onacceptabel-als-ziekenhuispersoneel-het-niet-doet-acd74efa/>.

¹³ Zie voetnoot 10; Noordhollands Dagblad. (2021). *Priktweespalt: mag verpleegkundige die vaccinatie weigert nog kwetsbare patiënten verzorgen?*, op 24-02-2021 ontleend aan:

https://www.noordhollandsdagblad.nl/cnt/DMF20210105_66758035?utm_source=google&utm_medium=organic.

¹⁴ De Gelderlander. (2020). *Extra vrij of geld voor zorgpersoneel dat zich wél laat vaccineren tegen corona: ‘Niet bedreigen of chanteren’*, op 21-02-2021 ontleend aan:

<https://www.gelderlander.nl/arnhem/extra-vrij-of-geld-voor-zorgpersoneel-dat-zich-wel-laet-vaccineren-tegen-corona-niet-bedreigen-of-chanteren-a1515951/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>.

de overheid om eerst het zorgpersoneel te vaccineren op de aanname dat er minder uitval zal zijn onder zorgprofessionals, zodat de hoognodige zorg blijvend geboden kan worden.¹⁵ Daarnaast vormen de zorgprofessionals dan naar alle waarschijnlijkheid een kleiner besmettingsrisico voor hun patiënten én wordt de kans op groepsimmunitet vergroot.¹⁶ Voorts bleek uit een peiling onder 1200 huisartsen (december 2020) dat 90% kiest voor coronavaccinatie. Genoemde redenen om wel te vaccineren zijn het hoge risico dat zij zelf lopen op besmetting met COVID-19 waardoor zij op hun beurt kwetsbare patiënten zouden kunnen besmetten. Daarbij vormt de voorbeeldfunctie die zij vervullen als huisartsen een belangrijke motivatiebron.¹⁷ Verpleegkundigen vervullen ook een voorbeeldfunctie. Wanneer zij het coronavaccin weigeren, geven ze een bepaald signaal af aan de samenleving. De hoge uitval door ziekte, de mogelijkheid tot het besmetten van (kwetsbare) patiënten, de bijdrage aan het bereiken van groepsimmunitet, en de voorbeeldfunctie die zij vervullen veronderstelt wel degelijk een belangrijke mate van verantwoordelijkheid die verpleegkundigen hebben ten aanzien van hun patiënten, maar ook ten opzichte van de samenleving.

Er zijn echter ook kanttekeningen te plaatsen bij de mate van verantwoordelijkheid die wordt neergelegd bij de verpleegkundigen. Zo beschrijft het vakblad Nursing de hoge uitval in het ziekenhuis door corona als: “de dikke druppel die de toch al overvolle emmer deed overlopen.”¹⁸ Een hoge werkdruk, een tekort aan verpleegkundigen, lage salarissen, weinig invloed en heel veel regels en richtlijnen zijn al jaren kenmerkend voor het verpleegkundig beroep. Er zal dan ook steeds minder voor nodig zijn om de zorgsector aan het wankelen te brengen. NU’91 voorzitter Stella Salden vindt het ongerechtvaardigd dat er een dergelijke druk op verpleegkundigen wordt uitgeoefend: “waarom zou het voor een zorgprofessional wel verplicht moeten zijn om iets in je lichaam te spuiten, maar voor de burger op straat

¹⁵ Rijksoverheid, kamerbrief, p. 5. (04-01-2021). *COVID-19 vaccinatiestrategie update stand van zaken*, op 22-02-2021 ontleend aan: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/01/04/kamerbrief-over-covid-19-vaccinatiestrategie-update-stand-van-zaken>.

¹⁶ Rijksoverheid. (2021). *Volgorde van vaccinatie tegen het coronavirus*, op 17-02-2021 ontleend aan: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/volgorde-van-vaccinatie-tegen-het-coronavirus>; Nu’91. (2021). *Veelgestelde vragen over coronavaccin*, op 21-02-2021 ontleend aan: <https://www.nu91.nl/veelgestelde-vragen/coronavaccin/>.

¹⁷ Medisch contact. (2020). *Meeste Nederlandse huisartsen willen zelf covidvaccinatie*, op 22-02-2021 ontleend aan: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/meeste-nederlandse-huisartsen-willen-zelf-covidvaccinatie.htm>.

¹⁸ Nursing. (2020). *Blog Hugo: ‘Geen verpleegkundigen, geen vrijheid!’*, op 22-02-2021 ontleend aan: <https://www.nursing.nl/blog/blog-hugo-geen-verpleegkundigen-geen-vrijheid/>.

niet? Puur omdat diegene toevallig in een ziekenhuis werkt.” Daarbij benoemt ze dat de druk een eigen keuzeproces van verpleegkundigen in de weg staat en er juist voor kan zorgen dat personeel de zorg verlaat.¹⁹

Samenvattend maken de ervaren druk en onzekerheid, de verantwoordelijkheid voor de kwetsbaren in de samenleving - nog los van hun persoonlijke situatie en achtergrond - de keuze omtrent het nemen van het coronavaccin allesbehalve gemakkelijk voor verpleegkundigen. Daarbij is de druk op de ziekenhuisverpleegkundigen nog het stevigst omdat hun keuze direct in verband wordt gebracht met het versoepelen van de coronamaatregelen, een verlangen dat momenteel hoogtij viert in de maatschappij (anno februari 2021).

Dit onderzoek beoogt ziekenhuisverpleegkundigen inzichten te bieden vanuit een zorgethisch perspectief om een juiste afweging te kunnen maken in wat het goede is om te doen - voor alle betrokkenen - omtrent de keuze voor het al dan niet nemen van het coronavaccin. Deze inzichten zijn van belang voor ziekenhuisverpleegkundigen omdat zij op dit moment voor deze keuze staan en regelmatig contact hebben met kwetsbare patiënten, maar uiteindelijk is dit een keuze die iedereen in onze samenleving moet maken.

1.3 Wetenschappelijk probleem

In deze paragraaf beschrijf ik hoe de (ervaren) druk en onzekerheid ten aanzien van coronavaccins onder verpleegkundigen wordt opgepakt door de (internationale) wetenschap, en hoe verpleegkundigen aankijken tegen de spanning tussen de gevoelde verantwoordelijkheden en het recht op zelfbeschikking.

Na een korte uiteenzetting van de bestaande kennis en vastgestelde lacunes in de literatuur omtrent dit onderwerp zal ik dieper ingaan op de waarde van zorgethisch onderzoek bij het keuzeproces van ziekenhuisverpleegkundigen, en hoe dit onderzoek een bijdrage kan leveren binnen de bestaande literatuur.

¹⁹ Eenvandaag. (2020). *Vakbond is bang dat personeel de zorg verlaat als de druk om coronavaccin te nemen te hoog wordt*, op 23-02-2021 ontleend aan: <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/vakbond-is-bang-dat-personeel-de-zorg-verlaat-als-de-druk-om-coronavaccin-te-nemen-te-hoog-wordt/>.

Onzekerheden en (ervaren) druk

De onzekerheden die sommige verpleegkundigen ervaren rondom bepaalde aspecten van de coronavaccins zijn gelegitimeerd. Over mogelijke bijwerkingen op de lange termijn, de duurzaamheid van de bescherming tegen COVID-19, en de eventuele besmettelijkheid voor anderen na vaccinatie kan de bestaande wetenschappelijke kennis nog geen uitsluitsel geven (Polack et al., 2020; Kim, Marks & Clemens, 2021). Hier is vervolgonderzoek voor nodig. Vergelijkbare onzekerheden spelen een rol bij de jaarlijkse oproepen tot griepvaccinatie aan het adres van de verpleegkundigen. Zo blijkt uit een vergelijkend onderzoek van de bestaande literatuur dat het nog niet kan worden aangetoond dat klinische patiënten beter beschermd zijn tegen het influenzavirus na vaccinatie van het zorgpersoneel (Thomas, Jefferson & Lasserson, 2016).

De onzekerheden en ervaren druk van de verpleegkundigen omtrent de coronavaccinatie zijn - op het moment van schrijven - nog niet wetenschappelijk onderzocht. Deze zijn wel gesignaleerd in literatuur omtrent de jaarlijkse influenzavaccinaties. In een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek onder 462 Ierse verpleegkundigen kwamen de volgende redenen om de grieprik niet te nemen naar voren: een gebrekkige verspreiding van wetenschappelijk onderbouwde informatie, geen angst voor de griep vanwege een goede gezondheid, maar ook de organisatorische druk werd als een belangrijke factor ervaren: *“nurses expressed a need for autonomy when making an informed decision regarding the vaccine. They did not want to be forced to accept the vaccine.”* (Flanagan, Dowling & Gethin, 2020, p. 1759) Vergelijkbare redenen om de grieprik niet te nemen kwamen uit een grootschalig kwalitatief onderzoek onder 123 Nederlandse, Belgische en Duitse zorgmedewerkers (Lehman, Ruiters, Wicker, Van Dam & Kok, 2014). Tevens laat een internationale review van kwalitatieve onderzoeken naar griepvaccinatie zien dat een groot aantal verpleegkundigen spreekt over een spanningsveld tussen keuzevrijheid vanuit het recht op zelfbeschikking en de gevoelde (morele) plicht tot vaccinatie in verband met de kwetsbaarheid van hun patiënten (Lorenz, Marshall, Wright, Sutcliffe & Sowden, 2017). Daarbij wordt benadrukt dat de vaccinatiecampagnes in de regel uitgaan van een ethiek van rechtvaardigheid, gebaseerd op de afweging tussen abstracte plichten en individuele rechten. Dit terwijl een aantal zorgprofessionals juist lijkt te vertrekken vanuit een meer zorgethisch perspectief, waarbij de relaties met

patiënten, werkgever, en andere instituties een rol spelen in de besluitvorming rondom het wel of niet laten vaccineren tegen influenza: *“it seems to reflect a broader distinction between, in Gilligan’s terms, an ethics of justice which emphasises abstract principles, and an ethics of care which emphasises interpersonal relationships”* (Lorenc, Marshall, Wright, Sutcliffe & Sowden, 2017, p. 6).

Terug naar de coronavaccins: de waarde van zorgethisch onderzoek

In de vorige paragraaf is aangetoond dat veel onderzoek - althans naar de beweegredenen van verpleegkundigen om wel of geen griepvaccin te nemen - is opgezet vanuit een ethiek van rechtvaardigheid: wat zijn de individuele (abstracte) rechten en plichten van ieder mens? Een meer zorgethische kijk, waarbij wordt uitgegaan van interpersoonlijke relaties die zich voordoen in particuliere ervaringen, kan verdiepende informatie opleveren om de morele worsteling van ziekenhuisverpleegkundigen rondom het vaccinatievraagstuk completer in beeld te brengen. Deze beslissing wordt immers niet genomen door een volledig autonoom handelend individu. Zo stelt zorgethisch denker Tronto: *“While individuals, and their liberty, can still matter greatly, it makes little sense to think of individuals as if they were Robinson Crusoe, all alone, making decisions.”* (Tronto, 2017, p. 32) Binnen het zorgethisch denken wordt de mens opgevat als een relationeel wezen. De mens bevindt zich altijd in een netwerk van relaties en kan daar niet los van worden gezien (Kittay, 1999).

Bovenstaand inzicht wordt ook bevestigd door zorgethici Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange (2016). De verschillende relationele betrekkingen die een mens heeft met anderen - en deze betrekkingen kunnen variëren van een relatie tussen zorggever en zorgvrager, tussen twee burens, tussen collega’s, tussen echtgenoten, et cetera - definiëren de identiteit van het zelf. Er is geen sprake van een ‘zelf’ en een ‘ander’, maar altijd van een relationele betrekking tussen het ‘zelf’ en ‘anderen’ (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2016).

Morele afwegingen en het spanningsveld van verpleegkundigen

De verpleegkundigen uit de onderzoeken rondom de griepvaccins spreken over een spanningsveld tussen zelfbeschikking en een gevoelde verantwoordelijkheid voor de patiënten (Lorenc, Marshall, Wright, Sutcliffe & Sowden, 2017). In het licht van de COVID-19 crisis lijkt deze verantwoordelijkheid echter maatschappijbreed gevoeld - en in sommige gevallen zelfs opgelegd - te worden (zie paragraaf 1.2).

Vanuit het Centrum voor Ethiek en Gezondheid is een essaybundel met ethische reflecties op de COVID-19 crisis samengesteld door verschillende gastauteurs. Van Dartel en Spekkink vergelijken de zorg tijdens de COVID-19 crisis met een “bio-technisch veiligheidsprogramma” (2020, p. 3) dat erop gericht is om mensen in het programma in te voegen op een zo verantwoord mogelijke manier. ‘Zorgen voor’ wordt hiermee een ‘zorgen dat’: verpleegkundigen zijn niet langer in staat om de noden van hun patiënten te horen en daar op te antwoorden, behalve passend binnen het veiligheidsprogramma. Concreet betekent dit dat verpleegkundigen de rol van familie op zich proberen te nemen, een gehandschoende hand aanbieden aan hun patiënten, of zich vrijwillig inzetten op de COVID-afdelingen, met alle risico’s van dien. Van Dartel en Spekkink (2020) benadrukken - in navolging van Hannah Arendt - het bredere perspectief dat nodig is bij het nadenken over verantwoordelijkheid van verpleegkundigen in een virocratie. Hierbij mag de afhankelijke positie van de individuele kwetsbare zorgvrager niet vergeten worden, maar de kwetsbaarheid van de zorg maakt ook dat verpleegkundigen hun verantwoordelijkheid richting de (kwetsbaren in de) samenleving mee moeten nemen in hun afwegingen. Ze pleiten voor het meer centraal stellen van (zorg)relaties in het maken van morele afwegingen tijdens de coronacrisis. Over morele afwegingen omtrent het al dan niet nemen van het coronavaccin onder (ziekenhuis)verpleegkundigen is nog geen literatuur beschikbaar.

Volgens zorgethica Margaret Urban Walker (2007) is verdiepende kennis over verantwoordelijkheden het beste te verkrijgen middels persoonlijke (morele) narratieven, omdat daarmee het particuliere aspect van een probleemstelling inzichtelijk gemaakt kan worden. Aan de hand van narratieve analyses kan op inductieve wijze nieuwe kennis vergaard worden over de verschillende verantwoordelijkheden. Inductief redeneren is van waarde voor dit specifieke onderzoek omdat er - op het moment van schrijven - nog geen wetenschappelijk

onderzoek is gedaan naar de ervaringen van ziekenhuisverpleegkundigen omtrent de morele afwegingen die zij dienen te maken rondom de keuze voor coronavaccinatie. Met dit onderzoek beoog ik een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke literatuur door verschillende narratieven van ziekenhuisverpleegkundigen met elkaar in gesprek te brengen en kritisch te betrekken op zorgethische theorieën over autonomie (zelfbeschikking) en verantwoordelijkheid. Het zorgethische concept relationaliteit wordt hierbij ingezet als kader om de beide begrippen vanuit een relationele - en dus zorgethische - context te begrijpen.

1.4 Probleemstelling

Hoofdvraag en deelvragen

Welke inzichten kan een zorgethische reflectie omtrent het begrip relationaliteit bieden wat betreft de morele afwegingen van ziekenhuisverpleegkundigen ten aanzien van de keuze om zich al dan niet te laten vaccineren tegen COVID-19?

1. Hoe kunnen de concepten zelfbeschikking en verantwoordelijkheid begrepen worden vanuit het zorgethische concept relationaliteit en welke inzichten kunnen daarbij van waarde zijn voor het vaccinatievraagstuk van ziekenhuisverpleegkundigen?
2. Welke inzichten bieden de particuliere verhalen van ziekenhuisverpleegkundigen omtrent de spanning tussen verantwoordelijkheid en zelfbeschikking bij het maken van morele afwegingen rondom het al dan niet laten vaccineren tegen COVID-19 en in hoeverre speelt relationaliteit daar een rol in?
3. Wat kunnen de inzichten uit de geanalyseerde verhalen betekenen voor de morele afwegingen die ziekenhuisverpleegkundigen maken ten aanzien van het vaccinatievraagstuk, gezien vanuit de - op zorgethische wijze doordachte - spanning tussen verantwoordelijkheid en het belang van zelfbeschikking?

1.5 Doelstelling

Dit onderzoek heeft als wetenschappelijke doelstelling om in kaart te brengen welke afwegingen voor ziekenhuisverpleegkundigen een rol spelen binnen het morele vraagstuk omtrent het zich al dan niet laten vaccineren tegen COVID-19. Dit doel streef ik na middels het zorgethisch doordenken van de spanning tussen verantwoordelijkheid en het belang van zelfbeschikking, met behulp van het concept relationaliteit. Vervolgens betrek ik deze concepten op de particuliere narratieven van ziekenhuisverpleegkundigen.

De maatschappelijke doelstelling is om ziekenhuisverpleegkundigen inzichten te bieden vanuit een zorgethisch perspectief voor een juiste afweging in wat het goede is om te doen - voor alle betrokkenen - omtrent de keuze voor het al dan niet nemen van het coronavaccin. Deze inzichten zijn van belang voor ziekenhuisverpleegkundigen omdat zij op dit moment voor deze keuze staan en regelmatig contact hebben met kwetsbare patiënten, maar uiteindelijk is dit een keuze die iedereen in onze samenleving moet maken.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beantwoord ik de eerste deelvraag middels een theoretisch kader. De brede concepten autonomie en verantwoordelijkheid worden stapsgewijs ‘uitgepakt’ aan de hand van een zorgethische lens om de concepten zo inzichtelijk mogelijk te maken voor dit onderzoek. In hoofdstuk 3 licht ik de onderzoeksmethode toe. Voorts presenteer ik in hoofdstuk 4 de empirische onderzoeksresultaten waarmee ik een antwoord formuleer op deelvraag 2. Deelvraag 3 beantwoord ik in hoofdstuk 5 in de vorm van een zorgethische discussie. Het antwoord op de hoofdvraag wordt gegeven in de conclusie. Tenslotte sluit ik af met een aantal aanbevelingen en een kwaliteitsparagraaf waarin ik tevens de beperkingen van het onderzoek zal meenemen.

H.2 Theoretisch kader

De Nederlandse ziekenhuisverpleegkundigen staan voor een keuze: wel of geen coronavaccinatie? In paragraaf 1.2 en 1.3 is uiteengezet dat deze keuze een spanning vertegenwoordigt tussen zelfbeschikking en gevoelde verantwoordelijkheden richting verschillende partijen.

Autonomie (waar zelfbeschikking een onderdeel van is) bekleedt een centrale positie in het liberalisme naast betekenisvolle waarden als rechtvaardigheid, vrijheid en gelijkwaardigheid (Van Heijst, 2005). Het liberalisme is opgekomen sinds de Verlichting, een periode waarin het jezelf de wet stellen een belangrijke waarde werd. Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw is tevens het neoliberalisme in opkomst geraakt, met een nadruk op waarden als autonomie, keuze en recht (Van Heijst, 2005). Zorgethica Van Heijst merkt hierover op dat de ontoereikendheid van deze waarden, met name in de zorgsector, steeds duidelijker zichtbaar worden in de dagelijkse praktijk (2005, p. 11).

Vanaf de jaren tachtig is er een beweging van - aanvankelijk voornamelijk feministische - denkers op gang gekomen die zich niet langer konden vereenzelvigen met het (heersende) autonome en individualistische zelfbeeld. Zo uitte de Amerikaanse ontwikkelingspsychologe Gilligan kritiek op de rationele en individualistische benadering van morele dilemma's binnen de onderzoeken van haar leraar, Kohlberg, die zij te eenzijdig ingestoken achtte (Gilligan, 1982). Hiermee werd het zorgethisch denken voor het eerst expliciet gearticuleerd, hoewel er in een eerder stadium al wel zorgethische ideeën naar voren zijn gebracht door feministische filosofen (Sander-Staudt, z.d.).

Zorgethisch denkers als Noddings (1984 & 2002), Kittay (1999 & 2011), Walker (2007), Tronto (1993 & 2013), en Van Heijst (2005 & 2011) hebben naast vele andere wetenschappers bijgedragen aan het theoretisch kader van de zorgethiek (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). Binnen de zorgethische literatuur wordt een mens niet enkel benaderd als een rationeel wezen dat individueel handelt vanuit zijn/ haar eigen autonomie: relationaliteit vormt een belangrijk onderdeel van de leefwereld van de mens. Daarbij is de mens binnen het zorgethisch denken niet los te zien van zijn/ haar omgeving en netwerk van relaties. Concreet betekent dit dat beslissingen nooit individueel genomen worden, maar altijd vanuit een relationele context. Hierbij is een

duidelijke uiteenzetting van de verschillende verantwoordelijkheden onontbeerlijk om recht te doen aan de relationele context.

In dit hoofdstuk begin ik met een filosofische beschouwing van het concept autonomie (zelfbeschikking) om het brede concept inzichtelijker te maken. Vervolgens werk ik het concept relationaliteit aan de hand van het gedachtegoed van Gilligan uit om geleidelijk te bouwen aan een meer zorgethische opvatting van het concept autonomie: relationele autonomie. Tenslotte zal ik het concept verantwoordelijkheid zorgethisch uiteenzetten en inzichtelijk maken om deelvraag 1 te kunnen beantwoorden:

Hoe kunnen de concepten zelfbeschikking en verantwoordelijkheid begrepen worden vanuit het zorgethische concept relationaliteit en welke inzichten kunnen daarbij van waarde zijn voor het vaccinatievraagstuk van ziekenhuisverpleegkundigen?

2.1 Autonomie (zelfbeschikking)

De totstandkoming van het concept autonomie is uitgebreid geanalyseerd door de filosoof Schneewind (2009). Volgens hem is Immanuel Kant één van de belangrijkste grondleggers van het concept autonomie.²⁰ Daarnaast legde Kant de nadruk op waarden als rationaliteit, vrijheid en gelijkheid. Dit past geheel bij zijn historische context: Kant leefde tijdens de Verlichting waarin men zich begon af te zetten tegen onderdrukkende externe krachten en zich steeds vaker ging beroepen op de eigen kracht van het rationele denken (2009). Een andere belangrijke grondlegger van het concept autonomie is John Stuart Mill (1989). Zijn opvatting van autonomie raakt aan vergelijkbare waarden als de waarden die Kant benadrukte. Mill's begrip van de mens is dat deze een onafhankelijk autonoom wezen is dat niet belemmerd mag worden in de uitvoering van zijn/ haar vrije wil tenzij dit anderen schade toebrengt. Daarbij benoemt Mill dat het individu geen verantwoording schuldig is aan de samenleving voor zijn/ haar gedrag tenzij er middelen zijn gebruikt die "(...) in strijd zijn met het algemeen belang - namelijk, fraude, oplichting en geweld" (Mill, 1989, p. 152).

²⁰ Autonomie werd vóór de inzichten van Immanuel Kant voornamelijk begrepen als een politiek begrip dat refereerde aan het recht op politieke zelfbepaling van een stadsstaat (Schneewind, 2009).

Zowel de invloeden van Kant als van Mill zijn tot op de dag van vandaag nog zeer relevant voor het ethische debat.

Autonomie is een concept waar zeer veel over is gediscussieerd. Het hele veld overziend, onderscheidde politiek filosoof Feinberg (1986) vier opvattingen van autonomie die behulpzaam kunnen zijn om structuur aan te brengen in het vaccinatievraagstuk. Hij benadert het concept autonomie als: de capaciteit tot zelfbeschikking (1), een daadwerkelijke conditie van zelfbeschikking (2), een karakterideaal (3), en als het recht op zelfbeschikking (4).

Autonomie als capaciteit

Met autonomie als capaciteit doelt Feinberg (1986) op de mogelijkheid tot het maken van rationele keuzes. De interpretatie van deze kwalificatie resulteert er doorgaans in dat kinderen, ernstig verstandelijk beperkten, psychiatrisch patiënten, comateuze patiënten, of mensen die ernstig beperkt worden door hun ouderdom, incompetent worden geacht om rationele beslissingen te maken. Alle overige groepen worden wel verondersteld rationele keuzes te kunnen maken (p. 28).

De ziekenhuisverpleegkundigen uit het vaccinatievraagstuk behoren tot deze laatste groep.

Autonomie als conditie

Met de opvatting van autonomie als een daadwerkelijke conditie, betreft Feinberg omgevingsfactoren die een rol spelen bij de mogelijkheden om over zichzelf te beschikken. Als voorbeelden noemt hij het met brute kracht opleggen van iemands wil, door ziekte in een delier terecht komen, of het door armoede afhankelijk zijn van de goedheid van anderen. Een bepaalde mate van 'geluk' is bevorderlijk om je autonomie uit te kunnen oefenen (p. 31). Bepaalde eigenschappen dragen volgens Feinberg bij aan de mate waarin een persoon autonoom kan handelen. Daarbij valt te denken aan: individualiteit, zelfbepaling, (morele) authenticiteit (pp. 36-39) en morele onafhankelijkheid.

De daadwerkelijke conditie van zelfbeschikking van de ziekenhuisverpleegkundigen is mogelijk wel aan het wankelen gebracht door de intrinsiek en extrinsiek gevoelde druk.

Autonomie als een karakterideaal

Feinberg noemt bij de opvatting van autonomie als een daadwerkelijke conditie een aantal karaktereigenschappen die samen bepalen in hoeverre iemand als autonoom gezien wordt, zoals: individualiteit, morele onafhankelijkheid, et cetera. Hij vraagt echter ook aandacht voor het feit dat alle mensen sociale dieren zijn. Niemand selecteert vanuit zelfbeschikking op welke wijze hij/ zij wordt opgevoed, in welke omgeving en door wie. En geen enkel individu selecteert op autonome wijze de samenleving, instituties, en tradities waarin hij/ zij leeft (p. 46). Feinberg drukt dit als volgt uit: *“The ideal of the autonomous person is that of an authentic individual whose self-determination is as complete as is consistent with the requirement that he is, of course, a member of a community.”* (Feinberg, 1986, p. 47). Er mogen dus wel grenzen gesteld worden aan in hoeverre het nog ‘ideaal’ is wanneer iemand volledig autonoom handelt.

Vanuit deze opvatting van autonomie kan gesteld worden dat bepaalde karaktereigenschappen van de ziekenhuisverpleegkundigen hun autonome kracht kunnen vergroten, mits zij de notie in acht nemen dat zij wel een lid van de samenleving zijn; inclusief de institutionele krachten, overtuigingen en tradities die daarbij horen. Bovendien worden verpleegkundigen doorgaans door andere karaktertrekken gekenmerkt. Zo bieden Van Nistelrooij en Leget (2017, p. 697) een overzicht van (zorgethische) wetenschappers die erkennen dat een bepaalde mate van zelfopoffering een onlosmakelijk deel van (professioneel) zorgverlenen is. In paragraaf 2.3 wordt dit verder toegelicht.

Autonomie als een recht

Feinberg (1986) definieert het recht op (persoonlijke) autonomie in termen als zelfbeschikking over het eigen lichaam (p. 53), maar trekt dit ook breder naar *“breathing space”* (p. 54) rondom het eigen lichaam. Het recht op autonomie beslaat

kort gezegd de keuzevrijheid in hoe iemand zijn/ haar leven inricht. Of het nu gaat om het nastreven van een bepaalde carrière, het aanhangen van een religie, of het al dan niet willen hebben van kinderen. Dit zijn allemaal eigen keuzes (p. 54).

De ziekenhuisverpleegkundigen in Nederland hebben het recht om over zichzelf te beschikken, zoals vastgelegd in de grondwet (Van Beers, 2013). Vooralsnog heeft dit recht ook betrekking op het vaccinatievraagstuk, hoewel de keuzevrijheid wel enigszins op losse schroeven staat door externe druk en de recent ingevoerde verplichting voor zorgmedewerkers in Italië (zie paragraaf 1.2).

In deze paragraaf is het concept autonomie vanuit filosofische hoek beschouwd. Vanuit deze beschouwing is toegewerkt naar een duiding van het concept autonomie met behulp van de opvattingen van Feinberg. Deze opvattingen kunnen meer inzicht bieden in de analyse van de empirische data rondom het vaccinatievraagstuk van de ziekenhuisverpleegkundigen. In paragraaf 2.3 zal dit inzicht verrijkt worden met het zorgethische concept relationaliteit aan de hand van het werk van Gilligan. Alvorens dieper in het concept relationaliteit te duiken, wordt het belang van een zorgethische analyse uitgelegd in paragraaf 2.2.

2.2 De (Utrechtse) zorgethiek

In paragraaf 1.3 is een overzicht gegeven van kwalitatieve onderzoeken naar vaccinatiebereidheid onder verpleegkundigen. Hieruit bleek dat verpleegkundigen dergelijke vraagstukken in de regel benaderen vanuit een relationeel mensbeeld en niet vanuit een individualistisch mensbeeld waarin een afweging wordt gemaakt tussen de rechten en plichten die op het spel staan. Binnen het zorgethisch denken vertrekt men vanuit een relationeel mensbeeld. Daarbij is de Utrechtse zorgethiek bijzonder waardevol voor dit onderzoek omdat deze vorm van ethiek uitgaat van een dialectische relatie tussen theoretische en empirische kennis. Door het op elkaar betrekken van verschillende kennisbronnen ontstaan nieuwe inzichten over het moreel goede (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

Om het concept relationaliteit zorgethisch te duiden, begint deze paragraaf met een korte uiteenzetting van de belangrijkste inzichten binnen de (Utrechtse) zorgethiek die van waarde zijn voor het vaccinatievraagstuk. Vervolgens zal dieper in

worden gegaan op een zorgethische definitie van het concept relationaliteit waarmee het concept autonomie zorgethisch doordacht kan worden.

De zorgethiek in een notendop

Het zorgethisch denken is ontsproten uit feministische grond vanuit de behoefte om een tegengeluid te bieden ten aanzien van dominante ethische stromingen, zoals de deontologie van Kant of het utilitaristische consequentialisme van Mill. Daarbij heeft zorgethiek ook raakvlakken met andere ethische stromingen dan het feminisme, zoals het sentimentalisme van David Hume. Door sommige wetenschappers wordt zorgethiek gezien als een vorm van (Aristotelische) deugdethiek, waarbij zorg een centrale deugd is (Sander-Staudt, z.d.).

Een meer methodische bedrijving van de zorgethiek, welke gebruikt zal worden om de onderzoeksvraag van deze thesis te beantwoorden, is de Utrechtse zorgethiek. De Utrechtse zorgethiek is een interdisciplinair onderzoeksveld dat haar normatieve karakter ontleent aan zo'n veertig jaar theorievorming en empirisch onderzoek. Het is een probleemgestuurde discipline die zich voornamelijk richt op de gemarginaliseerde groepen in de samenleving: de groepen die weinig tot geen stem krijgen en daarom niet altijd gehoord worden (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

De Utrechtse Zorgethiek heeft het zorgethisch spectrum op specifieke wijze ingekleurd en beschrijft 'zorg' als een lens waardoor zorgpraktijken aanschouwd worden (dit kan zowel op individueel als op institutioneel niveau).²¹ Hiermee probeert de Utrechtse zorgethiek in de kern een antwoord te vinden op de volgende centrale vraag: 'wat is het moreel goede, gegeven deze particuliere situatie?' (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). Dat kennis over het moreel goede opdoemt binnen de context van particuliere (sociale) praktijken is een epistemologische positie die is ontleend aan het werk van zorgethisch denker Walker (2007). Zij ontwikkelde het expressief-collaboratief model waarmee zij zowel stelde dat kennis verschijnt binnen praktijken als dat die kennis wordt opgedaan binnen het sociale, dus in relatie tot anderen en vanuit meerdere perspectieven.

²¹ De Utrechtse Zorgethiek. (2021). Op 11-05-2021 ontleend aan:

<https://www.zorgethiek.nu/over-zorgethiek/de-visie/utrechtse-zorgethiek-slide-lemniscaat>.

Bovendien hanteert de Utrechtse zorgethiek een bredere opvatting van ‘zorg’. Het onderzoeksgebied beperkt zich niet tot reguliere zorgpraktijken of -instellingen: zoals een ziekenhuis, mantelzorg, of de thuiszorg. De opvatting van zorg die de Utrechtse zorgethiek aanhangt, is gebaseerd op de definitie van zorg die de zorgethisch denkers Tronto en Fisher voor het eerst voor het voetlicht brachten:

“On the most general level, we suggest that care being viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.” (Tronto, 1993, p. 103)

De zorgethische ‘lens’ op zorgpraktijken waardoor het moreel goede waargenomen kan worden, wint aan scherpte middels een continue wisselwerking tussen theorie en empirie. Binnen deze wisselwerking kunnen theorie en empirie elkaar bijschaven danwel complementeren. De ‘theorie’, ofwel het zorgethisch theoretisch kader (opgebouwd uit zo’n veertig jaar aan theorievorming), bestaat uit een aantal uitgewerkte zorgethische concepten. Dit zijn de *critical insights*: contextualiteit, relationaliteit, affectiviteit, aandacht voor macht en positie, zin/ betekenis, kwetsbaarheid, lichamelijkheid, en *practices* (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

Dit onderzoek is opgezet vanuit de werkwijze die wordt gehanteerd binnen de Utrechtse zorgethiek. Het concept relationaliteit zal ingezet worden om autonomie zorgethisch te doordenken. Relationaliteit is nauw verbonden met de concepten kwetsbaarheid en afhankelijkheid. De samenhang van relationaliteit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid zal kort toegelicht worden in de volgende subparagraaf om vervolgens dieper in te gaan op relationaliteit in paragraaf 2.3.

Relationaliteit, kwetsbaarheid, en afhankelijkheid

Volgens Van Heijst (2011) kan de zorg worden opgevat als relationeel: er vindt voortdurend afstemming plaats tussen behoeften en mogelijkheden (van zorgvrager én zorggever). Van Heijst benadrukt in haar werk dat alle mensen in de kern kwetsbaar en afhankelijk zijn. De mate waarin verschild uiteraard van mens tot mens en kan

fluctueren op basis van levensfasen, de intrede van ziekte, verlies, of andere onvoorspelbare gebeurtenissen waar het leven vol van is. Afhankelijkheid en kwetsbaarheid ziet zij niet als voorbehouden aan de zorgvrager: de zorggever zit in hetzelfde schuitje. Dit gegeven heeft Van Heijst (2005) gedoopt tot ‘de dubbelstructuur van behoefte’.

Het zorgethisch denken beperkt zich echter niet tot (zorg)relaties tussen individuen, maar richt zich tevens op maatschappijbrede relaties, binnen de samenleving als geheel. Kittay (1999) heeft zich in haar filosofische overpeinzingen deels laten inspireren door persoonlijke ervaringen met betrekking tot de zorg voor haar dochter die kampt met een meervoudige beperking. Ze beschouwt de zorg vanuit haar model van ‘*nested relationships*’: alle (zorg)relaties zijn ingebed in een bredere context van (zorg)relaties. Ze benadrukt met dit model evenals Van Heijst de afhankelijke en kwetsbare positie die wij als mensen bekleden. Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange (2017) voegen hier een vertaling naar het Nederlandse zorgstelsel aan toe om aan te tonen dat dit perspectief, waarbij de mens in de kern een afhankelijk wezen is, niet wordt erkend in veel politieke of maatschappelijke opinies ten aanzien van de zorg: “(...) *the focus is entirely on the more or less independent person with caring needs who is able to find his or her way first to relations and then to those institutions that may fulfil the necessary social support.*” (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017, p. 641) Wanneer iemand zorgbehoefte is, wordt hij/ zij in de huidige (Nederlandse) samenleving dus niet als afhankelijk bestempeld, maar als minder óafhankelijk en nog steeds in staat om de benodigde zorg eigenhandig te organiseren, bijvoorbeeld via mantelzorg of thuiszorg. Verschillende zorgethici kaarten aan dat veel mensen vanuit dit autonome mensbeeld buiten de boot vallen, omdat het organiseren van de benodigde zorg in de praktijk lang niet altijd zo eenvoudig of vanzelfsprekend blijkt (Kittay, 1999; Van Nistelrooij, Spekkink, Visse & De Lange, 2017).

In de Nederlandse samenleving vervullen liberale waarden als rechtvaardigheid, gelijkheid, vrijheid en onafhankelijkheid een dominante positie. De mens wordt gezien als een autonoom, onafhankelijk en rationeel denkend individu met het recht op zelfbeschikking. De overheid vervult daarin voornamelijk een faciliterende rol; het politieke beleid ten aanzien van zorg is immers ingesteld op de - in meer of mindere mate - onafhankelijke burger.

In de volgende paragraaf ga ik verder in op dit dominante mensbeeld aan de hand van de onderzoeken van de ontwikkelingspsycholoog Kohlberg. Met name Gilligans' kritiek op dit mensbeeld wordt nader onderzocht, aangezien haar bijdrage een belangrijke aanvulling kan zijn op het concept autonomie zoals in paragraaf 2.1 aan de hand van Kant, Mill, en Feinberg is beschouwd. Erkenning van de menselijke kwetsbaarheid en afhankelijkheid vormt daarin een belangrijke sleutelrol voor een (relationeel) mensbeeld dat meer recht doet aan de menselijke conditie.

2.3 Relationaliteit als basis voor (relationele) autonomie

Één van de grondleggers van het zorgethisch denken is Gilligan. Met haar werk *In a different voice* (1982) vestigde zij de aandacht op het verschil tussen het maken van een onpartijdige, rationele, ethische afweging en het maken van een ethische afweging binnen een netwerk van relaties. Daarmee was zij één van de eerste wetenschappers die een tegengeluid liet horen ten aanzien van het dominante mensbeeld²² door aan te kaarten dat ieder mens in de kern afhankelijk is ten opzichte van anderen. Deze visie op afhankelijkheid wordt minder doordacht binnen een ethiek van rechtvaardigheid, waarin universele rechten en plichten de basis vormen. Volgens Gilligan (1982) gaat een ethiek van rechtvaardigheid dan ook voorbij aan de rol van de relatie die een willekeurige zorggever heeft met een zorgvrager. De in haar boek gearticuleerde *different voice* is de stem van zorg. Een stem die volgens haar evenveel waarde zou moeten krijgen binnen de ethiek als de dominante (liberale) stem die de focus legt op gelijkheid, rechtvaardigheid, autonomie en onafhankelijkheid (Sander-Staudt, z.d.).

Naar aanleiding van een interview met twee elf-jarige kinderen die deelnamen aan een onderzoek van Kohlberg, meende zij deze 'stem' van zorg te kunnen onderscheiden. Waar de elf-jarige Jake het 'Heinz-dilemma'²³ benadert als een wiskundig probleem dat op rationele wijze opgelost dient te worden - door het maken

²² Met dit 'dominante mensbeeld' wordt verwezen naar een meer individualistische en onafhankelijke opvatting van de mens die zijn/ haar beslissing neemt na het maken van een rationele afweging. Kohlberg, de docent van Gilligan, heeft zijn onderzoek opgezet vanuit deze mensvisie (Gilligan, 1982).

²³ Het 'Heinz-dilemma' beschrijft het dilemma van een man die een bepaald medicijn nodig heeft om zijn zieke vrouw te behoeden van de dood. Hij heeft er echter geen geld voor, en er wordt aan de kinderen gevraagd of het gerechtvaardigd is dat Heinz het medicijn steelt van de apotheek.

van bepaalde afwegingen tussen de verschillende rechten en plichten van de individuele belanghebbenden - ziet de elf-jarige Amy juist een brede relationele context en bovendien alternatieve oplossingen voor het 'dilemma'.

Gilligan (1982) licht dit als volgt toe wanneer ze Amy's specifieke zienswijze aan een analyse onderwerpt:

"Instead, seeing a world comprised of relationships rather than of people standing alone, a world that coheres through human connection rather than through systems of rules, she finds the puzzle in the dilemma to lie in the failure of the druggist to respond to the wife." (p. 29)

Hierbij benadrukt Gilligan dat, hoewel de stem van zorg vaker terug te horen is binnen vrouwelijke redeneringen over morele dilemma's dan mannelijke, zij dit onderscheid beschouwt als een thematisch onderscheid. Niet als een onderscheid tussen seksen.

Voortbordurend op de stem van zorg waarin relationaliteit een essentieel onderdeel is, ontwikkelde Gilligan het concept *mature care*. Aan de hand van dit concept schetst zij verschillende benaderingen van morele vraagstukken waarin de visie op verantwoordelijkheden sterk kan verschillen. Ze maakt onderscheid tussen de preconventionele fase (de focus ligt op het zelf), de conventionele fase (de focus ligt op de ander) en de postconventionele fase (de focus ligt op relationaliteit). De eerste twee fasen vertegenwoordigen volgens Gilligan een spanning tussen zelfzorg en zorg voor de ander, maar in de postconventionele fase (*mature care*) ontstaan inzichten vanuit een relationeel mensbeeld die de spanningen tussen verantwoordelijkheden voor het zelf en de ander opheffen (Gilligan, 1982; Van Nistelrooij & Leget, 2017).

Van Nistelrooij & Leget (2017) brengen in hun onderzoek naar Gilligans' concept van *mature care* echter een discrepantie aan het licht tussen de theoretische onderbouwing van het concept en de conclusies die Gilligan trekt naar aanleiding van empirische onderzoeken. Uit haar empirische onderzoeken blijkt namelijk dat het theoretisch voorgestelde onderscheid tussen zelfzorg en zorg voor de ander een stuk mistiger wordt tegen de achtergrond van een concrete praktijk. Na zowel het theoretische concept als de empirische onderzoeken van Gilligan aan een nadere beschouwing te hebben onderworpen, concluderen zij dat het concept van *mature care* complex en gelaagd is wanneer deze wordt getoetst aan praktijksituaties. Waar

Gilligan in haar *mature care* concept nog uitgaat van een spanning tussen het zelf en de ander (zelfzorg versus zorg voor de ander), en de erkenning van een relationele ontologie (iedereen staat met elkaar in verbinding) als antwoord ziet op deze spanning, benadrukken Van Nistelrooij & Leget (2017) juist de ontdekking van het grijze gebied dat zich openbaart in de discrepantie tussen theorie en empirie. Door de focus te leggen op het grijze gebied benadrukken zij de onvoorspelbaarheid van zorg. Het denken vanuit een binair perspectief waarbij ‘ik’ en de ‘ander’ of zelfzorg en zorg voor de ander tegenover elkaar gezet worden, doet volgens hen geen recht aan de complexe realiteit van zorgpraktijken.

Wanneer bovenstaande wordt toegepast op het vaccinatievraagstuk - en de spanning die de ziekenhuisverpleegkundigen ervaren tussen zelfbeschikking en de gevoelde verantwoordelijkheden - lijkt de interpretatie van Van Nistelrooij en Leget meer erkenning te geven aan de relationele identiteit van de ziekenhuisverpleegkundigen: *“This view is better able to capture the tensions that are related to today’s nursing as a practice, which inevitably includes sacrifices of self.”* (Van Nistelrooij & Leget, 2017, p. 694) Er is een grijs gebied, en in dit grijze gebied kunnen absolute ideeën van goed en kwaad geen licht werpen op de zaak omdat ze de complexiteit van de particuliere situatie daarmee tekort doen. Door de mens te benaderen als relationeel wezen, in continue verbondenheid met anderen en de wereld om zich heen, kan informatie verkregen worden over wat het goede is om te doen (Van Nistelrooij & Leget, 2017).

In de voetsporen tredend van Gilligan (1982), Van Nistelrooij & Leget (2017), Van Heijst (2005 & 2011), en Kittay (1999) wordt relationaliteit in deze thesis opgevat als een ontologische conditie. Zorgethisch denker Tronto duidt deze ontologische opvatting van relationaliteit als volgt: *“It starts from the premise that everything exists in relation to other things; it is thus relational and assumes that people, other beings and the environment are interdependent.”* (Tronto, 2017, p. 32) Binnen deze opvatting neemt zij tevens het concept afhankelijkheid mee als ontologisch gegeven binnen een relationele opvatting van het mensbeeld. Relationaliteit veronderstelt dat onze beslissingen niet het gevolg zijn van individueel afgewogen rechten en plichten, maar dat deze geworteld zijn in relatie tot de wereld om ons heen en al haar bewoners.

In paragraaf 2.4 zal ik de betekenis van een relationeel mensbeeld gebruiken om het concept autonomie te verrijken. Voorts zal ik de theoretische inzichten omtrent

relationele autonomie toepassen op het vaccinatievraagstuk. Deze toepassing bestaat uit theoretische aannames en is geen weergave van empirische data (zie H.4).

2.4 Relationele autonomie

Hoewel het concept autonomie binnen het zorgethisch denken geen dominante rol vervult, staat het belang van autonomie buiten kijf. Zo benadrukt Van Heijst (2011) in haar werk ook de winst die liberale waarden ons hebben gebracht, zoals: het recht op zelfbeschikking, het recht op zorg, de mogelijkheid om invasieve ingrepen te weigeren, en de keuzevrijheid die ons ten deel is gevallen. Het zorgethische gedachtegoed waarbij relationaliteit als ontologische menselijke conditie wordt aangemerkt kan daarom fungeren als een verrijking van het concept autonomie: relationele autonomie.

Ethicus Jeffrey (2020) omschrijft relationele autonomie in het kader van de COVID-19 crisis als een omslag van het individuele zelf naar het zelf binnen een netwerk van relaties. Hierbij benadrukt hij het contrast van relationele autonomie met de Westerse opvatting van autonomie die de focus legt op onafhankelijkheid. In lijn met het zorgethisch denken legt hij de nadruk op (wederzijdse) afhankelijkheid.

Feinberg (1986) benaderde het concept autonomie als: de capaciteit tot zelfbeschikking (1), een daadwerkelijke conditie van zelfbeschikking (2), een karakterideaal (3), en als het recht op zelfbeschikking (4). De ziekenhuisverpleegkundigen zijn capabel om over zichzelf te beschikken (1) en hebben (vooralsnog) ook het recht om een eigen beslissing te nemen (4).

Vanuit een relationele ontologie wordt deze beslissing echter niet genomen door een individuele beslisser die op rationele wijze zijn/ haar rechten en plichten tegen elkaar afweegt. Er is geen sprake van een individuele beslisser los van zijn/ haar context (2). De ziekenhuisverpleegkundige is professional, misschien wel echtgenote, moeder, vriendin, dochter, collega, burger, Nederlander, vrouw, buurvrouw, et cetera. En vanuit al deze rollen, ten opzichte van zowel concrete anderen als ‘anderen op afstand’ die haar identiteit vormen (3), vindt een besluitvormingsproces plaats (Walker, 2007; Kittay, 1999). Verantwoordelijkheden richting het zelf en anderen in de samenleving spelen dan ook een significante rol en kunnen niet los gezien worden van het besluitvormingsproces. Feinberg (1986, pp.

43-44) laat in zijn vier opvattingen van autonomie doorschemeren dat het concept verantwoordelijkheid moeilijk los te zien is van autonomie: verantwoordelijkheid dragen of verantwoordelijk zijn, kan de autonome conditie tevens vormen.

Daarnaast dient de invloed van de COVID-19 crisis ook meegenomen te worden bij het nadenken over autonomie in samenhang met verantwoordelijkheid. Jeffrey omschrijft deze invloed als volgt: “*When health risks primarily affect an individual, respect for autonomy has a high value. However, when a population is at risk, collective interests assume the greatest relevance.*” (Jeffrey, 2020, p. 495)

In de volgende paragraaf zal ik de rol van verantwoordelijkheid in het vaccinatievraagstuk tegen het licht van de COVID-19 crisis houden met behulp van inzichten van verschillende zorgethici.

2.5 Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid wordt gezien als een centraal concept binnen het zorgethisch denken (Tronto, 1993 & 2013; Walker, 2007; Van Nistelrooij & Visse, 2018; Kittay, 1999). Tronto heeft vanuit politiek-maatschappelijk oogpunt meerdere werken geschreven over het verdelen van (zorg)verantwoordelijkheden aan de hand van vier zorgfasen: *caring about*, *taking care of*, *care giving*, en *care receiving*.²⁴ De tweede fase, *taking care of*, verbindt zij met het concept verantwoordelijkheid. Tronto richt zich voornamelijk op de socio-politieke context waarin in het individu zich begeeft. In deze context zijn machtsrelaties en ongelijkheid aan de orde van de dag. Degenen die de zorgverantwoordelijkheden accepteren (*taking care of*) of uitvoeren (*care giving*) zijn vaak de mensen met weinig privileges en macht (Tronto, 1993).

In lijn met de ongelijkheid die Tronto aankaart, stelt Walker (2007) een *geography of responsibilities* voor waarmee zij verantwoordelijkheid als concept verbindt aan de verschillende relaties die men heeft binnen sociale (morele) praktijken. Door de verschillende verantwoordelijkheden goed in kaart te brengen, kan er beter getraceerd worden hoe zorgverantwoordelijkheden verdeeld worden en wie er daadwerkelijk verantwoordelijk is: “*who gets to do what to whom and who is supposed to do what for whom*” (Walker, 2017, p. 16). Hierbij is het van belang om

²⁴ Later voegt zij hier nog een vijfde fase aan toe: *caring with*. Deze fase verbindt zij met het concept solidariteit (Tronto, 2013).

mee te nemen dat het zorgethische inzicht dat ieder mens kwetsbaar is (zie paragraaf 2.2) geen schaduw mag werpen op het feit dat sommige mensen kwetsbaarder zijn dan anderen.

Voorts plaatst Kittay (1999) het concept verantwoordelijkheid binnen afhankelijkheidsrelaties met haar model van *nested relationships*. Ze onderzoekt daarbij welke verantwoordelijkheden zij richting anderen heeft en vice versa. Van Heijst (2011) richt zich op haar beurt bij het nadenken over verantwoordelijkheid voornamelijk op de invloed van instituties en de dubbelstructuur van behoefteigheid. Hiermee kaarten de zorgethici allerlei factoren aan die een rol spelen bij persoonlijke en professionele verantwoordelijkheden, zoals: machtsrelaties, (wederzijdse) afhankelijkheid, en institutionele invloeden. In de bovenstaande zorgethische opvattingen wordt echter nog wel uitgegaan van een bepaalde ruimte waarin iemand zijn/ haar verantwoordelijkheid en beslissingen kan nemen.

Terugkerend naar het vaccinatievraagstuk gebeurt er - tegen het licht van de COVID-19 crisis - iets met de persoonlijke en professionele ruimte waarin verpleegkundigen (zorg)verantwoordelijkheden kunnen nemen, beweren Van Dartel & Spekkink (2020) in hun artikel over verpleegkundige verantwoordelijkheden tijdens een 'virocratie'. Een simpele verwijzing naar 'coronamaatregelen' wordt in de regel als voldoende uitleg gezien om allerlei - voorheen - belangrijke waarden en verantwoordelijkheden links te laten liggen: er is immers sprake van een crisissituatie. Volgens hen heeft een ogenschijnlijk simpele verklaring als 'coronamaatregelen' zoveel kracht omdat een crisis de dominante waarden in een maatschappij helder voor het voetlicht brengt: zo blijkt 'veiligheid' een zeer dominante plaats in te nemen in onze huidige samenleving. Hierbij worden waarden als relationaliteit, responsiviteit, aandacht, en verbondenheid naar de achtergrond verdrongen (p. 9).

Van Dartel en Spekkink vragen zich echter af of de verpleegkundigen niet méér ruimte kunnen pakken, ondanks de opgelegde regels en beperkingen. In navolging van het werk van de filosofe Hannah Arendt stellen zij het volgende: in situaties waarbij systeemdruk wordt ervaren komt het er op neer op welke manier de beslisser (de verpleegkundige) zich tot zichzelf verhoudt: "of je, als je iets doet of nalaat en daar een oordeel over velt, nog door wilt leven met jezelf" (Van Dartel & Spekkink, 2020, p. 5). Daarbij benadrukken zij dat een crisissituatie bij uitstek vraagt om mensen die zo'n oordeel vormen, en daarbij tegen de stroom in durven zwemmen om achter de eigen beslissingen te kunnen blijven staan. Los van verwachtingen of

systeemdruk. Daarbij is het wel van belang om (maatschappij)breed te blijven kijken en meerdere perspectieven - zeker het perspectief van de kwetsbare patiënt - mee te laten wegen in deze beslissing (p. 6).

Om in de praktijk handen en voeten te kunnen geven aan dit gedachtegoed van Hannah Arendt, kan een heldere uiteenzetting van verschillende paradigma's - met betrekking tot nadenken over verantwoordelijkheid - structuur bieden. Van Nistelrooij & Visse (2018) hebben, voortbouwend op multidisciplinaire theorievorming ten aanzien van verantwoordelijkheid, een dergelijke uiteenzetting gemaakt. Zij onderscheiden vier paradigma's ten aanzien van het nadenken over verantwoordelijkheid: verantwoordelijkheid op basis van de belofte (1), verantwoordelijkheid vanuit kwetsbaarheid en afhankelijkheid (2), verantwoordelijkheid op basis van sociale verwachtingen/ plichten (3), en verantwoordelijkheid als een gegeven (4). De beschreven verantwoordelijkheden vertalen zij naar '*moral obligations*'. Deze 'morele plichten' verschillen per paradigma.

In de volgende subparagrafen licht ik bovenstaande vier paradigma's toe vanuit de theorie en pas ik de inzichten direct toe op het vaccinatievraagstuk. Dit blijft een toepassing gebaseerd op theoretische aannames, en niet op basis van empirische data.

Verantwoordelijkheid op basis van de belofte (1)

Vanuit het eerste paradigma beschrijven Van Nistelrooij & Visse (2018) het nemen van verantwoordelijkheid als een vrijwillige onderneming door een individuele beslisser. Van Nistelrooij en Visse hebben zich in de beschrijving van dit paradigma gebaseerd op het werk van Kittay die dit paradigma het '*voluntaristic moral obligation model*' noemt en zich op haar beurt heeft laten inspireren door het werk van Robert Goodin (Kittay, 1999).

Binnen dit paradigma wordt uitgegaan van een onafhankelijk mensbeeld waarbij eenieder gelijke rechten heeft en vrij is om te besluiten aan hoeveel verantwoordelijkheid hij/ zij zich committeert. Morele vragen centreren zich rondom de vraag welke rechten iemand heeft en welke rechten anderen hebben. Een morele plicht ontstaat pas wanneer de individuele beslisser een vrijwillige en autonome toezegging doet over een verantwoordelijkheid die hij/ zij op zich wil nemen: dit

noemt Kittay (1999) de ‘belofte’. De enige morele plicht die voortvloeit uit dit paradigma is de plicht die ontstaat na het aangaan van een dergelijke belofte (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

Dit paradigma geeft veel ruimte aan de ziekenhuisverpleegkundigen. Zij worden in de gelegenheid gesteld een eigenhandig besluit te nemen of zij het vaccin willen nemen. Daarmee zouden zij de risico’s voor hun patiënten tot een minimum kunnen beperken of de kans op groepsimmuniteit in ieder geval vergroten (zie paragraaf 1.2).

Tevens zouden zij ervoor kunnen kiezen om het vaccin te nemen omdat zij ervan overtuigd zijn dat de risico’s van een COVID-19 infectie meer schade zal toebrengen aan de eigen gezondheid dan eventuele bijwerkingen van het vaccin (op korte danwel lange termijn). Het eerste paradigma lijkt hiermee te raken aan een Kantiaanse opvatting van de autonome mens. Het produceert een geluid dat grotendeels zijn weerklank vindt in de huidige maatschappij: het al dan niet nemen van het vaccin zou een eigen keuze moeten zijn (zie paragraaf 1.2).

Verantwoordelijkheid op basis van kwetsbaarheid en afhankelijkheid

Het tweede paradigma vindt tevens zijn oorsprong in het werk van Kittay (1999) en is gebaseerd op haar ‘*vulnerability-responsive model*’, welke zij tegenover het ‘*voluntaristic moral obligation model*’ plaatst. Dit paradigma (verantwoordelijkheid op basis van kwetsbaarheid en afhankelijkheid) vertegenwoordigt een mensbeeld waarbij kwetsbaarheid en afhankelijkheid worden erkend. Alle mensen zijn gelijkwaardig omdat ieder mens kan bestaan doordat er voor hem/ haar is gezorgd: “*We are all - equally - some mother’s child*” (Kittay, 1999, p. 25). Bovendien ontstaat kennis over het moreel goede - binnen dit paradigma - vanuit relationele netwerken in sociale praktijken die de verdeling, acceptatie en afbuigingen van verantwoordelijkheden concreet maken. Daarbij mag aandacht voor machtsrelaties niet weggelaten worden, stelt Walker (2007).

Vanuit dit paradigma neemt de beslisser (de ‘*dependency worker*’ in Kittay’s denken) - die in een positie verkeert om de benodigde hulp te bieden - verantwoordelijkheden op zich omdat de ander (de ‘*charge*’ in Kittay’s denken) in nood is. De positie van de beslisser (is iemand dichtbij en in een goede, zo niet de beste, positie om hulp te bieden?) is doorslaggevend voor de verantwoordelijkheden

die worden toegekend aan de beslisser. Het gaat echter niet puur om het in actie komen ten aanzien van de toegekende verantwoordelijkheden. De beslisser moet daadwerkelijk open staan voor de noden van de hulpvrager zodat hij/ zij de juiste hulp kan bieden: responsieve zorg. Van Nistelrooij & Visse drukken dit als volgt uit:

“It is not only about the action owed by the best situated actor, but it requires a caregiver (or dependency worker in her vocabulary) to become transparent and responsive to the charge’s concern, since this—and primarily and exclusively this—should be leading in care.” (Van Nistelrooij & Visse, 2018, p. 283)

Tenslotte wordt de nadruk gelegd op de kwetsbaarheid en de afhankelijkheid van alle betrokkenen (bijvoorbeeld zorggever en zorgvrager) en de verantwoordelijkheid die dit legt op alle partijen, en daarbij dus ook op de samenleving als geheel (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

Meedenkend met dit paradigma, zouden de ziekenhuisverpleegkundigen de kwetsbaarheid van hun patiëntenpopulatie zwaarder kunnen laten wegen dan de eventuele bezwaren die zij zelf hebben tegen vaccinatie. Aan de andere kant kunnen er in de patiëntenpopulatie ook verantwoordelijkheden aangekaart worden ten aanzien van de eigen gezondheid. Hierbij kan gedacht worden aan leefstijlfactoren die bijdragen aan een ernstiger ziekteverloop bij COVID-19, zoals: roken, overgewicht, weinig lichaamsbeweging, en de aanwezigheid van welvaartsziekten als hypertensie, diabetes (type 2) en obesitas (Molema et al., 2020). Bovendien heeft de overheid ook een bepaalde verantwoordelijkheid richting alle burgers, waar zowel de patiëntenpopulatie als de ziekenhuisverpleegkundigen onder vallen. Aan deze verantwoordelijkheid zou de overheid uitdrukking kunnen geven middels een structurele waardering voor zorgmedewerkers, een uitbreiding van de IC-capaciteit, de invoering van accijns op ongezond voedsel, of juist door het verstrekken van subsidies voor sportabbonnementen.

Wat betreft de responsiviteit die Kittay (1999) beoogt binnen haar *‘vulnerability-responsive model’* is het nog maar zeer de vraag wat de patiëntenpopulatie eigenlijk verwacht van de ziekenhuisverpleegkundigen. Dit hoeft niet per se overeen te komen met de maatschappelijke (of andere) verwachtingen van de ziekenhuisverpleegkundigen.

Verantwoordelijkheid op basis van sociale verwachtingen/ plichten

Het derde paradigma is gestoeld op het gedachtegoed van Walker (2007) waarmee zij verantwoordelijkheden expressief-collaboratief duidt: in sociale praktijken - en alleen daar - ontstaat kennis over het goede om te doen, door iemands identiteit, de verschillende relaties, en gedeelde sociale waarden. Dit gegeven vraagt ook aandacht voor de sociale rollen die zijn toegewezen binnen een samenleving, bijvoorbeeld op basis van sekse, sociaal-economische status, of etniciteit. Walker (2007) stelt dat er drie mechanismen ten grondslag liggen aan het toeschrijven van die sociale rollen: het privatiseren van bepaalde rollen (dat wil zeggen dat er heerschappij wordt uitgeoefend buiten het publieke domein; bijvoorbeeld de 'huisvrouw'), naturaliseren (een natuurlijke identiteit toedichten aan de hand van bepaalde eigenschappen; bijvoorbeeld het dienstbare karakter van 'de' vrouw), en normaliseren (iets als normaal bestempelen en daar een verwachtingspatroon aan koppelen). Het zich onttrekken aan deze verwachtingen werkt een spanning in de hand tussen de sociale context en individuele beslissingen (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

Van Heijst (2005, pp. 305-306) merkt hierover op dat niemand nog hardop durft te zeggen dat vrouwen (of andere sociale groepen) dienstbaar zouden moeten zijn als gevolg van hun natuurlijke identiteit. Toch zijn de gekoppelde verwachtingen aan bepaalde sociale rollen nog stevig van kracht. Haar voorstel is om de aandacht ook en vooral te richten op wie niet wordt aangesproken op zorgverantwoordelijkheden en daardoor vrijgesteld is van zorgen.

In dit derde paradigma komen de gevoelde druk en de voorbeeldfunctie van de ziekenhuisverpleegkundigen sterk naar voren. Zij worden min of meer geacht het goede voorbeeld te geven en de maatschappij terug te brengen naar het nieuwe normaal (zie paragraaf 1.2). Hiermee wordt maatschappijbreed een grote verantwoordelijkheid op de ziekenhuisverpleegkundigen gelegd die bij hen voor een spanning zorgt tussen zelfbeschikking en gevoelde verantwoordelijkheden (zie paragraaf 1.2 & 1.3).

Verantwoordelijkheid als een gegeven

In de eerste drie paradigma's blijft ruimte bestaan voor de beslisser om zich te onttrekken aan verantwoordelijkheden; ongeacht culturele, politieke of sociale druk.

Het nemen van een beslissing is een actieve handeling. Ten aanzien van het vierde paradigma hebben Van Nistelrooij & Visse (2018) zich laten inspireren door de Franse fenomenoloog Jean-Luc Marion. Hij benadert verantwoordelijkheid op een passieve manier: als een gegeven. Het mensbeeld dat hij hanteert, is relationeel in enge zin. Er is geen actief handelend individu. Er zijn verschijnselen (fenomenen) die een *'call'* vertegenwoordigen en deze verschijnselen vormen het centrum van de verantwoordelijkheden die ontstaan. De gegeven verantwoordelijkheden nodigen de mens ('het subject' in Marion's denken) uit om te antwoorden op de *'call'* om zich te committeren aan iemands' nood. Vanuit deze fenomenologische insteek geeft hij een overstijgende visie op de connectie tussen de beslisser en verantwoordelijkheden, waardoor versimpeling en schuldvragen ('je had je verantwoordelijkheid moeten nemen om...') geen kans krijgen en worden gepasseerd (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

Bezien vanuit de ziekenhuisverpleegkundigen zou beargumenteerd kunnen worden dat de verantwoordelijkheden zijn ontstaan vanuit een bepaald fenomeen, namelijk de COVID-19 crisis. Vanuit deze ontstane verantwoordelijkheden worden de ziekenhuisverpleegkundigen uitgenodigd om te antwoorden op de *'call'* die dit fenomeen vertegenwoordigt. Er kan geen sprake zijn van maatschappelijke of sociale druk. Eenieder kan zich immers aangesproken voelen om te antwoorden op de *'call'* en dit is niet specifiek voorbehouden aan de ziekenhuisverpleegkundigen.

2.6 Slotbeschouwing: inzichten vanuit de theorie

Om een antwoord te vinden op deelvraag 1 heb ik de concepten autonomie en verantwoordelijkheid zorgethisch doordacht aan de hand van het concept relationaliteit.

Samenvattend

In paragraaf 2.1 heb ik het begrip autonomie filosofisch beschouwd en toegepast op het vaccinatievraagstuk van de ziekenhuisverpleegkundigen aan de hand van de vier opvattingen van autonomie zoals beschreven door Feinberg. Na analyse lijken voor de

ziekenhuisverpleegkundigen alle opvattingen van autonomie op het spel te staan, behalve de opvatting van autonomie als capaciteit.

In paragraaf 2.2 heb ik vervolgens de Utrechtse zorgethiek uiteengezet waarna ik voortbouwde op een zorgethische invulling van het concept relationaliteit (paragraaf 2.3): het autonome mensbeeld werd afgezet tegenover het relationele mensbeeld. Voorts heb ik dit relationele mensbeeld in paragraaf 2.4 ingezet om het concept autonomie te verrijken, wat resulteerde in een meer zorgethische invulling van autonomie: relationele autonomie. Vanuit een relationeel mensbeeld heb ik de opvattingen van Feinberg ten aanzien van autonomie opnieuw geanalyseerd in het licht van het vaccinatievraagstuk. De ziekenhuisverpleegkundige is vanuit een relationeel mensbeeld geen individuele beslisser die een rationele afweging maakt tussen de verschillende rechten en plichten: een besluitvormingsproces vindt plaats binnen de - niet zo afgebakende - kaders van een relationeel netwerk, met inbegrip van de verscheidene sociale rollen. Hierbij dient zij de verschillende verantwoordelijkheden in de breedste zin van het woord in ogenschouw te nemen.

In paragraaf 2.5 heb ik tenslotte structuur aangebracht in deze verantwoordelijkheden met behulp van het gedachtegoed van Van Nistelrooij & Visse (2018) die vier paradigma's onderscheiden. Daarbij heb ik de verschillende manieren waarop invulling gegeven kan worden aan de verantwoordelijkheden die van waarde zijn voor het vaccinatievraagstuk theoretisch uiteengezet.

Voorlopige conclusie en antwoord op deelvraag 1

Bezien vanuit een zorgethische visie komt het concept autonomie (of zelfbeschikking) in een ander daglicht te staan. De autonome keuze die de ziekenhuisverpleegkundigen maken, maken zij niet als individu tussen andere individuen, maar als onderdeel van een web van relaties. Dit betekent tevens dat zij deze beslissing niet alleen nemen vanuit hun rol als ziekenhuisverpleegkundige, maar ook vanuit alle andere rollen die zij vervullen in het leven. Aandacht voor het concept verantwoordelijkheid kan bij een beslissing vanuit relationele autonomie niet ontbreken.

De vier paradigma's om over verantwoordelijkheid na te denken kunnen van waarde zijn om structuur aan te brengen. Ze bieden vier uiteenlopende perspectieven in de benadering van het vaccinatievraagstuk. Daarbij gaan de laatste drie

paradigma's uit van een relationeel - en daarmee zorgethisch - mensbeeld. Het eerste paradigma gaat meer uit van een individueel mensbeeld. Omdat het nog de vraag is vanuit welke mensbeeld de ziekenhuisverpleegkundigen uit het empirische deel van dit onderzoek aankijken tegenover de verschillende verantwoordelijkheden, zijn alle vier paradigma's waardevol voor dit onderzoek.

De inzichten uit dit hoofdstuk dienden als input voor de topiclijst die ik heb opgesteld ten behoeve van het empirische gedeelte van het onderzoek. De gehanteerde methodologie wordt in het volgende hoofdstuk toegelicht. Voorts worden de empirische resultaten gepresenteerd in hoofdstuk 4.

De hierboven opgedane theoretische inzichten ten aanzien van relationele autonomie en verantwoordelijkheid zal ik in hoofdstuk 5 middels een kritische zorgethische discussie toetsen aan de empirische bevindingen uit hoofdstuk 4. Hierbij zal ik actief op zoek gaan naar inzichten die van waarde zijn voor het vaccinatievraagstuk door vergelijkingen en tegenstellingen aan te kaarten tussen de theoretische aannames en empirische bevindingen.

H.3 Onderzoeksmethode

Zowel Van Dartel & Spekkink (2020) als Walker (2007) benadrukken de waarde van persoonlijke narratieven om meer inzicht te krijgen in relevante waarden en verantwoordelijkheden in zorgpraktijken. Deelvraag 2 van dit onderzoek luidt als volgt:

Welke inzichten bieden de particuliere verhalen van ziekenhuisverpleegkundigen omtrent de spanning tussen verantwoordelijkheid en zelfbeschikking bij het maken van morele afwegingen rondom het al dan niet laten vaccineren tegen COVID-19 en in hoeverre speelt relationaliteit daar een rol in?

Om deze deelvraag te beantwoorden, is een empirisch onderzoek uitgevoerd onder acht ziekenhuisverpleegkundigen. In dit hoofdstuk geef ik een verantwoording van de gekozen onderzoeksbenadering (paragraaf 3.1) en -methode (paragraaf 3.2).

Daaropvolgend beschrijf ik de wijze waarop ik de respondenten heb geworven (paragraaf 3.3), data heb verzameld (paragraaf 3.4), en vervolgens heb geanalyseerd (paragraaf 3.5). Voorts zal ik aandacht besteden aan de ethische overwegingen die ik heb moeten maken in dit onderzoek (paragraaf 3.6) en de relevante kwaliteitscriteria van de empirische methode (paragraaf 3.7). Tenslotte heb ik de borging van het literatuuronderzoek, welke de basis vormt voor het theoretisch kader (hoofdstuk 2) beschreven in paragraaf 3.4.

Hoofdstuk 4 geeft een inhoudelijke weergave van de uitwerking van deelvraag 2.

3.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek volgt een sociaal-constructivistische onderzoeksbenadering. Deze benadering is niet gericht op de zoektocht naar een absolute waarheid, maar stelt dat kennis in (particuliere) sociale praktijken geconstrueerd wordt: door interactie met anderen, en vanuit historische en culturele normen en waarden die zij aanhangen (Creswell & Poth, 2018; Johnson & Parry, 2015). Vanuit een sociaal-constructivistische benadering geven individuen betekenis aan hun subjectieve ervaringen van de wereld - waarin zij leven en werken - door interactie met anderen,

en door wat zij lezen, horen, of zien in de eigen omgeving. Als onderzoeker is het van belang om aandacht te hebben voor de specifieke context van de respondenten, om de historische en culturele normen beter te kunnen begrijpen.

Door zo dicht mogelijk bij de individuele ervaringen en subjectieve betekenisgeving van de respondenten te blijven, wordt op inductieve wijze kennis gegenereerd. Als onderzoeker interpreteer en duid ik deze ervaringen. Deze interpretatie is een samenspel van mijn eigen achtergrond, aannames, culturele en historische normen en waarden, én dat van de respondenten (Creswell & Poth, 2018, p. 24).

3.2 Onderzoeksmethode

Ik heb gekozen voor de hermeneutische narratieve analysemethode van Visse (2014). Deze methode gaat - in lijn met de sociaal-constructivistische benadering - uit van de veronderstelling dat particuliere praktijkkennis van waarde kan zijn voor algemene theorievorming over wat het juiste is en vice versa (Creswell & Poth, 2018; Visse, 2014), en sluit daarmee aan bij de *'toolkit'* van de Utrechtse zorgethiek. Door empirie en theorie op elkaar te betrekken, neemt de Utrechtse zorgethiek verschillende soorten van kennis in ogenschouw. Deze kennis bevindt zich in de samenhang tussen de ordening van de samenleving en subjectieve ervaringen binnen zorgpraktijken. Binnen deze samenhang ontstaat nieuwe kennis over wat het goede is om te doen in particuliere zorgpraktijken (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

Middels de hermeneutische narratieve analysemethode wordt de respondent als het ware uitgenodigd om samen met de onderzoeker een verhaal te reconstrueren aan de hand van een serie gebeurtenissen. Tevens wordt er bij deze methode van uitgegaan dat “het grote zich in het kleine bevindt” (Visse, 2014, p. 18): via particuliere ervaringen wordt kennis verkregen over het moreel goede. Om kennis te verkrijgen ten aanzien van de morele afwegingen van ziekenhuisverpleegkundigen omtrent het vaccinatievraagstuk heb ik de focus in dit empirische onderzoek op de particuliere verhalen gelegd. Een belangrijk kenmerk van deze narratieven is dat het gaat om “een ordening van ervaringen rondom een serie gebeurtenissen” (Visse, 2014, p. 18). In dit geval gaat het om de ervaringen van de ziekenhuisverpleegkundigen met betrekking tot het COVID-19 virus, zowel op persoonlijk als op professioneel vlak,

hun gedachten over het coronavaccin, en de rol van zelfbeschikking en verantwoordelijkheid. Mijn verwachting in dit onderzoek was bovendien dat het zorgethische concept relationaliteit een belangrijke rol speelt in de morele afwegingen die de ziekenhuisverpleegkundigen moeten maken.

Het literatuuronderzoek dat als basis diende voor het theoretisch kader bracht verschillende concepten naar de voorgrond die ik specifiek wilde onderzoeken middels interviews met de respondenten (zie paragraaf 3.4). Om die reden heb ik de data voor de hermeneutische narratieve analyse verzameld aan de hand van semi-gestructureerde diepte-interviews. Naar aanleiding van het literatuuronderzoek heb ik een topiclijst opgesteld die als basis diende voor de interviews (zie bijlage 1). Ik heb getracht de vragen zo open mogelijk te formuleren: *“so that the participants can construct the meaning of a situation, a meaning typically forged in discussions or interactions with other persons”* (Creswell & Poth, 2018, p. 24) in lijn met de sociaal-constructivistische benadering.

3.3 Casusdefinitie

Als verpleegkundige heb ik in veel verschillende ziekenhuizen en zorginstanties gewerkt. Daar heb ik een breed netwerk aan verpleegkundige connecties aan overgehouden. Deze connecties heb ik aangewend om verpleegkundigen via *“snowball sampling”* (Creswell & Poth, 2018, p. 159) te werven in verschillende ziekenhuizen. De meeste ziekenhuisverpleegkundigen die ik sprak, wilden graag gevaccineerd worden en twijfelden daar vrijwel niet over. Ik wilde in dit onderzoek ook graag de twijfelaars aan het woord laten om meerstemmigheid te bevorderen. Al snel bleek dat deze verpleegkundigen elkaar vooral via-via kenden. De verpleegkundigen die twijfelden, kenden op hun beurt ook wel weer verpleegkundigen die twijfelden.

Bewust wilde ik mij niet beperken tot één enkel ziekenhuis, omdat ik met dit onderzoek verder wil kijken dan de invloed van een specifieke afdelingscultuur of ziekenhuisgebonden cultuur. In totaal werken de acht respondenten verspreid over vijf ziekenhuizen in Noord- en Midden-Nederland.

Ik heb semi-gestructureerde diepte-interviews afgenomen bij acht respondenten (allen ziekenhuisverpleegkundigen). De acht respondenten zijn werkzaam in één van die vijf

ziekenhuizen op verschillende afdelingen. In de volgende tabel is een overzicht gemaakt van de criteria op basis waarvan ik de respondenten heb geselecteerd, namelijk: twijfel over het nemen van het coronavaccin ja/ nee, werkzaam op een COVID-afdeling ja/ nee, zelf een COVID-19 infectie doorgemaakt ja/ nee, leeftijd, en dienstjaren. Hiermee probeerde ik zoveel mogelijk diversiteit na te streven om een breed palet aan kennis naar boven te krijgen. Zie tabel 1 voor een overzicht (de namen zijn aliassen).

Alias	Leeftijd	Dienstjaren	COVID-afdeling	COVID-infectie	Vaccin-twijfel	Ziekenhuis
Jesper	25-30	0-5	Ja	Niet bewezen	Ja	A
Katinka	30-35	5-10	Nee	Nee	Ja	B
Femke	50-55	25-30	Ja	Nee	Nee	B
Laura	25-30	0-5	Ja	Nee	Nee	B
Isa	40-45	20-25	Nee	Niet bewezen	Ja	C
Rosalie	30-35	5-10	Nee	Ja	Nee	D
Marlies	25-30	0-5	Nee	Ja	Ja	E
Lea	30-35	5-10	Nee	Ja	Nee	A

(Tabel 1)

3.4 Dataverzameling

Empirisch deel

Tijdens de diepte-interviews heb ik actief gezocht naar de verhalen van de ziekenhuisverpleegkundigen omtrent de morele afwegingen die zij moeten maken rondom coronavaccinatie in hun particuliere situatie. De onderwerpen van de topiclijst kwamen in ieder interview aan bod, maar de mate van inhoudelijke diepgang per topic was voornamelijk afhankelijk van de input van de respondent. De interviews vonden allen *face-to-face* plaats op een locatie die de respondent koos. Ze duurden gemiddeld tussen de 30 en 60 minuten en werden auditief opgenomen.

Na de interviews vroegen de respondenten meestal ook naar mijn mening over coronavaccinatie. Ze hadden zich op een bepaalde manier opengesteld en verwachtten ook wat openheid terug. Die openheid heb ik ook gegeven. In deze gesprekken kwam soms nieuwe informatie naar boven die niet was opgenomen tijdens het officiële

interview. In een enkel geval bleek dat deze informatie waardevol was voor mijn onderzoek. Om die reden heb ik een respondent tijdens de *membercheck* om toestemming gevraagd of ik de *off-record* informatie alsnog mag gebruiken voor het onderzoek. Die toestemming is verleend. Deze informatie is opgenomen in de *fieldnote* van hoofdstuk 4.

Alle acht interviews zijn *verbatim* getranscribeerd (zie bijlage 2 voor een voorbeeldpagina van een transcriptie).

Theoretisch deel

Tijdens de uitwerking van de onderzoeksopzet heb ik een literatuursearch gedaan om de wetenschappelijke relevantie van mijn onderwerp te onderzoeken. De databanken die ik hiervoor heb gebruikt, waren: web of science, pubmed en google scholar. Gebruikte zoektermen waren: “*Covid-19*” “*vaccin**” “*pressure*” en “*vaccin**” “*nurses**”. Uit deze *search* bleek dat er nog geen kwalitatieve onderzoeken waren gedaan naar het belang van - of eventuele druk en onzekerheden rondom - het vaccineren van zorgmedewerkers tegen COVID-19.²⁵ Wel waren er breed opgezette kwalitatieve onderzoeken te vinden die betrekking hadden op het vaccineren van zorgmedewerkers tegen het influenzavirus. Aan de hand van relevante artikelen heb ik via de sneeuwbalmethode meerdere artikelen gevonden. Spanningen tussen zelfbeschikking en gevoelde verantwoordelijkheden richting de patiënten kwamen sterk naar voren. Teven lieten deze kwalitatieve onderzoeken zien dat zorgmedewerkers zich in hun besluitvorming meer lijken te identificeren met een vorm van ethiek waarbij een relationele ontologie het uitgangspunt vormt dan met een ethiek van rechtvaardigheid.

Vanuit het literatuuronderzoek dat ten grondslag ligt aan het onderzoeksvoorstel, zijn de volgende *sensitizing concepts* voortgekomen: **verantwoordelijkheid, (relationele) autonomie, zelfzorg en zelfopoffering**. De *sensitizing concepts* gaven richting aan de interviews uit het empirisch onderzoek, de uitwerking van het theoretisch kader, en de zorgethische discussie waarin empirie en theorie met elkaar in gesprek worden gebracht (Blumer, 1964).

²⁵ Dit was in maart 2021.

Bovenstaande deed mij besluiten om de concepten die met elkaar op gespannen voet stonden, zelfbeschikking (of autonomie) en verantwoordelijkheid, zorgethisch te doordenken middels het concept relationaliteit en dit te verwerken in een theoretisch kader. De focus van het literatuuronderzoek lag daarbij hoofdzakelijk op zorgethische literatuur omdat ik voor dit onderzoek een zorgethische lens wilde toepassen bij het inzichtelijk maken van de concepten. Om het concept autonomie inzichtelijk te maken heb ik mij voornamelijk gewend tot artikelen uit de filosofie die een overzicht gaven van de vele discussies die reeds hebben plaatsgevonden rondom de betekenis van autonomie. De concepten zelfzorg, zorg voor de ander/ zelfopoffering, kwetsbaarheid, en afhankelijkheid kwamen hierbij ook sterk naar voren en zijn meegenomen - zij het in beperkte mate - in de uitwerking van het theoretisch kader.

3.5 Data-analyse

Uiteindelijk zijn zes van de acht interviews narratief geanalyseerd. In principe zou de analyse stoppen indien er sprake zou zijn van datasaturatie en er voldoende gegevens waren verzameld om de deelvraag te beantwoorden (Creswell & Poth, 2018).

Datasaturatie is niet bereikt na de analyse van zes interviews. De laatste twee interviews boden echter weinig relevante nieuwe inzichten voor het beantwoorden van de deelvraag. Een doorslaggevende factor om de laatste twee interviews niet te analyseren was het tijdsslot voor deze masterthesis.

Wat betreft de analyse van de data heb ik de vijf fasen van Visse (2014) gebruikt. Over het algemeen heb ik de fasen chronologisch gevolgd. Uiteraard moest ik tijdens sommige fasen wel terugkeren naar eerdere fasen als ik twijfelde over de accuraatheid van de narratieven. De interviews zijn één voor één geanalyseerd om dichtbij het verhaal van de respondent te blijven en geen verhalen van verschillende respondenten onverhoopt door elkaar te halen. Geen enkel interview is in één dag geanalyseerd. Gemiddeld besloeg de analyse drie dagen per interview om de optekening van de narratieven telkens kritisch naast het interview te houden.

Fase 1. Actief luisteren

In de eerste fase van de analyse is het aan de onderzoeker om de tekst vanuit verschillende blikrichtingen te aanschouwen. Er wordt aandacht geschonken aan de

inhoud, de belangrijkste personages, discours, en de rol van tijd, plaats, en context (Visse, 2014). Er is in de analyse beperkt aandacht geschonken aan het discours omdat dit onderzoek geen discoursanalyse is en er vanwege het tijdsslot enige afbakening moest plaatsvinden.

In deze fase heb ik het transcript helemaal doorgelezen om een globaal idee te krijgen. Vervolgens las ik het transcript opnieuw langzaam door en noteerde ik de ervaringen per thema (de thema's waren afkomstig uit de topiclijst en werden in alle interviews in meerdere of mindere mate besproken). Tenslotte specificieerde ik de verschillende blikrichtingen door het transcript en de ervaringen per thema scannend door te nemen.

Fase 2. Gedetailleerde analyse

In deze fase was ik vooral op zoek naar de toon van de respondent: weifelend, zelfverzekerd, onzeker, hard, of mild. Welke woorden gebruikt hij/ zij vaak? In de meeste gevallen viel veelvoorkomend taalgebruik in fase 1 al op (zie bijlage 3 voor een voorbeeldpagina van de analyse).

Daarbij vroeg ik me af welke kennis de respondent aanneemt als gangbare kennis door woorden als 'natuurlijk' of 'gewoon' te gebruiken. Ook heb ik in deze fase aandacht besteed aan het perspectief dat werd aangehouden tijdens het interview door de respondent: vertelt hij/ zij voornamelijk vanuit de eerste, tweede of derde persoon?

Tenslotte ging ik op zoek naar tegenstellingen in het interview.

Fase 3. Selectie van fragmenten

In deze fase heb ik het transcript opnieuw gescand om de belangrijkste fragmenten uit de tekst te destilleren. Hierbij selecteerde ik de fragmenten die bijdroegen aan het verhaal van de respondent dat ik in fase 1 reeds had geschaard onder de verschillende thema's. Ik hanteerde de volgende selectiecriteria: belangrijke gebeurtenissen, plekken, personen, gesprekken, ervaringen, et cetera van de respondent.

Tijdens het noteren van de fragmenten hield ik voornamelijk de chronologie van het interview aan. In sommige gevallen plaatste ik fragmenten die aan elkaar leken te raken of elkaar juist tegenspraken onder elkaar.

Fase 4. Optekenen

In deze fase heb ik het verhaal opgetekend. De thema's waar de respondent het meest over vertelde, lichtte ik eruit met een citaat. Vervolgens ben ik gaan schrijven en hield ik de ervaringen uit fase 1 aan als leidraad. Ik begon telkens met de gebeurtenissen die de meeste indruk hadden gemaakt op de betreffende respondent. Op deze wijze probeerde ik de specifieke overtuigingen van de respondent aan de hand van de context te ontvouwen.

Na optekening liet ik het verhaal rusten en een dag later vergeleek ik het verhaal met het oorspronkelijke interview. Zonodig maakte ik aanpassingen; dit was eigenlijk in alle gevallen nodig.

Het opgetekende verhaal van alle respondenten besloeg zo'n 4 pagina's per narratief. Deze narratieven zijn na overleg voorgelegd aan de respondenten via e-mail. Aan hen is gevraagd of zij zichzelf herkennen in dit interview, of zij nog aanpassingen zouden willen doen, of de feiten kloppend zijn met hun herinneringen aan het interview, en of zij het interview van een titel zouden willen voorzien. De volledige narratieven zijn opgenomen in bijlage 7, inclusief de gekozen titels door de respondenten.

Fase 5. Check met origineel, kwaliteit, afstemmen en afronden

In deze fase zijn de narratieven aangepast naar aanleiding van de *membercheck* en kregen zij de door de participant uitgekozen titel toegewezen. Er is tevens aandacht besteed aan de kwaliteitscriteria die Visse benoemt, welke bijdragen aan een 'goede' narratieve analyse, zoals: accuraatheid, coherentie, mate van inzicht, eenvoud, en meervoudigheid (2014, p. 24). Verdere toelichting volgt in paragraaf 3.7.

3.6 Ethische overwegingen

De huidige coronacrisis is een bewogen tijd voor iedereen en zeker voor de ziekenhuisverpleegkundigen. Sommigen staan (bijna) dagelijks in het heetst van de strijd om de gevolgen van corona op te vangen. Het is een emotioneel beladen onderwerp, en datzelfde geldt voor het vaccinatievraagstuk. Tijdens het schrijven van de maatschappelijke en wetenschappelijke aanleiding was het mij al vrij snel duidelijk dat er veel sterke meningen en onbegrip in het spel zijn. Dit geldt ook voor mijzelf als

onderzoeker. Een oordelende houding van mij zou niet alleen de resultaten beïnvloeden, maar kent ook zijn weerslag op het algemeen welbevinden van de respondenten. Om mijn houding tijdens de interviews, tijdens de analyse, en tijdens de uitwerking in deze thesis zo neutraal mogelijk te houden, heb ik een logboek bijgehouden. Het belangrijkste doel van het logboek was om mijn gedachten te ordenen en eventuele (voor)oordelen en meningen van mij af te schrijven.

De ziekenhuisverpleegkundigen zijn geïnformeerd over de wijze van data-opslag en gebruik van de data middels een informatiebrief (zie bijlagen 5 en 6). De interviews en analyse van de interviews zijn geanonimiseerd door het betreffende ziekenhuis niet te vermelden, aliassen te gebruiken, en door andere informatie die kan terugverwijzen naar de betreffende respondent aan te passen danwel te verwijderen.

3.7 Kwaliteitscriteria

Accuraatheid is een belangrijk kwaliteitscriterium in het doen van narratieve analyse: komt de uitwerking na analyse wel overeen met het oorspronkelijke interview? Dit kan bevorderd worden middels een *membercheck* met de respondenten (Visse, 2014). Deze *membercheck* is uitgevoerd bij de zes respondenten wiens interview is geanalyseerd. Alle respondenten reageerden enthousiast en konden zich vinden in hun narratief. Door veel naar de interviews te luisteren en dicht bij de woordkeuze van de respondenten te blijven, probeerde ik hun eigen stemgeluid na te bootsen in de narratieven.

Met **coherentie** doelt Visse (p. 24) op hoe de verschillende onderdelen van de interpretatie een betekenisvol geheel vormen. Hier heb ik rekening mee gehouden door in de analyse van ieder interview aandacht te houden voor datgene waar de respondent het meeste aan lijkt te hechten/ gepassioneerd over is.

De verhalen zijn opgetekend op dusdanige wijze dat de meningen/ ervaringen van de respondent het **inzicht** rondom het vaccinatievraagstuk vergroten. Waar de interviews zelf een doolhof vormden van doodlopende eindjes, werden die eindjes aan elkaar geknoopt in de narratieven om een duidelijk (voor zover het de respondent zelf allemaal duidelijk was) verhaal te presenteren. Bovendien heeft deze werkwijze mij als onderzoeker veel inzicht in de ervaringen van de ziekenhuisverpleegkundigen opgeleverd.

Sommige overtuigingen van de respondenten werden na analyse niet verhelderd. Tegenstrijdigheden of onzekerheden werden in stand gehouden, ook in de narratieven. Op deze manier wordt immers het meeste recht gedaan aan het verhaal van de respondent. Doordat deze complexiteit en open eindjes er morgen zijn, werd zoveel mogelijk voldaan aan het kwaliteitscriterium **meervoudigheid** (Visse, 2014, p. 24)

Daarbij is tenslotte **eenvoud** nagestreefd om inzichten ten aanzien van het vraagstuk boven tafel te krijgen tegen de achtergrond van de (ruw) geschetste context van de respondenten (p. 24).

Wat betreft het literatuuronderzoek worden **herhaalbaarheid** en **navolgbaarheid** aangehouden als belangrijke kwaliteitscriteria. Middels een accurate literatuurverwijzing en een duidelijke beschrijving van de gebruikte zoektermen en databanken (zie paragraaf 3.4) is aan deze criteria voldaan.

H.4 Empirische resultaten

De zes verpleegkundigen hebben ieder hun eigen verhaal en redeneren vanuit invloeden uit hun omgeving, mensen die dichtbij hen staan, datgene wat ze om zich heen zien of meegemaakt hebben, of datgene wat ze lezen dan wel gehoord hebben. Ze volgen daarbij allemaal een eigen argumentatielijn. De narratieven zijn een goede illustratie van deze argumentatielijnen (zie bijlage 7) maar kunnen helaas niet volledig worden weergegeven in dit hoofdstuk vanwege de omvang. Om toch zoveel mogelijk recht te doen aan de verhalen van de verpleegkundigen, is ervoor gekozen om de verpleegkundigen in paragraaf 4.1 eerst kort te introduceren aan de hand van een korte samenvatting van hun gedachtegoed. Verder zijn er in dit hoofdstuk zes intermezzo's toegevoegd waarbij één van de verpleegkundigen het woord krijgt. De intermezzo's zijn gekopieerde fragmenten uit de narratieven die illustreren op welke basis de verpleegkundigen hun morele afwegingen maken en wat voor hen belangrijk is binnen die afwegingen. In dit hoofdstuk geef ik een uiteenzetting van de empirische resultaten zonder normatieve weging.

In paragraaf 4.2 worden de belangrijkste thema's die naar voren zijn gekomen besproken. Deze thema's vertonen een grote overlap met de thema's die in de topiclijst zijn opgenomen omdat ze bij alle interviews ruimschoots aan bod kwamen. De thema's worden als belangrijk bestempeld wanneer ze raken aan deelvraag 2:

Welke inzichten bieden de particuliere verhalen van ziekenhuisverpleegkundigen omtrent de spanning tussen verantwoordelijkheid en zelfbeschikking bij het maken van morele afwegingen rondom het al dan niet laten vaccineren tegen COVID-19 en in hoeverre speelt relationaliteit daar een rol in?

Derhalve zal ik in paragraaf 4.2 voornamelijk aandacht besteden aan de spanning tussen zelfbeschikking en verantwoordelijkheden. In paragraaf 4.3 zal ik specifiek ingaan op de rol van relationaliteit binnen het vaccinatievraagstuk. Voorts geef ik in paragraaf 4.4 een beknopte uiteenzetting van de overige thema's die naar voren zijn gekomen uit de interviews, los van de deelvraag. Afsluitend wordt in paragraaf 4.5 een antwoord geformuleerd op deelvraag 2.

Tot slot wil ik nog opmerken dat alle quotes in dit hoofdstuk direct afkomstig zijn uit de getranscribeerde interviews met de verpleegkundigen. De quotes zijn in sommige gevallen minimaal aangepast tot goedlopende zinnen; de oorspronkelijke inhoud is niet bewerkt.

4.1 De verpleegkundigen in kaart gebracht

Een korte contextuele schets van de zes ziekenhuisverpleegkundigen waarbij de interviews zijn uitgewerkt tot een narratief is weergegeven in tabel 2:

Alias ²⁶	Leeftijd	Dienstjaren	COVID-afdeling	COVID-infectie	Vaccin-twijfel	Ziekenhuis
Lea	30-35	5-10	Nee	Ja	Nee	A
Jesper	25-30	0-5	Ja	Niet bewezen	Ja	A
Laura	25-30	0-5	Ja (IC)	Nee	Nee	B
Femke	50-55	25-30	Ja (IC)	Nee	Nee	B ²⁷
Isa	40-45	20-25	Nee	Niet bewezen	Ja	C
Rosalie	30-35	5-10	Nee	Ja	Nee	D

Tabel 2

In het volgende gedeelte van deze paragraaf worden de verpleegkundigen één voor één voorgesteld aan de hand van een samenvatting van de narratieven die ik heb opgetekend en de titel die zij passend vonden voor hun verhaal.

Lea, verpleegkundige op een geriatrische afdeling

Keuzevrijheid in vaccineren: maar hebben we een keuze?

Tijdens de tweede golf zijn Lea en haar man besmet geraakt met corona. In haar herinnering voelde ze zich destijds niet erg ziek; wel kampt ze nog met restverschijnselen, zoals reukhallucinaties. Ze ruikt dingen die er niet zijn.

²⁶ Alle namen die genoemd zijn in de interviews en alle namen van de ziekenhuisverpleegkundigen zijn omgedoopt tot een alias.

²⁷ Femke en Laura werken in hetzelfde ziekenhuis. Op sommige dagen werken ze tevens op dezelfde afdeling (het ziekenhuis heeft meerdere IC-afdelingen).

Werkend op een afdeling met geriatrische patiënten waar de werkdruk sinds de coronacrisis alleen maar is toegenomen zonder uitzicht op een recente afname van die werkdruk, benadert ze het vaccinatievraagstuk voornamelijk vanuit datgene wat ze om zich heen en in het ziekenhuis ziet: de hoge werkdruk, restverschijnselen van COVID-19 bij patiënten, winkels die sluiten, of bedrijven die omvallen. Voor Lea is het belangrijk dat zoveel mogelijk mensen zich laten vaccineren:

“Omdat ik er middenin zit en ik gewoon heel graag wil dat als iedereen gewoon met de neuzen dezelfde kant op gaat staan en iedereen zich gewoon goed aan die maatregelen houdt en daarnaast het vaccinatieproces goed loopt, dan hoop ik dat we hier gewoon zo snel mogelijk af zijn.” (Lea)

Jesper, verpleegkundige op alle afdelingen

Winnen en verliezen in de corona pandemie

Jesper is een jonge verpleegkundige die op alle afdelingen ingezet wordt. Hij heeft maanden op de corona-afdeling gewerkt en is daar onder de indruk geraakt van het feit dat relatief fitte mensen volledig gevloerd konden worden door de gevolgen van COVID-19. In zijn directe omgeving zijn er ook mensen flink ziek geweest door het coronavirus. De opa en oma van zijn vriendin zijn opgenomen, waarbij oma het niet heeft gered.

Toch is Jesper zelf niet bang dat hij erg ziek wordt van het coronavirus. Hij vertrouwt op zijn immuunsysteem. Tevens is hij er niet van overtuigd dat het voor anderen iets uitmaakt als hij zich laat vaccineren: anderen besmetten is dan nog steeds een mogelijkheid. Jesper baseert zijn overtuigingen op artikelen die hij heeft opgezocht *“via de databanken die ons geleerd zijn op het HBO”*, maar ook op de reguliere media, zoals: NOS en nu.nl. Hij maakt zich zorgen over het verplichte karakter van het coronapaspoort en is bang dat hij straks indirect wordt gedwongen om zich te laten vaccineren. Jesper vindt dat het echt je eigen keuze moet blijven en hij wil het vaccin op dit moment niet:

“(…) doe waar je jezelf goed bij voelt. Ga niet in op de groepsdruk die eigenlijk ontstaat en ga niet meelopen met de hele kudde, maar ga voor jezelf na: wat is voor jou belangrijk? Wat zijn jouw normen en waarden daarin? Doe zelf onderzoek en ga

niet zomaar uit van alles wat iedereen zegt. Want er zijn ook heel veel spookverhalen die de ronde doen.” (Jesper)

Laura, verpleegkundige op de (corona-) IC

Coronagekte

Laura werkt op de Intensive Care; zowel op de corona-afdelingen als op de reguliere afdelingen. In lijn met Lea benadrukt zij ook een flinke toename van werkdruk en verantwoordelijkheden. In haar omgeving - zichzelf inclusief - zijn er geen mensen ernstig ziek geweest door corona.

Aan de hand van haar eigen observaties van de patiëntenpopulatie die door de gevolgen van COVID-19 op de IC ligt, schaart zij zichzelf niet onder de mensen die erg ziek van het coronavirus worden. Ze is een vrouw, ze is slank, ze is gezond, ze heeft een gezonde leefstijl en een goede conditie, zo redeneert ze. Toch wil ze zich wel laten vaccineren. Ze noemt dit een *“win-win situatie”* voor haarzelf en de patiënten. Volgens haar vriend - die Geneeskunde studeert - zijn de gevolgen van COVID-19 sowieso erger dan mogelijke gevolgen van een vaccin. De coronavaccins zijn volgens hem veilig. Laura hecht veel waarde aan zijn mening omdat hij bijna arts is en zij ervan overtuigd is dat hij er meer verstand van heeft dan zij. Bovendien neemt ze de mening van haar vriend altijd wel serieus.

Er is volgens Laura wel druk geweest vanuit het ziekenhuis om het coronavaccin én het griepvaccin te nemen. Ze heeft beide vaccins genomen. Laura begrijpt niet waarom iemand het vaccin niet zou nemen, tenzij diegene op korte termijn zwanger wil worden. Ook twijfels over bijwerkingen begrijpt ze niet echt: *“Ik zou reageren als in: ‘prima moet je zelf weten’, ik zou denken: ‘stel je niet zo aan’. Als je de hele wereld gaat inenten met het vaccin, waarom denk je dat het dan net bij jou fout moet gaan? En dan denk ik: ‘corona krijgen kan veel erger zijn dan zo’n vaccin’.”*(Laura)

Femke, verpleegkundige op de (corona-) IC

Vaccinatie: eerste stap naar vrijheid?

Femke werkt ook op de Intensive Care, en dan met name op de corona-afdelingen. In haar omgeving kent ze geen mensen die corona hebben gehad. Ook verwacht ze zelf

niet erg ziek te worden van het coronavirus. In ieder geval maakt het werken op de afdeling haar niet angstiger.

De werkdruk is ook volgens Femke ontzettend toegenomen sinds de coronacrisis, en ze geeft aan dat het steeds moeilijker wordt om bij te tanken. Ze vindt het lastig om zich een mening te vormen over allerlei zaken, zeker aangezien ze de nieuwsberichten erg tegenstrijdig vindt. Ze vertrouwt daarom op een man met wie ze wel eens hardloopt. Hij werkt in hetzelfde ziekenhuis en “(...) *hij doet wel met immunologie dingen, dus hij weet er echt wel wat vanaf.*” Bovendien vindt Femke zijn argumenten plausibel en vertrouwt ze hem.

Het coronavaccin neemt Femke vooral voor anderen. Ze gelooft in de strategie om zoveel mogelijk mensen te vaccineren. Of dit uiteindelijk echt gaat werken, dat moet ze eerst nog zien. Maar ze is ervan overtuigd dat als we hier allemaal vanaf willen, we toch iets moeten doen. Daarbij wil zij ook zeker niet degene zijn die verantwoordelijk is voor allerlei besmettingen.

“Maar ja, uiteindelijk voel ik bij mezelf wel van ja, ik wil niet degene zijn die hier de boel besmet. Ja, dat kan je natuurlijk altijd overkomen, maar ik merk wel dat ik dat liever niet wil.” (Femke)

Isa, verpleegkundige op de poli-afdelingen

Eigen keuze, vaccineren?

Als poliverpleegkundige werkt Isa tijdens corona niet onder hoge werkdruk. Eerder het tegenovergestelde is het geval. Bij haar patiënten ziet ze voornamelijk de gevolgen van de coronamaatregelen doorschemeren. Ze wijst op eenzaamheid, afname van mobiliteit, en toenemende afhankelijkheid. Ook het feit dat er in het nieuws kwam dat 4000 kankerpatiënten dit jaar niet gediagnosticeerd zijn, vindt ze heel erg.

In haar omgeving zijn geen mensen ernstig ziek geweest van corona. Zelf heeft ze ook geen corona gehad. Isa heeft zich goed ingelezen, maar is ook een klein beetje klaar met de terugkerende ervaring dat de experts elkaar vaak tegen spreken en het waarschijnlijk ook niet weten. Voor Isa is het duidelijk: er zijn bijwerkingen, je weet niet wat het vaccin op lange termijn doet, je weet niet hoe lang het vaccin werkt, je weet niet zeker of je een ander kunt besmetten, je kan het nog stééds krijgen, en je

moet je nog steeds aan de maatregelen houden. Ze wil het vaccin op dit moment niet. Net als Jesper is ook Isa bang dat ze onder druk gezet wordt om het vaccin te nemen, bijvoorbeeld door het coronapaspoort.

“Maar er is teveel onduidelijk, en ik wil gewoon geen proefkonijn zijn.” (Isa)

Rosalie, verpleegkundige op een interne afdeling

Volg je gevoel

Rosalie heeft in de derde golf corona gekregen, ze had milde klachten. Omdat ze antistoffen in haar lichaam heeft, en persoonlijk niet zo heftig lijdt onder de maatregelen, neemt ze het coronavaccin vooral voor anderen. Hoewel het haar wel fijn lijkt om gewoon weer op vakantie te kunnen.

Ze heeft begrip voor mensen die het vaccin niet willen, dat is hun eigen keuze. Ongeacht wat de reden daarvoor is. Verplichting, zoals in Italië gebeurde onder zorgmedewerkers, vindt zij *“walgelijk”*. Ze noemt het bovendien discriminatie als alleen gevaccineerden nog dingen mogen en ongevaccineerden niet. Maar Rosalie kan zich niet voorstellen dat we in zo’n maatschappij terecht zullen komen.

Zij neemt het vaccin omdat ze een aantal redenen heeft om het wel te nemen, zoals: de vrijheid die het biedt, het op termijn opheffen van de maatregelen, het weer uit eten kunnen gaan met haar vriendinnen en ze weer een knuffel kunnen geven, maar hoofdzakelijk voor *“het grotere doel (...) om Nederland weer uit het dal te trekken.”* Ze heeft geen redenen om het niet te nemen. Ze denkt bovendien dat dit toch wel de weg uit de huidige situatie is.

“En toen dacht ik: ‘oh ja, er zitten ook wel gewoon heel veel voordelen aan om wél dat vaccin te nemen, omdat het écht weer vrijheid biedt’.” (Rosalie)

4.2 De belangrijkste thema’s uit de interviews

Uit de zes verschillende narratieven komen zeer uiteenlopende inzichten naar voren. Deze inzichten vertegenwoordigen de betekenis die de verpleegkundigen toekennen aan het spanningsveld tussen zelfbeschikking (de verpleegkundigen spreken over ‘keuzevrijheid’ en ‘het nemen van een eigen beslissing’) en verantwoordelijkheid (verantwoordelijkheden ten aanzien van patiënten, familie, zichzelf, burgers, en de

samenleving komen allemaal aan bod). Ook de verantwoordelijkheden van patiënten zelf en van de overheid passeerden de revue tijdens de interviews.

In deze paragraaf worden de belangrijkste inzichten die naar voren kwamen aan de hand van zes thema's gepresenteerd. De thema's zijn vragend geformuleerd omdat er in deze fase nog geen eenduidige conclusies getrokken kunnen worden. Ze worden ondersteund door fragmenten uit de narratieven (intermezzo's) en citaten uit de interviews.

Alle afwegingen die de verpleegkundigen maken, geven inzicht in wat volgens hen het goede is om te doen in de huidige situatie. Een voorlopige conclusie van deze inzichten volgt aan het einde van dit hoofdstuk.

Thema 1: neem ik het vaccin voor mezelf of voor anderen?

“Nou het schijnt te zijn dat je dan nog steeds anderen kunt besmetten. (...) en misschien zijn we hier de komende tijd ook nog niet voor 100% vanaf maar (...) ik denk dat het voor elke ziekenhuismedewerker goed zou zijn als er een einde komt aan deze periode en als het vaccineren daar een enorme stap voorwaarts in is dan denk ik dat we dat allemaal gewoon moeten doen.” (Lea)

Alle verpleegkundigen hebben gevolgen ervaren van de coronacrisis. Zowel in de persoonlijke sfeer als op de afdeling waar zij werken. De impact van de gevolgen verschilt per verpleegkundige.

Lea en Rosalie hebben zelf bewezen corona gehad, waarbij de ervaringen vergelijkbaar zijn. Beide verpleegkundigen hebben hun eigen ziektebed niet als zeer heftig ervaren, hoewel Lea nog steeds kampt met restverschijnselen. Ze waren allebei vooral erg bang dat ze anderen besmet hadden. En dan met name kwetsbare anderen, zoals: collega's op leeftijd, of de patiënten. Op basis van de doorgemaakte infectie hebben zowel Lea als Rosalie op dit moment niet het gevoel dat ze de vaccinatie zelf echt nodig hebben. Desalniettemin zijn ze ervan overtuigd dat het vaccineren van zoveel mogelijk mensen een plausibele uitweg is uit de huidige situatie. Hoofdzakelijk die reden laten ze zich vaccineren.

De zes verpleegkundigen vertrouwen in principe op hun eigen immuunsysteem en zijn niet bang geworden voor corona als gevolg van hun persoonlijke of

professionele ervaringen. Laura sluit echter niet uit dat ze wellicht toch ziek zal worden van corona: *“omdat je wel ziet dat het ook op je hersenen kan slaan. (...) Je weet niet waar het allemaal invloed op heeft.”* Zij neemt het vaccin zowel voor zichzelf als voor anderen: haar familie, haar patiënten en de samenleving. Ze spreekt van een win-winsituatie.

Femke vindt dat je als verpleegkundige toch wel een bepaalde verantwoordelijkheid draagt naar anderen toe. Daarbij doelt ze op de kwetsbare patiënten én op de samenleving. Ze zou het heel erg vinden als zij de aanstichtster is van een coronahaard op de afdeling waar zij werkt. Als ze andere ziekenhuisverpleegkundigen mocht adviseren, zou dit haar boodschap zijn: *“ja ik zou het gewoon wel doen, (...) ook wel voor jezelf, maar ook voor je patiënten, maar ook gewoon, misschien nog wel meer, de maatschappelijke verantwoording, maar ja, ik denk wij zijn zat van al die regels, iedereen wil er vanaf, ja, dan moet je wel iets doen denk ik, om dat voor elkaar te krijgen. En of dit afdoende is, dat weet ik niet. Maar ik denk van ja, we moeten ergens beginnen.”*

Jesper en Isa delen daarentegen de mening dat je het coronavaccin vooral voor jezelf moet nemen en niet voor een ander. Het is een persoonlijke afweging. Ze zijn het niet eens met de maatschappelijke druk die op verpleegkundigen, maar ook op andere burgers wordt gelegd om het vaccin voor ‘een ander’, ‘het grotere doel’, of de (kwetsbare) patiënten te nemen. Zij nemen het vaccin op dit moment niet, omdat ze er voor zichzelf het nut niet van in zien en eventuele risico’s van het vaccin bovendien niet uitsluiten. *“(...) ik vind dat de patiënten die kwétsbaar zijn zich moeten laten vaccineren. En ik vind dat je, als je 100% zeker weet dat je een ander niet kan besmetten, het misschien nog een keer het overwegen waard is, maar ja, anders niet.”* (Isa)

Intermezzo 1 geeft een inkijkje in de afwegingen die Jesper heeft gemaakt omtrent het thema: ‘neem ik het vaccin voor mezelf of voor anderen?’

Intermezzo 1

“Nee, ik denk op dit moment niet dat ik het vaccin zal gaan nemen.”

Ik weet wel dat mensen die hartstikke fit zijn, die bij wijze van spreken twee keer per maand een marathon lopen, tóch erg ziek kunnen worden van het coronavirus. Maar ik schat de kans dat dat met mij gebeurt erg klein in. Eigenlijk ben ik nooit ziek. Dus ik denk dat mijn weerstand heel hoog is.

Vanuit de overheid wordt de druk wel opgevoerd. Zo willen ze graag dat we groepsimmunititeit gaan bereiken met z'n allen. Ja, aan de ene kant begrijp ik dat wel. Als je corona hebt gehad, heb je antistoffen in je lichaam. En bij een volgende infectie reageert je lichaam sneller op het virus. Daar kunnen vaccins natuurlijk bij helpen. Maar toch vind ik het hartstikke raar om dat als overheid te zeggen. Het is aan de overheid om mensen zo goed mogelijk voor te lichten, zodat iedereen zijn eigen keuze kan maken.

Als ik me niet ziek voel, kan ik me ook niet goed voorstellen dat ik het virus overdraag op anderen. En in de reguliere media wordt verkondigd dat mensen die gevaccineerd zijn alsnog het virus kunnen dragen en andere mensen kunnen besmetten... Voor anderen hoef ik het dus in ieder geval niet te doen. (Jesper)

Thema 2: welke verantwoordelijkheden zijn er te identificeren?

Alle zes verpleegkundigen adresseren de verantwoordelijkheid die zij dragen voor hun (kwetsbare) patiënten. Ze erkennen deze verantwoordelijkheid als onderdeel van hun professie, maar geven een andere invulling aan de inhoud. Bij dit thema wordt ingegaan op de verschillende wijzen waarop verpleegkundigen hun verantwoordelijkheid nemen. Is coronavaccinatie ook een vorm van ‘je verantwoordelijkheid nemen’? En als je als verpleegkundige het vaccin weigert, ben je dan onverantwoordelijk naar je patiënten toe? De betekenis die de verpleegkundigen toekennen aan ‘het nemen van je verantwoordelijkheid’ kwam dikwijls niet overeen. Hoewel alle verpleegkundigen erkennen dat de kans om iemand anders te besmetten nog steeds aanwezig is na vaccinatie - er is nog geen

wetenschappelijk bewijs geleverd om dit aan te tonen²⁸ - verbinden zij daar verschillende conclusies aan. Zo houdt IC-verpleegkundige Femke een sterk pleidooi voor de kwetsbaarheid van de patiënten en de verantwoordelijkheid die je daarvoor draagt als verpleegkundige. Hierin krijgt ze enige bijval van IC-verpleegkundige Laura. Ook Lea geeft aan dat ze het wel begrijpelijk vindt als een ziekenhuis consequenties verbindt aan het niet-vaccineren van haar zorgmedewerkers: *“Wat ik me wel zou kunnen voorstellen is dat je dan als ziekenhuis zegt van, ok dan zorgen we dat je niet meer met hoogrisicogroepen gaat werken. Dat je je werk aan gaat passen, op de keuze.”*

Rosalie is het daar niet mee eens. Zij vindt niet dat je als verpleegkundige verantwoord bezig bent als je het coronavaccin hebt genomen en dat je onverantwoord bezig bent als je het vaccin hebt geweigerd. Er zijn meerdere manieren om je verantwoordelijkheid tóch te dragen richting je patiënten. Intermezzo 2 geeft een beeld van haar visie op verpleegkundige verantwoordelijkheden vanuit een breder perspectief.

Intermezzo 2

“Ik vind niet dat je een... verantwoordelijkheid draagt.”

De keuze is voor een ziekenhuisverpleegkundige naar mijn mening hetzelfde als voor ieder ander. Ik vind niet dat je een bepaalde verantwoordelijkheid draagt en daarom het coronavaccin zou moeten nemen. Natuurlijk bestaat de kans dat ik kwetsbare patiënten besmet, maar mijn man kan toch ook kwetsbare mensen besmetten in de supermarkt? Misschien is de kans op mijn werk nog wel kleiner omdat ik altijd een mondkapje moet dragen en regelmatig handhygiëne toepas. En als je gevaccineerd bent, kun je nog steeds wel drager zijn. Dus wat dat betreft is het een drogreden om het vaccin voor anderen te nemen. Behalve natuurlijk dat het wel erg triest zou zijn als ik kom te overlijden. Dat iedereen mij moet missen.

²⁸ RIVM. (2021). *Kan ik na vaccinatie anderen nog besmetten met corona?* Op 12-06-2021 ontleend aan: <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/vragen-antwoorden#:~:text=Kan%20ik%20na%20vaccinatie%20anderen,het%20virus%20toch%20kan%20verspreiden.>

Ik weet dat collega's of artsen waar ik mee samenwerk wel anders over die verantwoordelijkheid denken. Mensen die moeilijk gaan doen over de vaccinatie, of over Astra Zeneca specifiek, die zijn 'het probleem'. Maar ik vind het zelf echt te kort door de bocht om te zeggen dat je verantwoordelijk bezig bent als je wel gevaccineerd bent en onverantwoordelijk als je niet gevaccineerd wilt worden. Zij vinden echt dat zoveel mogelijk mensen gevaccineerd moeten worden, en ik merk dat ik daar wat milder in sta. Ik heb ook zeker niet de behoefte om daarover in discussie te gaan. Er zijn zoveel dingen in de wereld waar we geen grip op hebben, bijvoorbeeld als je je helemaal kapot snuift aan cocaïne. En dan geldt net zo goed: dat moet je zelf weten. (Rosalie)

Jesper vindt in lijn met Rosalie dat hij zijn verantwoordelijkheid als verpleegkundige wel degelijk neemt door de maatregelen na te leven en bij klachten thuis te blijven. Hij kan zich niet voorstellen dat hij een besmettingsrisico vormt voor een ander als hij helemaal geen klachten heeft. Bovendien, zo redeneert hij, kun je na coronavaccinatie alsnog patiënten besmetten. Ditzelfde argument gaat op voor Isa. Zij houdt zich aan de regels en neemt op die manier haar verantwoordelijkheid. *“Zolang men nog niet weet of ik andere mensen kan besmetten, en ik baas ben over mijn eigen lichaam, en niemand er anders van wordt of ik hem nou wel of niet neem...”* (Isa)

Femke en Laura komen op hun beurt allebei met een stukje relativering als ze kijken naar de verschillende verantwoordelijkheden die momenteel in het spel zijn. Zo benoemt Femke dat de meeste patiënten die als gevolg van COVID-19 op de IC liggen toch wel een verhoogd BMI lijken te hebben. Dit suggereert volgens haar wel dat er mogelijk sprake is van een leefstijl- of gezondheidsprobleem. Laura's visie sluit hierop aan. De patiënten die zij op de IC heeft gezien hadden allemaal bepaalde risicofactoren, zoals: een hoge leeftijd, overgewicht, of een slechte conditie. Ze erkent dat er ook verhalen zijn van slanke, jonge mensen zonder voornoemde risicofactoren, maar zegt daarover: *“Die zijn er wel, maar ik heb ze niet gezien.”*

Lea benadert het vraagstuk vanuit een collectivistische instelling en trekt de verantwoordelijkheden maatschappijbreed. Haar zienswijze baseert ze grotendeels op de situatie die zij dagelijks ervaart in het ziekenhuis waar zij werkt en de patiënten die hulp nodig hebben. Van dichtbij ziet ze dat het helemaal geen optie is om 'meer bedden neer te zetten en meer personeel te werven', zoals een goede vriendin van haar

voorstelde. *“We zullen er toch mee moeten dealen. En we kunnen niet tegen coronapatiënten zeggen: ‘nou, sorry, maar er is geen bed meer vrij, dus...’.” (Lea)* Lea geeft aan dat ze op dit moment álles wil aangrijpen om uit deze situatie te komen. *“Als iedereen zich gewoon goed aan die maatregelen houdt en daarnaast het vaccinatieproces goed loopt, dan hoop ik dat we hier gewoon zo snel mogelijk af zijn. Dat geldt voor het vaccin, dat geldt ook voor de maatregelen die mensen aan hun laars lappen.” (Lea)*

Ook Femke, Laura en Rosalie zijn ervan overtuigd dat het vaccineren van zoveel mogelijk mensen de grootste kans biedt om uit de huidige situatie te komen. Daarmee doelen ze op de gevolgen voor de zieke patiënten, maar ook op het opheffen van de lockdown. Deze vier verpleegkundigen zijn bereid hun steentje bij te dragen om Nederland ‘uit het dal te trekken’.

Thema 3: wat haal ik uit mijn informatiebronnen?

Om tot een beslissing te komen over het nemen van het coronavaccin hebben de zes verpleegkundigen zich tot verschillende informatiebronnen gewend. Deze lopen uiteen van experts op afstand (nieuwsberichten/ artikelen), experts dichtbij (een arts, collega of goede vriend met kennis van zaken), social media, en persoonlijke ervaringen.

Jesper en Isa geven beiden aan dat ze research hebben gedaan naar de veiligheid, werkzaamheid en andere onzekerheden die ze hadden rondom het coronavaccin. Daarbij kwam Jesper al snel tot de conclusie dat er nog veel zaken onduidelijk blijven. Isa werd wat moedeloos van het inlezen omdat experts elkaar leken tegen te spreken. Ook zij kwam tot de conclusie dat veel zaken onduidelijk blijven en dat de experts het “gewoon” ook niet weten.

Lea vertelt dat ze vooral leest wat ze wil lezen. En dat zijn veelal de berichten die de coronavaccinatie promoten, en niet zozeer de kritische berichten die waarschuwen voor de risico’s van vaccineren. Die neemt ze naar eigen zeggen *“met een korreltje zout”*.

Femke en Laura hadden maar weinig tijd om te beslissen, omdat zij het coronavaccin als IC-verpleegkundigen als één van de eersten aangeboden kregen: *“(…) dat hebben we echt een week van te voren pas te horen gekregen. Het was eerst: ‘nee,*

eerst gaan de verpleeghuizen, jullie komen pas veel later' en toen was het in één keer: 'oh, volgende week krijgen jullie hem ook.' Daardoor werd ik wel een beetje overvallen.” (Laura) Beide verpleegkundigen hebben zich deels laten leiden door een expert in hun omgeving die ze vertrouwen. Zo hecht Laura veel waarde aan de mening van haar vriend die Geneeskunde studeert en kon Femke goed uit de voeten met de plausibele argumenten die haar hardloopmaatje (tevens werkzaam in de immunologie) aandroeg. Wat Laura ook vertrouwen gaf in de veiligheid van het vaccin was het feit dat er in andere landen al massaal gevaccineerd werd.

Rosalie beschikt over een grote vriendengroep. Zij stuurden bepaalde berichten naar elkaar door in de groepsapp en onderling werd er op frequente basis gesproken over vaccinatie. Ook andere vormen van social media, praatprogramma's waarin experts aan het woord kwamen, en het reguliere NOS-journaal voorzagen haar van bruikbare informatie. Daarnaast heeft zij veel vertrouwen in de mening van de nefrologen op de afdeling waar zij werkt.

Thema 4: hoe om te gaan met onduidelijkheden?

“(...) terwijl ik helemaal niet bang ben dat er van alles en nog wat uit komt en dat ik een chip in me heb of wat dan ook. Want dat wordt dan gelijk gedacht als je negatief denkt over die vaccinatie. Dat denk ik absoluut niet dat er iets verkeers of wat dan ook in zit, maar ik zie er gewoon het nut niet van in. Omdat ze roepen, eh, nou ja je hebt dan nu die bijwerkingen, je weet niet wat het op lange termijn doet, je weet niet hoe lang die werkt, je weet niet of je een ander niet kan besmetten, je kan het nog stééds krijgen, je moet nog stééds de maatregelen doen... Dat zijn voor mij allemaal redenen waardoor ik zeg 'nee, nu niet'.” (Isa)

Isa en Jesper spreken over onduidelijkheden en onzekerheden. Deze worden in meerdere of mindere mate ook wel erkend door de andere vier verpleegkundigen.

Toch vinden Femke en Laura eigenlijk dat de enige legitieme reden om te twijfelen over het vaccin is als je op korte termijn zwanger wilt worden of al zwanger bent. *“Er zijn best ook wat mensen die het niet hebben genomen, maar dat zijn wel ook mensen waarvan je verwacht dat ze misschien ook wel zwanger willen worden,*

waarvan je nu ook hoort dat ze ook zwanger zijn. Dus dat is ook wel... wat logischer?” (Laura)

Overige redenen om je niet te laten vaccineren, worden door hen min of meer van tafel geveegd omdat het algemeen belang zwaarder weegt: “(...) *en sommigen hadden ook wel, omdat ze nog heel jong waren, zo van ‘nee ik krijg het niet of ik word er ook niet zo ziek van’. Maar ja, dan denk ik zelf wel weer, ‘ja je hebt ook een verantwoordelijkheid naar de rest toe.’ Dus dat, vond ik... ja.” (Femke)*

Laura denkt bovendien dat de kans op bijwerkingen zeer klein is: “*Als je de hele wereld gaat inenten met het vaccin, waarom denk je dat het dan net bij jou fout moet gaan? En dan denk ik: ‘corona krijgen kan veel erger zijn dan zo’n vaccin’.*”

Lea maakt een duidelijk onderscheid tussen “*serieuze bedenkingen*” ten aanzien van het vaccin of “*recalcitrantie*”. Intermezzo 3 geeft een inkijkje in Lea’s gedachtegang waarin ze dit onderscheid toelicht.

Intermezzo 3

“Dan denk ik, ja... Dat is wel je eigen keuze. Het is wel de situatie waarin we nu zitten.”

Er zit voor mij ook wel verschil in de redenen waarom je het vaccin niet zou willen. Als iemand het niet neemt uit angst voor bijwerkingen of andere serieuze bedenkingen heeft, vind ik dat een legitiemere reden dan wanneer iemand het niet neemt omdat hij/ zij het onzin vindt dat je straks bij festivals moet bewijzen dat je gevaccineerd bent. Dan moet je volgens mij niet zo moeilijk doen. Ik heb dan echt het idee dat je gewoon expres recalcitrant gaat doen. En ja, er zijn ook mensen die denken dat je een chip ingespoten krijgt. Ja, het is echt zo... Dat is ook je eigen keus.

Eigenlijk vind ik het best lastig omdat het voor mij een beetje egoïstisch voelt. Dan maak je de keuze dus echt heel erg voor jezelf, en niet voor de mensen om je heen. En het is ook lastig om ermee om te gaan, want vervolgens hoor je deze mensen dan wel klagen dat ze straks niet meer naar een festival mogen zonder vaccinatiebewijs. En dan denk ik, ja... Dat is wel je eigen keuze. Het is wel de situatie waarin we nu zitten. (Lea)

Toen het vaccin nog maar net in beeld was, hadden alle zes verpleegkundigen wel hun twijfels over de veiligheid en effectiviteit. Deze twijfels hebben inmiddels plaatsgemaakt voor voldoende vertrouwen in het coronavaccin om de vaccinatie te willen nemen; althans bij Femke, Laura, Rosalie, en Lea.

Rosalie betoogt dat het niet uit zou moeten maken welke reden je hebt om te twijfelen over het vaccin. Het is je eigen keuze, en een ander heeft die keuze maar te respecteren. Zij heeft zelf wel wat twijfels gehad over Astra Zeneca omdat er allerlei berichtgeving was rondom bijwerkingen, zoals trombose. Toch had ze dat vaccin wel genomen als de overheid de vaccinaties met Astra Zeneca niet tot tweemaal toe had stilgezet.

Femke vertelt dat ze geen zorgen heeft gehad over bijwerkingen, maar dit kwam volgens haar ook doordat zij Pfizer kreeg aangeboden. Als het Astra Zeneca was geweest, had ze misschien wel haar bedenkingen gehad.

Thema 5: wordt er druk ervaren?

“Een verpleegkundige is ook een mens. En, ondanks dat heel veel mensen er vanuit gaan dat wij een voorbeeldfunctie hebben en dat wij op medisch gebied alles góed doen, ook voor onszelf, vind ik niet dat daar vanuit mag worden gegaan. Je moet alsnog je eigen keuzes kunnen maken, en, op dit moment is er wel een hele grote maatschappelijke druk op de zorg.” (Jesper)

De verpleegkundigen hebben hun ervaringen gedeeld ten aanzien van druk die ze ervaren uit de maatschappij, druk vanuit de overheid, druk vanuit de werkgever, en druk vanuit andere verpleegkundigen/ collega's. Isa ervaart veel druk vanuit de overheid: *“Ik voel wel druk op het moment dat ik zo meteen niet meer naar een festival mag of naar een restaurant toe mag als ik mijn vaccinatiebewijs niet laat zien, of naar het buitenland. Dan voel ik wél druk, want dan denk ik aan de ene kant zeg je ‘het is niet verplicht’, maar eigenlijk als je iets leuks wil gaan doen, is het verplicht.” (Isa)* Ze ervaart daarnaast druk vanuit haar collega's, en dan met name de artsen. Intermezzo 4 brengt deze druk aan de hand van Isa's narratief helder voor het voetlicht.

Intermezzo 4

“Als je het niet doet, moet je naar de gevangenis, want daarmee schaad je de volksgezondheid.”

De artsen in mijn team vinden het ‘heel dom’ dat ik het coronavaccin niet wil. Één van de artsen maakte hier flauwe grappen over. Hij zei dat als ik het niet doe, ik naar de gevangenis moet, omdat ik dan de volksgezondheid schaad. Ik kan er wel om lachen hoor, en hij lacht dan mee. Ik weet ook niet precies hoe hij het bedoelt, maar hij denkt er wel echt zo over.

Er hangt in ons team geen veilige sfeer om een ander geluid te laten horen, maar ik lieg er niet om. Iedereen weet dat ik me niet wil laten vaccineren. Maar volgens mij word je wel een beetje voor half aangezien als je kritisch bent ten aanzien van het coronavaccin ofzo, dus ik heb het er ook niet meer zoveel over. Als ik onverhoopt ziek word, verwacht ik wel veel negatieve reacties. Dat je corona krijgt en je hebt je niet laten vaccineren. Dan ben je wel de lul, denk ik. Ik heb nog een collega die ook wel heeft getwijfeld, maar zij durfde zich niet zo goed uit te spreken en is nu volgens mij wel om. Dat ze zich wel laat vaccineren.
(Isa)

De negatieve reacties die Isa vreest als ze onverhoopt ziek wordt, zijn al werkelijkheid voor een collega van zowel Femke als Laura. Beide verpleegkundigen vertellen over een collega van hun afdeling die zich niet heeft laten inenten, en vervolgens corona heeft gekregen via een patiënt. Hij was er niet erg ziek van, maar zat twee weken thuis. De rest van de afdeling, Femke en Laura niet uitgezonderd, vonden daar wel wat van: *“Ja, ik had wel een beetje zo van ‘ja, dan had je hem maar gewoon moeten nemen, eh...’.”* (Laura)

Femke heeft een vergelijkbare ervaring als Laura wanneer ze vertelt: *“(...) er was dan een uitbraak, en die ene collega was wel ingeënt maar er was ook een collega van mij niet ingeënt en ook positief. En die is er ook niet ziek van geworden, maar ja, hij had wel weer een aantal diensten die hij niet eh, op het werk mocht komen. Ja, daarmee belast je je collega’s eigenlijk ook weer. Want het is gewoon al krap, en dat vind ik dan toch wel een beetje een lastige. (...) Daar vind ik dan, ja dat merk ik wel, daar vind ik echt wat van.”* (Femke)

Druk vanuit de werkgever werd sterk ervaren door Laura. Ze deelt wat haar verwachtingen zijn als zij in de teamkamer zou uitspreken dat ze het coronavaccin niet neemt: *“Ik denk dat er wel geoordeeld wordt. En dat je ook wel wat tegenstanders krijgt. Het scheelt dat ik jong ben en zij niet weten wat mijn kindervens is, maar... als zij weten dat ik geen kindervens heb en het niet wil nemen dan krijg ik daar wel tegenargumenten op.”* Bovendien promootten de regieverpleegkundigen op haar afdeling het coronavaccin met opmerkingen als: *“ja, we willen hier toch uit? Met zijn allen? Dan is dit wel dé manier.”* Of: *“neem ‘m nou maar, want we willen gewoon heel graag dat iedereen ingeënt wordt.”* (Laura) Femke, die op dezelfde afdelingen werkt als Laura, heeft deze druk overigens niet ervaren.

Jesper ervaart ook veel druk vanuit collega's en de werkgever. Hij spreekt over “groepsdruk”: *“(...) je hoort eigenlijk heel weinig mensen zich uitspreken dat ze géén vaccin willen hebben. En als jij dat wel zegt in de teamkamer dan heb je gelijk vier, vijf mensen die zeggen ‘ohh wat slecht!’ en ‘dat moet je wél doen!’ Dus de sociale druk in het ziekenhuis is wel heel hoog.”* Bovenal maakt hij zich zorgen over een situatie waarin coronavaccinatie een (indirecte) verplichting wordt.

Rosalie geeft aan dat de artsen op haar afdeling van haar en haar collega's vragen om patiënten te informeren over het coronavaccin, en ze daarbij ook wel aan te moedigen om het vaccin te nemen: *“(...) nou ja daar wordt wel bij gezegd dat ik dan moet zeggen van ehm... de eventuele complicaties wegen niet op tegen de gevolgen van een corona-infectie bij u als patiënt, zeg maar. Hè, dus u bent er slechter aan toe als je corona krijgt dan wanneer je bijwerkingen krijgt van de vaccinatie. Dus, d'r wordt wel een beetje soort van aangemoedigd, zo van, ‘neem het vaccin en draag dat ook uit’. Dat dat beter is om wel te vaccineren dan niet te vaccineren.”* Rosalie begrijpt wel dat dit ook wordt gevraagd omdat de artsen het belangrijk vinden dat de patiënten eenduidige informatie krijgen aangeboden. Ze vertrouwt daarbij op de afwegingen die de artsen voor de patiënten hebben gemaakt. Rosalie vertelt tijdens het interview op meerdere momenten dat ze vertrouwen heeft in de artsen - met name de nefrologen - op haar afdeling. Ze ervaart geen druk in haar eigen keuzeprocessen en licht dit ook toe: *“Het is natuurlijk makkelijk zeggen, als, ehm, gevaccineerde, en als iemand die zich wél wil laten vaccineren is het denk ik makkelijker dan als je niet wil laten vaccineren en om daarbij stevig in je schoenen te staan, zeg maar.”*

Thema 6: Zou het wel een vrije keuze moeten zijn?

“Het is discriminatie als alleen maar mensen die gevaccineerd zijn op vakantie zouden mogen. Dus, ik geloof eigenlijk niet dat er een regel of een wereld ontstaat waarin gevaccineerden alles mogen, en niet-gevaccineerden worden geweigerd. Omdat het iets is wat een vrije keuze is. Dus ik mag hopen dat dat niet gaat ontstaan.” (Rosalie)

Waar Isa en Jesper vrezen voor hun keuzevrijheid en Rosalie zich niet kan voorstellen dat deze op de tocht staat, vragen Femke, Laura, en Lea zich af of er wel sprake zou moeten zijn van vrije keuze omtrent coronavaccinatie. Intermezzo 5 geeft een inkijkje in Laura's overpeinzingen ten aanzien van keuzevrijheid rondom coronavaccinatie.

Intermezzo 5

“(...) dat je gewoon kan zeggen: ‘dit is alleen voor gevaccineerden’.”

Ondanks de druk die er toch wel was, voelde de keuze voor het coronavaccin als mijn eigen keuze. Aan de andere kant vraag ik me ook wel af of het echt een eigen keuze zou moeten zijn. Ik vind niet dat je iemand kan verplichten om een vaccin te nemen, maar wel dat je daar consequenties aan mag verbinden. Dat je dus niet naar een evenement mag, of bepaalde dingen mag doen en dat je gewoon kan zeggen: ‘dit is alleen voor gevaccineerden’.

Ik vergelijk het een beetje met het certificaat voor inenting tegen gele koorts die in sommige landen ook verplicht is. Ik vind het niet gek dat hetzelfde nu gebeurt met corona. Aan de andere kant vind ik dat de overheid een gezonde leefstijl ook wel wat meer mag stimuleren, bijvoorbeeld door belastingheffing op vlees en andere ongezonde producten.

En zeker voor verpleegkundigen. Dat het nu in Italië voor zorgmedewerkers al verplicht is om je te laten vaccineren tegen corona begrijp ik wel. Je werkt toch met een kwetsbare groep. We zijn toch ook verplicht om ons in te laten enten tegen Hepatitis B? En als je als niet-gevaccineerde corona het ziekenhuis in helpt, en zeker op de IC, zijn de consequenties echt niet meer te overzien. Dan breng je direct levens in gevaar. Ik denk overigens niet dat je het alleen voor je patiënten moet doen, je doet het ook voor jezelf. Het is meer een win-win-situatie dan dat je jezelf op de tweede plek zet. (Laura)

De term ‘consequenties’, die Laura regelmatig gebruikte tijdens de interviews, lijkt voor meerdere interpretaties vatbaar. Lea, Femke, en Laura benoemen allerlei consequenties van het niet-vaccineren, zoals: andere werkzaamheden toegewezen krijgen, geen toegang krijgen tot festivals of evenementen, het besmetten van kwetsbare patiënten, en het persoonlijk verantwoordelijk zijn voor het ontketenen van een corona-infectie op de eigen afdeling.

De consequenties die Isa en Jesper aan het niet-vaccineren verbinden zijn voor hen puur het grotere risico dat zij daarmee lopen op COVID-19. Het besmetten van kwetsbare patiënten is volgens hen na inenting nog steeds een risico. En de dreigende sociale exclusie op basis van het groene paspoort ervaren zij als een dwangmiddel om zich toch te laten vaccineren.

4.3 De rol van relationaliteit bij autonome besluitvorming

Binnen het zorgethisch denken vertrekt men vanuit een relationele ontologie, dit heb ik uiteengezet in paragraaf 2.2. Het concept relationaliteit veronderstelt dat onze beslissingen niet het gevolg zijn van individueel afgewogen rechten en plichten, maar dat deze geworteld zijn in relatie tot de wereld om ons heen en al haar bewoners.

In deze paragraaf wordt - in lijn met de deelvraag - per verpleegkundige in kaart gebracht welke rol is weggelegd voor relationaliteit in het (autonome) besluitvormingsproces.

“Ik vind wel dat je als ziekenhuismedewerker een verantwoordelijkheid te dragen hebt naar je patiënten. Tegelijk besef ik me ook dat ik als burger net zo goed een verantwoordelijkheid heb naar de oude mensen die in de supermarkt om me heen lopen.” (Lea)

Het interview met Lea ademt een relationele houding. Lea ziet zichzelf - of dit nu als verpleegkundige, vriendin, moeder, dochter, of burger is - als onlosmakelijk verbonden met haar omgeving. Ze wordt gedreven door wat ze in haar omgeving ziet: winkels die sluiten, bedrijven die omvallen, een volstromend ziekenhuis, overbelaste collega's, en andere gevolgen in de maatschappij. En vanuit die gedrevenheid is ze bereid de aanvankelijke twijfels die ze had over de veiligheid van het coronavaccin aan de kant te zetten ten behoeve van de samenleving. Ze uit haar moeite met mensen

- ook in haar directe omgeving - die twijfelen over het vaccin. Ze vindt het lastig om met dit wederzijds gevoelde onbegrip om te gaan, en vindt het eigenlijk ook een egoïstische benadering van het vraagstuk.

Ze vindt het ook spannend dat haar vader zich niet wil laten vaccineren. Als de grootste groep om haar heen - of eigenlijk in de samenleving - maar gevaccineerd is, vindt Lea, *“dan beschermen we in elk geval die groep die het niet wil.”*

“(…) wij zijn zorgmensen, dus wij willen zorgen voor mensen, en als dat dan een klein beetje ten koste gaat van onszelf. Ja, ik denk dat iedereen dat voor lief neemt.”

(Jesper)

Jesper heeft in zijn directe omgeving de gevolgen van corona meegemaakt. De moeder en schoonmoeder van zijn vriendin zijn erg ziek geweest. En ook haar opa en oma hadden er flink onder te lijden; haar oma heeft het niet overleefd. Desalniettemin benadert Jesper het vraagstuk voornamelijk als een individuele beslissing. Hij denkt persoonlijk niet erg ziek te worden van corona, en heeft het vaccin daarom niet nodig. Een doorslaggevende factor daarin is dat hij zich ook geen gevaar voelt voor anderen. Als hij niet ziek wordt van corona, kan hij zich niet voorstellen dat hij het wel overdraagt op kwetsbare patiënten. En dit eventuele besmettingsgevaar is er volgens hem nog steeds na vaccinatie. Groepsimmunitet vormt voor hem ook geen argument. Iedereen moet volgens Jesper zijn eigen keuze maken.

Na afloop van het interview vertelde Jesper dat hij en zijn vriendin (die ook ziekenhuisverpleegkundige is) in de toekomst graag kinderen willen. Voor hen beiden vormt dit een reden van twijfel, omdat het voor hen nog te onduidelijk is of dit gevolgen kan hebben voor de vruchtbaarheid.²⁹

“(…) alsnog sta ik er wel heel erg achter om hem wel te nemen, al is het alleen al om, voor een veiliger gevoel naar mijn familie te kunnen.” (Laura)

Voor Laura waren verschillende rollen belangrijk. Haar rol als vriendin (haar vriend is groot voorstander van coronavaccinatie), als dochter (haar ouders ziet ze als kwetsbaar en wil ze graag beschermen), als collega (ze wil haar collega's niet belasten met extra werkdruk), als werknemer (ze wil haar werkgever niet teleurstellen), als verpleegkundige (ze werkt met kwetsbare patiënten en wil hen absoluut niet

²⁹ Fieldnote, 29-03-2021.

besmetten), en haar rol als burger (ze wil heel graag dat het klaar is met de coronacrisis en gelooft dat coronavaccinatie de crisis kan beëindigen).

“(…) ja het is niet te vergelijken met mondkapjes, daar kun je ook twijfels over hebben, of dat wel of niet helpt, maar op een gegeven moment had ik ook besloten van, ook toen het nog niet verplicht was, ik dacht ik ga het gewoon doen, want, ja, we moeten ergens beginnen om dit weer gewoon eh, onder controle te krijgen.” (Femke)

Femke benadert het vraagstuk voornamelijk vanuit haar rol als burger, collega, en als ziekenhuisverpleegkundige. Ze erkent dat er onzekerheden zijn. Haar collega kreeg na vaccinatie toch nog corona en er zijn mutaties die de groepsimmunitet wellicht zullen verstoren. Maar dit neemt niet weg dat ze het coronavaccin toch wil nemen. Ze ziet als verpleegkundige hoe ziek mensen kunnen worden van corona, en hoeveel werkdruk er op haar en haar collega's ligt. Tevens is ze bevriend met iemand die iets met immunologie doet in hetzelfde ziekenhuis als zij; hij is groot voorstander van vaccineren.

Ze merkt dat ze soms wat narrig kan worden van mensen die wel graag hun vrijheden terugwillen, maar niet de stappen willen nemen om dat voor elkaar te krijgen. Één van die stappen is volgens haar het nemen van het coronavaccin. In het volgende intermezzo licht ze dit toe.

Intermezzo 6

“Ik denk wel dat dat de strategie is, want er zijn ook eerdere infectieziekten daarmee bestreden.”

Het virus muteert natuurlijk wel. Dus het is nog maar de vraag of het uiteindelijk helpt, al die vaccinaties. Je kunt alsnog wel besmet raken, dat zag ik onlangs ook bij een gevaccineerde collega van mij. En het schijnt dat de kans om het virus over te dragen na vaccinatie wel kleiner is en dat je er minder ziek van wordt; dit bleek geloof ik uit Amerikaanse onderzoeken. Maar je kunt het nog wél overdragen.

Het vacin neem je natuurlijk ook wel voor jezelf, maar ook om ervoor te zorgen dat de hele gemeenschap meer immuun wordt tegen het virus. Ik denk wel dat dat de strategie is. Op deze manier zijn eerdere infectieziekten ook bestreden. En bovendien denk ik: ‘we moeten iets doen.’ (Femke)

“(...) ik denk dat iedereen dat voor zichzelf moet bepalen. Ja, (...) dat was wel mijn eerste gedachte. Zo van ‘als ik andere mensen kan helpen, om het dan te doen, dan doe ik het wel’. En toen was het eh, werd ook al gelijk gezegd dat dat niet zeker was, nou en toen was ik er ook wel klaar mee.” (Isa)

Hoewel Isa zelf niet denkt dat ze het coronavaccin nodig heeft, was ze in eerste instantie wel geneigd om het vaccin te nemen voor anderen. Toen bleek dat het besmettingsgevaar er nog steeds is na vaccinatie, zag ze het nut er niet langer van in.

Groepsimmunitet of zelfs het uitroeien van een virus ziet zij niet als haalbare doelen. Deze afwegingen maken voor haar dat ze het coronavaccin op dit moment niet wil. Het is niet dat ze geen rekening heeft gehouden met de verschillende rollen die ze bekleedt, maar meer dat ze oprecht niet gelooft dat als zij het coronavaccin neemt, dit een verschil zal maken voor een ander. Mensen die zich kwetsbaar voelen, moeten zichzelf laten inenten, zo redeneert Isa. Ze lijkt dus wel te vertrekken vanuit een relationeel mensbeeld, maar ziet deze kwestie als een persoonlijke beslissing waarbij de gevolgen voor jezelf zijn.

De mensen in Isa's directe omgeving (vrienden en familie) willen zich grotendeels ook niet laten vaccineren.

“(...) je gevoel volgen. Ja. En durven kiezen voor wat je wilt. En niet uit angst, of bang voor een oordeel, eh, zijn.” (Rosalie)

Rosalie lijkt te vertrekken vanuit een meer individualistisch zelfbeeld.

Zelfbeschikking en keuzevrijheid vindt zij zeer belangrijke waarden. Zij denkt dat vaccineren de enige uitweg uit de huidige situatie is, maar vindt het niet nodig om anderen onder druk te zetten. Zij benadert het vraagstuk vanuit haar persoonlijke beweegredenen. Anderen kunnen er andere beweegredenen op na houden, en dat is helemaal prima. De gevolgen van het wel of niet vaccineren, zijn volgens haar niet anders voor een verpleegkundige dan voor een burger. Vaccineren moet je voor jezelf doen, en niet voor een ander, zo redeneert Rosalie. Aan de andere kant geeft zij ook aan dat ze het doet voor het ‘grotere doel’: om Nederland weer uit het dal te trekken. Ze lijkt zichzelf dus wel te verstaan als een relationeel wezen, in samenhang met anderen in de wereld om haar heen.

4.4 Overige thema's n.a.v. de narratieve analyse

Naast de zes belangrijkste thema's en de rol van relationaliteit kwam nog een tweetal thema's naar boven drijven uit de analyse, namelijk: vrijheid en zelfzorg. In deze paragraaf worden de overige thema's beknopt besproken.

Vrijheid (thema 7)

De overwegingen die betrekking hadden op de spanning tussen zelfbeschikking en verantwoordelijkheid werden in sommige gevallen ook gevoed door de nadrukkelijke wens om 'uit de huidige situatie' te komen. Hier kwam het concept 'vrijheid' om de hoek kijken. Zo zag Femke de coronavaccinatie als *“de eerste stap naar vrijheid”*, was voor Rosalie één van de grote voordelen van het vaccineren het feit dat het *“écht weer vrijheid biedt”* en labelen zowel Laura als Lea de onvrijheden die ongevaccineerden met het coronapaspoort mogelijk ten deel zullen vallen als de gevolgen van *“je eigen keuze”*. Jesper vreest voor een coronavaccinatieplicht als hij straks wil doorgroeien tot IC-verpleegkundige. Van privacy is volgens hem al helemaal geen sprake meer na invoering van het coronapaspoort. Zowel hij en Isa vrezen dat ze straks alleen op vakantie, over de grens, of naar een evenement mogen na coronavaccinatie.

Rosalie en Isa merken ditzelfde op in het kader van de huidige mondkapjesplicht. Ondanks dat er al is bewezen dat de mondkapjes niet werken - dit is voor Rosalie en Isa een onomstreden feit - doen we het allemaal toch maar. Femke merkt op haar beurt over de mondkapjesplicht op dat zij ze gewoon ging dragen, juist omdat men zijn/ haar vrijheid weer terug wil krijgen. Daar moet je naar haar idee wel iets voor doen. *“(…) als je dan ook kijkt eh, dat sommige mensen ook problemen hebben met die vrijheidsbeperkende maatregelen en dat ze dan, nou ja, beknod worden in hun vrijheid, en daar ook, nou ja, dat ze daarvoor opkomen, ja, daar kan ik ook altijd een beetje, narrig van worden.”* (Femke).

Zelfopoffering (thema 8)

Jesper, Isa en Femke benoemen alledrie in algemene zin dat verpleegkundigen in de kern zorgende mensen zijn, die veel over hebben voor de patiënten, maar ook voor de werkgever. *“(...) Dat is ook wel een beetje verpleegkundigen eigen hè? Dat je dan toch, zichzelf heel erg daar voor inzetten en zichzelf dan wel weer, eh, vergeten. En eh, om goed te zorgen voor zich.., voor jezelf. (...) onze groep die is altijd wel een groep geweest die gewoon toch niet zo goed voor zichzelf zorgt en altijd gewoon braaf doorwerkt, en eh, zeker voor de patiënten, maar ook gew.. ook voor het bedrijf hoor! Ik vind de balans inderdaad.. voor het bedrijf ook heel groot. Ja. En ook al wordt er nu nog steeds niet zo netjes met ons omgegaan, wij zijn nog steeds een groep die niet met de vuist op tafel slaat, eh, nee.” (Femke)*

Laura is daar juist een beetje klaar mee. Ze wil niet meer continu bezig zijn met alles wat ze ‘moet’ voor de patiënten of voor het ziekenhuis. Het vaccinatievraagstuk vindt ze daar los van staan.

4.5 Deelconclusie

In dit hoofdstuk heb ik de belangrijkste thema’s besproken aan de hand van de input van zes ziekenhuisverpleegkundigen, namelijk:

1. Neem ik het vaccin voor mezelf of voor anderen?
2. Welke verantwoordelijkheden zijn er te identificeren?
3. Wat haal ik uit mijn informatiebronnen?
4. Hoe om te gaan met onduidelijkheden?
5. Wordt er druk ervaren?
6. Zou het wel een vrije keuze moeten zijn?

Middels een korte bespreking van de inzichten die zijn opgedaan binnen de thema’s en een samenvatting van de rol van relationaliteit zal ik in deze paragraaf een antwoord formuleren op deelvraag 2.

De zes verpleegkundigen zien zichzelf niet direct als kwetsbaar. Hoewel de ervaringen van de verpleegkundigen met corona soms best heftig zijn, geven alle

verpleegkundigen aan dat ze niet bang zijn (geweest) om zelf erg ziek te worden van corona. Wel zijn er andere vormen van kwetsbaarheid aan te wijzen. Zo geven Isa en Jesper aan dat ze niet zeker weten of het coronavaccin schadelijk voor ze zal zijn. Dit is voor hen één van de redenen om het op dit moment niet te willen. Ook de andere verpleegkundigen sluiten risico's - en dan met name ten aanzien van zwangerschap en/ of vruchtbaarheid - niet uit. Kwetsbaarheid is ook terug te vinden in de hartstochtelijke wens van de meeste ziekenhuisverpleegkundigen om 'uit deze situatie te komen'. De huidige COVID-19 crisis maakt hen kwetsbaar.

De meningen lopen uiteen als het gaat om zelfbeschikking. Er ontstaan eigenlijk twee kampen, waarbij twee verpleegkundigen het coronavaccin vanuit hun zelfbeschikking hoofdzakelijk voor 'een ander' nemen (Femke en Lea), en drie verpleegkundigen het voor zichzelf (niet) nemen (Jesper, Isa, en Rosalie). Daarbij hinkt Rosalie nog op twee gedachten: eigenlijk vindt ze dat je het coronavaccin voor jezelf zou moeten nemen, toch neemt zij het coronavaccin voor 'het grotere doel'. Laura beschouwt de coronavaccinatie als een win-win situatie. Ze doet het zowel voor zichzelf als voor 'een ander'.

Wat betreft keuzevrijheid zijn vijf verpleegkundigen unaniem in hun overtuigingen: keuzevrijheid is ontzettend belangrijk. Laura vraagt zich openlijk af of het wel een vrije keuze zou moeten zijn. Er zitten forse verschillen in de consequenties die de verpleegkundigen verbinden aan de keuze om wel of geen vaccin te nemen. Femke benadrukt bijvoorbeeld het besmetten van de kwetsbare patiënt en Lea benoemt dat ze de keuze voor niet-vaccineren eigenlijk een beetje egoïstisch vindt.

Altruïstische motieven lijken de boventoon te voeren in de argumentatielijnen van Femke, Laura en Lea die het coronavaccin hoofdzakelijk voor anderen nemen. Echter vormt de wens om de oude vrijheden weer terug te krijgen ook een belangrijk motief. De drie verpleegkundigen nemen bovendien geen blad voor de mond wanneer zij hun eigen oordeel uitspreken over mensen/ verpleegkundigen die zich niet willen laten vaccineren.

Er lijkt voor Jesper en Isa sprake te zijn van een soort vrijheidsparadox: waarbij het inleveren van een stukje vrijheid (als gevolg van indirecte dwang het coronavaccin nemen) nodig is om oude vrijheden terug te krijgen (naar het buitenland mogen of deelnemen aan een festival). Femke, Laura en Lea zien dit niet als paradoxaal. Zij

willen hun vrijheden terug en willen daar wel aan bijdragen, bijvoorbeeld door zich te laten vaccineren. Dit is voor hen geen vrijheidsbeperking.

Voorts begeeft de discussie zich rondom het concept verantwoordelijkheden. De verantwoordelijkheid voor de kwetsbare patiënten wordt door alle verpleegkundigen benoemd, maar niet hetzelfde ingevuld. Femke, Laura en Lea vinden dat ziekenhuisverpleegkundigen een grotere verantwoordelijkheid dragen dan een doorsnee burger. Aan de andere kant plaatsen Femke en Laura ook voorzichtig wat vraagtekens bij de verantwoordelijkheden van de patiënten. Leefstijl lijkt toch wel een grote rol te spelen bij ernstige coronaklachten, zo merken zij op als ze kritisch kijken naar de patiëntenpopulatie op hun afdeling.

Jesper en Isa vinden dat het vaccinatievraagstuk voornamelijk terugslaat op verantwoordelijkheden die zij naar zichzelf (of hun directe naasten in het geval van Jesper) toe hebben. Omdat het niet 100% aangetoond is dat je een ander nog kunt besmetten na vaccinatie, vormt de bescherming van patiënten - of anderen in het algemeen - geen argument. Vanwege de vele mutaties hebben zij tevens weinig fiducia in de mogelijkheid van groepsimmunitet of uitroeiing van het coronavirus.

Tenslotte is er per verpleegkundige geanalyseerd of hij/ zij autonome beslissingen neemt vanuit een individualistische basis of een meer relationele basis. Hierbij is niet gezocht naar een eenduidig antwoord omdat er in de meeste gevallen sprake is van een combinatie van beide. Lea, Laura, en Femke beschouwen zichzelf als onderdeel van een groter geheel en benaderen vanuit dat grotere geheel het vaccinatievraagstuk. Coronavaccinatie is iets wat 'we' als samenleving zouden moeten doen om onze kwetsbare mensen te beschermen en nadrukkelijk uit de huidige situatie te komen. Isa lijkt ook hoofdzakelijk uit te gaan van een relationele mensbeeld, maar benadert dit specifieke vraagstuk vanuit een meer individuele rationele afweging. Dit lijkt gevoed te worden door het feit dat zij de consequenties van het niet-vaccineren enkel persoonlijk trekt. Het is háár persoonlijke keuze, haar gezondheid die op het spel staat, en niet die van anderen. Eenzelfde redenering is terug te vinden bij Jesper. Ook Rosalie ziet het vraagstuk als een individuele keuze die iedereen voor zichzelf mag maken op basis van rationele argumenten, maar ook op basis van een gevoel. Aan de andere kant geeft ze aan het vaccin wel te nemen om 'Nederland uit het dal te trekken', hier hanteert ze weer een relationeel mensbeeld.

H.5 Zorgethische discussie

In dit hoofdstuk breng ik theorie (hoofdstuk 2) en empirie (hoofdstuk 4) kritisch met elkaar in dialoog om zodoende een antwoord te formuleren op deelvraag 3:

Wat kunnen de inzichten uit de geanalyseerde verhalen betekenen voor de morele afwegingen die ziekenhuisverpleegkundigen maken ten aanzien van het vaccinatievraagstuk, gezien vanuit de - op zorgethische wijze doordachte - spanning tussen verantwoordelijkheid en het belang van zelfbeschikking?

In hoofdstuk 2 zijn de concepten zelfbeschikking en verantwoordelijkheid zorgethisch doordacht aan de hand van het concept relationaliteit. Het resultaat hiervan was dat zelfbeschikking enerzijds is uitgelegd aan de hand van de vier opvattingen van autonomie volgens Feinberg (1986), en anderzijds vanuit een relationele ontologie waardoor autonomie opgevat werd als ‘relationele autonomie’.

Het concept verantwoordelijkheid heb ik aanvankelijk breed ingestoken om vervolgens te vernauwen naar de vier paradigma’s van verantwoordelijkheid die Van Nistelrooij & Visse (2018) onderscheiden. De laatste drie paradigma’s benaderen het concept verantwoordelijkheid vanuit een zorgethisch perspectief, terwijl het eerste paradigma veel meer uitgaat van een ethiek van rechtvaardigheid: het onafhankelijke individu maakt afwegingen op basis van rechten en plichten.

Na theoretische inkadering van voornoemde concepten, is een empirisch onderzoek uitgevoerd onder acht ziekenhuisverpleegkundigen. Zes interviews zijn nader uitgewerkt met behulp van de hermeneutische narratieve analysemethode van Visse (2014). Een aantal belangrijke inzichten kwam naar voren in de deelconclusie. Er waren verschillende opvattingen over zelfbeschikking, het nemen van je verantwoordelijkheid, en de consequenties van je keuzevrijheid. Verder kwamen kwetsbaarheid, vrijheid, en de verantwoordelijkheden van burgers, samenleving, en overheid ter sprake. Het vraagstuk werd door sommige verpleegkundigen hoofdzakelijk vanuit een relationeel mensbeeld benaderd, en door anderen meer als een individueel vraagstuk gezien. Dit verschil is voornamelijk terug te voeren naar de twijfel of groepsimmunitie wel een haalbare optie is en het feit dat er (nog) geen

wetenschappelijk bewijs is geleverd dat je na coronavaccinatie een ander niet meer kunt besmetten.

In dit hoofdstuk zal ik de theoretische inzichten in gesprek brengen met de belangrijkste thema's uit de empirie. Hierbij houd ik dezelfde volgorde aan als in hoofdstuk 2 (autonomie - relationaliteit - verantwoordelijkheid). Telkens wordt er eerst gekeken naar de raakvlakken tussen empirie en theorie, voorts naar de discrepanties, om uiteindelijk te landen bij inzichten die van waarde kunnen zijn voor ziekenhuisverpleegkundigen die op dit moment en in de toekomst voor het vaccinatievraagstuk staan.

In paragraaf 5.4 zal ik aan de hand van een samenvatting van de opgedane inzichten de laatste deelvraag beantwoorden.

5.1 Autonomie of keuzevrijheid

Feinberg (1986) onderscheidde vier opvattingen van het concept autonomie: als een capaciteit, een recht, een conditie, en een karakterideaal. De zes ziekenhuisverpleegkundigen hebben het woord autonomie niet in de mond genomen, maar wel met enige regelmaat gerefereerd aan het woord 'keuzevrijheid' of 'eigen keuze'. Het belang van keuzevrijheid werd door alle zes verpleegkundigen onderschreven. Daarbij zijn de verpleegkundigen volgens Feinbergs' kwalificaties (zie paragraaf 2.1) voldoende *capabel* om over zichzelf te beschikken; dit staat buiten kijf. Uit de empirische resultaten blijkt tevens op geen enkele manier dat de verpleegkundigen zichzelf als incapabel beschouwen om een 'eigen keuze' te maken.

Echter, de andere drie opvattingen van autonomie worden bij tijd en wijle wel op de helling geplaatst middels de opvattingen van de verpleegkundigen. Zo wordt het *recht* op keuzevrijheid in het vaccinatievraagstuk openlijk bevraagd door Laura. Femke en Lea plaatsen iets voorzichtiger een aantal vraagtekens bij het recht op keuzevrijheid. Deze vraagtekens gelden in het bijzonder voor verpleegkundigen, maar eigenlijk voor alle Nederlandse burgers. Femke, Lea, en Laura begrenzen in zekere zin het recht op keuzevrijheid door de noemer 'consequenties/ gevolgen van je eigen keuze' breder te trekken dan de meest directe (individuele) consequentie van het niet-vaccineren: een mogelijk verhoogd risico op het ontwikkelen van

ziekteverschijnselen als gevolg van COVID-19. Op deze consequenties wordt in paragraaf 5.2 dieper ingegaan.

Verder staat het nog niet vast of de ziekenhuisverpleegkundigen zich bevinden in een daadwerkelijke *conditie* van zelfbeschikking. Laura en Femke hebben zich, wellicht door de forse tijdsdruk waarbinnen zij een besluit moesten nemen, niet kritisch ingelezen en voornamelijk ideeën over het coronavaccin van derden aangenomen. Hun besluit is grotendeels gebaseerd op de invloed van één persoon die dichtbij hen staat. Daarnaast geeft Laura aan dat er door de werkgever flink wat druk is uitgeoefend om het coronavaccin te nemen. Dit gaf haar weinig speelruimte om over zichzelf te beschikken en sluit aan bij wat in paragraaf 1.2 is benoemd door NU'91 voorzitter Stella Salden: de druk zit een eigen keuzeprocess in de weg. Feinberg (1986) beschrijft eigenschappen als individualiteit, zelfbepaling, (morele) authenticiteit (pp. 36-39) en morele onafhankelijkheid die de daadwerkelijke conditie van autonomie vergroten. Met het gebrek aan kritische reflectie is het de vraag in welke mate Femke en Laura een besluit hebben genomen vanuit hun eigen authenticiteit. In hoeverre zijn de 'eigen' principes gehandhaafd of passen de principes zich aan naar hoe "*de kudde*" - in Jespers' woorden - zich beweegt? Ditzelfde geldt voor Lea die zich naar eigen zeggen "*selectief*" heeft ingelezen.

Voorts stelt Feinberg met zijn laatste opvatting van autonomie, autonomie als *karakterideaal*, dat het hebben van autonome eigenschappen (zie paragraaf 2.1) niet wil zeggen dat iemand volmaakt is. Het karakterideaal dat Feinberg beschrijft, is dat van een persoon die vanuit zijn/ haar authenticiteit zelfbeschikkend handelt, maar daarnaast de eigen positie binnen de samenleving meeweegt (1986, p. 47). Het feit dat Laura, Femke, en Lea in hun beslissing de meningen van werkgever, naasten, en collega's meewegen, kan dus ook uitgelegd worden als een vorm van relationeel denken. Zij lijken hun beslissing te nemen vanuit relationele autonomie: binnen een netwerk van relaties, aangezien zij rekening houden met diverse partijen (patiënten, de maatschappij, collega's, naasten, familie, et cetera).

Tenslotte kaarten Jesper, Isa, en Rosalie aan dat het (eventueel of indirect) verplichten van coronavaccinatie in strijd is met de keuzevrijheid. Door de invoering van het coronapaspoort, waarmee bepaalde onvrijheden die gepaard gaan met de lockdown alleen worden opgeheven voor gevaccineerden, hebben Jesper en Isa het gevoel dat ze hun keuzevrijheid moeten opofferen om andere vrijheden te herwinnen.

Echter, bezien vanuit relationele autonomie kan deze ogenschijnlijke tegenstelling ook anders geïnterpreteerd worden. Jeffrey (2020) stelt dat collectieve belangen, zoals een gedeelde interesse in overleving en veiligheid, een basis kunnen zijn voor solidariteit. Hij beschouwt het concept solidariteit dan ook als een relationele constructie. De oproep tot solidariteit die regelmatig door onze overheid wordt gedaan, bijvoorbeeld ten aanzien van het afstand houden, bij klachten thuisblijven, en de coronavaccinatie, lijkt opgepikt te zijn door Femke, Lea, Laura, en Rosalie. Voor hen voelt het niet alsof ze een stukje vrijheid moeten inleveren om hun oude vrijheden weer terug te krijgen. Zij zien coronavaccinatie als een goede strategie om uit de huidige COVID-19 crisis te komen en maken zich bovendien minimaal zorgen over de mogelijke bijwerkingen. Dit maakt dat zij vanuit vrijheid kiezen voor coronavaccinatie.

5.2 De rol van relationaliteit

Gilligan (1982) gebruikte het ‘Heinz-dilemma’ om de verschillen in het maken van morele afwegingen vanuit een individueel mensbeeld en een relationeel mensbeeld te illustreren. Waar Jake het dilemma benadert als een wiskundig probleem dat op rationele wijze opgelost dient te worden - door het maken van bepaalde afwegingen tussen de verschillende rechten en plichten van de individuele belanghebbenden - trok Amy het dilemma breder door vanuit een relationele context alternatieve oplossingen aan te dragen. Deze oplossingen reikten verder dan de voorgestelde twee opties: Heinz steelt de medicijnen (1) of Heinz steelt de medicijnen niet (2). Daarbij voorzag Amy allerlei consequenties voor zowel Heinz’ vrouw, als voor Heinz zelf, voor de apotheker en voor anderen (p. 28).

Als we Gilligans’ analyse vertalen naar het vaccinatievraagstuk van de verpleegkundigen zijn er tevens twee opties: de verpleegkundige laat zich vaccineren (1) of de verpleegkundige laat zich niet vaccineren (2). De verpleegkundigen Femke, Laura, en Lea uiten hun moeite met mensen - en in het bijzonder met verpleegkundigen - die ervoor kiezen om zich niet te willen laten vaccineren. Volgens hen heeft dit een aantal consequenties. De consequentie die door hen alledrie wordt genoemd, is de toegenomen kans op het besmetten van kwetsbare patiënten. De drie verpleegkundigen erkennen dat het (nog) niet is bewezen dat je een ander niet meer

kunt besmetten met COVID-19 na vaccinatie, maar dit vormt voor hen geen argument om de vaccinatie dan niet meer voor een ander te willen nemen. De kans om een kwetsbare patiënt te besmetten, neemt in hun ogen alsnog af doordat de verspreiding van COVID-19 vermindert als zoveel mogelijk mensen zich laten inenten. Andere veelgenoemde consequenties van niet-vaccineren volgens Femke, Laura, en Lea zijn: aangepaste werkomstandigheden (niet meer met hoogerisicopatiënten werken), geen evenementen of festivals meer mogen bezoeken, en dat “bepaalde dingen” (Laura) alleen nog mogelijk zijn voor gevaccineerde mensen. Deze consequenties nemen zij aan als een vanzelfsprekendheid. Isa, Jesper, en Rosalie koppelen echter maar één consequentie aan het niet nemen van het coronavaccin: een verhoogde kans op het ontwikkelen van ziekteverschijnselen als gevolg van COVID-19.

Door de aandacht te richten op de verschillende consequenties die worden benoemd door de verpleegkundigen, komen ook de verschillen in benadering van het vraagstuk naar voren. Femke, Lea, en Laura lijken deze beslissing vanuit relationele autonomie te nemen, zoals in paragraaf 5.1 al is gesuggereerd, en Jesper, Isa, en Rosalie meer vanuit een individuele benadering van autonomie.

Desalniettemin is dit wellicht te kort door de bocht. Jesper, Isa, en Rosalie redeneren op sommige momenten wel degelijk vanuit een relationeel mensbeeld. Zo stellen Jesper en Rosalie dat je als verpleegkundige ook op andere manieren je verantwoordelijkheid kunt nemen voor kwetsbare patiënten dan door vaccinatie. Hierbij valt te denken aan het naleven van de maatregelen (handen desinfecteren, bij klachten thuisblijven, of je niet in grote groepen begeven). Isa geeft op haar beurt aan dat als het bewezen zou zijn dat je een ander niet meer kunt besmetten na vaccinatie, ze het voor de patiënten had willen doen. Bovendien zien zowel Jesper als Rosalie de overige ‘consequenties’ als een vorm van discriminatie in plaats van als vanzelfsprekende gevolgen. Isa en Jesper gebruiken de woorden “*dwang*” en “*verplicht*” als het gaat om voornoemde ‘consequenties’.

Het verschil in opvatting van de ‘consequenties’ geeft blijk van een binaire oppositie die tijdens de interviews regelmatig de revue is gepasseerd, namelijk: dat het nemen van het coronavaccin gelijk staat aan het nemen van je verantwoordelijkheid en het niet nemen van het coronavaccin gelijk staat aan het niet nemen van je verantwoordelijkheid (en het in gevaar brengen van je patiënten). Van Nistelrooij & Leget (2017) hebben na een grondige analyse van Gilligans’ werk geconcludeerd dat iemand die zichzelf verstaat vanuit een relationeel mensbeeld nog

steeds niet vrij is van de spanning die wordt veroorzaakt tussen de verschillende eigen rollen en posities die iemand vervult en de posities van anderen in zijn/ haar netwerk. Ze benadrukken bovendien de onvoorspelbaarheid van de zorg en het feit dat kennis over het moreel goede kan worden opgedaan binnen concrete zorgpraktijken. Binaire opposities doen volgens hen geen recht aan de complexiteit van de situatie.

Om de complexiteit van de situatie beter in beeld te krijgen, wordt in de volgende paragraaf uiteengezet welke paradigma's van verantwoordelijkheid te herkennen zijn in de particuliere narratieven van de verpleegkundigen. Volgens Walker (2007) is verdiepende kennis over verantwoordelijkheden het beste te verkrijgen middels persoonlijke (morele) narratieven, omdat daarmee het particuliere aspect van een probleemstelling inzichtelijk gemaakt kan worden.

5.3 Verantwoordelijkheden

Van Nistelrooij & Visse (2018) onderscheiden vier paradigma's ten aanzien van het nadenken over verantwoordelijkheid (zie paragraaf 2.5). Daarbij vertrekken de laatste drie paradigma's vanuit een relationeel - en daarmee zorgethisch - mensbeeld. Voor een uitputtende opsomming waarin alle particuliere redeneringen van de verpleegkundigen die betrekking hebben op een bepaald paradigma worden besproken, is in deze thesis te weinig ruimte. Daarom zullen de inzichten uit de empirie die het meest relevant zijn voor het beantwoorden van de deelvraag hieronder aan de hand van de vier paradigma's worden besproken.

De redeneringen van Rosalie, Jesper, en Isa ten aanzien van het vaccinatievraagstuk vertonen sterke overeenkomsten met het eerste paradigma (verantwoordelijkheid op basis van de belofte). Zij benaderen het vraagstuk als een individuele aangelegenheid: vaccineren moet je eigenlijk vooral voor jezelf doen, en niet voor een ander. De voornaamste verantwoordelijkheid die volgens hen op het spel staat, is de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.

Daarnaast spreken Laura en Femke over de verantwoordelijkheid van de patiënten met COVID-19 die bij hen op de IC liggen. Het al dan niet nemen van de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl, ligt volgens Laura en Femke

tevens bij de patiënten zelf en de belofte die zij aan zichzelf doen om een gezonde leefstijl na te streven.

Het tweede paradigma (verantwoordelijkheid op basis van kwetsbaarheid en afhankelijkheid) lijkt duidelijk zijn weerklank te vinden in de verantwoordelijkheid die Lea, Laura, en Femke voor hun kwetsbare patiënten willen nemen, bijvoorbeeld door zich te laten vaccineren. Jesper en Rosalie zijn tevens zeer uitgesproken in de verantwoordelijkheid die zij nemen ten aanzien van hun kwetsbare patiënten, maar dan op andere manieren dan vaccinatie. Isa geeft op haar beurt aan dat ze zich had laten vaccineren voor de kwetsbare patiënten als het 100% zeker zou zijn dat je na vaccinatie geen anderen meer kunt besmetten.

In dit tweede paradigma ligt de nadruk echter ook op responsieve zorg (zie paragraaf 2.5). Vragen de kwetsbare patiënten van hun verpleegkundigen dat zij zich laten vaccineren om hen te beschermen? In de particuliere narratieven is dit onderwerp alleen door Jesper besproken. Volgens Jesper begrijpen zijn patiënten het wanneer hij eerlijk vertelt dat hij zich niet wil laten vaccineren: “(...) *als je dan gaat uitleggen hoe jij er over denkt, dan heb ik eigenlijk nog nooit een kwade reactie gehad van een patiënt*” (Jesper). Overigens zou er aan de hand van de maatschappelijke druk die wordt uitgeoefend (zie paragraaf 1.2), beargumenteerd kunnen worden dat burgers - waarvan sommigen ook patiënt zijn of worden - dit wel degelijk vragen van hun zorgverleners. Van Dartel & Spekkink (2020) gaven echter aan dat de zorg tijdens de COVID-19 crisis verwordt tot een “bio-technisch veiligheidsprogramma” (p. 3). ‘Zorgen voor’ wordt een ‘zorgen dat’: verpleegkundigen zijn niet langer in staat om de noden van hun patiënten te horen en daarop te antwoorden, behalve passend binnen het veiligheidsprogramma (zie paragraaf 1.3). Dit ‘zorgen dat’ resoneert het sterkst in de narratieven van Lea, Laura, en Femke: door zich te laten vaccineren zorgen zij dat de crisis zo snel mogelijk beëindigd wordt. Tevens hopen zij er middels het accepteren van de vaccinatie voor te zorgen dat zij geen kwetsbare patiënten besmetten met COVID-19.

Kittay (1999) stelt hierop aansluitend dat er wel verschillen zitten in de mate waarin iemand kwetsbaar is. De IC-verpleegkundigen (Femke en Laura) werken normaliter met een patiëntencategorie die te zwak is om gevaccineerd te worden tegen COVID-19. Dat zij hun patiënten willen beschermen door zich te laten vaccineren en daarmee de kans op verspreiding te reduceren tot een minimum lijkt een plausibele

manier om je verantwoordelijkheid te nemen als IC-verpleegkundige. Er zou op basis van dit paradigma dan ook gesteld kunnen worden dat de verpleegkundigen hun eigen onzekerheden opzij zetten om naar hun beste vermogen zorg te dragen voor de (meer) kwetsbare patiënten (zie paragraaf 2.5).

Verder is met de komst van de COVID-19 crisis een belangrijk inzicht - dat ook centraal staat binnen de zorgethiek - op pijnlijke wijze naar de voorgrond gebracht in de Nederlandse maatschappij: iederéén is kwetsbaar. Dit strookt niet met het uitgangspunt van het Nederlandse zorgbeleid waarin de onafhankelijkheid van de mens wordt benadrukt (zie H.2). Hoewel alle zes ziekenhuisverpleegkundigen zich niet direct kwetsbaar voelen voor het COVID-19 virus, voelen zij zich wel kwetsbaar op andere vlakken. Of dit nu voornamelijk wordt veroorzaakt door de toegenomen werkdruk, het niet durven afspreken met (in hun ogen) kwetsbare familieleden, of het leven met restricties en bepaalde ‘consequenties’: de ziekenhuisverpleegkundigen uiten de wens om weer terug te keren naar het oude normaal, toen de kwetsbaarheid minder gevoeld werd. Voor deze terugkeer zijn zij in hun ogen tevens afhankelijk van de keuzes die andere verpleegkundigen (en burgers in het algemeen) maken. Femke, Laura, Lea, en Rosalie verwachten dat hoe meer mensen zich laten vaccineren, hoe eerder de crisis voorbij zal zijn.

Het derde paradigma (verantwoordelijkheid op basis van sociale verwachtingen/plichten) komt tevens terug in de verhalen van Lea, Femke, en Laura. Zij benoemen in hun narratieven sociale verwachtingen die ook in paragraaf 1.2 zijn verwoord (‘zorgverleners zijn het hardst nodig om de samenleving weer terug naar normaal te brengen’) en lijken deze te hebben geïnternaliseerd. Walker (2007) onderscheidde drie mechanismen die ten grondslag liggen aan het toeschrijven van sociale rollen waar bepaalde verwachtingen aan zijn gekoppeld: privatiseren, naturaliseren en normaliseren. Femke en Laura noemen beide een voorbeeld waarin coronavaccinatie wordt ‘genormaliseerd’. Volgens Femke neem je het vaccin: “(...) **natuurlijk natuurlijk** ook wel voor jezelf, maar eh, ook wel om te helpen dat de gemeenschap immuener wordt. (...) Dat het **gewoon** weer een beetje normaler kan worden. Eh, het leven” (Femke). Laura koppelt bepaalde consequenties aan het weigeren van het coronavaccin die ze als **gewoon** bestempelt: “Dus dat dan bijvoorbeeld iemand niet naar een evenement mag, dat iemand niet ehm, bepaalde dingen mag doen, dat je gewoon kan zeggen, nou dit is alleen voor gevaccineerden.”

Jesper, Laura, en Femke noemen alledrie voorbeelden waarin bepaalde eigenschappen worden toegedicht aan verpleegkundigen (naturaliseren). Zo denkt Jesper dat zorgen soms een klein beetje ten koste gaat van jezelf, maar dat alle verpleegkundigen dat voor lief nemen. Laura vindt dat er van verpleegkundigen geëist mag worden dat zij zich laten inenten tegen corona omdat ze met kwetsbare patiënten werken en anders levens in gevaar brengen. Femke geeft aan dat verpleegkundigen vaak vergeten om voor zichzelf te zorgen en geen groep is die echt voor zichzelf opkomt. Uit de opmerkingen van de verpleegkundigen blijkt dat zij de voorbeeldfunctie die hen vanuit de maatschappij en overheid is toegedicht wel degelijk voelen. Rosalie, Jesper, en Isa proberen zich hier enigszins aan te onttrekken. Jesper geeft aan dat de voorbeeldfunctie al gauw de vormen kan aannemen van maatschappelijke druk.

Van Heijst (2005) stelt voor om vooral de aandacht te richten op wie niet wordt aangesproken op zorgverantwoordelijkheden en daardoor vrijgesteld is van zorgen. Lea uit zich daarover tijdens het interview. Ze geeft aan dat veel mensen de veiligheidsmaatregelen aan hun laars lappen, waaronder een goede vriendin (en schoonzus) van haar. Ook Femke geeft aan moeite te hebben met mensen die zich niet aan de regels willen houden, bewust allerlei risico's lopen en dan wel een plekje op de IC verwachten als dat nodig is. Tenslotte zou de overheid op allerlei manieren (zie paragraaf 2.5) haar verantwoordelijkheid kunnen nemen bij het zorgen voor de verpleegkundigen.

In het vierde paradigma (verantwoordelijkheid als een gegeven) wordt tenslotte gesteld dat de COVID-19 crisis een beroep doet op de verantwoordelijkheid van ieder mens. De 'mens' wordt binnen dit paradigma niet beschouwd als een actief handelend individu, maar als een relationeel wezen. Eenieder wordt uitgenodigd om gehoor te geven aan de 'call' die uitgaat van de verantwoordelijkheden binnen (zorg)praktijken. Van sociale druk, verplichtingen, en schuldvraag mag geen sprake zijn. Dit paradigma stelt de verpleegkundigen in staat om zowel gever als ontvanger te zijn als het gaat om verantwoordelijkheden die oprijzen tijdens de COVID-19 crisis (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Door de empirische resultaten naast de theoretische inzichten te leggen, blijkt er sprake te zijn van een aantal verantwoordelijkheden waartoe de verpleegkundigen uit het empirische onderzoek zich geroepen (kunnen) voelen.

Ten eerste is dat de gegeven verantwoordelijkheid om als een collectief groepsimmunitet na te streven. De verpleegkundigen Lea, Femke, Rosalie, en Laura

zien het streven naar groepsimmunitet als een belangrijke factor in hun besluitvormingsproces. Jesper en Isa vinden dat er te weinig wetenschappelijk bewijs voor ligt en voelen zich daardoor niet geroepen om te beantwoorden aan deze verantwoordelijkheid.

Ten tweede is er de gegeven verantwoordelijkheid om de druk op de zorg te verminderen. Femke, Lea, en Laura willen zich mede hierom laten vaccineren. Rosalie en Isa laten zich niet specifiek uit over de druk op de zorg; hun werkzaamheden zijn volgens henzelf ook niet heel veel zwaarder geworden sinds de COVID-19 pandemie. Géén van de verpleegkundigen is erg bang om zelf ziek te worden van COVID-19 en daarmee onverhoopt extra druk op de zorg te leggen. Jesper geeft aan dat het werken op de COVID-19 afdeling wel spannend is, maar geeft aan hier persoonlijk niet erg onder te lijden. Alle verpleegkundigen werken hard tijdens de COVID-19 crisis en nemen daarmee ook een stukje verantwoordelijkheid. De gegeven verantwoordelijkheden die opdoemen als gevolg van de COVID-19 crisis richten zich echter niet alleen op de verpleegkundigen (evenals in het derde paradigma). Zo zouden burgers zich ook geroepen kunnen voelen tot het nemen van bepaalde verantwoordelijkheden. Bijvoorbeeld door rekening te houden met hun eigen leefstijl, gezondheid en het naleven van de maatregelen, om zodoende de druk op de zorg te verminderen. Kwetsbare burgers zouden voor vaccinatie kunnen kiezen als ze verwachten erg ziek te worden van COVID-19 waardoor de beddendruk toeneemt. De overheid kan de druk op de zorg verminderen door maatregelen in te stellen, zoals de lockdown, en het vaccinatieproces bespoedigen. De overheid kan ook bepaald beleid doorvoeren waardoor het werken in de zorg aantrekkelijker wordt. Lea benoemde tijdens het interview “(...) dat dat geen optie is, om meer bedden neer te zetten en meer personeel te werven, en dat we er toch mee zullen moeten dealen”, maar die opties zijn er wel degelijk, zij het niet op de korte termijn die nodig is tijdens een crisissituatie. Bijvoorbeeld door de salarissen te verhogen, de bureaucratische lasten te verlagen, de invloed van de marktwerking en daarmee leidende rol van de zorgverzekeraars te beperken, of een betere voorbereiding te treffen wanneer de IC-bedden ineens in hoog tempo opgeschaald moeten worden (bijvoorbeeld bij een volgende pandemie).

In paragraaf 5.1 t/m 5.3 heb ik de concepten autonomie, relationaliteit en verantwoordelijkheid in gesprek gebracht de empirische resultaten. In de volgende paragraaf wordt een antwoord geformuleerd op de deelvraag.

5.4 Deelconclusie

In dit hoofdstuk heb ik middels een kritische discussie tussen de empirische en theoretische bevindingen getracht een antwoord te vinden op deelvraag 3. In deze paragraaf beschrijf ik de belangrijkste inzichten die uit deze discussie naar voren zijn gekomen.

Hoe autonoom is een keuze?

De zes ziekenhuisverpleegkundigen hechten veel waarde aan autonomie en daarmee ook aan keuzevrijheid. Uit een vergelijking tussen Feinbergs' gedachtegoed en de empirische bevindingen, bleek dat vooral de opvatting van 'autonomie als capaciteit' voor de ziekenhuisverpleegkundigen nog fier overeind stond.

Het recht op zelfbeschikking staat niet alleen onder druk door aangepaste wetgeving in andere landen (bijvoorbeeld Italië), maar ook door de ziekenhuisverpleegkundigen zelf. Femke, Lea, en Laura begrenzen het recht op keuzevrijheid door indirecte dwang goed te keuren. De theoretische aannames rondom 'de daadwerkelijke conditie van autonomie' werden verder bevestigd middels de externe druk, tijdsdruk, en het gebrek aan kritische reflectie op het vraagstuk die naar voren kwamen uit de narratieven. Deze factoren maken dat er vraagtekens gezet kunnen worden bij de authenticiteit van de besluitvormingsprocessen van sommige verpleegkundigen.

In paragraaf 1.3 is aan de hand van wetenschappelijke inzichten rondom influenzavaccinaties onder verpleegkundigen reeds aangekaart dat verpleegkundigen in hun besluitvormingsproces vaak rekening houden met patiënten, werkgever, en andere instituties. De rol van machtsrelaties kan hierbij niet ontkend worden. Vanuit zorgethisch oogpunt is het dan ook kwalijk dat de condities om autonomie uit te oefenen voor sommige verpleegkundigen niet optimaal waren: het staat een eigen keuzeproces in de weg. Aan de andere kant kan het besluitvormingsproces van deze verpleegkundigen ook uitgelegd worden als een vorm van relationele autonomie: binnen een netwerk van relaties, aangezien zij rekening houden met diverse partijen.

Het grijze gebied

Uit de narratieven van de verpleegkundigen kwam het volgende naar voren: een belangrijke factor in het besluitvormingsproces van de verpleegkundigen was de invulling van het begrip ‘consequenties’ en de rol die relationaliteit speelt bij het maken van een autonome keuze. Lea, Femke, en Laura koppelen meerdere (maatschappijbrede) consequenties aan het weigeren van het coronavaccin, terwijl Rosalie, Isa, en Jesper maar één (individuele) consequentie koppelen aan het weigeren van het coronavaccin. Dit gegeven suggereert dat de eerste drie verpleegkundigen voornamelijk vanuit een relationele basis hun besluiten nemen en de overige drie verpleegkundigen wellicht meer vanuit een individuele basis. Door het vraagstuk individueel te benaderen, is het voor Jesper en Isa duidelijk: de risico’s van COVID-19 voor de eigen gezondheid wegen niet op tegen de mogelijke risico’s van vaccinatie. Een doorslaggevende factor in dit verschil is dat Jesper en Isa groepsimmunitet niet als een reële optie zien naast het feit dat het (nog) niet is aangetoond dat je een ander niet meer kunt besmetten na coronavaccinatie. Toch zijn er wel degelijk relationele elementen te herkennen in de afwegingen die Jesper, Isa, en Rosalie maken.

Het verschil in opvatting van de ‘consequenties’ geeft blijk van een binaire oppositie die tijdens de interviews regelmatig de revue is gepasseerd, namelijk: dat het nemen van het coronavaccin gelijk staat aan het nemen van je verantwoordelijkheid en het níet nemen van het coronavaccin gelijk staat aan het níet nemen van je verantwoordelijkheid (en het in gevaar brengen van je patiënten).

Een kritische beschouwing van Gilligans’ werk door Van Nistelrooij & Leget (2017) kan hier verduidelijking in bieden. Zij stellen dat het denken vanuit een binair perspectief waarbij ‘zelfzorg’ en ‘zorg voor de ander’ tegenover elkaar gezet worden, geen recht doet aan de complexe realiteit van zorgpraktijken. De complexiteit, gelaagdheid, en onvoorspelbaarheid van zorgpraktijken geven juist blijk van een grijs gebied. Vanuit hun beschouwing kan beredeneerd worden dat verantwoordelijkheid op verscheidene manieren ingevuld kan worden, dit is sterk afhankelijk van de particuliere context waarin de zorg plaatsvindt. De binaire oppositie die naar voren kwam uit de empirie doet geen recht aan de complexiteit van het vaccinatievraagstuk.

Welke ‘call’ gaat uit van de COVID-19 crisis?

Voorts begaf de discussie zich rondom alle verantwoordelijkheden die een rol spelen in het vaccinatievraagstuk. De vier paradigma’s (zie paragraaf 2.5) dienen als kapstok voor het structureren van de verschillende verantwoordelijkheden die oplichten uit de empirie, maar vertonen onderling veel overlap.

Uit de zorgethische discussie bleek dat de verpleegkundigen Lea, Femke, en Laura coronavaccinatie zien als een manier waarop zij hun verantwoordelijkheid nemen ten aanzien van hun patiënten (paradigma 2). Zij lijken vooral te willen voldoen aan verwachtingen vanuit de samenleving, de artsen, hun collega’s, werkgevers, eventuele familieleden of vrienden, en vanuit zichzelf (paradigma 3). Dit is een vorm van responsiviteit.

Kittay (1999) stelt vervolgens dat er wel verschillen zitten in de mate waarin iemand kwetsbaar is. Er zou op basis van paradigma 2 dan ook beargumenteerd kunnen worden dat de verpleegkundigen hun eigen onzekerheden opzij zetten om naar hun beste vermogen zorg te dragen voor de (meer) kwetsbare patiënten (zie paragraaf 2.5); een argument dat voornamelijk opgaat voor de IC-verpleegkundigen, aangezien de patiënten waar zij voor zorgen doorgaans te zwak zijn om zelf gevaccineerd te kunnen worden tegen COVID-19.

Hoewel alle zes ziekenhuisverpleegkundigen zich niet direct kwetsbaar voelen voor het COVID-19 virus, voelen zij zich wel kwetsbaar op andere vlakken. De voorbeeldfunctie die hen is opgelegd lijkt daarbij steeds meer trekken te vertonen van maatschappelijke druk (paradigma 3). Zo is de gegeven verantwoordelijkheid (paradigma 4) om als een collectief te streven naar groepsimmunititeit en het verminderen van de druk op de zorg sterk aanwezig in de narratieven van de verpleegkundigen. Er zijn echter meerdere partijen die gehoor kunnen geven aan deze verantwoordelijkheid. Dit is, zoals in de theorie al werd gesuggereerd, niet voorbehouden aan de ziekenhuisverpleegkundigen. Tevens is er benoemd in paragraaf 1.2 dat verpleegkundigen al jaren kampen met de combinatie van een hoge werkdruk, veel verantwoordelijkheden, lage salarissen en weinig zeggenschap. Dit wordt ook onderkend door Femke: *“(…) onze groep die is altijd wel een groep geweest die gewoon toch niet zo goed voor zichzelf zorgt en altijd gewoon braaf doorwerkt, en eh, zeker voor de patiënten, maar ook gew... ook voor het bedrijf hoor!”* Het is dan ook sterk de vraag in hoeverre de burgers, de werkgevers, of de overheid solidair zijn met

de verpleegkundigen. In plaats van de nadruk te leggen op het vaccineren van de verpleegkundigen om de kwetsbare burgers te beschermen, zou het appèl van de overheid ten aanzien van coronavaccinatie zich ook en vooral kunnen richten op de mensen die zich kwetsbaar voelen voor de gevolgen van COVID-19. Verder kunnen de burgers een belangrijk aandeel leveren in het verminderen van de druk op de zorg, door zichzelf een gezonde leefstijl aan te meten en zich aan de lockdownmaatregelen te houden.

Conclusie en aanbevelingen

In deze thesis heb ik geprobeerd een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag:

Welke inzichten kan een zorgethische reflectie omtrent het begrip relationaliteit bieden wat betreft de morele afwegingen van ziekenhuisverpleegkundigen ten aanzien van de keuze om zich al dan niet te laten vaccineren tegen COVID-19?

Conclusie

Om een antwoord te formuleren op de hoofdvraag heb ik in dit onderzoek theoretische en empirische kennis met elkaar in dialoog gebracht.

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag heb ik een literatuuronderzoek uitgevoerd en verwerkt in het theoretisch kader. In het theoretisch kader zijn de concepten autonomie en verantwoordelijkheid zorgethisch doordacht middels het concept relationaliteit om de concepten inzichtelijker te maken. Dit resulteerde in een meer zorgethische opvatting van autonomie: relationele autonomie. Bezien vanuit een zorgethische visie komt het concept autonomie in een ander daglicht te staan. De autonome keuze die de ziekenhuisverpleegkundigen maken, maken zij niet als individu tussen andere individuen, maar als onderdeel van een web van relaties. Dit betekent tevens dat zij deze beslissing niet alleen nemen vanuit hun rol als ziekenhuisverpleegkundige, maar ook vanuit alle andere rollen die zij vervullen in het leven. Aandacht voor het concept verantwoordelijkheid kan bij een beslissing vanuit relationele autonomie niet ontbreken.

Het concept verantwoordelijkheid is breed ingestoken en vervolgens vernauwd tot de vier paradigma's die Van Nistelrooij & Visse (2018) onderscheiden. De vier paradigma's om over verantwoordelijkheid na te denken kunnen van waarde zijn om structuur aan te brengen. Ze bieden vier uiteenlopende perspectieven in de benadering van het vaccinatievraagstuk. Daarbij gaan de laatste drie paradigma's uit van een relationeel - en daarmee zorgethisch - mensbeeld. Het eerste paradigma gaat meer uit van een individueel mensbeeld. Het theoretisch kader is als basis gebruikt voor de topiclijst.

In het empirische gedeelte van dit onderzoek heb ik een antwoord gezocht op de tweede deelvraag. Ik heb acht ziekenhuisverpleegkundigen geïnterviewd en zes interviews uitgewerkt tot narratieven. De resultaten lieten zien dat de zes verpleegkundigen uiteenlopende opvattingen aanhingen als het ging om het nemen van je verantwoordelijkheid, zelfbeschikking, en de consequenties van je keuzevrijheid. Verder kwamen kwetsbaarheid, vrijheid, en de verantwoordelijkheden van burgers, samenleving, en overheid aan bod. Het vraagstuk werd door sommige verpleegkundigen meer vanuit een relationeel mensbeeld benaderd, en door anderen meer als een individueel vraagstuk gezien. Het verschil in benadering is voornamelijk terug te voeren naar de twijfel van sommige verpleegkundigen of groepsimmunité wel een haalbare optie is en het feit dat er (nog) geen wetenschappelijk bewijs is geleverd dat je na coronavaccinatie een ander niet meer kunt besmetten.

Uit de dialoog tussen empirie en theorie in de zorgethische discussie (H.5) kwamen een aantal belangrijke inzichten naar voren die het antwoord vormen op deelvraag 3, maar uiteindelijk ook van de onderzoeksvraag.

Alle verpleegkundigen uit het onderzoek betrekken het concept relationaliteit bij hun autonome beslissing om zich al dan niet te laten vaccineren. Dit is terug te vinden in de overwegingen die zij maken ten opzichte van de verschillende verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de rollen en posities die zij vervullen binnen de samenleving. De kwetsbare patiënten krijgen een belangrijke plaats in de overwegingen ten aanzien van het vaccinatievraagstuk bij Femke, Laura, en Lea. De overige drie verpleegkundigen zien het vraagstuk toch voornamelijk als een individuele aangelegenheid. Jesper en Isa baseren zich op het feit dat er op dit moment geen wetenschappelijk bewijs is geleverd dat aantoonde dat je een ander niet meer kunt besmetten met COVID-19 na vaccinatie. Tevens zijn ze er niet van overtuigd dat groepsimmunité een reële optie is. Dit gegeven maakt dat er voor hen geen enkele reden is om zich in persoonlijk danwel professioneel opzicht moreel verplicht of geroepen te voelen om het coronavaccin te nemen voor iemand anders dan voor zichzelf. Dit zijn terechte argumenten om twijfels te hebben bij coronavaccinatie. Wel voelen zij zich zo langzamerhand steeds meer gedwongen door de consequenties die de overheid en werkgever verbinden aan het niet-vaccineren. Op basis van het gedachtegoed van Feinberg is beargumenteerd dat de daadwerkelijke conditie van autonomie bij Femke, Laura, en Lea op het spel stond door de aanwezigheid van (externe) druk, het gebrek aan kritische reflectie en daarmee de

authenticiteit in het besluitvormingsproces. Dit is kwalijk vanuit zorgethisch oogpunt. Bovendien wordt het hierdoor niet volledig helder of de drie verpleegkundigen hun beslissing vanuit relationele autonomie hebben genomen of onder externe druk.

De gevolgen van de COVID-19 crisis hebben op pijnlijke wijze duidelijk gemaakt dat we als mens kwetsbaarder zijn dan we dachten. Of dit nu wordt opgevat als kwetsbaarheid ten aanzien van het virus, bijwerkingen van een vaccinatie, de gevolgen van de lockdown of de vrijheidsbeperkende maatregelen. Vooral deze laatste drie vormen van kwetsbaarheid vinden hun weerklank in de verhalen van de verpleegkundigen. De constatering dat iedereen kwetsbaar en afhankelijk is, in meerdere of mindere mate, leidt ertoe dat sommige ziekenhuisverpleegkundigen er juist toe besluiten om gehoor te geven aan de oproep tot solidariteit en het coronavaccin accepteren. Onderliggende motieven kunnen zowel altruïstisch (voor de kwetsbare mensen in de samenleving) als egoïstisch (om weer terug te keren naar ‘het oude normaal’ en van de oude vrijheden te kunnen genieten) zijn. Met uitzondering van Laura, die niet uitsluit dat COVID-19 ernstige gevolgen voor haar zou kunnen hebben, is geen van de verpleegkundigen uit de empirie erg bang om zelf ziek te worden van COVID-19. De ziekenhuisverpleegkundigen kunnen hun overwegingen zowel baseren op vermeende kwetsbaarheid voor het virus danwel voor de mogelijke bijwerkingen van het coronavaccin. Al deze argumenten zijn plausibel en bovendien sterk contextafhankelijk. Het is immers nog niet duidelijk wat de lange termijn effecten zijn van zowel een infectie met COVID-19 als van de coronavaccins.

De Utrechtse zorgethiek vertrekt niet vanuit een theoretische afweging tussen universele rechten en plichten van de individuele, zelfbeschikkende mens. De gemene deler tussen alle mensen is juist de erkenning van de eigen kwetsbaarheid binnen een relationeel mensbeeld. Ieder mensenleven wordt gekenmerkt door kwetsbaarheid, waarbij de hevigheid binnen verschillende omstandigheden kan fluctueren: kwetsbaarheid doet zich voor in gradaties. De IC-verpleegkundigen Femke en Laura, en verpleegkundige Lea werken in de regel met patiënten die kwetsbaarder zijn dan de patiënten van Rosalie (die in principe allemaal aangespoord worden om zichzelf te laten vaccineren), Jesper (die al besmet zijn met COVID-19 of niet specifiek tot een zeer kwetsbare groep behoren), en Isa (die zichzelf kunnen laten vaccineren). Dit is mogelijk een verklaring voor de mate waarin hun afwegingen van elkaar verschillen.

Aan verantwoordelijkheid kan op meerdere manieren invulling worden gegeven. Het is niet zo dat verpleegkundigen die zich wél laten vaccineren per definitie meer

verantwoordelijkheid nemen voor hun (kwetsbare) patiënten dan verpleegkundigen die zich niet laten vaccineren. Dit is wat Van Nistelrooij & Leget (2017) het grijze gebied noemen: de complexiteit, onvoorspelbaarheid en gelaagdheid maken dat keuzes sterk afhangen van de particuliere context. Zo is het voor verpleegkundigen die met dusdanig kwetsbare patiënten werken dat ze geen coronavaccinatie aankunnen door een ernstig verlaagde weerstand een plausibele afweging om voor het coronavaccin te kiezen. Er zou beargumenteerd kunnen worden dat je daarmee de kans op overdragen van COVID-19 op je kwetsbare patiënten tot een minimum beperkt ondanks dat er nog geen sluitend wetenschappelijk bewijs voor is geleverd.

Tenslotte beperken de verantwoordelijkheden zich niet enkel tot de ziekenhuisverpleegkundigen. Ze hebben betrekking op alle burgers in de samenleving en op het landsbestuur.

Aanbevelingen

Bovenstaande inzichten leiden tot de volgende aanbevelingen.

Voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft zich beperkt tot de input van - uiteindelijk - zes ziekenhuisverpleegkundigen. Om de morele afwegingen in het besluitvormingsproces nog beter in kaart te brengen, kunnen andere groepen meegenomen worden in vervolgonderzoek. Zo zou de input van patiënten zeer waardevol zijn om meer informatie te krijgen over de responsiviteit. Wat vragen de patiënten van hun verpleegkundigen ten aanzien van coronavaccinatie? Tevens kan er gedacht worden aan de input van medici, verpleegkundigen in een andere setting dan het ziekenhuis, of specifiek IC-verpleegkundigen.

Tenslotte zou meer onderzoek naar de rol van druk of macht in besluitvormingsprocessen van ziekenhuisverpleegkundigen meer inzicht kunnen bieden. Niet alleen in het vaccinatievraagstuk, maar in alle besluitvormingsprocessen waar zij aan de lopende band mee te maken hebben. De spanning tussen zelfbeschikking en verantwoordelijkheid is voor ziekenhuisverpleegkundigen een terugkerend element in alle beslissingen die zij in de praktijk voor zichzelf en hun

patiënten moeten nemen. Door de focus te verleggen naar de rol van machtsrelaties en eventuele ervaren druk kan meer kennis verkregen worden over wat goede zorg is voor en door ziekenhuisverpleegkundigen.

Voor de praktijk

Op basis van dit onderzoek is aan te bevelen om in het besluitvormingsproces zowel rekening te houden met jezelf als met de ander. Zoals Van Dartel en Spekkink in navolging van Hannah Arendt stelden: in situaties waarbij systeemdruk wordt ervaren komt het er op neer op welke manier de beslisser zich tot zichzelf verhoudt: “of je, als je iets doet of nalaat en daar een oordeel over velt, nog door wilt leven met jezelf” (Van Dartel & Spekkink, 2020, p. 5).

Geen enkele situatie is hetzelfde en de eigen context (op welke afdeling werk je, heb je al COVID-19 doorgemaakt, hoe kwetsbaar voel je je en waarvoor?) bepaalt voor een groot deel de eigen keuze met de kennis van nu. Zo is het goed te verdedigen om als verpleegkundige te besluiten om jezelf te vaccineren tegen COVID-19 als je met een patiëntencategorie werkt die (nog) niet gevaccineerd is, bijvoorbeeld doordat deze categorie een te lage weerstand heeft om het coronavaccin aan te kunnen.

Kwaliteit en beperkingen

In dit hoofdstuk reflecteer ik op de borging van de kwaliteit van het onderzoek. De beperkingen zullen hierin meegenomen worden. De kwaliteitscriteria die specifiek van toepassing zijn op de empirische methode volgens Visse (2014) en het literatuuronderzoek zijn reeds beschreven in paragraaf 3.7.

Creswell & Poth (2018) beschrijven een aantal criteria waar kwalitatief onderzoek aan kan voldoen om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten. Namelijk: betrouwbaarheid, geloofwaardigheid, overdraagbaarheid en overtuigingskracht.

Betrouwbaarheid

De manier waarop een semi-gestructureerd interview wordt afgenomen, heeft veel invloed op de kwaliteit van de interviews. Als interviewer heb ik geprobeerd zoveel mogelijk open vragen te stellen, maar er zijn ook een aanzienlijk aantal gesloten vragen gesteld. De antwoorden op sommige gesloten vragen heb ik bewust niet opgenomen in de narratieve analyse (bijvoorbeeld wanneer een antwoord overduidelijk werd gestuurd door de vraagstelling). Het feit dat ik slechts een beginnend interviewer ben, heeft er ook in geresulteerd dat sommige interessante uitweidingen zijn gemist doordat ik er tijdens het interview niet dieper op in ben gegaan.

Geloofwaardigheid

De geloofwaardigheid is in dit onderzoek gewaarborgd door *memberchecks* uit te voeren na het opstellen van de narratieven. Ook zijn de interviews *verbatim* getranscribeerd. Verder is in dit onderzoek gebruik gemaakt van datatriangulatie: er zijn in totaal acht verpleegkundigen geïnterviewd, er is gebruik gemaakt van diverse disciplines voor het literatuuronderzoek, en er is sprake van triangulatie van onderzoeksmethodes (een empirisch onderzoek is gecombineerd met een literatuuronderzoek). Daarnaast had een tweede lezer (onderzoekerstriangulatie) de interpretatie van de transcripties die hebben geleid tot de narratieven betrouwbaarder kunnen maken. Hier is in beperkte mate aan voldaan omdat de thesisbegeleider mee heeft gelezen.

Datasaturatie is niet bereikt na de analyse van zes interviews. De laatste twee interviews boden echter weinig relevante nieuwe inzichten voor het beantwoorden van de deelvraag.

In de hermeneutische narratieve analysemethode speelt de interactie tussen onderzoeker en participant een belangrijke rol. Voor mij als onderzoeker was het van cruciaal belang om tijdens de hele onderzoeksperiode te blijven reflecteren op mijn vooronderstellingen, methodische keuzes, gedachten, oordelen, et cetera. Dit heb ik gewaarborgd door consequent een logboek bij te houden (zie bijlage 4).

Overdraagbaarheid

Het was nog wel even spannend of ik voldoende verpleegkundigen zou kunnen vinden die twijfelden over vaccinatie. Ik streefde naar 4 twijfelaars en 4 mensen die zeker wisten dat ze het coronavaccin wilden. Hiermee wilde ik de meerstemmigheid bevorderen en een zo breed mogelijk palet aan verschillende morele afwegingen verzamelen. Echter, het feit dat ik specifiek (onder andere) op dit criterium selecteerde, maakt de respondenten binnen dit onderzoek niet tot een groep die representatief is voor de volledige Nederlandse beroepsgroep. In paragraaf 1.2 is al vastgesteld aan de hand van enquêtes dat eenderde van de verpleegkundigen twijfelde aan coronavaccinatie, en niet de helft, zoals in dit onderzoek is nagestreefd. Bovendien zijn er sinds de enquêtes van V&VN en NU'91 (inmiddels een half jaar geleden) wellicht nog meer ziekenhuisverpleegkundigen overtuigd geraakt van het nut van de coronavaccinatie, omdat er alweer een half jaar overheen is gegaan. Bij de uitwerking van de interviews tot narratieven heb ik bewust gekozen voor vier ziekenhuisverpleegkundigen die niet twijfelden over coronavaccinatie en twee verpleegkundigen die wel twijfelden.

Overtuigingskracht

Femke, Lea, en Rosalie waren al gevaccineerd ten tijde van de interviews. Dit gegeven maakt dat zij er op een bepaalde manier in zijn gaan staan en mogelijk niet snel geneigd waren opnieuw te twijfelen over de ernst en mogelijkheden van bijwerkingen. Bij hen is er dus meer sprake van een retrospectief besluitvormingsproces, terwijl Lea, Jesper, en Isa er nog midden in stonden.

Hoewel ik de narratieve analyse met veel zorgvuldigheid heb uitgevoerd, had deze nog uitgebreider gekund. Dit geldt met name voor fase 2: de gedetailleerde

analyse. Vanwege de beperking in tijd en de hoeveelheid interviews die ik wilde analyseren, heb ik weinig aandacht kunnen geven aan discours, herhalingen, en vaak gebruikte woorden.

Literatuurlijst

- Blumer, H. (1954). What is wrong with Social Theory? *American Sociological Review*, 19(1), 3-10.
- Creswell, J.W., & Poth, C.N. (2018). *Qualitative Inquiry and research design: choosing among five approaches*. Los Angeles: SAGE.
- Feinberg, J. (1986). *Harm to Self. The moral limits of the criminal law. Deel 3*. New York: Oxford University Press.
- Flanagan, P., Dowling, M., & Gethin, G. (2020). Barriers and facilitators to seasonal influenza vaccination uptake among nurses: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 76, pp. 1746–1763. doi.org/10.1111/jan.14360.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jeffrey, D.I. (2020). Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics*, 46, pp. 495-498. doi:10.1136/medethics-2020-106264.
- Johnson, C.W., Parry, D.C. (2015). *Fostering Social Justice through Qualitative Inquiry. A methodological guide*. California: Left Coast Press
- Kim, J.H., Marks, F., & Clemens, J.D. (2021). Looking beyond COVID-19 vaccine phase 3 trials. *Nature medicine*, 27, 205-211. doi.org/10.1038/s41591-021-01230-y
- Kittay, E. F. (1999). *Love's labor: Essays in women, equality and dependency*. New York, NY: Routledge.
- Kittay, E. F. (2011). The ethics of care, dependence, and disability. *Ratio Juris*, 24, pp. 49–58.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, I. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 1-9. doi: 10.1177/0969733017707008.
- Lehmann, B.A., Ruiter, R.A.C., Wicker, S., Van Dam, D., & Kok, G. (2014). "I don't see an added value for myself": a qualitative study exploring the social cognitive variables associated with influenza vaccination of Belgian, Dutch and German healthcare personnel. *BMC, Public Health*, 14(407), 1-11. doi.org/10.1186/1471-2458-14-407.

- Lorenc, T., Marshall, D., Wright, K., Sutcliffe, K., & Sowden, A. (2017). Seasonal influenza vaccination of healthcare workers: systematic review of qualitative evidence. *BMC Health Services Research*, 17(732), 1-8. doi10.1186/s12913-017-2703-4.
- Mill, J.S. (1989). *Over vrijheid* (vert. van 1859). Meppel: Uitgeverij Boom.
- Molema, H., Van Erk, M., Van Ommen, B., Pijl, H., Wopereis, S., Kieft - De Jong, J. ... Van Winkelhof, M. (2020). *Wetenschappelijke notitie over de relaties tussen COVID-19, metabole ontregeling, weerstand en leefstijlinterventies*. LUMC/TNO: Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneeskunde. <https://repository.tno.nl/islandora/object/uuid:910dad2f-8808-4069-9870-e3db126080d9>.
- Noddings, N. (1984). *Caring. A Feminine approach to ethics & moral education*. Berkeley: University of Carolina Press.
- Noddings, N. (2002). *Starting at home. Caring and social policy*. Berkeley: University of Carolina Press.
- Polack, F., Thomas, S.J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S. ... Gruber, W.C. (2020). Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *The New England Journal of Medicine*, 383(27), 2603-2615. doi: 10.1056/NEJMoa2034577.
- Sander-Staudt, M. (z.d.). Care Ethics. In: *Internet Encyclopedia of Philosophy*: <https://iep.utm.edu/care-eth/>.
- Schneewind, J.B. (2009). *The Invention of Autonomy; a History of Modern Moral Philosophy*. New York: Cambridge University Press.
- Thomas, R.E., Jefferson, T., & Lasserson, T.J. (2016). Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016*, Issue 6. Art. No.: CD005187. doi:10.1002/14651858.CD005187.pub5.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral boundaries: a political argument for a new ethic of care*. New York, NY: Routledge.
- Tronto, J.C. (2013). *Caring democracy: markets, equality and justice*. New York, NY: New York University Press.
- Tronto, J. C. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27-43. doi: 10.1332/239788217X14866281687583.

- Walker, M. U. (2007). *Moral understandings. A feminist study in ethics*. New York: Oxford University Press.
- Van Beers, B. C. (2013). Artikel 11 - Onaantastbaarheid van het lichaam. In: E. M. H. Hirsch Ballin, E.M.H. & Leenknecht, G. (Eds.). *Nederland Rechtsstaat, wetenschappelijk commentaar op de Nederlandse Grondwet*.
<http://www.nederlandrechtsstaat.nl/grondwet/artikel.html?artikel=11&categorie=&auteur=B.C.+van+Beers&trefwoord=&1=1#artikel11>.
- Van Dartel, H. & Spekkink, A. (2020). Verpleegkundige verantwoordelijkheid in een virocratie. In Segeren, E., & Groen, N. (Eds.), *Ethiek in tijden van Corona*, Den Haag: Centrum voor Ethiek & Gezondheid.
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg, een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Van Heijst, A. (2011). *Professional Loving Care: An Ethical View of the HealthCare Sector, Volume 2*. Leuven: Peeters.
- Van Nistelrooij, I., & Leget, C. (2017). Against dichotomies: On mature care and self-sacrifice in ethics. *Nursing Ethics*, 24(6), 694-703.
doi.org/10.1177/0969733015624475.
- Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2018). Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: a phenomenological view. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22, pp. 275-285. doi.org/10.1007/s11019-018-9873-7.
- Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A., & De Lange, J. (2016). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of Medical Ethics*, 43, pp. 637-644. [doi:10.1136/medethics-2016-103791](https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103791).
- Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden. *KWALON*, 19(3), pp. 18-26. [doi: 10.5553/KWALON/138515352014019003003](https://doi.org/10.5553/KWALON/138515352014019003003).

Bijlagen

Bijlage 1: topiclijst

Hoe ervaar je het werken als ziekenhuisverpleegkundige tijdens corona?

Op welk moment kwam voor jou de mogelijkheid tot coronavaccinatie voor het eerst in beeld? Hoe reageerde je daar op (in eerste instantie, in tweede instantie, et cetera).

Ging je ook door een bepaald proces toen de vaccins in beeld kwamen? Kun je dit zo uitgebreid mogelijk vertellen?

Welke mensen in jouw omgeving hebben veel invloed op je besluitvormingsproces?

Heb je ook druk ervaren vanuit bepaalde hoeken of ervaar je die druk nog steeds rondom jouw besluitvormingsproces? (overheid, media, ziekenhuis, wetenschap)

Wat zijn voor jou persoonlijk belangrijke overwegingen in dit besluitvormingsproces?

Wat zijn voor jou als professional belangrijke overwegingen in dit besluitvormingsproces?

In hoeverre is het proces waar jij doorheen gaat - of mogelijk al bent gegaan volgens jou vergelijkbaar met het besluitvormingsproces rondom de jaarlijkse griepvaccinatie?

Wat is anders of juist hetzelfde?

Hoe kijk je aan tegen het recht op zelfbeschikking en keuzevrijheid als het gaat om het coronavaccin?

Hoe kijk je aan tegen het begrip verantwoordelijkheid als het gaat om het coronavaccin?

Wat zou jouw advies zijn aan andere ziekenhuisverpleegkundigen als het gaat om dit besluitvormingsproces?

Als dit niet aan bod is gekomen:

Heb jij zelf corona gehad --> ervaring?

Hebben mensen in je directe omgeving corona gehad --> ervaring?

Ben je zelf al gevaccineerd?

Hoe kijk je aan tegen coronavaccinatie?

Hoe kijken mensen in jouw directe omgeving aan tegen coronavaccinatie?

Was jouw mening over coronavaccinatie steeds hetzelfde of werd je continu heen en weer geslingerd in het besluitvormingsproces?