

Onderzoeksverslag

**| Vaccessible: een kwalitatieve studie over de lokale
vaccinatieacties in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als
antwoord op de coronapandemie |**

Sophie Thunus, Alexis Creten en Céline Mahieu

Deze studie werd besteld door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

De uitvoering ervan is gebaseerd op een partnerschap tussen het Institut de Recherche Santé et Société (UCLouvain) en de Ecole de Santé Publique (ULB). De studie werd gecoördineerd door het Brussels Studies Institute.

Sophie Thunus is hoogleraar gezondheidszorgbeleid aan de Faculté de santé publique van de UCL en lid van het Institut de Recherche Santé et Société.

Alexis Creten is socioloog en assistent onderzoeker aan het Institut de Recherche Santé et Société van de UCL.

Céline Mahieu is hoogleraar aan de Ecole de Santé publique van de ULB en lid van het Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé.

Inhoud

LIJST VAN AFKORTINGEN	5
INLEIDING	6
METHODE	8
HOOFDSTUK 1: ACTIES OM TEGEMOET TE KOMEN AAN DE BEHOEFTE VAN DE BEVOLKING.....	10
1. "LEAVE NO ONE BEHIND" – DE ACTIES.....	10
1.1 <i>Vaccibussen</i>	10
1.2 <i>Lokale vaccinatiepunten</i>	13
1.3 <i>Telefonisch contact met 65-plussers</i>	14
1.4 <i>Deur-aan-deur</i>	15
1.5 <i>Bewustmaking en vaccinatie in de apotheken</i>	15
1.6 <i>Vaccinatie in de huisartsenpraktijk</i>	17
1.7 <i>Coördinatoren van lokale acties (CLA's)</i>	18
1.8 <i>Andere vaccinatieacties</i>	19
HOOFDSTUK 2: DE BEHOEFTE VAN DE BEVOLKING: TOEGANKELIJKHEID, AANVAARDBAARHEID EN VERTROUWEN.....	20
1. VAN UNIVERSELE ACTIES TOT VERTROUWENSRELATIE.....	22
2. VACCINATIEBEREIDHEID.....	24
2.1 <i>Toegankelijkheid</i>	25
2.2 <i>Aanvaardbaarheid</i>	26
2.3 <i>Vertrouwen</i>	27
HOOFDSTUK 3: VACCINATIEBELEID	31
1. VACCINATIESTRATEGIE	31
2. COÖRDINATIE, SAMENWERKING EN OVERLEG.....	32
3. COMMUNICATIE	34
HOOFDSTUK 4: PROFESSIONELE ACTOREN, BONDGENOTEN VAN DE OVERHEID IN DE VACCINATIECAMPAGNE?	40
1. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN PRAKTIJKEN VAN SENSIBILISERING VOOR VACCINATIE: VAN BEROEPEN UIT DE GEZONDHEIDSZORG TOT SOCIALE HULPVERLENING	40
1.1 <i>Huisartsen</i>	41
1.2 <i>Apothekers</i>	41
1.3 <i>Gemeenteambtenaren</i>	43
1.4 <i>Coördinatoren van lokale acties</i>	43
2. NIEUWE PROFESSIONELE ROLLEN, IN OPBOUW EN TER DISCUSSIE	44

2.1	<i>Professionals die antwoorden op vragen en een schakel vormen</i>	45
2.2	<i>Professionals als voorlichters</i>	45
2.3	<i>Professionals als voorbeeld</i>	47
2.4	<i>Professionals als preventie-actoren</i>	47
2.5	<i>Professionals als controleurs</i>	49
3.	PROFESSIONALS EN VACCINATIE: EEN EVENWICHTSOEFENING ONDER HOOGSPANNING?	50
HOOFDSTUK 5: EEN VERANTWOORD EN DUURZAAM VACCINATIEBELEID		52
1.	ACTIES: UITNODIGING, VOORSTEL EN RELATIE	52
1.1	<i>De uitnodiging – Vaccessible</i>	53
1.2	<i>Het voorstel – Vacceptable</i>	54
1.3	<i>De relatie – Vassociable</i>	54
1.4	<i>Vaccessible en vacceptable</i>	56
2.	DE STEM VAN DE VOLKSGEZONDHEID	58
CONCLUSIE		61
BIBLIOGRAFIE		65
BIJLAGE		69

Lijst van afkortingen

BVAS	Belgische Vereniging van Artsensyndicaten
CLA's	Coördinatoren van lokale acties, zie hoofdstuk 1 over de acties
GGC	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brusselse instelling die bevoegd is voor de communautaire aangelegenheden die niet tot een taalgroep kunnen worden herleid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
INSZ	Identificatienummer sociale zekerheid
J&J	Johnson & Johnson, vaccin
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
SPOC	Single Point of Contact, persoon die verantwoordelijk is voor de COVID-acties in een gemeentebestuur
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

Inleiding

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ging de vaccinatiestrategie tegen het coronavirus van start in februari 2021 met de oprichting van grote centra. Het grootste centrum op de Heizel streefde naar een maandelijkse vaccinatiecapaciteit van 112.000 mensen. Net voor de zomer kwamen de beperkingen van deze strategie naar boven: hoewel het vaccin en het openbaar vervoer om de grote centra te bereiken gratis waren, nam het aantal Brusselaars dat zich liet vaccineren gestaag af. De gewestelijke overheden schakelden vervolgens over naar een alternatieve strategie. Deze was gebaseerd op lokale vaccinatieacties en had als leitmotiv niemand achterwege te laten: "leave no one behind".

Deze strategie kreeg concreet gestalte met de invoering van verschillende lokale initiatieven van de gewestelijke overheden. Daarnaast zagen ook andere acties van de gemeenten of de zorg- en welzijnssector het licht. Dit gebeurde niet enkel in België: bij de opstart van de lokale acties in Brussel maakte de internationale wetenschappelijke pers en literatuur gewag van tal van vergelijkbare initiatieven in het buitenland. Deze zetten de voordelen in de verf van een gedecentraliseerde en gediversifieerde strategie. Deze strategie kan inspelen op de concrete behoeften en individuele situaties die schuilgaan achter de statistieken en die bestaan bij groepen die vaak vermeld worden in journalistieke en politieke communicatie, zoals antivaxers, complotdenkers en Molenbeekse jongeren.

Voor een efficiënt overheidsbeleid moest er een studie komen over de werking van de talloze lokale vaccinatieacties. Daarom gaf de Brusselse overheid ons de opdracht een analyse te maken van de lokale acties die zij opzette om te begrijpen hoe deze acties al dan niet inspelen op de behoeften van de Brusselse bevolking.

Wij namen daarom het initiatief de actoren van deze acties, die geleidelijk uitgerold werden, te ontmoeten. We stemden ons onderzoek ook af op het tempo van de acties. We bezochten de acties naarmate ze werden uitgerold en stemden onze methodes af op de uiterst beperkte beschikbaarheid van drukbezette actoren in een hoogdringende context. Dankzij deze aanpak konden we tal van lokale acties bezoeken zoals de symbolische vaccibussen en individueel of collectief in totaal 104 mensen bevragen waaronder huisartsen, apothekers, coördinatoren van lokale acties, gemeenteambtenaren en Brusselse burgers. Steeds rekening houdend met het nieuws van de dag konden we zo onze studie samenstellen. De resultaten ervan worden voorgesteld in dit verslag.

In dit verslag maken we eerst kennis met de belangrijkste vaccinatieacties in Brussel: hoe zien ze eruit? Waar vinden ze plaats? Wie zijn de actoren? Hoe interageren ze met de Brusselse burgers? Welke vragen krijgen ze van de Brusselaars en welke antwoorden kunnen deze acties bieden? We konden

vaststellen dat deze acties meer en meer de aandacht hebben gevestigd op de kwaliteit van de vaccinatie, die hoofdzakelijk te maken heeft met de luisterbereidheid van de vaccinatie-actoren en de tijd die ze uittrekken voor de Brusselaars.

Deze beschrijving van de werking van de lokale acties maakte de vaccinatiebehoefte duidelijk van de vaccinatie-actoren en burgers met wie we spraken. We schetsen deze behoeften aan de hand van een driedig onderscheid tussen toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en vertrouwen. We schuiven deze aanpak, die uitgaat van de vaccinatiebehoefte, naar voren ter vervanging van een aanpak op basis van demografische, geografische, sociaal-economische en culturele categorieën. Zoals we later toelichten, beklemtonen deze categorieën immers symbolische scheidingslijnen binnen de bevolking en dreigen ze daardoor de vaccintwijfel, die al wijdverbreid is, te doen toenemen.

Een beter inzicht in de vaccinatieacties en -behoefte zal ons in staat stellen het vaccinatiebeleid onder de loep te nemen. Dit omvat de logica van de vaccinatiestrategie, de coördinatie ervan door de Brusselse overheden en de bijbehorende journalistieke en politieke communicatie. We wijzen op een gebrek aan coördinatie, waardoor het aanvullende karakter van de vele acties naar aanleiding van de diversificatie van de vaccinatiestrategie niet wordt benut. Daarnaast is er een gebrek aan overleg tussen de overheden en de vaccinatie-actoren, waardoor niet (voldoende) voordeel gehaald wordt uit de kennis en ervaring die deze actoren opdoen tijdens hun bewustmakings- en vaccinatieopdracht. Daarom onderzoeken we hoe deze actoren hun opdracht translateren door die aan te passen aan hun werkcontext, hun ervaring met interacties met de bevolking en hun opvatting van hun vakgebied of beroep.

Aan het einde van deze studie onderscheiden we drie ideaaltypes die de voornaamste kenmerken samenvatten van de geobserveerde lokale acties. We noemen deze types de uitnodiging, het voorstel en de relatie en verduidelijken hun respectieve bijdragen aan de behoefte aan toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en vertrouwen. Het begrip aanvaardbaarheid omvat het belang van de behoefte aan duiding en kennis. Op basis daarvan stellen we een communicatie voor die de stem van de volksgezondheid uitdraagt en vaccinatie als een collectieve keuze voorstelt, en niet als een individuele plicht. Tot slot raden we aan het vaccinatiebeleid meer te baseren op een zorgethiek of relationele ethiek. Het vaccinatiebeleid gaat immers samen met een visie op verantwoordelijkheid die verder reikt dan de toepassing van een universeel beginsel: in ons geval volstaat het niet de toegankelijkheid tot het vaccin te garanderen. Integendeel, we zijn ook verantwoordelijk voor de aanvaardbaarheid. Dit impliceert een bezorgdheid om de relatie met de Brusselaars in stand te houden, hoe groot de stap naar vaccinatie voor hen ook mag zijn.

Methode

Op verzoek van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, vergelijkt de studie vijf vaccinatieacties in twee Brusselse gemeenten met uiteenlopende kenmerken op het vlak van de voortgang bij het opzetten van de acties, de samenwerking, de vaccinatiegraad, enz. De acties omvatten bewustmakingsacties door apotheken, lokale vaccinatiepunten, telefonische oproepen van gemeenteambtenaren naar mensen van 65 jaar en ouder, vaccinatie in huisartsenpraktijken en lokale registratiepunten. Oorspronkelijk waren er tien individuele interviews ingepland, die het mogelijk moesten maken de acties te beoordelen en hun succesfactoren in kaart te brengen. Deze zouden aangevuld worden met vijf groepsgesprekken - één per actie - volgens de methode van een groepsanalyse om een grotere representativiteit van het Brusselse grondgebied te bekomen.

Door de realiteit op het terrein en de beperkingen van het onderzoek moesten we echter de methode bijsturen. Ten eerste breidden we de steekproef van de gemeenten uit omdat we weinig respons kregen van de aanvankelijk gecontacteerde gemeenteambtenaren en omdat het tijdsbestek van het onderzoek kort was. Ten tweede zochten we om diezelfde redenen de acties op die onmiddellijk toegankelijk waren. We observeerden hun werking en spraken met de medewerkers en burgers die aanwezig waren op het moment van ons bezoek. Ten derde breidden we ook onze steekproef van de acties uit om hun actualiteit en de aanbevelingen van de bevraagde professionals op te volgen, bijvoorbeeld door de vaccibussen en de deur-aan-deurcampagne toe te voegen. Ten vierde vervingen we de methode van de groepsanalyse door de methode van de focusgroepen. Groepsanalyse vergt immers veel tijd van de respondenten, die overigens drukbezet waren en in een hoogdringende context moesten werken.

Dankzij deze aanpak konden we uiteindelijk verschillende lokale acties bezoeken en individueel of in groep in totaal 104 mensen bevragen, waaronder huisartsen, apothekers, coördinatoren van lokale acties, gemeenteambtenaren en Brusselse burgers. Tabel 2 in de bijlage bevat de bezochte acties en de gesprekken die in het kader van dit onderzoek gevoerd zijn.

Door een combinatie van de gebruikte methodes konden we ook gegevens verzamelen over de perceptie van de bevolking en deze aanvullen met een observatie van de lopende acties. Het onderzoek van de standpunten van de bevolking en de professionals bracht belangrijke gelijkenissen aan het licht, met name over de behoefte aan aanvaardbaarheid en vertrouwen, maar ook over de impact van de media en de politiek op de vaccintwijfel. Tot slot volgden we de actualiteit over de pandemie en het vaccinatieproces op de voet en vergeleken we ze met de wetenschappelijke en vakliteratuur die over dit onderwerp beschikbaar is.

De enquête op het terrein, de mediamonitoring en de analyse werden tegelijkertijd uitgevoerd. Voor de analyse kozen we de methode van de thematische analyse. De codes werden inductief ontwikkeld op basis van steeds verder uitbreidend empirisch materiaal.

Hoofdstuk 1: Acties om tegemoet te komen aan de behoeften van de bevolking

In de zomer van 2021 schakelde de vaccinatiestrategie van de Brusselse overheden over op nieuwe acties. Deze waren lokaal, soms mobiel en beperkt in omvang, en namen geleidelijk de plaats in van de grote vaccinatiecentra. In plaats van zich te richten op specifieke sociaal-economische, religieuze of culturele doelgroepen komen deze acties vooral tegemoet aan specifieke behoeften van de bevolking: praktische zaken, maar ook informatie, duiding en vertrouwen. We beschrijven in dit hoofdstuk eerst de acties en hun specifieke kenmerken. Daarna bekijken we het standpunt van de bevolking ten aanzien van vaccinatie. We tonen aan dat het voor de toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en het vertrouwen belangrijk is dit standpunt te kennen.

1. "Leave no one behind" – de acties

De Brusselse regering is vastbesloten niemand achter te laten en nam daarom een reeks initiatieven, die ze lokale vaccinatieacties noemde. Het motto "leave no one behind" maakt deze intentie duidelijk en werd overgenomen door de gewestelijke overheden (GGC). Deze acties onderscheiden zich door hun tijdelijk en mobiel karakter of, juist integendeel, door hun verankering in de bestaande sociale en medische structuren. Er zijn verschillende actoren bij betrokken. Sommigen werken op interimbasis binnen het specifieke kader van de vaccinatiestrategie, anderen zijn professionals uit de welzijns- en gezondheidssector die via die acties duidelijker betrokken werden bij die strategie. We proberen de werking van de acht acties hieronder zo concreet mogelijk te maken zodat hun respectieve troeven en beperkingen om aan te zetten tot vaccinatie, maar ook in verband met andere maatschappelijke en gezondheidskwesties, duidelijk worden.

1.1 Vaccibussen

De vaccibussen hebben een grote symbolische waarde voor de Brusselse vaccinatiestrategie. Sinds augustus 2021 rijden er vijf rond in de hoofdstad. Het zijn kleine bussen met stickers in de kleuren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die aangeven dat het vaccinatiepunten zijn van de gewestelijke overheden (GGC). Deze bussen brengen de vaccinatieteams en al het nodige medische en administratieve materiaal zo dicht mogelijk bij de burger: de vaccinatie gebeurt in de bus zelf waar niemand je kan zien achter de ramen die beplakt zijn met grote stickers. Na de vaccinatie kan je buiten vijftien minuten wachten. Er staan een twintigtal stoelen onder een tentje.

De vaccibussen zijn vooral zichtbaar omdat ze opgesteld staan op doorgangspunten, zoals pleinen, markten en parkeerterreinen van winkelcentra en omdat ze uitvoerig aan bod kwamen in de media.

Het is ook de enige actie - misschien omdat ze zo zichtbaar is –waarbij we verhalen hoorden van bedreigingen en verbale agressie door mensen die zich tegen vaccinatie verzetten.

De samenstelling van de teams is standaard. Het niet-medisch personeel kan variëren in aantal, maar het team bestaat doorgaans uit een huisarts, een verpleegkundige, twee stewards en twee administratief medewerkers. Ze zijn allemaal aangeworven door een uitzendkantoor. De stewards verschaffen informatie aan het publiek buiten de bus: ze bieden de vaccinatie aan en beantwoorden vragen. De administratief medewerkers registreren de mensen die zich willen laten vaccineren. De meeste artsen, vaak net afgestudeerde jonge artsen, beantwoorden vragen en sommigen stappen zelf op de mensen af.

De teams blijven onderling in contact. Ze communiceren via een WhatsAppgroep waar ze praktische informatie of dagelijkse gebeurtenissen uitwisselen, bijvoorbeeld wanneer journalisten of onderzoekers hen komen interviewen. De teams onderscheiden zich door de houding en motivatie van hun leden om deel te nemen aan de vaccibus-actie. Sommigen nemen simpelweg deel omdat het werk verschaft, anderen willen zich nuttig maken. Sommige mensen die meedoen omdat ze zich dan nuttig voelen, willen zich engageren voor het vaccin en denken na over de vaccinatiestrategie: *“Ik geloof in de wetenschap en hoop dat we met het vaccin terug kunnen keren naar het normale leven [...] de overheid en de farmaceutische bedrijven hebben een kans gemist om het debat rond het vaccin op gang te brengen”* (gesprek met een steward).

Wat de houding betreft, stellen sommige teams *“zich passief op en stappen ze zelden op de mensen af of blijven ze zelfs in de bus zitten”* (verantwoordelijke). Anderen stellen zich zo zichtbaar mogelijk op buiten de bus en spreken voorbijgangers aan: een arts maakt weidse gebaren naar de mensen die langs de vijvers van Elsene kuieren: *“Iemand geïnteresseerd in een vaccin? Al gevaccineerd?”* (getuigenis Flagey).

Of de teams nu proactief mensen opzoeken of zich discreter opstellen, ze beantwoorden allemaal de vragen die de mensen hen stellen. Ze hameren op het belang van *“voorlichten zonder te verplichten”* en *“tijd uittrekken, een luisterend oor bieden en vragen beantwoorden”* (getuigenis Molenbeek). Een huisarts wijst erop: *“dat in feite niemand echt uitlegt wat een vaccin nu precies is. We moeten de mensen onderwijzen. Ze zijn slecht geïnformeerd en vinden absurde zaken op sociale media. Als ik iets zeg, zullen ze me nooit geloven”* (getuigenis Sint-Joost-ten-Node).

De vaccibus heeft twee belangrijke kenmerken die vaccinatie toegankelijker maken. Aan de ene kant is er het mobiele en tijdelijke karakter: de bussen verplaatsen zich elke dag, uitgezonderd die op bepaalde plaatsen zoals het Rogierplein. Daar staat, behalve op zondag, elke dag een bus. Ze zijn echter herhaaldelijk aanwezig op bepaalde plekken en tijdstippen: zo stond er tussen 23 augustus en 27

september elke maandag een vaccibus op het Houwaertplein. Enige uitzondering zijn specifieke evenementen, zoals rommelmarkten of jaarmarkten. Dan staat de bus er enkel op de dag van het evenement. De vaccibussen zijn overdag aanwezig (meestal tussen 10 en 17 uur), behalve een bus met avonddienstregeling.

Het repetitieve en mobiele karakter zijn de grootste troeven van de actie. *“De communicatie in de volksbuurten gebeurt vooral mondeling en niet via de traditionele communicatiekanalen. We moeten dus lang genoeg op eenzelfde plaats blijven staan”* (verantwoordelijke). *“Na een tijdje komen we op een vaccinatieplateau”* (huisarts) en is het beter naar een andere plek uit te wijken.

De beperkte administratieve procedures (een loutere registratie) en de mogelijkheid om een INSZ-BIS-nummer aan te maken voor mensen zonder rijksregisternummer dragen bij tot deze grotere toegankelijkheid. Steeds met het oog op een vereenvoudiging van de logistieke beperkingen voor het publiek boden de bussen bij het begin van de actie voornamelijk het Johnson & Johnson-vaccin aan. Omdat bepaalde mensen J&J wantrouwden en het niet mogelijk was minderjarigen te vaccineren, schakelden meer en meer bussen over op Pfizer. Dit alles draagt bij tot een zeer grote toegankelijkheid, zoals een van de personen die we ontmoetten het verwoordt: *“Sneller, vrijblijvender, een enkele injectie ... Sneller en toegankelijker kan niet, tenzij je bij de mensen thuis gaat”*.

Het succes bij de doortocht van een bus is erg onvoorspelbaar. De actoren die we ontmoetten schuiven verschillende elementen naar voren die tot dit succes kunnen bijdragen. Ze voegen eraan toe dat het geen exacte wetenschap is. Het komt immers voor dat teams soms urenlang niemand vaccineren en er plots heel wat mensen toestromen. Naast het tijdstip lijken de weersomstandigheden, de dag, de plaats en verschillende kenmerken van de buurt of de mensen een invloed te hebben op het succes van de actie. Zo loopt de actie niet op rolletjes in bepaalde wijken *“die vijandig staan tegenover vaccinatie”* (steward) of tegenover het aangeboden vaccintype, maar ook in wijken met een hoge vaccinatiegraad en wanneer de mensen *“niet voorbereid zijn”* (steward). Zo werd *“tijdens een festival met 7.000 à 8.000 mensen maar één iemand gevaccineerd: een medewerker van het Rode Kruis”* (huisarts).

Bovendien hebben de variabele strategieën van de medewerkers een invloed op het verloop van de actie. Bepaalde professionals dringen aan op het belang van samenwerking met maatschappelijk werkers of mensen die *“de plaatselijke bevolking zeer goed kennen en er een vertrouwensband mee hebben”*, want *“mensen komen spontaan naar hen toe en praten met hen, meer bepaald over het vaccin”* (steward). Anderen beweren *“dat je vooral mensen nodig hebt die graag praten, die er zich goed bij voelen om te praten over vaccinatie, [mensen] met 'een vlotte babbel'”*. De meesten zijn het erover eens dat *“het belangrijk is in de wijk aanwezig te zijn”* en dat *“er bij dit soort acties meer tijd is*

om uitleg te geven en vragen te beantwoorden” (verpleegkundige). In hoofdstuk 4 komen we terug op de uiteenlopende houdingen van de professionals.

“Door de nabijheid en de mogelijkheid om te discussiëren” (huisarts) *“komen veel mensen vragen stellen”* (verpleegkundige). Deze vragen gaan zowel over het vaccin en de bijwerkingen op korte en lange termijn als over onvruchtbaarheid, zwangerschap, *“chronische ziekten waaraan [mensen] lijden en [over] de compatibiliteit van het vaccin met die ziekten”* (huisarts); maar: *“sommige mensen vroegen ons of COVID echt is”* (verantwoordelijke).

Volgens onze respondenten is de mogelijkheid om antwoorden te krijgen op hun vragen en de transparantie die ze ervaren een omslagpunt voor de burgers: *“Er wordt tijd genomen om vragen te beantwoorden, men vertelt dat het vaccin op enorm veel mensen is getest, er worden cijfers verstrekt over de bijwerkingen [...], er wordt uitgelegd welke bijwerkingen ze zullen hebben [...] en dat wordt beschouwd als een teken van transparantie”* (huisarts). En *“vaak, als mensen komen om vragen te stellen over het vaccin, laten ze zich vaccineren”* (huisarts).

Tot slot wijzen we op de grote diversiteit van het publiek dat naar de vaccibussen komt, ongeacht waar ze staan: gepensioneerden, dak- en thuislozen, mensen zonder papieren, studenten, werknemers, mensen die in het ziekenhuis liggen of naar een dienst voor geestelijke gezondheidszorg gaan, gezinnen enz. Zoals we later toelichten, zijn de redenen waarom deze mensen zich op dat moment en niet eerder laten vaccineren, even divers.

1.2 Lokale vaccinatiepunten

Lokale vaccinatiepunten zijn kleine vaccinatiecentra die tijdelijk aanwezig zijn op een bepaalde plaats, zoals een gemeentelijke ruimte of een winkelcentrum. Ze kunnen de hele week open zijn of alleen op bepaalde dagen. Er zijn twee types: de vaccinatiepunten op initiatief van de GGC en de vaccinatiepunten op initiatief van andere actoren, zoals de gemeenten of de OCMW's. De organisatie van deze laatste is sterker afhankelijk van de actoren die aan de basis liggen van de actie. Ze beïnvloeden de samenstelling van de teams op het vlak van personeel, financiering of materiaal.

Doorgaans werken deze lokale vaccinatiepunten op vrijwel dezelfde manier als de vaccibussen. Er is geen afspraak nodig en er zijn geen specifieke administratieve procedures. Ze onderscheiden zich echter doordat ze zich in een gebouw bevinden en niet in de openbare ruimte. Ze zijn dan ook minder zichtbaar en het contact met de bevolking is minder direct. Deze eigenschap wordt nog versterkt als het vaccinatiepunt zich ver van een doorgangspek bevindt: het vaccinatiepunt van het station Brussel-Zuid bevond zich bijvoorbeeld in de galerij in plaats van langs de hoofdgang. Het nadeel van deze locatie is dat de voorbijgangers moeilijker in contact komen met het vaccinatieteam en dan vooral met de artsen en verpleegkundigen. Dit maakt de rol van de stewards, die de mensen moeten voorlichten

en uitnodigen, des te belangrijker, net zoals de elementen die bijdragen tot de zichtbaarheid van het vaccinatiepunt: vlaggen, affiches, borden, enz.

Anderzijds kan verankering in een bestaande structuur, zoals een OCMW, een gemeentehuis of universiteit, de fysieke afstand compenseren door een symbolische en interpersoonlijke nabijheid: de vaccinatiepunten kunnen ten eerste rekenen op de band tussen het publiek en de structuren als ze *“goed gekend zijn, een band hebben met de bevolking”* (huisarts). Ten tweede zijn er in bepaalde vaccinatiepunten bekende gezichten, *“terwijl in de vaccibussen medewerkers van het gewest aanwezig zijn”* (gesprek met een gemeenteambtenaar).

Volgens de mensen die we ontmoetten, biedt de afstand met de openbare ruimte bovendien het voordeel van discretie. Dit is belangrijk voor mensen die aan de blikken van de menigte willen ontsnappen. Wanneer iemand zich onwel voelt, kan de persoon ook apart gaan liggen, met enige privacy, wat niet mogelijk is in de vaccibussen waar *“men op de grond moet gaan liggen tot men zich terug beter voelt, wat veel omstanders die zich wilden laten vaccineren afschrikt”* (verpleegkundige).

1.3 Telefonisch contact met 65-plussers

Ambtenaren in verschillende gemeenten belden tijdens een telefooncampagne niet-gevaccineerde inwoners van 65 jaar en ouder op. Volgens de verantwoordelijken die we ontmoetten, zijn de resultaten niet eenduidig: hoewel de actie het mogelijk maakte rechtstreeks contact te hebben met de bevolking, een zekere kennis van de niet-gevaccineerden te verwerven en niet-medische vragen te beantwoorden, benadrukken ze het (uiterst) lage aantal registraties.

Om deze opdracht tot een goed einde te brengen, organiseerden de verantwoordelijken een opleiding voor hun medewerkers op basis van informatie die onder meer afkomstig was van de GGC. De bedoeling was om de medewerkers voor te bereiden *“op de manier waarop zij het onderwerp moeten aankaarten”* volgens een zorgzame aanpak die gebaseerd is op bewustmaking en voorlichting en waarbij tegelijk wordt vermeden dat *“de mensen het gevoel krijgen dat ze gecontroleerd worden”* (verantwoordelijke) of dat men hen probeert te overhalen: *“Ze vertellen de mensen dat ze zeker willen zijn dat ze de informatie hebben ontvangen en al het nodige hebben om zich te laten vaccineren”*, door met name een taxi aan te bieden voor gratis vervoer naar het vaccinatiecentrum als ze dat wensen.

De reacties waren positiever dan de verantwoordelijken van de actie gehoopt hadden. Er waren *“slechts enkele [...] negatieve reacties.”* Ze spreken van een positief effect in hun relatie met de bevolking omdat ze rechtstreeks contact hadden, waardoor de mensen het *“gevoel hebben dat de gemeente er voor hen is”* (verantwoordelijke). Daardoor konden ze ook *“de statistieken interpreteren”* omdat ze een beter zicht kregen op de niet-gevaccineerden en hun terughoudendheid, maar ook op het grote aantal mensen dat zich in het buitenland liet vaccineren. Ze wijzen echter ook op een aantal

beperkingen. Ten eerste vergt de actie veel tijd en mankracht, maar is ze niet erg doeltreffend op het vlak van het daadwerkelijke aantal registraties. Bovendien voelden verschillende gemeenteambtenaren zich niet goed bij het opdringerige karakter van het initiatief. Het was over het algemeen inderdaad moeilijk *“een evenwicht te vinden tussen mensen aanmoedigen”* en het gevoel van controle te vermijden, zelfs wanneer de persoon aan de andere kant van de lijn het initiatief positief onthaalde: *“De mensen zijn tevreden over het initiatief van de gemeente, maar rechtvaardigen systematisch hun standpunt door te zeggen dat ze al gevaccineerd zijn, al een afspraak hebben of niet in aanmerking komen wegens medische redenen, enz.”* (verantwoordelijke). We komen terug op dit gevoel van onbehagen in hoofdstuk 4. Tot slot bevatten de lijsten van de GGC veel gebrekkige, onjuiste of verouderde informatie. Bepaalde gemeenten werkten samen met hun bevolkingsdienst om deze problemen op te lossen. Dat was echter niet voor alle gemeenten het geval.

1.4 Deur-aan-deur

Ambtenaren in verschillende gemeenten voerden een deur-aan-deurcampagne in het kader van een breder initiatief om niet-gevaccineerden van 65 jaar en ouder te bereiken. We konden slechts van één gemeentelijke operatie de gegevens verzamelen. De campagne verliep als volgt: de ambtenaren stuurden eerst een brief naar de mensen op hun lijst, namen vervolgens telefonisch contact op vooraleer ze thuis te bezoeken om te melden dat er speciaal voor hen een vaccibus zou langskomen.

Volgens de mensen die we ontmoetten, was de actie geen onverdeeld succes. Net zoals de telefooncampagne vergde deze veel tijd en mankracht voor een uiterst zwak resultaat: twee bevestigingen op een honderdtal bezochte adressen, aldus de verantwoordelijke van de actie. Die geringe impact kwam ook tot uiting in de lage opkomst toen de bus langskwam. Het noopte het team ertoe zijn strategie aan te passen en iedereen die dat wou te vaccineren, ongeacht hun leeftijd. De mensen van de doelgroep waren *“geïrriteerd omdat ze het vaccin al geweigerd hadden”*. De betrokken ambtenaren vonden de actie dan weer *“te opdringerig voor een geringe impact”* (verantwoordelijke). We wijzen er ook op dat andere gemeentelijke verantwoordelijken om dezelfde redenen weigerden in te gaan op het verzoek van de gewestelijke overheden.

1.5 Bewustmaking en vaccinatie in de apotheken

De rol van de apothekers in de vaccinatiestrategie nam verschillende vormen aan. Ze was en is nog steeds omstreden. Apotheken beschikken over verschillende troeven om vaccinatie toegankelijker te maken, zoals de vertrouwensrelatie met de vaste klanten en, meer in het algemeen, het contact met een grote populatie, waaronder mensen die geen medische zorg nodig hebben, het niet nodig vinden

die te zoeken of die geen huisarts hebben –wat het geval is voor 40% van de Brusselaars¹. Zoals we bespreken in hoofdstuk 4 (over de professionele actoren), verzet de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) zich echter tegen vaccinatie door apothekers op ethische en deontologische gronden.

De eerste vorm van tussenkomst van de apothekers maakt deel uit van hun preventieve opdracht. Deze bestaat uit advies geven, bewustmaken en vragen van klanten beantwoorden. Sinds mei 2021 verschaft de overheid een module aan apothekers die geïntegreerd is in de software die ze gebruiken. Dankzij die module krijgen ze een melding van de vaccinatiestatus van hun klanten. Als ze niet-gevaccineerden tegenkwamen, werd aan de apothekers gevraagd de houding van deze personen tegenover vaccinatie te omschrijven: twijfel, weigering, enz.

Deze module stelde de apothekers in staat proactief de hand te reiken aan niet-gevaccineerden, hen eraan te herinneren dat het vaccin gratis is, hen te informeren hoe ze zich kunnen registreren of een gesprek aan te knopen met twijfelaars. Er waren echter praktische en relationele nadelen. Ten eerste kregen de apothekers meldingen over zowel gevaccineerden als niet-gevaccineerden. Op hun vraag werd dit technische probleem opgelost. Ten tweede bleek volgens onze respondenten dat niet-gevaccineerden zich meer tegen vaccinatie verzetten naarmate de tijd vorderde. Dit is dus *“tijdverspilling”* en het gesprek kan zelfs contraproductief zijn. Bij gebrek aan een specifieke opleiding waren sommige apothekers *“bang om dit privégesprek aan te gaan”*. Ze lieten verstaan dat ze niet juist weten hoe ze deze rol moeten invullen: *“We hadden instructies moeten krijgen over hoe we het gesprek over vaccinatie moeten aanknopen toen de module werd geïnstalleerd [in de software]”* (focusgroep apothekers).

Vanuit hun ervaring manen de apothekers aan tot voorzichtigheid: *“Te veel aandringen sterkt de patiënten in het idee dat we te hard pushen, dat het een beetje raar is. Zo niet wekken we nog meer weerstand op en versterken we de indruk dat het allemaal een complot is”* (focusgroep apothekers). Ze wijzen erop dat praten over vaccinatie de vertrouwensrelatie kan schaden die net de basis vormt voor bewustmaking: *“Er moet een band zijn met de persoon om het bewustzijn te verhogen, althans om meer slaagkans te hebben.”* Aan de andere kant, *“wanneer we niet-reguliere klanten vragen wat ze van het vaccin vinden, kijken ze ons aan met een blik van ‘wat wil je van mij?’”* (focusgroep apothekers).

De tweede vorm van tussenkomst van de apothekers is gebaseerd op een proefproject dat in het najaar 2021 van start ging: Pharma-on-tour, het resultaat van een samenwerking tussen de GGC en de

¹ Bruxelles : vers la vaccination en pharmacie. (2021, 27 augustus). *Je me vaccine*.
<https://www.jemevaccine.be/centre-d-informations/bruxelles-vers-la-vaccination-en-pharmacie/>

Apothekersvereniging van Brussel. Dit houdt in dat vaccinatieteams van artsen en verpleegkundigen zich in verschillende gemeenten met een lage vaccinatiegraad opstellen in bepaalde apotheken of recht tegenover de apotheken in een bus of onder een tent. In deze constellatie oefenen de apothekers hun bewustmakingsopdracht uit. Daarnaast bereiden ze de vaccins voor en slaan ze deze op. Apothekers die bereid waren om deel te nemen aan het proefproject zien hierin een kans om multidisciplinair te werken en, zoals we zullen zien, een eerstelijnsnetwerk op te zetten. Het is voor hen ook belangrijk hun bovengenoemde troeven te kunnen uitspelen en zo bij te dragen aan de vaccinatiestrategie: *“Ik heb me kandidaat gesteld omdat de cijfers uit mijn wijk me moedeloos maakten. Op lange termijn is dit echter niet het model dat we moeten aanhouden”* (focusgroep apothekers). Dit citaat toont aan dat het gekozen model beperkingen inhoudt. Ten eerste beschikken bepaalde apothekers niet over genoeg ruimte om een team onder te brengen. Ten tweede kan de aanwezigheid van een extern team in hun werkruimte de werksfeer en de efficiënte beïnvloeden: het is *“ingewikkeld voor de werksfeer, het zou immers storend werken omdat we al tot over onze oren in het werk zitten!”* Ten derde zijn sommige apothekers opgeleid om zelf te vaccineren. De Belgische wet staat hun echter op dit moment niet toe deze beroepshandeling te verrichten. Die blijft voorbehouden aan artsen. Zoals we er later aan zullen herinneren, eist de BVAS het alleenrecht op voor deze handeling, wat sommige apothekers niet bepaald aanmoedigt hun apotheek te delen met een vaccinatieteam. Vooral omdat hun klanten deze teams niet kennen en de leden van de teams elke dag veranderen. Daarom vinden bepaalde apothekers dat *“het beter zou zijn om het zelf te doen in plaats van een externe huisarts. Tot nu toe hebben de huisartsen zich nog niet bemoeid met onze voorbereidingen, maar het zijn bijzondere ervaringen [gelach].”*

De derde vorm van tussenkomst van de apothekers is via satellietapotheken, waarvan de testfase midden oktober afliep. Dit houdt in dat verschillende apotheken fungeren als opslag- en distributieplaats voor vaccins en in verbinding staan met een of meerdere nabijgelegen vaccinatiepunten. Het is een idee dat veel bijval krijgt van de huisartsen die we ontmoetten. Ze kampen immers met tal van logistieke problemen bij de vaccinatie.

De vierde en laatste vorm van tussenkomst van de apothekers staat nog in de steigers. Het project is een voorstel van federaal minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke en moet apothekers in staat stellen vaccins toe te dienen na een geschikte opleiding. In hoofdstuk 4 (over de professionele actoren) komen we terug op de controverse hieromtrent.

1.6 Vaccinatie in de huisartsenpraktijk

Sinds 19 juli 2021 mogen de huisartsen vaccins toedienen aan hun patiënten. Tot deze datum vervulden de meeste van onze deelnemende huisartsen een preventieve rol bij de vaccinatie door

voorlichting te geven, te adviseren en vragen van patiënten te beantwoorden. We lichten in hoofdstuk 4 (over de vaccinatie-actoren) de verschillende manieren toe waarop de artsen deze rol hebben vervuld. Doorgaans betreuren huisartsen dat ze niet nauwer en sneller betrokken werden bij de vaccinatiestrategie. Bovendien zijn ze het grotendeels eens dat "*huisartsen niet het best geplaatst zijn om te vaccineren, onder deze omstandigheden*" (huisarts). Deze omstandigheden hebben vooral betrekking op het type vaccin, de meerdere dosissen en de logistieke beperkingen om het vaccin te verkrijgen en te bewaren. Daarom is een lokaal contactpunt, dat uitgerust is om vaccins te beheren en snel te vaccineren, voor hen van essentieel belang: "*Het probleem is dat wanneer je erin slaagt iemand te overtuigen je niet meteen kan vaccineren. Als hij of zij twijfelt en je slaagt erin hem of haar te overtuigen en je moet het dan nog uitstellen, enz., bedenkt hij of zij zich weer en laat hij of zij zich niet meer vaccineren*" (huisarts).

In de praktijk dienen de zelfstandige huisartsen die we ontmoetten geen vaccins toe, of zeer zelden en enkel voor welbepaalde patiënten. Het is immers tijdrovend "*en er zijn veel logistieke beperkingen*" (huisarts). Wat de medische huizen betreft, wijzen onze respondenten erop dat "*het behoorlijk ingewikkeld is, je van tevoren moet plannen, zorgen voor de dosissen. Het is ingewikkeld voor gewone mensen, terwijl het net de gewone mensen zijn die we nu moeten vaccineren*". Ze verduidelijken dat ze als huisarts "*logistiek de reservaties en afspraken niet kunnen beheren. Omdat het om meerdere dosissen gaat, heb je precieze afspraken en zo nodig*". We zullen in onze studie *Melting Point* (Thunus et al., te verschijnen) aantonen dat sommige medische huizen niet op afspraak werken en dat dit een eigenschap is die de zorg toegankelijker maakt voor kwetsbare doelgroepen.

1.7 Coördinatoren van lokale acties (CLA's)

De GGC voert het CLA-project uit in samenwerking met de Federatie van de Bicommunautaire Maatschappelijke Diensten. De bedoeling is lokale steun te bieden aan de gezondheids- en welzijnsactoren. De mensen die aangeworven werden voor dit project hebben uiteenlopende profielen, maar zijn over het algemeen werkzaam in het domein van hulp en bijstand. Meestal zijn het maatschappelijk werkers, opvoeders en verpleegkundigen. Sommigen zijn gespecialiseerd in gemeenschapsgezondheid.

De CLA's werken in gemengde teams op het vlak van geslacht, talenkennis, professionele, culturele en transversale vaardigheden, zoals informatica. Hun motto is "aanpassen en creatief zijn". Aanpassen is een vereiste gezien de veranderende politieke context en de veelvuldige behoeften van de bevolking. Via een WhatsAppgroep kunnen ze regelmatig communiceren en informatie en ideeën uitwisselen. Het ondersteunt hun flexibiliteit.

De CLA's sluiten aan bij lopende acties in hun gemeente, zoals de vaccibussen, of ze worden ondergebracht in structuren zoals de medische huizen of onthaalhuizen. In het laatste geval is het publiek waarmee ze in aanraking komen specifiek. Het betreft bijvoorbeeld groepen vrouwen of dak- en thuislozen, maar ze kunnen terugvallen op de band van nabijheid en vertrouwen tussen de structuur die hen onderdak biedt en het publiek. Het komt er dus op aan deze relatie te benutten om vaccinatie ter sprake te brengen, zonder de relatie in het gedrang te brengen. Deze relatie komt immers bredere doelstellingen ten goede, zoals sociale cohesie of toegang tot zorg. Een ander voordeel van de CLA's is dat ze verankerd zijn in de buurt. Dat zorgt ervoor dat ze dicht bij de behoeften van de mensen staan en het voedt het *"gevoel dat het mogelijk is elkaar te begrijpen"* (focusgroep CLA's). De CLA's wijzen ook op het belang van hun openheid, waardoor het mogelijk is *"over alles te praten"*: *"Niet focussen op vaccinatie, maar andere kwesties aansnijden die, vanuit het oogpunt van de bevolking, niet zo veraf staan"* (idem).

Hun activiteiten vergen daarom tijd, niet alleen tijd om *"voor te bereiden, [om] de juiste informatie te zoeken en antwoorden op de meest gestelde vragen voor te bereiden"* (idem), maar ook tijd om te luisteren. Zoals we later toelichten, zijn een luisterend oor en tijd belangrijke troeven. Deze (alleen) maken het immers mogelijk om het nut van vaccinatie aan te tonen.

1.8 Andere vaccinatieacties

De mensen die we ontmoetten in het kader van dit onderzoek brachten ook andere acties ter sprake die de vaccinatie moeten bevorderen. Zo trokken gemeentebesturen in Anderlecht naar apothekers op hun grondgebied om te vragen of ze de bevolking wilden voorlichten en registreren voor vaccinatie. 80% van de apothekers gingen akkoord en plaatsten een affiche in dertien talen in hun apotheek om de bevolking bewust te maken van deze mogelijkheden. Een ander voorbeeld is Mobivax, een mobiel team met leden van Artsen Zonder Grenzen, het Belgische Rode Kruis, Dokters van de Wereld en Samusocial. Dit team werd ingezet voor bijzonder kwetsbare of gemarginaliseerde doelgroepen zoals dak- en thuislozen, migranten en mensen zonder papieren: *"Mobivax gaat niet naar openbare plaatsen, maar daar waar de specifieke doelgroepen zich bevinden"*, zoals kraakpanden of moeilijke buurten (verantwoordelijke).

Deze acties werden niet onderzocht in het kader van deze studie over de acties op initiatief van de GGC. Deze twee voorbeelden zijn echter belangrijk omdat ze het gedecentraliseerde karakter en de vele gezichten van de vaccinatiestrategie in Brussel kenmerken. We komen uitgebreid hierop terug in hoofdstuk 3 over het vaccinatiebeleid.

Hoofdstuk 2: De behoeften van de bevolking: toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en vertrouwen

In de pers en de media wordt de bevolking vaak opgedeeld in goede en slechte burgers. Sinds het begin van de pandemie worden mensen opgedeeld in categorieën en met de vinger gewezen. Deze groepen zouden vijandig of opstandig zijn, eerst tegenover de gezondheidsmaatregelen en vervolgens tegen vaccinatie. De groepen variëren, soms zijn het Brusselaars, soms armen, dan weer jongeren, maar ook inwoners van Molenbeek, enz. Ongeacht het etiket dat ze opgeplakt krijgen, worden deze groepen regelmatig verantwoordelijk gehouden voor de gezondheidssituatie. Zo verklaarde de eerste minister onlangs, in navolging van Joe Biden: *“Deze epidemie is een epidemie van niet-gevaccineerden aan het worden. Als samenleving kunnen we niet aanvaarden dat mensen keuzes maken die anderen in gevaar brengen. Wie zich niet laat vaccineren is verantwoordelijk”*. (Alexander De Croo, persconferentie van 17 september 2021).

De media omschrijft deze aanpak als “aanstootgevend”². De maatschappelijke realiteit blijkt echter oneindig veel complexer. Ten eerste krijgen we geen pasklare antwoorden wanneer we deze categorieën aan de werkelijkheid toetsen. In de onderstaande fragmenten stellen we de professionals vragen over “gemeenschappen” en “opleidingsniveau”. We stellen vast dat deze categorieën geen solide, stabiele en homogene basis vormen om te begrijpen of te verklaren waarom iemand zich laat vaccineren.

Wat de gemeenschappen betreft: *“Maghrebijnen, om religieuze redenen, en Afrikanen, omdat hun opvattingen een bron zijn van angsten omtrent hun lichaam, laten zich niet gemakkelijk vaccineren”* (huisarts); *“Moslims stellen zich doorgaans niet terughoudend op tegenover vaccinatie, maar Kroaten wel”* (verpleegkundige); *“Het probleem zijn groepen die hetzelfde idee aanhouden, bijvoorbeeld groepen die een gemeenschappelijke activiteit zoals yoga uitoefenen”* (huisarts); en *“groepen die aanhanger zijn van alternatieve geneeskunde”* (huisarts).

Wat het opleidingsniveau betreft: volgens een apotheker *“zijn tegenstand tegen vaccinatie en opleidingsniveau nauw met elkaar verbonden. De vaccinatiegraad ligt lager in*

² H. M. (2021, 17 september). Alexander De Croo : " Cette épidémie devient une épidémie des non vaccinés. La situation à Bruxelles n'est ni acceptable, ni tenable ". RTBF.
https://www.rtb.be/info/belgique/detail_alexander-de-croo-cette-epidemie-devient-une-epidemie-des-non-vaccines-la-situation-a-bruxelles-n-est-ni-acceptable-ni-tenable?id=10844128

migrantenmiddens, niet vanwege hun cultuur of religie, maar door een lager opleidingsniveau: kortere schoolloopbanen, minder hooggeschoolden enz.”; maar volgens een huisarts: “zijn ze wel degelijk op de hoogte van de vaccinaties en weten ze wat ze zouden moeten doen op gevaccineerd te worden”; een andere huisarts voegt daaraan toe: “de “bobo’s” zijn niet de grootste groep, maar wel het moeilijkst te overtuigen” (huisarts).

Ten tweede, zoals in de wetenschappelijke en internationale literatuur wordt opgemerkt (Malengreaux et al., 2021), zijn mensen die als antivaxer of complotdenker beschouwd worden vaak gewoon mensen die twijfelen³. De peilingen bevestigen trouwens deze tendens, van de Verenigde Staten (Hamel et al., 2021) tot België. Zo blijkt uit een studie van Sciensano van december 2020 dat 60% van de ondervraagde meerderjarigen zich wilden laten vaccineren, dat 25% twijfelden en 15% tegen waren.

In het volgende kader geven wij een illustratieve en niet-exhaustieve lijst van redenen waarom mensen aarzelen om zich te laten vaccineren:

Kader 1. Redenen voor terughoudendheid

Illustratie van bezorgdheden van mensen die aarzelen om zich te laten vaccineren tegen het coronavirus

- Angst voor bijwerkingen en langetermijneffecten van het vaccin, zoals angst voor onvruchtbaarheid.
- Prikangst.
- Risico's die gepaard gaan met een medische aandoening of zwangerschap.
- Gebrekkige kennis over het vaccin en hoe het werkt: “*we weten niet waarmee ze ons inspuiten*” (huisarts) of “*ons DNA wordt veranderd*”.
- Het vooruitzicht dat men zich meerdere keren moet laten vaccineren, omdat de effectiviteit van het vaccin beperkt lijkt te zijn in de tijd en een derde dosis wordt voorgesteld.
- Onzekerheid over de effectiviteit van het vaccin tegen nieuwe en toekomstige varianten.
- Het vaccin is niet effectief genoeg omdat je de ziekte nog steeds kan krijgen.
- De overtuiging dat groepsimmunititeit een utopie is, dus we kunnen evengoed enkel de risicopatiënten vaccineren.
- Het vaccin werd heel snel ontwikkeld in vergelijking met andere vaccins en de derde testfase was niet regulier.
- Nog niet volledig hersteld van de vorige inspuiting tegen het coronavirus.
- Het nut niet inzien van vaccinatie omdat men geen risicoprofiel heeft en vertrouwen heeft in het eigen immuuniteitsstelsel (vooral wanneer de persoon besmet was en er geen complicaties waren).
- Enz.

³ Tufekci, Z. (2021, 15 oktober). The Unvaccinated May Not Be Who You Think. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2021/10/15/opinion/covid-vaccines-unvaccinated.html>

Veel van deze angsten, twijfels of terughoudendheid zijn niet eigen aan het COVID-19-vaccin en waren voor de epidemie al gekend in de wetenschappelijke literatuur (Malengreaux et al., 2021. Larson et al., 2014, 2011. MacDonald, 2015).

Ten derde dragen deze categorieën stigma's met zich mee, vooral in verband met armoede. Ze nemen mensen in het vizier die kwetsbaar zijn en onder de radar leven van de gezondheids- en welzijnssystemen⁴. Deze mensen hebben in Brussel financiële, taalkundige, administratieve en relationele problemen om toegang te krijgen tot zorg (Thunus et al., 2021). Door nog meer te wijzen op hun kwetsbare situatie heeft het debat over het vaccin een performatief effect: het kan mensen ertoe aanzetten zich te gedragen naar het stigma dat ze krijgen (Goffman, 1975), in dit geval zich niet laten vaccineren.

Om deze empirische en theoretische redenen zijn wij geen voorstander van deze aanpak per doelgroep en stellen we voor de bevolking te benaderen op basis van haar praktische behoeften aan kennis, duiding en vertrouwen, die haar houding tegenover vaccinatie en, meer in het algemeen, tegenover gezondheid en samenleving vormgeven. Zoals we hieronder toelichten, lijkt een aanpak die deze behoeften centraal stelt, en dan vooral de behoefte aan duiding en vertrouwen, in het huidige vaccinatiestadium terrein te winnen. Bovendien lijkt een aanpak die zich toespitst op de behoeften veel heuristisch om de troeven en beperkingen van de verschillende hierboven beschreven acties aan te tonen.

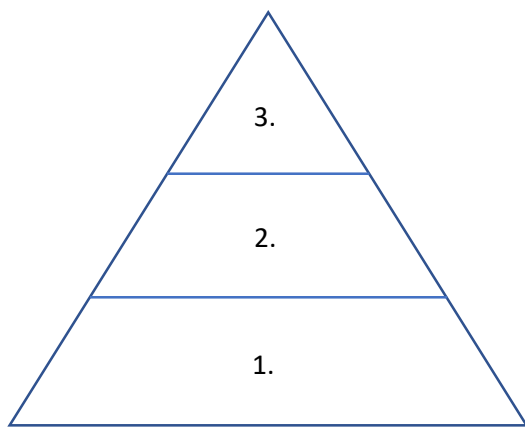
1. Van universele acties tot vertrouwensrelatie

In een eerste fase richtte de Brusselse vaccinatiestrategie zich op grote vaccinatiecentra. Toen verschillende vaccinatiecentra in augustus de deuren sloten, namen lokale acties de fakkel over onder het motto "Leave no one behind". Onze studie gaat niet over de grote vaccinatiecentra, maar het is toch belangrijk ze op te nemen in een continuüm, gaande van acties die mikken op kwantiteit (het aantal gevaccineerden) tot acties die de vaccinatiekwaliteit vooropstellen.

In het schema hieronder zien we aan de ene kant van het continuüm de acties die zo snel mogelijk zo veel mogelijk mensen willen vaccineren in een benadering die soms als "industriële" wordt omschreven. Aan de andere kant zien we de acties die gericht zijn op kleine groepen die verder van vaccinatie afstaan en complexere behoeften hebben. Hun planning in de tijd is dan ook heel verschillend en varieert van louter een uitnodiging tot vaccinatie, die op korte termijn kan gebeuren en uitmondt in een snelle afspraak, tot het opbouwen van een relatie, wat meer tijd vraagt. Daartussenin vinden we de mobiele acties die werken als een voorstel voor de vaccinatie: ze gaan naar

⁴ Idem.

de mensen toe en bieden de mogelijkheid op een gesprek. Voor de duidelijkheid onderscheiden we in figuur 1 drie belangrijke acties binnen een continuüm van vaccinatieacties.

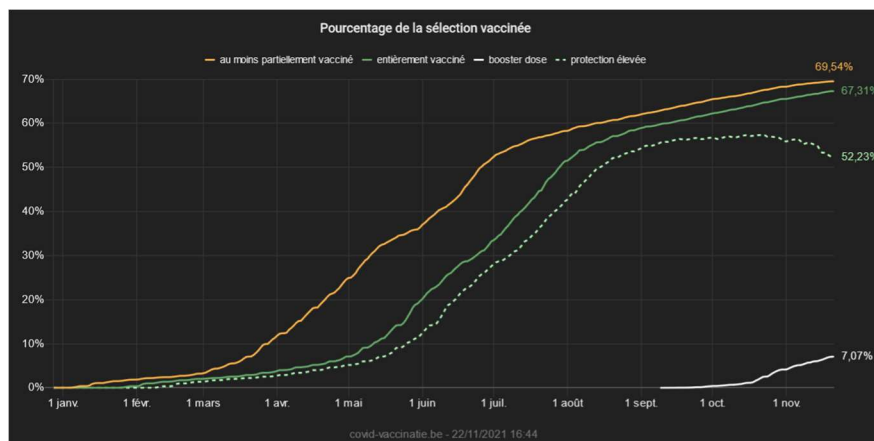


Figuur 1. De soorten vaccinatieacties en hun doelgroep.

1. Vaccinatiecentra: richten zich op de massavaccinatie van bevolkingsgroepen die zich vrijwillig aanbieden en voor wie er geen toegangsdrempels zijn.

2. Mobiele acties: reduceren de toegangsdrempels tot een minimum en gaan zo dicht mogelijk tot bij de mensen. Ze richten zich op een aarzelend publiek of mensen voor wie de vaccinatiecentra onvoldoende toegankelijk zijn (om welke reden dan ook).

3. Vaccinatie in bestaande structuren (apotheken, medische huizen, huisartsenpraktijken, enz.): richt zich tot meer kwetsbare doelgroepen, die aarzelen of zich terughoudend opstellen en die een vertrouwensband nodig hebben om de stap naar vaccinatie te zetten.



Figuur 2. Evolutie van het percentage van de Brusselse bevolking van 12 jaar en ouder dat op 20 november 2021 gevaccineerd is. Bron: <https://covid-vaccinatie.be>

Figuur 2 toont de evolutie van het aantal toegediende dosissen in de tijd. Ze weerspiegelt de opeenvolging van de verschillende soorten acties die we zojuist opsomden. Ze toont in de eerste plaats een zeer snelle stijging van de vaccinatiegraad: de grote centra vaccineren massaal mensen die vrijwillig op hun uitnodiging ingaan, de meerderheid van de bevolking dus. In de maand augustus

merken we duidelijk een vertraging die overeenkomt met een daling van de activiteit van de centra en de gelijktijdige uitrol van lokale acties. De centra sloten immers de deuren tussen 10 en 31 augustus, met uitzondering van de centra van Molenbeek, Vorst, Sint-Pieters-Woluwe en Pacheco. Het is de start van de tweede fase die zich richt op een kleiner deel van de bevolking, zoals blijkt uit de stijging van de vaccinatiegraad: tussen 1 september en 20 november 2021 steeg de partiële vaccinatiegraad van 62,06% naar 69,54%, dus een toename van 7,48% in twee en een halve maand. Ondanks deze beperkte toename, streven de lokale acties naar een duurzame en verantwoordelijke aanpak, met aandacht voor het behoud van de band met de bevolking en voor haar concrete en specifieke behoeften: het *“vergt enorm veel tijd, want het is niet alleen maar vaccineren.”* Het *“wantrouwen in de media en de politiek”* moet worden hersteld en *“[verkeerde opvattingen] moeten worden ontkracht”* (huisarts van een medisch huis). De *“vertrouwensband [met de professionals] is uiterst belangrijk”* om de connectie te maken met mensen die *“minder betrouwbaar zijn, niet op de vaccinatieafspraken komen of te laat opdagen”*, met mensen die *“moeilijk hun wijk kunnen verlaten”* en *“een vertrouwd, intiëmer en toegankelijker kader”* nodig hebben om zich te laten vaccineren (idem).

2. Vaccinatiebereidheid

Om de diverse behoeften van de bevolking in kaart te brengen, stellen we voor een onderscheid te maken tussen twee determinanten van vaccinatiebereidheid: toegankelijkheid en aanvaardbaarheid (Neumann-Boheme et al., 2020). Deze kunnen ook voorgesteld worden met de woorden *“supply”* en *“demand”* (Siciliani et al., 2020). Deze termen maken een onderscheid tussen het vermogen en de bereidheid om zich te laten vaccineren. Door dit onderscheid kunnen drie sleutelementen van vaccintwijfel in kaart worden gebracht (Siciliani et al., 2020): ten eerste, de toegankelijkheid, met name de afstand, tijd, kosten en administratieve procedures; ten tweede, de aanvaardbaarheid of de perceptie van de behoefte, gekoppeld aan de risicoperceptie van de ziekte; en ten derde, het vertrouwen in het vaccin of de personen die het toedienen.

Deze factoren kunnen worden gezien vanuit een afweging van de voordelen en risico's. Deze zienswijze zet de discrepantie in de verf tussen de risico's van het vaccin, waarvan de blootstelling bij vaccinatie zeker is, en het hypothetische karakter van de infectie (Siciliani et al., 2020). Ze is interessant omdat ze de gedachtegang weergeeft van veel burgers die we ontmoetten, vooral jongeren en mensen die al besmet zijn geweest met het coronavirus.

Zo vertelden enkele jongeren die we bij de vaccibus ontmoetten dat *“we best wel begrijpen”* dat men *“andere beweegredenen”* kan hebben (dan reizen), maar *“het is niet relevant voor jongeren... voor ouderen wegen de voordelen op tegen de risico's”*, maar niet voor jongeren. Vooral omdat velen al COVID-19 hebben opgelopen: *“Als risicopatiënten gevaccineerd zijn,*

waarom moeten wij ons dan nog laten vaccineren” en “vooral als we horen dat we toch nooit groepsimmunititeit zullen bereiken” (gesprek met een student, vaccibus Flagey).

De kosten-batenanalyse berust op de veronderstelling dat de actoren rationeel zijn en beslissingen nemen als een *homo economicus*, dus volgens een kosten-batenanalyse op basis van perfecte informatie. De student die we citeerden is een mooi voorbeeld van deze houding tegenover het vaccin. We moeten deze echter nuanceren. In de context van een pandemie die we tegelijkertijd proberen te begrijpen en onder controle te krijgen is de beschikbare informatie verre van perfect, volledig en zeker. Afhankelijk van de informatiebronnen is ze soms ook onjuist. Bovendien hebben andere elementen zoals emoties, geloof en maatschappelijke en politieke context een invloed op de houding van burgers tegenover vaccinatie. We lichten hieronder toe dat deze elementen, hoewel per definitie irrationeel, goede redenen bieden voor mensen om te aarzelen en zelfs om te weigeren zich te laten vaccineren.

2.1 Toegankelijkheid

Over het algemeen spreken de actoren die we hebben ontmoet over een zeer goede toegankelijkheid. Ze benadrukken vooral de uitbreiding van het aantal acties en de verscheidenheid ervan waardoor een zeer grote bevolkingsgroep kan worden bereikt door voorzieningen aan te bieden die aan zeer uiteenlopende behoeften zijn aangepast. Deze acties verlagen de drempels voor vaccinatie aanzienlijk doordat ze gratis vaccinatie aanbieden, zonder afspraak, dicht bij de woon- en werkplaats. Ze komen het vaakst voor, waardoor ze kunnen gebruikmaken van mond-tot-mondreclame, maar ook van zichtbaarheid: *“Ik zag de bus gisteren op weg van mijn werk naar huis. Ik beseftte dat ik daar de volgende dag gewoon kon stoppen”* (burger, vaccibus Flagey). Tot slot zijn de actoren bijzonder tevreden over die aanpak, die *“tegemoet komt aan de mensen”*. Het maakt de vaccinatie niet alleen gemakkelijker, maar biedt ook de mogelijkheid een publiek te bereiken dat zich niet betrokken genoeg voelt om de stap te zetten naar vaccinatie: Volgens een koppel dat zich liet vaccineren toen ze in de supermarkt water gingen halen:

“De mensen hebben al genoeg te doen. Vaccinatie was ingewikkeld en over het algemeen volgen we het nieuws over COVID niet omdat het deprimerend is. We hebben allebei COVID gehad en het was oké, we zijn al zieker geweest van andere dingen.”

Toch kon de toegankelijkheid beter. Eerst en vooral waren er veel zorgen over de communicatie over de acties. Toen de mobiele teams werden opgericht, was de informatie over hun aanwezigheid niet beschikbaar voor het grote publiek. De informatie werd vervolgens gepubliceerd op de website *coronavirus.brussels*, maar was soms onvolledig of onnauwkeurig. Zo gebeurde het dat wij op de aangegeven tijdstippen ter plaatse gingen en daar geen vaccinatieteams zagen. Ten tweede is een steeds terugkerend punt van kritiek dat het onmogelijk is het vaccin te kiezen. Veel mensen willen het

vaccin van Pfizer en weigeren dat van Johnson & Johnson, dat trouwens verboden is voor minderjarigen. Andere mensen willen dan weer liever een vaccin dat in één dosis kan worden toegediend. Het probleem is dat de mobiele teams over het algemeen niet de beide soorten vaccin hebben en dat het soort vaccin dat wordt aangeboden niet wordt vermeld in de communicatie over de initiatieven. Bovendien werd de vaccinatie bemoeilijkt door verschillende administratieve problemen, zoals de noodzaak van een rijksregisternummer (voor mensen zonder papieren) of de noodzaak om dosissen te bestellen met vermelding van de gegevens van de gevaccineerden (voor huisartsen). Ten slotte, zoals wij hebben benadrukt, hanteren de lokale acties een "kwalitatieve" aanpak die veel tijd vergt –een medisch huis beweerde zo niet meer dan twaalf mensen per week te vaccineren –maar ook flexibiliteit, wat door de logistieke regelingen niet altijd mogelijk is, bijvoorbeeld in het geval van de huisartsen.

2.2 Aanvaardbaarheid

We hebben vier belangrijke factoren in kaart gebracht die de behoefte beïnvloeden die de bevolking voelt om zich te laten vaccineren. De eerste twee kunnen gelinkt worden aan de kenmerken van de Brusselse bevolking, terwijl de volgende twee meer verband te lijken hebben met kennis en begrip van vaccinatie.

Ten eerste zijn de inwoners van Brussel gemiddeld jonger dan de inwoners van de andere gewesten van het land. Nu speelt leeftijd wel een bepalende rol in het risico op complicaties na een COVID-19-infectie.

Ten tweede hebben veel Brusselaars zich in het buitenland laten vaccineren. Maar het is mogelijk dat ze niet weten welke administratieve stappen ze daarna moeten ondernemen om de status van "gevaccineerde" te krijgen of dat ze die stappen te omslachtig vinden. Vooral wanneer een digitale kloof of taalkloof het moeilijk of onmogelijk maakt om de vaccinatiestatus te registreren. Dit is bijzonder ingewikkeld voor mensen die een eerste dosis in het buitenland hebben gekregen, bijvoorbeeld in Frankrijk, en de tweede dosis in België willen krijgen, waar ze werken. Een ander geval zijn de mensen die een vaccin hebben gekregen dat in België niet is erkend. Dit is bijvoorbeeld het geval voor mensen die in Marokko zijn gevaccineerd met het Chinese vaccin Sinopharm, dat wel is erkend door de WGO maar niet door de Europese Unie.

Ten derde zien veel mensen die we hebben ontmoet het nut van vaccinatie niet in omdat het risico om de ziekte alsnog op te lopen, ondanks vaccinatie, blijft bestaan: *"Het slaat echt nergens op."* *"Wat is het nut ervan als ik toch nog besmet kan raken?"* Hoewel dit argument wijdverbreid is, halen onze respondenten aan dat de communicatie te lang beperkt is gebleven tot de bewering dat we "safe" zijn na vaccinatie. Transparante communicatie over de voordelen en de beperkingen van het vaccin lijkt

dan ook beter om vaccinatie te ondersteunen. Zo legt Inge Neven, coronaverantwoordelijke van de GGC, uit: *"Volledige vaccinatie tegen COVID-19 vermindert het risico op overdracht van het virus met 45%, beschermt tegen infectie met 70%, beschermt tegen ernstige vormen van de ziekte met 90%, vermindert het risico op ziekenhuisopname voor mensen die positief testen met 70% en vermindert het risico om op de intensieve zorgafdeling te belanden."* (Le Journal du Médecin, 9 november 2021)⁵

Ten vierde vinden de mensen het minder nodig om zich te laten vaccineren als ze al een milde vorm van COVID-19 hebben gehad: *"Ik heb het al gehad, het was niet zo erg."* Deze mensen geloven dat als ze de ziekte weer krijgen, ze nog steeds geen ernstige symptomen zullen vertonen waartegen het vaccin hen zou beschermen. Sommigen vergelijken het met de griep, een seizoensgebonden epidemie waarvoor alleen de risicogroepen worden gevaccineerd.

2.3 Vertrouwen

Vertrouwen is een belangrijke factor bij de beslissing om zich te laten vaccineren. We kunnen drie aspecten van vertrouwen onderscheiden: vertrouwen in het vaccin, vertrouwen in de vaccinatieactoren en vertrouwen in de samenleving en de politiek.

Vertrouwen in het vaccin

De getuigenissen die we hebben verzameld, tonen de angst aan voor drie grote risico's van de vaccinatie. Het eerste risico zijn de bijwerkingen. De angst voor dit risico is wijdverspreid en heeft vooral te maken met de ervaringen van familieleden en verhalen in de media en op de sociale media.

Het tweede risico zijn de langetermijneffecten. De belangrijkste argumenten die hier worden aangevoerd, zijn de snelheid waarmee de vaccins werden ontwikkeld en de korte tijdspanne. In deze categorie vinden we ook de angsten door een gebrek aan inzicht in de werking van het vaccin, bijvoorbeeld de overtuiging dat een mRNA-vaccin het DNA rechtstreeks wijzigt en voor genetisch gemodificeerde nakomelingen kan zorgen.

Het derde soort risico heeft te maken met een reeds bestaande medische aandoening. Het gaat dan om mensen die lijden aan astma of hart- en vaatziekten en zwangere vrouwen. Een huisarts die in een vaccinbus werkt, zegt veel tijd te besteden aan *"vragen beantwoorden over chronische ziekten die de mensen hebben en de compatibiliteit van het vaccin met die ziekten"*. *"Ze zijn soms slecht ingelicht door hun artsen."* Hier lijkt hoogwaardige medische informatie van een betrouwbare deskundige van essentieel belang.

⁵ La situation à Bruxelles est bien meilleure que l'an passé mais reste tendue. (2021, 9 november). *Le Journal du Médecin*. <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/la-situation-a-bruxelles-est-bien-meilleure-que-l-an-passe-mais-reste-tendue/article-normal-59533.html>

Vertrouwen in de vaccinatie-actoren

De gezondheidsprofessionals staan op de eerste rij bij de vaccinatiestrategie om te informeren, bewust te maken en te vaccineren, maar ook op een ander niveau, om de regering te adviseren en hun mening te geven over de evolutie van de epidemie. Maar ze hebben niet allemaal evenzeer het vertrouwen van de burgers. Nabijheid en persoonlijke banden tussen de professionals en de mensen lijken essentieel om een onderscheid te maken tussen de zorgprofessionals, voor wie de bevolking gevoeliger is, en de mediadeskundigen. Daarom lijken huisartsen en apothekers een belangrijke rol te spelen bij de bewustmaking over en de ondersteuning van vaccinatie, des te meer wanneer ze, persoonlijk of in team, plaatselijk verankerd zijn en dicht bij de bevolking staan: *"Mijn collega spreekt Turks, wat in grote mate helpt met het grote aantal Turken die niet goed Frans spreken. Zij helpt hen zich in te schrijven voor vaccinatie of Itsme te downloaden. Dit gebeurt dankzij de vertrouwensband, de nabijheid en de taal. Zonder het te begrijpen, zouden de patiënten niet toelaten dat iemand hen zou inschrijven. Een team 'van buitenaf' zou nutteloos zijn"* (apotheker).

Hier kunnen we een vergelijking maken met de neiging van veel mensen om meer gewicht toe te kennen aan de ervaringen van hun familieleden dan aan statistische gegevens. Het lijkt er inderdaad op dat de ervaring van familieleden een sterke invloed kan hebben op iemands beslissing om zich bijvoorbeeld te laten vaccineren: *"Ik moest eerst zien hoe het ging... de mensen om me heen. Ik weet dat het... maar het stelde me gerust om te zien dat het wel ging"* (informeel gesprek, vaccibus in Sint-Joost-ten-Node).

Deze neiging doet zich ook voor tegenover de professionals. Zo vertelt een huisarts die in een medisch huis werkt dat veel mensen *"mij vragen of ik gevaccineerd ben, met welk vaccin en wat de bijwerkingen zijn geweest"*. Ze hechten meer waarde aan persoonlijke ervaring dan aan cijfers en statistieken. Sommige professionals grijpen dit aan om vaccinatie aan te moedigen: *"Ik heb een bordje met 'Ik ben gevaccineerd' op mijn bureau gezet en ik stel ook de vraag aan mijn patiënten. Vaak laten ze zich dan uiteindelijk vaccineren"* (zelfstandige huisarts). De voorbeeldfunctie van sommige gezondheidsprofessionals wordt besproken in hoofdstuk 4.

Vertrouwen in de samenleving en de politiek

Wantrouwen tegenover de samenleving en de politiek wordt door onze respondenten zeer vaak genoemd. Wij hebben drie redenen voor wantrouwen vastgesteld. Ten eerste worden gezondheidsmaatregelen vaak beschouwd als ongelijk of oneerlijk, maar ook als inconsistent of zelfs tegenstrijdig. Enerzijds hebben de maatregelen de meest kwetsbare groepen het hardst getroffen, vooral door hun leefomgeving, hun woon- en werkomstandigheden en hun administratieve of gezinssituatie: ongezonde woning, overbevolking, verlies van officieel of officieus werk,

onmogelijkheid om te telewerken, blootstelling aan de ziekte, alleenstaand ouderschap. Deze elementen worden uiteengezet in het Melting Point-verslag.

De maatregelen, vooral de lockdown en de afstandsmaatregelen, hebben zo een gevoel van onrechtvaardigheid aangewakkerd. Dat werd nog verder versterkt door soms verrassende beslissingen, zoals kajakken toestaan als openluchtactiviteit.

In deze context lijkt de aanmoediging om zich te laten vaccineren "om zijn of haar burgerplicht te vervullen" bedenkelijk: *"Ze hebben niets voor mij gedaan, maar ik moet dit voor hen doen?"* Anderzijds zouden de chaotische opeenvolging van maatregelen (nieuwe maatregelen, veranderingen, omkeringen), de strengere toepassing ervan (Brussel tegenover de rest van het land) en hun "gebrek aan logica" (idem) ook hun draagvlak bij een deel van de bevolking hebben aangetast: *"Het probleem is dat politici wel communiceren, maar dat het moeilijker is om samenhangende maatregelen te nemen op basis van gegevens, wat de burgers wel verwachten"* (idem). Het geval van de mondmaskers, die alvorens ze verplicht waren, werden ontmoedigd toen de vernietiging van de reserves werd ontdekt, wordt regelmatig als voorbeeld genoemd.

Ten tweede bestaat er een sterk wantrouwen tegen de farmaceutische bedrijven en de banden tussen de politiek en het bedrijfsleven.

Een jonge vrouw vindt de bus erg handig, maar ze "moppert". Ze wil zich laten vaccineren omdat ze al vier jaar niet op vakantie is geweest en haar ouders al twee jaar niet heeft gezien. "Ik loop niet graag in het gareel", zegt ze, "maar ergens word je verplicht". En "Als je dan toch veiligheid naar binnen laat pompen, kun je het net zo goed snel doen: het is een eenmalig vaccin."

Zij vindt het soort klinische proeven voor het vaccin "schimmig" en de pogingen van de overheden om mensen gevaccineerd te krijgen nog schimmiger (observatie, vaccibus Flagey).

Sommige mensen leggen een verband tussen verplichte vaccinatie en de winst die de laboratoria die de vaccins ontwikkelen, opstrijken. Ze halen soms schandalen aan die de geloofwaardigheid van farmaceutische bedrijven hebben aangetast. Zo verwees een persoon naar een documentaire op de zender Arte *"waarin duidelijk te zien is dat het meer om business dan om iets anders gaat"*. De centrale rol van het vaccin in de strijd tegen COVID-19 roept ook vragen op: *"Er wordt nooit gezegd dat gebrek aan beweging en voeding belangrijke factoren zijn bij de ontwikkeling van ernstige vormen van COVID. Hierop zou kunnen worden ingespeeld, in plaats van alleen genoeg te nemen met het vaccin en medicijnen te geven om de symptomen te behandelen. Het is een bron van wantrouwen tegenover de geneeskunde omdat er onderliggende economische belangen zijn"* (CLA). Ook de *"enorme voordelen die de multinationals uit de epidemie hebben gehaald, waarbij kleine winkels werden gedwongen te*

sluiten terwijl de grote winkels enorme winsten maakten en hun prijzen konden verhogen" worden met de vinger gewezen. Die kwestie van economische verwickelingen ligt ook de gezondheidsprofessionals nauw aan het hart. Sommigen van hen hekelen met klem *"de vermenging van consumptie en gezondheidszorg, door het initiatief om [vaccibussen en lokale vaccinatiepunten] in commerciële zones te vestigen"*. *"Dat zou niet mogen worden gemengd"* (huisarts). Anderen vinden dat, ook al *"moet de geneeskunde worden losgekoppeld van het commerciële, het in dit specifieke geval geen slecht idee is als het de vaccinatie vergemakkelijkt, soms moet je je principes opzij zetten"* (apotheker).

Ten derde kadert het verzet tegen het vaccin in een bredere crisiscontext van sociale verbrokkeling (Maes, 2021) en democratie. De lage vaccinatiegraad *"doet de vraag rijzen naar het vertrouwen van de bevolking in hun regeringsleiders, en de noodzaak om de democratie opnieuw uit te vinden"* (verantwoordelijke). Het verzet tegen vaccinatie speelt zich af in een context waarin *"de mensen vinden dat er niet naar hen wordt geluisterd"* (CLA) en waarin *"er een gebrek aan vertrouwen is in de welvaartsstaat: mensen hebben geen werk, geen sociale woning, ze krijgen van beleidsmakers en instellingen geen oplossingen voor hun problemen, ze hebben nooit hulp gekregen, dus nu willen ze die ook niet. Ze denken dat de mRNA-technologie op hen wordt getest"* (idem).

Op dit niveau heeft de gezondheids crisis deze bestaande problemen nog verergerd: of het nu gaat om *"de sociale cohesie in de wijken, waar de afstandsmaatregelen veel schade hebben aangericht"* (CLA) of *"de democratie [die] met voeten werd getreden en het is niet gemakkelijk om terug te gaan, we moeten opnieuw ruimtes creëren die werden vernietigd"* (verantwoordelijke).

Hoofdstuk 3: Vaccinatiebeleid

Het beleid omvat in de eerste plaats de logica achter de vaccinatiestrategie, waarvan wij enkele hoofdkenmerken voorstellen: de grote verscheidenheid en rijkdom van de strategie, de dubbelzinnigheden over tijd en vrijheid, en het gebrek aan duidelijkheid. Vervolgens omvat het beleid de coördinatie van de uitvoering van de strategie om te voldoen aan de behoeften van toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en vertrouwen. We benadrukken de problemen van overleg en samenwerking waardoor niet of onvoldoende gebruik kan worden gemaakt van de complementariteit van de lokale acties die op initiatief van de Brusselse overheid worden ondernomen. Tot slot omvat het beleid ook de communicatie vanuit de politiek en de media, omdat die de context bepaalt waarin de vaccinatiestrategie zich ontvouwt.

1. Vaccinatiestrategie

De vaccinatiestrategie wordt in de eerste plaats gekenmerkt door een diversiteit aan acties die worden uitgerold. Dankzij deze diversiteit kan tegemoet worden gekomen aan de in hoofdstuk 2 beschreven behoeften aan toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en vertrouwen. De sterke toename van de acties lijkt echter soms ongecontroleerd te verlopen, wat problemen oplevert voor overleg en coördinatie. Een respondent zei: *"Er is geen netwerk of synergie tussen de verschillende acties"* (huisarts). Bovendien worden er, ondanks de talrijke acties, *"slechts een beperkt aantal mensen gevaccineerd, niet genoeg om te zorgen voor een voldoende hoge vaccinale dekkingsgraad voor het gewest"* (huisarts) *"terwijl het veel geld en arbeidstijd kost"* (verantwoordelijke).

Ten tweede vormt de vaccinatiestrategie in de ogen van veel professionals een tegenstelling tussen de vrijheid die de burgers krijgen om zich te laten vaccineren en de standpunten en maatregelen die doordrongen zijn van een *"hypocriete verplichting"*: *"Een groot deel van het werk dat moet worden gedaan, is mensen die zich niet willen laten vaccineren, overtuigen om dat toch te doen via een heleboel initiatieven, om daarna te zeggen dat mensen een keuze krijgen, terwijl dat eigenlijk niet zo is"* (verantwoordelijke). De professionals zijn het beu om *"te doen alsof"* (idem) en *"rond de pot te draaien"* (CLA) en willen een duidelijke en transparante beslissing: *"Ofwel verplicht je vaccinatie, ofwel aanvaard je dat sommige mensen zich niet laten vaccineren"* (idem). De verplichting wordt echter niet unaniem gesteund, omdat zij *"weerstand dreigt op te roepen"* (verantwoordelijke).

Ten derde worden de vaccinatieacties heen en weer geslingerd tussen twee moeilijk met elkaar te verzoenen tijdsbestekken. Enerzijds houdt de hoogdringendheid van een crisisbeleid in dat de vaccinatiegraad zo snel mogelijk moet worden verhoogd. Anderzijds zijn veel twijfels over vaccinatie geworteld in maatschappelijke kwesties die al lang bestaan. Bij deze twijfels benadrukken de

professionals dat het belangrijk is om (opnieuw) vertrouwensbanden te scheppen, gezondheidsgeletterdheid te bevorderen, sociale ongelijkheden te verminderen, kwaliteitsvolle woningen toegankelijk te maken voor iedereen, enz. Een dergelijke aanpak is een werk van lange adem, die in strijd is met het tijdelijke karakter van acties die in een noodsituatie actoren voor een beperkte duur inzetten.

Ten vierde wordt de vaccinatiestrategie ondermijnd door een gebrek aan duidelijkheid. Dit wordt toegeschreven aan de *"chaotische opeenvolging van maatregelen"*, verschillen tussen de gewesten en een *"gebrek aan samenhang"* (verantwoordelijke). De meeste professionals die wij hebben ontmoet, zeiden dat ze *"moe"* waren van *"voortdurend informatie te moeten controleren"* (idem). Ze beschrijven een verwarrende situatie waarin ze hun opdracht niet sereen kunnen uitvoeren:

"We weten niet meer waar we aan toe zijn. En ik ben dan nog de SPOC en dus normaal gezien de persoon die het best geplaatst is om het te weten. Zelfs ik snap het niet. Dus voor het grote publiek is het nog erger" (SPOC).

"Sommige patiënten zijn soms zelfs beter op de hoogte van vaccinatie, de maatregelen, enz. dan wij" (huisarts).

"Als ze mij bellen over de derde dosis, vermijd ik de vraag omdat ik er geen informatie over heb" (huisarts).

2. Coördinatie, samenwerking en overleg

Dankzij de diversificatie van de vaccinatiestrategie konden de bestaande structuren en ook de professionals uit de welzijns- en gezondheidssector bij de vaccinatie worden betrokken. Hun betrokkenheid versterkt de vaccinatiestrategie doordat ze de kwantitatieve aanpak van de vaccinatie aanvullen met een kwalitatieve aanpak. Die is vooral gebaseerd op de vertrouwensrelatie die deze actoren met de Brusselse bevolking hebben (zie hoofdstuk 2 en 5).

Hun betrokkenheid brengt echter ook problemen aan het licht rond middelen, coördinatie, samenwerking en overleg. Op het gebied van middelen is het *"een zeer zwaar initiatief"* (verantwoordelijke), waarvoor sommige actoren een gebrek voelen aan *"ondersteuning (van de GGC) in het proces"* (verantwoordelijke vaccinatiepunt). De meeste van deze actoren beschikken immers niet over de infrastructuur, de uitrusting, de ervaring of *"de logistieke en andere vaardigheden om de taak tot een goed einde te brengen"* (huisarts, medisch huis). *"We hadden logistieke problemen met de apparatuur, om het vaccinatiepunt op te zetten, omdat het OCMW geen medische instelling is. De GGC geeft op dit niveau geen richtsnoeren voor de behoeften –zoals een speciale koelkast, een ligstoel voor wanneer gevaccineerde mensen zich niet goed voelen –en onvoldoende ondersteuning bij het opzetten van een vaccinatiepunt"* (OCMW-verantwoordelijke).

Bovendien zorgt de vaccinatieopdracht ervoor dat de druk toeneemt op het personeel, de tijd en de financiële middelen van de welzijns- en gezondheidszorgstructuren, die door de pandemie al verzwakt zijn. Voor de acties die eerder een kwalitatieve dan een kwantitatieve aanpak hanteren: *"neemt vaccinatie veel tijd in beslag omdat het niet alleen gaat om vaccineren zoals in de centra, mensen komen hier ook om te praten. Sommige mensen komen naar de vaccinatieafspraken maar twijfelen nog en stellen vragen, ze willen gerustgesteld worden"* (huisarts, medisch huis). Het gaat dus om *"een veel grotere werklust"*, *"waarvoor wij niet worden betaald, terwijl we naast COVID niet minder werk hebben"* (idem). Het is dus een *"financieel en blijvend moeilijk vooruitzicht"* waarin *"men niet meer durft te investeren of personeel in dienst te nemen, zelfs niet tijdelijk"* (idem). De extra werklust wordt dus op het bestaande personeel afgewenteld, wat *"tot overbelasting leidt"*. *"Het personeel is uitgeput en vaak afwezig door ziekte"* (idem). In deze situatie bestaat het risico dat de welzijns- en gezondheidszorgstructuren niet meer in staat zijn *"het normale werk voort te zetten"* (vereniging - coördinatie) of weigeren door te gaan met vaccineren.

Over de coördinatie van de GGC betreurden verscheidene respondenten een gebrek aan informatie over de lokale acties. Zo worden huisartsen *"niet op de hoogte gebracht wanneer er in hun gemeente iets wordt opgezet, waardoor ze de patiënten niet beter kunnen doorverwijzen"* (focusgroep huisartsen). Hetzelfde geldt voor sommige professionals die tijdelijk een COVID-opdracht hebben, die *"zich niet bewust zijn [van het bestaan] van de andere [actoren terwijl zij] hetzelfde doen zonder het te weten"* (vereniging - coördinatie).

Bovendien betreuren sommige respondenten het gebrek aan overleg tussen de professionals onderling en tussen de professionals en de overheid (Malengreaux et al., 2021). Deze overlegfora zouden echter van essentieel belang zijn om *"de strategie aan te passen op lokaal niveau. Dit kan niet op voorhand gebeuren, want men moet in de praktijk gaan kijken wat werkt en wat niet"* (steward). Andere actoren bevestigen dat het nodig is om te werken *"met vallen en opstaan: we doen voort en dan zien we achteraf wel wat de behoeften in de praktijk zijn en hoe we daarop moeten inspelen. Continue aanpassing en reactie"* (CLA). Voor sommigen was er echter *"geen mogelijkheid om informatie terug te koppelen naar de overheid"* (focusgroep huisartsen). *"Er zou meer feedback moeten zijn, een dynamisch systeem waarin aanpassing en reactiviteit mogelijk zijn"* (huisarts van een medisch huis). Door de verscheidenheid van attitudes onder de professionals, die we in hoofdstuk 4 behandelen, moeten ook overlegfora worden opgericht die rekening houden met de verschillende manieren waarop deze actoren bij de bewustmakingsacties op het gebied van vaccinatie betrokken zijn.

Het gebrek aan overleg en feedback op het moment van de uitrol weerspiegelt volgens onze respondenten een meer algemeen gebrek aan dialoog, dat teruggaat tot het moment van uitwerking

van de vaccinatiestrategie: *"We worden niet betrokken bij de beslissingen, onze mening wordt niet gevraagd. We worden pas erg laat ingelicht en we krijgen nooit hulp. Alle beslissingen worden van buitenaf genomen en zo aan ons opgelegd"* (huisarts, medisch huis). Vooral gezondheidsprofessionals betreuren het dat ze niet *"vanaf het begin deel hebben uitgemaakt van de vaccinatie"* (apotheker).

Ten slotte halen de professionals ook verschillende administratieve en computerproblemen aan, zoals de trage registratie van de vaccinatie in het computersysteem, de late mogelijkheid om mensen te registreren die geen rijksregisternummer hebben of de aanvankelijke problemen bij de registratie van de derde dosissen. Ze benadrukken ook het deel van het publiek met een digitale kloof of taalkloof dat moeite had om het Covid Safe Ticket te bekomen: de mobiele teams konden hen niet helpen omdat ze alleen tablets hadden, terwijl ze een computer nodig hadden.

3. Communicatie

Communicatie en voorlichting zijn terugkerende thema's in de uitspraken van onze respondenten. Velen van hen vonden dat *"de staat en de farmaceutische bedrijven een kans hebben gemist om het debat over het vaccin te openen"* (steward).

Ten eerste hekelen sommige respondenten een *"communicatie [die] neerkomt op dwingende en paternalistische slogans: we informeren de mensen niet, maar zetten hen onder druk om te doen 'wat het beste is voor hen'"* (huisarts). Zoals we in hoofdstuk 2 benadrukten, neemt deze communicatie de vorm aan van bevelen –"laat je vaccineren" –samen met uitspraken die de schuld leggen bij de niet-gevaccineerden. Die krijgen vaak de schuld van de gezondheidssituatie en de geldende maatregelen: de premier zei bijvoorbeeld, in navolging van de Amerikaanse president, dat deze *"epidemie een epidemie van de niet-gevaccineerden is geworden. [...] Het zijn de mensen die zich niet gevaccineerd hebben die verantwoordelijk zijn."*

In plaats van de angsten en twijfels rond het vaccin weg te nemen, zou deze mededeling de polarisatie versterken door de bevolking in te delen in "goede burgers", die zich zo snel mogelijk laten vaccineren, en "slechte burgers", die gezien worden als "antivaxers" die "domme" keuzes maken.



Figuur 3. Citaat van de federale minister van Volksgezondheid op zijn officiële Instagramaccount.

Bovendien kan de autoritaire toon die wordt aangeslagen tegenover niet-gevaccineerden, die "op een minder vriendelijke manier moeten worden overtuigd" (woorden van Marc Van Ranst, geciteerd in *La Libre Belgique*⁶), weerstand oproepen bij mensen die aanvankelijk aarzelen. Door hen in een machtsstrijd te betrekken en hen publiekelijk aan de kaak te stellen, moeten ze zich "verzetten" om geen "gezichtsverlies" te lijden (Goffman, 1974), "anders hebben zij [de autoriteiten] gewonnen" - wie zou van mening veranderen nadat hij voor "gek" of "dom" is uitgemaakt?

Ten tweede klagen onze respondenten aan dat de communicatie uitsluit en stigmatiserend is, met uitzondering van initiatieven die als inclusief worden omschreven omdat ze meerdere talen en gezichten inzetten. Enerzijds houden bepaalde boodschappen in de openbare ruimte – bijvoorbeeld "laat je vaccineren om je collega's terug te zien" – geen rekening met de sociaal-demografische realiteit van Brussel. Anderzijds wijzen de media met een beschuldigende vinger naar bepaalde wijken en hun inwoners. Ze geven hen de schuld van de gezondheidssituatie maar wijzen tegelijkertijd op hun kwetsbaarheid. Zo wordt in het onderstaande artikel verwezen naar de verantwoordelijkheid van "de jongsten" of de "Molenbekenaren" voor de situatie in de hoofdstad, die zelf wordt omschreven als het "zwarte schaapje" van de COVID-crisis.

⁶ Il est temps de convaincre les non-vaccinés d'une façon moins amicale. (2021, 26 oktober). *La Libre Belgique*. <https://www.lalibre.be/belgique/societe/2021/10/26/il-est-temps-de-convaincre-les-non-vaccines-dune-facon-moins-amicale-NC5SYD6XVNAO5M7ZBDU4F6PVBI/>

Bruxelles: la précarité, obstacle majeur à la vaccination

Les chiffres sont sans appel : le taux de vaccination et le niveau socio-économique sont étroitement liés. Les experts martèlent : Bruxelles aurait dû prendre cela en compte pour élaborer sa stratégie.

Article réservé aux abonnés



Figuur 4. Titel, ondertitel en illustratie van een artikel in *Le Soir*, gepubliceerd op 23 augustus 2021.

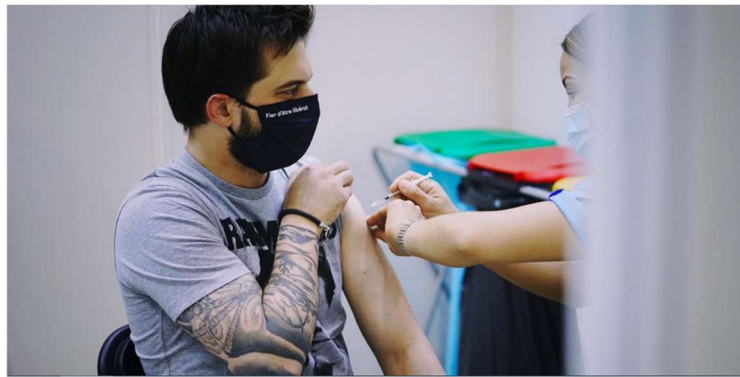
Ten derde kan de manier waarop vaccinatie wordt voorgesteld een belemmering vormen. Zo is tot een kwart van de volwassenen bang voor naalden.⁷ Voor 16% van de meerderjarigen zorgt deze angst ervoor dat ze zich niet willen laten vaccineren of vaccinatie uitstellen (McLennon & Rogers, 2019). Communicatie over vaccinatie gaat echter vaak gepaard met beelden van spuiten.

⁷ Shmerling, R.H. (2021, 27 april). Terrified of needles? That can affect your health. *Harvard Health Blog*. <https://www.health.harvard.edu/blog/terrified-of-needles-that-can-affect-your-health-2021042722470>

Coronavirus: plus de 10 millions de Britanniques ont déjà reçu une troisième dose de vaccin



Figuur 5. Titel en illustratie van een artikel op de website van RTBF, gepubliceerd op 7 november 2021.



Figuur 6. Foto van politicus Georges-Louis Bouchez die zich laat vaccineren, geplaatst op zijn Facebookpagina op 8 juli 2021.

Ten vierde lijkt de keuze van de tussenpersonen belangrijk: "We nodigen virologen uit in tv-programma's die veel te ingewikkeld spreken voor het grote publiek, met veel jargon. Ze begrijpen elkaar, maar ze vragen zich niet af of het publiek hen wel begrijpt [...] het is niet eenvoudig genoeg. En de programma's duren soms twee uur, terwijl we weten dat de gemiddelde aandachtspanne van een mens hoogstens 45 à 50 minuten is. Er is veel te veel informatie" (apotheker). Onze respondenten bij de overheid verbazen zich erover dat "de GGC vooral via het internet communiceert, wat een probleem vormt gezien de aanzienlijke digitale kloof" (verantwoordelijke). Die kloof treft 170.000 tot 475.000 Brusselaars⁸. Maar de internetcommunicatie vormt ook een probleem voor "mensen die moeite hebben met Frans lezen en begrijpen" (huisarts). Gezien deze taalkundige en digitale problemen en het "gebrek aan vertrouwen in deskundigen", pleiten onze respondenten ervoor om "personen uit de

⁸ Belga. (2021, 21 april). Bruxelles en campagne pour les oubliés du digital. RTBF. https://www.rtb.be/info/regions/bruxelles/detail_bruxelles-en-campagne-pour-les-oublies-du-digital?id=10745581

buurt" (apotheker) in te schakelen, zoals huisartsen, religieuze leiders en andere sleutelfiguren die een bijzondere invloed hebben in familie- en kenniskringen (Malengreaux et al., 2021). Zoals een CLA uitlegt: *"Ik probeer me te richten op bepaalde personen die meer invloed hebben om me te helpen overtuigen, bijvoorbeeld als een kind student geneeskunde is en dus wordt beschouwd als de 'wetenschappelijke' bron van het gezin"* (CLA).

Onze respondenten spreken over het algemeen dus over paternalistische, soms autoritaire en stigmatiserende communicatie. Bovendien zou deze communicatie beelden, woordvoerders en communicatiekanalen inzetten die de communicatie juist tegenwerken. Tot slot vindt deze communicatie plaats in een context waarin, vreemd genoeg, een gebrek aan informatie of zelfs onwetendheid over vaccinatie samengaat met een overmatige blootstelling aan voortdurend veranderende gegevens.

Het gebrek aan informatie onder de bevolking is een vaststelling die door de meerderheid van de ondervraagde professionals wordt gedeeld. Het gaat om *"het gebrek aan basiskennis over gezondheid, het gebrek aan gezondheidsgeletterdheid"* (huisarts), maar ook om het gebrek aan kennis over het vaccin, de oorzaak van veel terughoudendheid (zie hoofdstuk 2). Dit probleem wordt nog duidelijker doordat de kennis over het virus en het vaccin snel evolueren omdat ze nieuw zijn en de media er veel aandacht aan besteden. Enerzijds wordt het publiek overmatig blootgesteld aan tegenstrijdige informatie, wat ertoe kan leiden dat *"het grote publiek [het vaccin] weigert omdat het de tegenstrijdige informatie beu is"* (huisarts). Anderzijds berichten de media niet over de informatie met de voorzorgsbeginselen die gelden in de wetenschappelijke wereld waaruit die informatie komt, of *"verdraaien [zij] zelfs de woorden van een arts of onderzoeker"*, of *"geven onjuiste informatie"* (apotheker). Volgens sommige respondenten is dit te wijten aan een *"sensatiezucht die rechtstreeks inspeelt op angsten"* (steward), met als risico dat er controverses ontstaan –zoals de controverses rond AstraZeneca of onvruchtbaarheid –en wantrouwen, dat moeilijk te herstellen is bij de bevolking: *"Mensen lezen meestal de kop en de studies die later het tegendeel bewijzen zijn niet zichtbaar"* (apotheker).

Het gebruik van informatie door de overheid zou ook bijdragen tot het wantrouwen van de bevolking. Dit geldt vooral wanneer die wordt gebruikt om maatregelen te rechtvaardigen of om bepaald gedrag aan te moedigen, zoals zich laten vaccineren of een mondmasker dragen. Zo werd tijdens de eerste fase van de vaccinatiecampagne, vaccinatie aangemoedigd met de belofte van een "terugkeer naar het normale leven" wanneer 70% van de bevolking zou zijn gevaccineerd. Dergelijke beloften zijn gebaseerd op speculatie, bijvoorbeeld over hoelang het vaccin zal beschermen. En wanneer die niet kunnen worden nagekomen, verzwakken ze de legitimiteit van de overheid.

In deze context dringen de professionals aan op een transparantere communicatie. Bijvoorbeeld, in plaats van *"te zeggen dat we met vaccinatie 'safe' zijn, moeten we uitleggen dat vaccinatie niet voorkomt dat je het virus oploopt –zowel voor COVID als voor griep of andere –maar dat het wel de kans verkleint dat je het oploopt, overdraagt en ernstige symptomen krijgt"* (apotheker).

Bovendien stellen onze respondenten het volgende: *"Er is onvoldoende informatie over het vaccin, de immuniteit die wordt gevormd"* (publiek), *"er wordt geen informatie gegeven over de werking of het nut van de vaccins, die bewustmaking is er zelfs niet"* (CLA). Een CLA zegt nog meer: *"Een meisje op school zei dat ze gedwongen werd zich te laten vaccineren, maar ze weet niet hoe een vaccin werkt of waarvoor het dient. [...] ze kregen alleen maar een brief waarin staat dat je je op school kan laten vaccineren, jongeren blijven met hun vragen zitten"* (CLA).

Hoofdstuk 4: Professionele actoren, bondgenoten van de overheid in de vaccinatiecampagne?

Zoals we in de vorige hoofdstukken zagen, zijn de huisartsen, apothekers, gemeenteambtenaren en de coördinatoren van lokale acties de tussenschakels in de vaccinatiestrategie van de Brusselse overheid en de bevolking waarop ze gericht is. De vaccinatie- en bewustmakingsacties in Brussel, die in het eerste hoofdstuk werden voorgesteld, worden immers ondersteund door verschillende professionele actoren uit de gezondheidszorg en de sociale hulpverlening. In dit hoofdstuk wordt de balans opgemaakt van deze essentiële actoren en van de verscheidenheid van de manier waarop ze betrokken zijn. De professionals zijn niet gewoon uitvoerders van de richtlijnen die ze krijgen. Ze worden ertoe aangezet zich de regionale acties eigen te maken, waarvan ze een essentieel onderdeel vormen omdat ze beroepen en functies uitoefenen die hen in rechtstreeks contact brengen met de bevolking. Ze beschikken over een zekere mate van autonomie bij de uitvoering van de opdrachten die hun worden toevertrouwd. We stellen daarom voor deze professionele actoren te zien als uitvoerders van een “translatie”(Latour, 2006) die de vaccinatiestrategie interpreteren en aanpassen naargelang van de context, maar ook naargelang van de beroepen en functies die ze uitoefenen en hun opvatting over de rol die ze kunnen of moeten spelen bij de vaccinatie.

1. Verantwoordelijkheden en praktijken van sensibilisering voor vaccinatie: van beroepen uit de gezondheidszorg tot sociale hulpverlening

De verantwoordelijkheden en praktijken van de bewustmaking voor vaccinatie maken deel uit van de taken van preventie en gezondheids promotie waarmee gezondheidsprofessionals van oudsher zijn belast. Ze zijn een afspiegeling van de deontologische codes van de beroepen in kwestie, die door de beroepsordes worden geregeld, maar ook van de taken die de overheid officieel aan artsen, verpleegkundigen en apothekers toekent. De zogeheten benadering van gemeenschapsgezondheid en het groeiende besef over de rol die sociale gezondheidsdeterminanten spelen bij sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid, vooral door het werk van de Wereldgezondheidsorganisatie (Commission on Social Determinants of Health, 2008), hebben er wel voor gezorgd dat professionele actoren uit de sociale hulpverlening steeds meer betrokken worden bij lokale gezondheids promotie- en preventieacties. Bovendien heeft de gezondheids crisis als gevolg van het coronavirus de overheid ertoe aangezet meer verschillende professionele actoren actief in te zetten om de uitdaging voor de volksgezondheid van de vaccinatie aan te gaan.

1.1 Huisartsen

Een van deze professionele actoren is de huisarts, die van oudsher betrokken is bij vaccinatiestrategieën. Samen met verpleegkundigen en verloskundigen zijn huisartsen de enige professionals in Franstalig België die vaccins mogen toedienen. Ook al is de lijst van de beroepen die betrokken zijn bij de *bewustmaking* rond vaccinatie veel ruimer binnen de gezondheidssector, toch speelt de geneeskunde een structurerende rol. De functies van de andere beroepen worden meestal gedefinieerd in verwijzing naar of door delegatie van de taken van de arts (zie vooral Gadéa, 2013). Zodra de officiële vaccinatiecampagne in België van start ging, in januari 2021, heeft de Orde der Artsen een bericht gepubliceerd waarin huisartsen worden gepositioneerd als een onmisbare bondgenoot van de overheid in de vaccinatiecampagne, in naam van het vertrouwen dat ze krijgen van hun patiënten:

Tegenstanders van vaccinatie werpen een gebrek op aan vertrouwen in het vaccin. [...] Op basis van het sterke vertrouwen dat patiënten in hun behandelende arts stellen, zal hun beslissing om deel te nemen aan het vaccinatieprogramma sterk afhangen van de manier waarop de arts informatie verschaft en advies verleent. Omwille van de belangrijke gezondheidswinst verbonden aan dit vaccinatieprogramma is het overduidelijk dat een sterke aanbeveling vanwege de arts de enige manier is om aan adequate gezondheidspreventie, -bescherming en -promotie te doen, zoals het artikel 5 van de Code van medische deontologie (CMD 2018) voorschrijft. (Nationale raad van de Orde der artsen, 23 januari 2021)

De Orde neemt geen genoegen met het hoge percentage artsen dat voorstander is van vaccinatie, noch met een herinnering aan hun deontologische plichten op het gebied van preventie en gezondheidspromotie. Ze belooft te controleren of deze plichten in de praktijk worden omgezet ("De Orde der artsen zal [erover] waken dat artsen hun deontologische plicht nakomen door een voortrekkersrol op te nemen bij het adviseren en promoten van de vaccinatie.") en streng op te treden "tegen het verspreiden van informatie welke niet met de huidige stand van de wetenschap strookt" (Nationale raad van de Orde der artsen, op. cit.).

1.2 Apothekers

De crisis heeft de overheid er ook toe gebracht een beroep te doen op andere professionele actoren uit de gezondheidszorg om de vaccinatiestrategieën te promoten: apothekers hebben een grotere rol gekregen omwille van de toegankelijkheid van hun apotheken. Zoals aangegeven in hoofdstuk 1, heeft 40% van de Brusselaars geen huisarts en ziet de overheid de gelegenheid om naar de apotheek te gaan voor een deel van hen (apotheken zijn een "etalage" die open is voor het grote publiek) als een kans.

Ook hier hebben de beroepsverenigingen bij de overheid en hun leden een rol gespeeld om actief betrokken te zijn in de vaccinatiestrategie:

"Volgens de Apothekersvereniging van Brussel zit de kracht van de apotheker in het feit dat de patiënt komt zonder afspraak en zonder te betalen. De apotheker ziet iedereen en heeft een meer rechtstreekse band met de mensen." (focusgroep apothekers)

De crisis heeft zo bijgedragen tot de groeiende waardering van de rol van de apotheker in de volksgezondheid. Hiervoor moet worden gewezen op het initiatief van Frank Vandenbroucke, die een wetsvoorstel heeft uitgewerkt zodat apothekers het COVID-19-vaccin kunnen toedienen. Tot nu toe werd aan dit voorstel geen gevolg gegeven omdat bepaalde artsenverenigingen ertegen gekant zijn. Dit bevestigt tegelijkertijd de centrale rol van deze actor in de gezondheidszorg en de gevoelige aard van de verdeling van verantwoordelijkheden op het vlak van vaccinatie in België:

"Verstrekking van COVID-vaccinatie door apothekers? Een no-go! [...] De noodzaak om deze vaardigheden te hebben verworven, maakt vaccinatie en het hele proces in feite niet overdraagbaar aan een niet-gekwalificeerde derde en wijst onmiddellijk op de wettelijke verantwoordelijkheid van elke arts en verpleegkundige. Het is een kwestie van strikte naleving van de deontologische en ethische waarden van de beroepsbeoefenaar." (BVAS en Union4You, persbericht van 10 november 2021)

Hoewel de toediening van het vaccin door apothekers dus ter discussie staat, wordt de bewustmaking voor vaccinatie meermaals vermeld in de nieuwe Gecommentarieerde code van farmaceutische plichtenleer (uitgave 2020). Daaruit blijkt welke verantwoordelijkheid deze instantie voor beroepsreglementering in deze kwestie wil nemen:

Artikel 16 - Hij verleent zoveel mogelijk zijn medewerking aan activiteiten die de volksgezondheid en in het bijzonder de artsenijsbereidkunde dienen.

Commentaar: De apotheker neemt deel aan informatie- of voorlichtingscampagnes die door de overheid worden georganiseerd om de volksgezondheid te beschermen (bijv. sensibilisering over het belang van vaccinatie of het opsporen van bepaalde ziektes, inzameling van vervallen geneesmiddelen...). Hij komt ook tegemoet aan verzoeken van de overheid en werkt met deze samen in het kader van initiatieven die de volksgezondheid dienen (bijv. identificatie van vervalste geneesmiddelen, verdeling van mondklappers en toelichting van de patiënten over het veilige en efficiënte gebruik daarvan, toepassing van het prioriteitsbeleid in de aflevering van vaccins in een context van tekorten...).

Artikel 94 - In het kader van zijn rol als zorgverstrekker, verantwoordelijk om de gezondheid te bevorderen en ziektes te voorkomen, mag de apotheker alle nuttige objectieve informatie die

de kwaliteit van de zorg in het belang van de patiënt ondersteunt, verspreiden binnen en buiten de apotheek.

Commentaar: Bijv. informatie betreffende de deelneming aan volksgezondheidscampagnes voor verplichte vaccinatie, de informatie met betrekking tot een sensibiliseringsweek over cardiovasculaire risico's...

(Orde der Apothekers - Gecommentarieerde code van farmaceutische plichtenleer - Uitgave 2020)

1.3 Gemeenteambtenaren

Bovendien heeft de betrekkelijk lage vaccinatiegraad in het Brussels Gewest, zoals we in hoofdstuk 1 hebben gezien, de gewestelijke overheid ertoe gebracht professionele actoren van buiten de gezondheidszorg in te zetten. Zo kregen verschillende sociale hulpverleners de opdracht om te fungeren als lokale schakel voor de bewustmaking en ondersteuning van de vaccinatie.

Met het oog op de decentralisatie van de bestrijding van COVID-19 werd de gemeenten gevraagd bewustmakingscampagnes over vaccinatie te voeren en/of lokale vaccinatiepunten en vaccibussen⁹ op hun grondgebied te verwelkomen. Hoewel een dergelijke inzet van gemeenteambtenaren op het gebied van gezondheids promotie en preventie ongezien is, past dat niettemin in een toenemende verantwoordelijkheid van de Openbare centra voor maatschappelijk welzijn en de gemeenten om beter rekening te houden met de sociale gezondheidsdeterminanten en de lokale initiatieven op dit gebied (lokale welzijns- en gezondheidscontracten (LWGC's), sociale coördinatie binnen het OCMW, enz.).

1.4 Coördinatoren van lokale acties

Nog steeds in de welzijnssector werd voor de gezondheids crisis ook een *specifieke functie* in het leven geroepen, de coördinator van lokale acties. In hoofdstuk 1 hebben we laten zien dat die functie voornamelijk werd opgenomen door maatschappelijk werkers, maar ook door verpleegkundigen, opvoeders en een psycholoog. Deze functie wordt gefinancierd door de GGC, maar valt onder en wordt ondersteund door de verenigingssector (Federatie van de Maatschappelijke Diensten). Tuffreau (2013) wijst er in dit verband op dat de verenigingswereld van oudsher een zeer belangrijke rol heeft gespeeld bij de uitvoering van preventieacties. "*In de afgelopen dertig jaar kende het netwerk van verenigingen een nieuwe bloeiperiode, als gevolg van de verschillende gezondheids crises en in een breder perspectief van erkenning van de rechten van de gebruikers.*" (eigen vertaling) De meeste van deze actoren zijn

⁹ Niet alle gemeenten hebben hun ambtenaren ingezet om de acties zo intensief uit te voeren (zie hoofdstuk 1).

dus geen gezondheidsprofessionals en hebben dus ter plaatse (en gedeeltelijk via korte opleidingscursussen) de contouren van hun rol ten aanzien van het publiek moeten uittekenen en aangepaste werkinstrumenten moeten uitwerken. Ze beschikken over vrij veel autonomie en stemmen hun acties dus af op het publiek en op het netwerk van plaatselijke welzijns- en gezondheidsactoren.

2. Nieuwe professionele rollen, in opbouw en ter discussie

De vaccinatiestrategie die in het Brussels Gewest wordt gevoerd, doet dus een beroep op verschillende beroeps categorieën. Sommige daarvan zijn rechtstreeks verbonden met de gezondheidszorgsector (artsen, apothekers, verpleegkundigen, enz.) en andere, die behoren tot de sociale hulpverleningssector, kregen opdrachten voor preventie en gezondheidspromotie toevertrouwd. Deze combinatie van actoren maakt deel uit van een fundamentele beweging, die in de hand wordt gewerkt door de toenemende erkenning van sociale gezondheidsdeterminanten en door de voorkeur voor een territoriale aanpak op lokaal niveau. Doordat vaccinatie de prioriteit kreeg in tijden van crisis, heeft de overheid sneller een beroep gedaan op de actoren in de gezondheidszorg, de gemeentebesturen en de verenigingssector. Zoals we hebben benadrukt, zijn ze niet alleen maar uitvoerders, maar ontwikkelen ze hun eigen visie op hun rol in de bewustmaking voor vaccinatie en hun eigen praktijken. In dit deel willen we ze vormgeven en de aandacht vestigen op de rollen waarmee de actoren die we individueel of collectief hebben ontmoet, zich identificeren. De houdingen lopen sterk uiteen, van de actoren in het veld die zich vereenzelvigen met een hoofdzakelijk passieve rol (de vragen van de burgers beantwoorden, als ze er stellen) tot actoren die vinden dat hun taak of functie inhoudt dat ze zich proactief moeten opstellen of zelfs controle moeten uitoefenen op het betrokken publiek. Toch moet er worden opgemerkt dat eenzelfde professional verschillende van deze houdingen kan combineren en vooral kan overschakelen van de ene op de andere houding, afhankelijk van de situaties en het publiek waarmee hij of zij te maken heeft.



2.1 Professionals die antwoorden op vragen en een schakel vormen

Sommige professionals willen hun patiënten niet aanspreken over vaccinatie. Ze verklaren dat ze alleen de vragen van hun patiënten of gesprekspartners beantwoorden. *"Ik doe niet aan bewustmaking, ik **beantwoord** alleen de mensen die vragen stellen"; "Ik **praat niet actief over vaccinatie.**"* (focusgroep huisartsen)

Ze rechtvaardigen deze houding onder andere doordat ze de doelgroepen waarmee ze werken niet willen stigmatiseren. Ze verzetten zich tegen het discours in de media, dat er naar hun mening te veel toe bijdraagt dat bepaalde bevolkingscategorieën met de vinger worden gewezen. *"Ik **wil niet dat ze zich schuldig voelen, het stigmatiseert achtergestelde bevolkingsgroepen. De mensen die op reis gaan, laten zich vaccineren om te kunnen vertrekken, maar het zijn diegenen die zich dat kunnen veroorloven.**"* "Ze worden **al genoeg gestigmatiseerd op tv.**" (focusgroep huisartsen)

Ze hebben niet het gevoel dat ze door hun beroep een specifieke of overheersende verantwoordelijkheid hebben. Ze vermijden houdingen die ze paternalistisch vinden en benadrukken liever de verantwoordelijkheid van de patiënt of de gesprekspartner: *"Het is jouw gezondheid, het is **jouw verantwoordelijkheid**, het is niet aan mij om erover te praten"; "Je moet weten hoe je **bescheiden moet blijven: ik weet dat ik niets weet, zekerheid bestaat niet.**"* (focusgroep huisartsen)

Professionals rechtvaardigen deze houding soms door het feit dat ze de middelen niet hebben om het vaccin toe te dienen: *"Ze verwachten dat we kunnen vaccineren, maar het is erg ingewikkeld, dus ik **snijd het onderwerp liever niet aan.**"* (focusgroep huisartsen)

Wat van hen wordt verwacht, lijkt hen onrealistisch en ze onttrekken zich liever aan die verwachtingen of kaderen hun daden in een keten van gedeelde verantwoordelijkheid: *"Soms vragen ze ons om een **glazen bol** te hebben." ; "Vroeger hadden we een paternalistische visie op de dokter, maar ik besef meer en meer dat we **een schakel zijn in een keten die de patiënten raadplegen.**"* (focusgroep huisartsen)

2.2 Professionals als voorlichters

Veel professionele actoren in het veld nemen de rol van voorlichter op. Die rol is tweeledig: deskundige kennis beheersen en de verstrekte informatie kunnen koppelen aan de kennis van de specifieke levenslopen en contexten van de personen op wie de bewustmaking voor vaccinatie is gericht.

In alle beroepscategorieën die we voor deze enquête hebben ondervraagd, werd de wens benadrukt om wetenschappelijk gevalideerde kennis van deskundigen in te zetten tegen het fake news dat in bepaalde kringen en vooral op internet wordt verspreid. Op die manier willen ze een rol spelen als betrouwbaar aanspreekpunt voor informatie over vaccins. De beheersing van deze vakkennis wordt

echter door verschillende hinderpalen belemmerd. Dat sociale hulpverleners niet kunnen terugvallen op een initiële opleiding in de gezondheidszorg is een eerste hinderpaal.

*"De actoren van de sociale cohesie (in ruime zin) voelden zich bijzonder **ongemakkelijk over hun legitimiteit om te spreken over dit zeer technische onderwerp** waarvoor ze zich niet bekwaam voelden (terwijl ze toch zeer precieze vragen van het publiek moesten beantwoorden)." (vereniging)*

*"De opdracht van de medewerkers was mensen te helpen die gevaccineerd willen worden, maar voor wie dat moeilijk is. **De medewerkers konden ook vragen beantwoorden, maar geen zuiver medische antwoorden geven.** Zij konden reageren op bepaalde verkeerde informatie, zoals het magnetisch worden na het vaccin of dat er een chip wordt geïnjecteerd. Het ging er vooral om informatie te verstrekken over de beschikbare logistieke steun en deze steun aan te bieden." (verantwoordelijke)*

Die medewerkers zetten dan aanvullende strategieën in, zoals de CLA's, die voortbouwen op de specifieke vormings- en opleidingscursussen waaraan ze deelnemen en elkaar helpen bij de voorbereiding van specifieke instrumenten en argumenten. Daarbij doen ze soms een beroep op de vaardigheden die één of ander lid van het team beter beheerst. Dit gevoel de vakkennis over vaccinatie niet volledig te beheersen zien we echter ook bij de gezondheidsprofessionals, vooral omdat er onzekerheid blijft bestaan en de informatie in een crisissituatie zeer snel verandert. *"Aan de mensen die bezorgd zijn over de lange termijn (bijwerkingen), **weten we niet echt wat we hen moeten vertellen, behalve dat er voor sommige geneesmiddelen niet altijd langetermijnstudies zijn.**"*

Ze benadrukken allemaal dat het moeilijk is om informatie te vinden op de officiële websites en dat de informatie te versnipperd is vanuit een optiek van optimaal tijdsgebruik. Artsen en apothekers daarentegen zijn tevreden over de maatregelen van hun beroepsverenigingen om hen te voorzien van actuele informatie die is 'verwerkt' voor hun praktijk. Sommigen van hen volgen actief wetenschappelijke publicaties.

Belemmeringen voor deze rol van voorlichtingsaanspreekpunt zijn de soms negatieve reacties van mensen en het gebrek aan beschikbare tijd, dat vooral de vrije beroepen benadrukken: *"Het publiek vraagt om opgeleid, geïnformeerd te worden, maar het is **moeilijk omdat mensen ruzie maken.**" "Maar we hebben geen tijd om een half uur met hen te praten, het is zorgwekkend: **we hebben geen tijd om hen de juiste informatie te geven,** terwijl ze op internet overstelpt worden met fake news" (focusgroep huisartsen).*

Het andere aspect van deze voorlichtingsrol van de professionals in het veld houdt verband met hun kennis van de specifieke kenmerken van de mensen tot wie ze zich richten. Naast de

standaardboodschappen voor het grote publiek maken ze, zoals we in hoofdstuk 1 zagen, aanspraak op hun vermogen om hun informatie een persoonlijk karakter te geven en die informatie te verankeren in de prioriteiten van hun doelgroepen. Artsen en apothekers benadrukken hun kennis van de ziektebeelden van hun patiënten en van de gezinsomstandigheden. De CLA's en de gemeenteambtenaren benadrukken eerder hun kennis van de wijk en de dynamiek ervan, ook al kunnen zij vanuit hun diepgaande betrokkenheid bij de bevolking en de uitvoering van gemeenschapsgezondheidsacties soms gericht verwijzen naar hun problemen en levensomstandigheden. *"Omdat ik ze ken, begrijp ik hun angsten: zo kan ik **informatie** geven die gericht is op de persoon, geen algemene informatie. We slagen er dus in dingen te veranderen"* (focusgroep CLA's); *"We moeten ze ook helpen **hun plaats te vinden tegenover hun familie**, wanneer de meningen uiteenlopen"* (focusgroep apothekers).

Bij gebrek aan gekende kenmerken, zelf gerapporteerde of rechtstreeks waarneembare informatie, zijn voorbijgaande klanten meer vatbaar voor meer generieke informatie.

2.3 Professionals als voorbeeld

Sommigen gebruiken hun eigen imago, ervaring of zelfs hun prestige om de vaccinatie tegen COVID-19 te promoten. Dat type rol bij professionals gaat samen met een verantwoordelijkheidsgevoel dat verband houdt met het imago van de functie ("overheidsdienst") of het beroep (prestige van apothekers en artsen). Die professionals zien de voorbeeldfunctie op het vlak van volksgezondheid als een billijke tegenprestatie voor het vertrouwen dat de burger hen geeft. Ze beklemtonen hun eigen acties, gebruiken badges of andere zaken om hun persoonlijke inzet zichtbaar te maken: *"Ik doe een badge aan, we hebben een voorbeeldfunctie, we hebben invloed. Zeggen dat je gevaccineerd bent, is veel overtuigender."* (focusgroep huisartsen)

2.4 Professionals als preventie-actoren

Sommige professionals beweren uitdrukkelijk dat ze een actieve preventieve rol spelen.

Voor de CLA's vormen preventie- en gemeenschapsacties op gezondheidsgebied zelfs de kern van hun functie. Soms ervaren ze echter een spanningsveld tussen acties in het kader van de urgente vaccinatie-uitdaging voor het gewest en de onmiddellijke prioriteiten van mensen die te kampen hebben met maatschappelijke problemen (problemen om huisvesting of voedsel te vinden, enz.) en ruimere gezondheidsproblemen. Hiervoor raden ze aan de doelgroepen te benaderen met een meer geïntegreerde visie; vaccinatie past voor hen in een breder onderzoek van de maatschappelijke en gezondheidsproblemen. Het is de bedoeling om bij te dragen tot weloverwogen individuele keuzes zonder mensen te willen overtuigen, maar door iedereen toegang te geven tot bevestigde informatie.

In tegenstelling tot artsen en apothekers die vinden dat hun taak alleen eruit bestaat om beschikbaar te zijn voor vragen van patiënten, menen sommige dat het ook hun maatschappelijke plicht is om actief aan preventie te doen, zoals ze dat doen in de "strijd tegen tabak en alcohol". Net zoals hun beroepsorganisaties verankeren ze deze opvatting van hun rol zowel in het vertrouwen dat ze krijgen als in de doelstellingen van algemeen belang die ze nastreven in hun werk. "We mogen niet vergeten dat dit een **maatschappelijke rol** van artsen is." "Huisartsen moeten proactief zijn, zowel ten aanzien van risicopatiënten als van anderen: **dit is niet langer een individueel probleem.**" "We hebben een rol als **tegenmacht** en beïnvloeder, we moeten leiden en begeleiden." (focusgroep huisartsen)

Die actieve benaderingen brengen professionals soms echter in een hachelijke positie, waarin ze op basis van patiëntrelaties moeten inschatten hoeveel ruimte er is om in gesprek te gaan met onbesliste mensen, maar ook om te praten met mensen die ronduit gekant zijn tegen het vaccin. In de meeste gevallen kiezen professionals voor een voorzichtige strategie waarbij ze de kwestie niet rechtstreeks aankaarten, omdat de vertrouwensrelatie behouden vaak een prioriteit blijft:

*"Mijn ervaring met pop-ups is positief, maar **alleen met mijn eigen patiënten met wie ik een vertrouwensrelatie had**, niet met patiënten wanneer ik wachtdienst deed. Ik denk dat het makkelijker is als er een vertrouwensrelatie is. Dan is het makkelijker om **een prikkel te vinden** om ze te overtuigen zich te laten vaccineren. Anders heb ik **geen idee hoe bewustmaking aangepakt moet worden.** [...] Je kan informeren en bewustmaken, maar op een gegeven moment **moet je ieders keuze respecteren. Je moet een evenwicht vinden. Zodra je te ver gaat, creëer je weerstand.** We moeten mensen gewoon **tijd geven om na te denken** en tonen dat we er zijn als ze vragen hebben." (focusgroep apothekers)*

"Sommigen voelden zich niet zo goed bij de campagne omdat ze tegen het vaccin waren of er niet van overtuigd waren (maar dat vormde niet echt een probleem, want het doel was om logistieke obstakels uit de weg te ruimen en niet proberen om mensen te overtuigen)." (verantwoordelijke)

In het algemeen moet worden benadrukt dat die preventie-acties meestal in een bepaalde context ontstaan en professionals een gesprek proberen aanknopen zonder zich altijd volledig bekwaam te voelen in die complexe relatie met hun patiënten in een ongeziene crisis. Zoals we in hoofdstuk 3 onderstrepen, bekritisieren sommigen ook dat, in tegenstelling tot bij andere vaccinatiecampagnes, artsen vrij laat betrokken werden, wat hun wens om te vaccineren beïnvloedt nu ze er de kans toe krijgen: "Het is onze taak om ze te stimuleren, **maar ze hebben ons de hand niet gereikt.** In tegenstelling tot het vaccin tegen tuberculose, waartegen we vaccineren omdat we betrokken worden." (focusgroep huisartsen)

2.5 Professionals als controleurs

Andere actoren ontwikkelen een nog actievere aanpak, uit persoonlijke overtuiging of omdat ze daartoe aangezet worden door de richtlijnen die ze krijgen. Die aanpak is besproken in de verschillende groepsinterviews die we hielden met artsen, apothekers, CLA's en gemeenteambtenaren. In naam van het algemeen belang dat met vaccins gepaard gaat, wezen sommige artsen weerspannige patiënten de deur: *"Wie zich druk maakt over het vaccin mag vertrekken."* (focusgroep huisartsen)

De controle van individuen en bevolkingsgroepen, wat de kern van de debatten vormde, wekte echter vaak verzet op omdat de meeste professionele actoren zich niet in een censorrol herkennen. Dat geldt vooral voor gemeenteambtenaren, voor wie de uitgevoerde acties soms te opdringerig waren, zoals in hoofdstuk 1 is benadrukt.

*"Bij gemeenteambtenaren varieert het enthousiasme: **sommigen vinden dat de inmenging in de privésfeer een beetje te ver gaat.**"* (verantwoordelijke); *"Als het patiënten zijn die niet de gewoonte hebben om naar de apotheek te komen en we vragen ze wat ze van het vaccin vinden, kijken ze ons aan met een blik die zegt 'wat wil je van mij'. Als we aandringen, **bevestigt dat hun idee dat er iets niet pluis is als we aandringen.**"* (focusgroep apothekers)

Voor sommigen van hen past dit overigens in een ruimer begrip van de kloven in de Brusselse samenleving en waarvan het verzet tegen vaccinatie slechts een randverschijnsel is:

*"In Molenbeek **komen jongeren in opstand** tegen de politie. Ze wachten tot de overheid zegt dat vaccinatie verplicht is. In plaats van het CST vragen ze 'dat ze ons zeggen dat we verplicht zijn om ons te laten vaccineren'. Ik antwoord dan: 'Beslis zelf nu het nog kan.' [...] Maar aan de basis ligt een verzet tegen het systeem."* (focusgroep apothekers)

*"Sommige mensen stonden **wantrouwig tegenover vaccinatiecentra omdat het om zorgverlening door de overheid gaat** (wat in hun land als zorgverlening van lage kwaliteit beschouwd wordt)."*

In hoofdstuk 3 bespraken we de stigmatiseringsrisico's voor bevolkingsgroepen van een dergelijk discours. Die risico's worden ook ervaren door professionele actoren die met hen moeten werken. De actoren die sociale ondersteuning bieden (CLA's en gemeenteambtenaren) uitten meermaals hun onbehagen bij bepaalde opdrachten (het aantal gevaccineerden tellen onder de daklozen van een vereniging, voorbijgangers aanmoedigen om in een vaccibus te stappen, enz.) of bepaalde houdingen van de media of politici die ze ervoeren als een vorm van druk om een meer controlerende in plaats van preventieve rol aan te nemen (zie hoofdstuk 3).

Professionals die deelnemen aan vaccinatieacties stemmen hun verplichtingen dus af op de doelgroepen en situaties, maar ook op de manier waarop ze hun rol zien, afhankelijk van hoe ze zichzelf profileren in het beroep dat ze uitoefenen.

3. Professionals en vaccinatie: een evenwichtsoefening onder hoogspanning?

Om de ervaren spanningen te kenmerken en het hoofd te bieden aan de rechtstreekse druk van de politiek en de media, verwijzen de professionals in kwestie naar de deontologie van hun beroep en proberen ze ruimte te scheppen voor uitwisselingen en debatten, zowel onderling als met de bevolking. We hebben immers nog geen beroepsgroep gevonden die zijn rol eenduidig definieert: er bestaan verschillen tussen de visie van beroepsorganisaties en van beroepsbeoefenaars, tussen generaties - bijvoorbeeld wat betreft de plaats die ze aan de leek en aan de deskundige toekennen - naar gelang de doelgroepen, ervaring en andere parameters die in het laatste deel van dit hoofdstuk aan bod komen. De crisis bracht niet per se nieuwe beroepen voort, maar bespoedigde wel bepaalde veranderingen, zoals een grotere erkenning van de rol van bepaalde eerstelijnsactoren in de volksgezondheid, zoals apothekers, de inzet van beroepen voor de vorming van lokale netwerken, de onderlinge afstemming van de gezondheidszorg- en sociale hulpverleningssector, de activering van lokale overheidsactoren voor sociale gezondheidsdeterminanten, enz.

"We proberen ook een wisselwerking met de dokter tot stand te brengen. We gebruiken de samenwerking tussen apothekers en dokters om bepaalde zaken uit te leggen. [...] We hebben het immers over de eerstelijnszorg, die biedt kansen om samen multidisciplinariteit te testen. [...] Vaccinatie is een kleine motor die ons nog nauwer kan doen samenwerken." (focusgroep apothekers)

Die veranderingen in de professionele context en die toegenomen samenwerkingen passen in een bepaalde tendens die de overheid ondersteunt en die bepaalde professionals willen. Ze stuiten echter op de traditionele grenzen tussen de beroepen, de bevoegdheidsverdeling en de middelen die eraan verbonden zijn. De controverse over vaccinatie door apothekers die de artsenvakbonden en minister Vandenbroucke tegenover elkaar stelt, is daar een illustratie van. De vaccibussen, lokale vaccinatiepunten, bewustmakingsactiviteiten op openbare plaatsen en in winkelcentra en huis-aan-huisbezoeken tonen aan dat de crisis ook het werkgebied van bepaalde professionals deels verplaatste om ze dichterbij hun doelgroep te brengen. Er moet evenwel ook rekening gehouden worden met een zekere terughoudendheid doordat sommige professionals bij bepaalde acties het gevoel hebben dat ze zich opdringen. Het verzet tegen artsen die vaccineren in apotheken is daar opnieuw een goede illustratie van. *"We lopen er niet warm voor. We moeten een apotheek blijven. We voelen er niet veel*

voor om hier artsen en verpleegkundigen te hebben, want dit is ONZE werkplek." (focusgroep apothekers)

Tot slot heeft de aanzienlijke toename van de werklast van de professionele actoren die betrokken zijn bij de vaccinatie een invloed op het evenwicht dat ze zoeken, zoals in hoofdstuk 3 beklemtoond wordt: *"Sinds COVID is de relatie met de patiënt veranderd: We ontvangen sms'en, e-mails, mensen bellen aan, we hebben drie hoofden nodig."* (focusgroep huisartsen)

In dit hoofdstuk wilden we aantonen dat professionals niet louter uitvoerders zijn, maar door hun interpretaties, hun eigen houding ten opzichte van het vaccin, hun visie op hun eigen rol en hun gedrag ten opzichte van de doelgroepen, de vaccinatiestrategie vormgeven op verschillende niveaus. De gezondheids crisis en de strategieën van de overheid hebben al die actoren ertoe aangezet hun professionele handelingen te (her)definiëren. De urgentie en de omvang van de uitdaging omtrent de vaccinatie tegen COVID-19, zetten artsen, apothekers, gemeenteambtenaren, CLA's en andere zorg- en sociale beroepen ertoe aan een standpunt in te nemen over de maatschappelijke rol die ze willen spelen. Die beroepen steunen in hoge mate op relaties en vereisen een voortdurende aanpassing aan de bijzondere kenmerken van de situaties waarin en de mensen met wie die beroepen worden uitgeoefend. Op het raakvlak tussen het algemeen belang nastreven en rekening houden met specifieke kenmerken groeit vertrouwen waarop de professionals en de overheid kunnen bouwen om meer proactieve acties te ondernemen om de bevolking bewust te maken van het nut van vaccinatie. Maar dat vertrouwen komt ook voort uit een broze, kostbare en wederkerige relatie die onder druk kan komen door acties die gezien worden als een uiting van machtsverhoudingen waarbij maatschappelijke en gezondheidsproblemen gebruikt worden (controle).

Hoofdstuk 5: Een verantwoord en duurzaam vaccinatiebeleid

De Brusselse vaccinatiestrategie bestaat uit een reeks acties. Ze hebben een variabele omvang, zijn mobiel of ingebed in bestaande structuren, bieden een tijdelijk en ruimtelijk kader voor de vaccinatie en mobiliseren actoren met een specifieke sociale, culturele en materiële uitrusting. De combinatie van het kader, de actoren en hun uitrusting bepaalt de werking van de acties en de richting die ze geven aan de vaccinatiestrategie¹⁰.

In het eerste deel van deze bespreking vatten we de drie belangrijkste combinaties samen: de uitnodiging, het voorstel en de relatie. Die definiëren we op basis van de waarnemingen van de lokale vaccinatieacties die in Brussel op initiatief van de gewestelijke overheden zijn opgezet. We brengen die combinaties in verband met de behoeften aan toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en vertrouwen, die we aan het einde van hoofdstuk 2 belichtten.

In deze studie hebben we er inderdaad voor gekozen de bevolking te benaderen vanuit het perspectief van die drie types behoeften, en niet vanuit subjectieve demografische, geografische, sociale, economische of culturele categorieën. In het tweede deel van deze discussie focussen we op de behoeften aan aanvaardbaarheid en vertrouwen. We herinneren eraan dat die verbonden zijn aan de vraag van de vaccinatie-actoren en de Brusselse bevolking om een transparante en duidelijke communicatie die gericht is op de kennis over en het begrip van het coronavirus en het vaccin. Geen commerciële slogans of politieke beloften, maar informatie. Geen oordelen of dreigementen, maar uitleg. Daarom stellen we voor om volksgezondheid en gezondheidspromotie opnieuw centraal te plaatsen in de communicatie over de vaccinatie.

Tot slot stellen we vast dat een benadering die vertrekt van behoeften als meerwaarde heeft dat ze de basis biedt voor reflectie over de houding van de vaccinatie-actoren: een houding op basis van een zorgethiek die in de praktijk toegepast wordt in en door de relatie met de bevolking. We bespreken waarom die zorgethiek volgens ons de leidraad moet zijn voor het vaccinatiebeleid.

1. Acties: uitnodiging, voorstel en relatie

De Brusselse vaccinatiestrategie omvat verschillende acties, zoals de vaccibus, lokale vaccinatiepunten en andere initiatieven van diverse actoren, met name coördinatoren van lokale acties, apothekers en huisartsen. Zoals in hoofdstuk 1 staat, onderscheiden die acties zich doordat ze een ruimtelijk en

¹⁰ Onze benadering van de vaccinatie-acties is geïnspireerd op de sociologie van de translatie, of de actor-netwerktheorie, zoals Bruno Latour die samenvat in zijn boek *Changer la société, refaire de la sociologie* (2006). Het onderscheid tussen kader, actoren en uitrusting is meer bepaald geïnspireerd op het werk van John Law (1984).

tijdelijk kader bieden voor de vaccinatie, door de actoren die ze hanteren en de sociale, culturele en materiële uitrusting die de actoren inzetten.

Op basis van die empirische variant stellen we voor drie ideaaltypes van acties te definiëren: uitnodiging, voorstel en relatie, die overeenstemmen met drie combinaties van kader, actoren en uitrusting. Die sluiten, elk op een specifieke manier, aan bij de behoeften naar toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en vertrouwen die in het tweede hoofdstuk aan bod komen.

De kenmerken van die drie combinaties zijn samengevat in tabel 1 hieronder. Merk op dat het hier om ideaaltypes gaat; het zijn dus theoretische types waarin de belangrijke kenmerken van de genoemde acties verenigd zijn, zonder daarom een of meer acties precies te omschrijven.

1.1 De uitnodiging – Vaccessible

Iedereen met een INSZ-nummer wordt verbonden met een van de belangrijkste vaccinatiecentra via een uitnodiging die ze in de brievenbus krijgen en die online of per telefoon geactiveerd kan worden. Die uitnodigingsmethode komt voort uit een gecentraliseerd beleid: mensen worden ingedeeld in leeftijds- of risicogroepen en volgens de Brusselse gemeente waarin ze wonen om daarna samen te komen in een groot centrum.

De actie creëert een onpersoonlijk kader voor de vaccinatie. De relatie met de werknemers, waaronder onthaal-, administratief en zorgpersoneel, is herleid tot een reeks contacten via QR-codes, documenten en etiketten. De contacten zijn vluchtig. Ze stippelen voor iedereen dezelfde route uit, die volgens procedures verloopt en afgestemd is op de inrichting van de locatie: er zijn markeringen op de vloer, loketten waar iedereen langs moet en zones die afgebakend zijn met mobiele scheidingswanden of planten.

De actie belichaamt de gezamenlijke interventie van een bureaucratische staat en een industriële geneeskunde: elke injectie is verbonden aan een INSZ. Menselijk en persoonlijk contact vergt tijd en wordt uitgesloten door het ruimtelijke en tijdelijke kader van de vaccinatie – hoewel dat verzacht wordt door de welwillendheid van het personeel (en soms ook een koekje).

Die acties stralen doeltreffendheid en universaliteit uit en bevestigen zo de betekenis die vaccinatie krijgt volgens de mensen die het zien als een positieve daad voor hun gezondheid of een blijk van burgerschap ten gunste van de individuele en collectieve vrijheid. De werking ervan is afgestemd op burgers die een identificatienummer van de sociale zekerheid hebben, geïnformeerd zijn en idealiter toegang hebben tot het internet zijn, autonoom genoeg zijn om zich te verplaatsen en voldoende bereid zijn om zich (even) vrij te maken om zich te laten vaccineren. Onder die voorwaarden maken die acties vaccinatie toegankelijk voor een groot aantal burgers via een eenvoudige uitnodiging.

1.2 Het voorstel – Vacceptable

Het voorstel betreft de acties die vaccinatie zo dicht mogelijk bij de Brusselaars brengen en centraal in de publieke ruimte plaatsen. Die acties werken als een voorstel dat zichtbaar is in het straatbeeld, waarover je met je burens kan spreken en dat je onmiddellijk, of een paar dagen later, kan aanvaarden. Ze bieden vaccinatie een tijdelijk maar stabiel kader doordat ze meerdere dagen na elkaar, of op bepaalde dagen gedurende een paar weken, op dezelfde locatie plaatsvinden.

Het kader is flexibel, want een afspraak maken hoeft niet en de administratie is minimaal. Bovendien is de context vertrouwd aangezien ze zich in een bekende omgeving bevinden, zoals de gemeente, wijk of markt, en de burgers met het administratieve en medische personeel kunnen spreken.

De acties die tot het voorstel behoren, zijn dus zeer toegankelijk maar afgestemd op minder mensen dan die in de categorie van de uitnodiging. Die beperkte toegankelijkheid komt door hun tijdelijke, sociale en materiële kenmerken, zoals de beperkte duur van het voorstel, de geringe omvang van de teams en het aantal beschikbare dosissen. Door die beperkte toegankelijkheid neemt de aanvaardbaarheid echter toe. Het aanbod van de teams, het onthaal-, administratief en zorgpersoneel inbegrepen, beperkt zich immers niet tot vaccinatie. Hun voorstel omvat ook bewustmaking en vragen van Brusselaars beantwoorden over het coronavirus, de vaccinatie, de types vaccins en hun mogelijke bijwerkingen of hoe ze het Covid Safe Ticket kunnen krijgen.

Er gaat een zekere transparantie uit van die acties, wat vertrouwen lijkt te wekken. Die transparantie is er zowel omdat de acties toegankelijk zijn in de openbare ruimte als omdat de werknemers vaak beschikbaar zijn om vragen van burgers te beantwoorden.

De acties zijn gericht op burgers die onderweg zijn en bereid zijn even te stoppen of terug te keren om over vaccinatie te praten. Ze vereisen niet dat burgers het principe van vaccinatie al goed kennen of bereid zijn hun agenda af te stemmen op de vaccinatie. Integendeel, de acties integreren zich soepel in de planning van burgers en maken ze bewust van het nut van vaccinatie.

1.3 De relatie – Vassociable

De relatie betreft acties die verankerd zijn in een bestaande lokale, sociale of gezondheidsstructuur en waarvan het personeel een vertrouwensrelatie onderhoudt met de Brusselaars die er gebruik van maken. De acties zijn afgestemd op die relatie om zo mensen in contact te proberen brengen met vaccinatie, hoewel bewustmaking deel uitmaakt van een bredere aanpak die meer sociale integratie beoogt.

De relatiegebonden acties zijn zeer toegankelijk, maar de gebruikers ervan zijn hoofdzakelijk mensen die een beroep doen op de structuren waarin de acties verankerd zijn of dat waarschijnlijk zouden doen. Hun belangrijkste focus is aanvaardbaarheid, of de kwaliteit van de vaccinatie.

Zoals de structuren bieden ze een flexibel kader, is de toegang laagdrempelig en moeten gebruikers geen afspraak maken. Het kader is ook persoonlijk: in tegenstelling tot de uitnodigingsacties zijn de relatiegebonden acties gericht op gedeelde kennis en verbondenheid tussen burgers en vaccinatie-actoren. Die actoren werken hoofdzakelijk in de sociale- en de gezondheidssector. Ze werken veeleer op de lange termijn. In de eerste plaats hebben ze dankzij hun ervaring lokale kennis van een wijk, van mensen en hun situatie. In de tweede plaats omvat hun bewustmakingsopdracht in verband met vaccinatie aandachtig luisteren naar vragen van iedereen, de informatie voorbereiden om die vragen te beantwoorden, zowel wat betreft de inhoud als de vorm van de boodschap, en open gesprekken voeren. Zo kan er gesproken worden over de echte zorgen van mensen, zoals huisvesting, en over begrippen als burgerschap en volksgezondheid – maar zeker niet over kajaks! Dat is nodig voor wie vaccinatie zinloos vindt, bijvoorbeeld mensen die de overheid niet meer vertrouwen en de farmaceutische wereld wantrouwen.

Ten derde stopt het werk niet bij de vaccinatie, zodat ook vragen en twijfels achteraf of tussen twee vaccinosissen beantwoord kunnen worden: angst voor bijwerkingen na de tweede dosis en "*Als een derde dosis nodig is, komt er dan ook een vierde ... en wat heeft het dan voor zin?*" enz.

Die acties gaan niet uit van burgers die bereid zijn om zich te laten vaccineren of zelfs maar over vaccinatie te praten. Integendeel, de acties houden rekening met de bijzondere kwetsbaarheid van sociale cohesie en zijn gebaseerd op de wens om verzwakte relaties met de zorg en de overheid te herstellen.

Ze zijn dus verankerd in een relatie die ze tegelijkertijd (opnieuw) opbouwen. Met andere woorden: ze vertrekken van een doorlopende visie op aanvaardbaarheid of kwaliteitsvolle vaccinatie – ze zijn zoals chronische zorg, die tijdens de pandemie verwaarloosd werd, ten opzichte van acute zorg en de COVID-diensten.

Tabel 1. Kenmerken van de ideaaltypes van acties.

	Uitnodiging	Voorstel	Relatie
Beleid	- Gecentraliseerd	- Niet gecentraliseerd	- Niet gecentraliseerd
Kader	- Formeel - Onpersoonlijk - Tijdelijk	- Informeel - Gemeenschap (wijk, openbare ruimte) - Tijdelijk en terugkerend	- Informeel - Dienst- of zorgrelatie - Lange termijn
Timing	- Kort: snelle handelingen en contacten	- Kort tot middellang: van eenvoudig contact tot gesprek	- Middellang tot lang: van gesprek tot verdere opvolging
Middelen en uitrusting	- Bureaucratische en medische technologie	- Bureaucratische en medische technologie - Met behulp van lokale middelen	- Lokale kennis - Professionele kennis: vooral medisch en sociaal - Relatieve ethiek
Burger	- Gedomicilieerd - Geïnformeerd en (bij voorkeur) toegang tot het internet - Kan zich verplaatsen - Aanvaardt het principe van vaccinatie	- Geïnformeerd (ook informele netwerken, van mond tot mond) - Verplaatst zich in de eigen buurt of stad - Twijfelt aan vaccinatie of ziet het niet als een prioriteit	- Niet of weinig geïnformeerd - Geïnformeerd (ontvangt antivaccinatie-informatie) - Kent het principe van vaccinatie niet of is er tegen
Logica	- Universalistisch - Kwantiteit	- Strategisch - Kwaliteit	- Particularistisch - Kwaliteit en continuïteit
Behoeften	- Toegankelijkheid	- Toegankelijkheid en aanvaardbaarheid	- Aanvaardbaarheid en vertrouwen

1.4 Vaccessible en vacceptable

De uitnodiging, het voorstel en de relatie vullen elkaar aan om te beantwoorden aan de behoeften van de bevolking op het gebied van toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en vertrouwen. In het licht van hun complementariteit:

De eerste aanbeveling van deze studie is gelijktijdige acties te bevorderen die de drie combinaties omvatten zoals hierboven samengevat in de tabel.

In die aanbeveling zit een aanmoediging om de relatiegebonden acties te behouden die tijdens de pandemie zijn ingevoerd, maar die per definitie een langetermijnkarakter hebben.

Bovendien zijn de uitnodiging, het voorstel en de relatie modelacties die omschreven worden op basis van de behoeften waaraan ze beantwoorden, en niet op grond van bevolkingsgroepen volgens demografische, sociaal-economische en culturele criteria. In casu:

Een tweede aanbeveling is om dat uitgangspunt – behoeften in plaats van bevolkingsgroepen – te gebruiken om vaccinatieacties te ontwikkelen. Die zouden dan samen de toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en de behoefte aan vertrouwen ondersteunen.

Waarom maken we een onderscheid tussen behoeften en bevolkingsgroepen? Omdat verschillende bevolkingsgroepen dezelfde behoefte delen: in hoofdstuk 2 tonen we bijvoorbeeld aan dat vaccintwijfel, van mensen die behoren tot een gemeenschap die steunt op ideeën, overtuigingen of praktijken, niet alleen voorkomt bij sociaal en economisch kwetsbaren. Integendeel, die twijfels zouden bijzonder groot zijn bij mensen die onze respondenten als "bobo's" omschrijven.

Tot slot is de derde aanbeveling om de actieve deelname van (professionele) werknemers te erkennen bij de translatie van acties en te zorgen voor een coherente taakverdeling bij de acties tussen de betrokken beroepsgroepen.

Werknemers in de gezondheids- en sociale sector behoren tot een beroepsgroep of oefenen een functie uit die hun bepaalde voorrechten maar ook kennis en waarden verleent waarop ze de translatie van hun bewustmakings- en vaccinatie-opdracht baseren. Onder translatie (Latour, 2006) verstaan we alle aanpassingen die werknemers doen om acties te kunnen uitvoeren naargelang de context, de interactie met de bevolking en op grond van hun eigen visie op vaccinatie. Zoals we vermelden in hoofdstuk 4, over de professionals, zijn zij niet louter tussenpersonen maar bemiddelaars (Latour, 2006) die actief de vaccinatiestrategie uitstippelen via hun aanbevelingen en acties voor de bevolking. In dat verband kan het belangrijk zijn om te herhalen dat het bestaan van een beroep niet betekent dat de uitoefenaars ervan homogene praktijken, politieke overtuigingen of ideologische opvattingen delen. Vele sociologen, vooral A. Strauss en R. Bucher (1961), en E. Freidson (1988) in zijn werk over de medische beroepen, toonden aan dat beroepsgroepen in plaats daarvan uit verschillende segmenten bestaan die een praktische en theoretische heterogeniteit weerspiegelen. Die heterogeniteit is waarneembaar in de standpunten van de professionals over vaccinatie. Uit een enquête van de Franse instelling voor onderzoek, studies, evaluatie en statistiek (*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*) blijkt dat Franse, Waalse en Brusselse artsen en Quebecse verpleegkundigen vaccinatie niet in dezelfde mate aanvaardden (Verger et al., 2021).

Tot slot herinneren we eraan dat beroepen rechtsgebieden vormen die voortdurend wedijveren om aspecten van het werk, of dat nu sociaal of medisch is, waarvoor ze soms het alleenrecht opeisen (Andrew Abbott, 1988). Die eisen, die geformuleerd worden door verenigingen die het standpunt

vertegenwoordigen van de meerderheid van hun leden, gaan vaak over werkaspecten die zich op de grens van een professioneel rechtsgebied bevinden; dat is zo bij vaccinatie! Bij vaccinatie vormt de taakverdeling tussen artsen en apothekers daardoor momenteel de aanleiding tot een discussie waarin die twee beroepsgroepen en de overheid verwickeld zijn. Die discussie wordt besproken in hoofdstuk 4. In die context en naar aanleiding van de werkzaamheden van de Be.Hive-leerstoel voor eerstelijnsgezondheidszorg, benadrukken we dat samenwerking van professionals, zowel in normale periodes als tijdens een crisis, vereist dat er rekening gehouden wordt met de bestuursmodellen van de beroepen, dat er concrete taakverdelingsinstrumenten nodig zijn en dat de professionals in kwestie erop voorbereid moeten worden in hun basis- en voortgezette opleiding (Buret et al., 2020).

2. De stem van de volksgezondheid

De behoeften op vlak van aanvaardbaarheid en vertrouwen vertolken de vraag van de bevolking en de vaccinatie-actoren naar communicatie waarin kennis over en begrip van het coronavirus en vaccinatie centraal staan (zie hoofdstuk 2). Die vraag weerspiegelt de twijfels van burgers over het vaccin. Die twijfels verbazen ons misschien, maar zijn ze een verrassing? Neen. Volgens de literatuur laten voorbije vaccinatiecampagnes toe een objectief beeld te vormen van de twijfels van burgers in de Verenigde Staten (Weintraub et al., 2021), het Verenigd Koninkrijk (Abila et al., 2020) en Frankrijk (Ward & Parette-Watel, 2020), waar bijzonder veel vaccintwijfel is. De auteurs van die onderzoeken benadrukken trouwens dat er niet kan worden uitgegaan van de vraag naar het vaccin, maar dat die inspanningen een *evidence-based* kennis vergt (Weintraub et al., 2021), maar ook de ervaring en het vertrouwen van bepaalde bondgenoten (Abila et al., 2020) – daarmee is alles gezegd. We gaan er niettemin dieper op in. Het belang van vaccintwijfel in België is ook objectief vastgesteld, meer bepaald aan de vooravond van de start van de vaccinatie tegen het coronavirus. Uit de enquête van Kessels et al. (2020), die gebaseerd is op een representatieve steekproefgroep van 2.060 Belgen, blijkt dat in oktober 2020 slechts 34% van de respondenten zei dat ze zich zeker zouden laten vaccineren, tegenover 39% die zich waarschijnlijk zouden laten vaccineren.

Bij onze ontmoetingen met burgers en vaccinatie-actoren stelden we vast dat die twijfel op verschillende manieren tot uiting kwamen, zoals tabel 1 toont. Die ontmoetingen deden ons ook inzien dat vaccintwijfel niet a priori gelijkgesteld kunnen worden met verzet tegen vaccins. Bij vaccintwijfel speelt veeleer een combinatie van overtuigingen, houdingen en gedragingen die noch een onvoorwaardelijke aanvaarding van elke vaccinatievorm inhouden, noch een onvoorwaardelijke afwijzing ervan (Ward & Parette-Watel, 2020: 244). Daarom maakten we gebruik van onze gesprekken met de actoren om de oorzaken van de twijfel te proberen begrijpen. De twee belangrijkste zijn een zeer zwakke sociale cohesie enerzijds, wat tot uiting komt in een weigering om de overheid en haar

instellingen te vertrouwen, en anderzijds een (zeer) lage gezondheidsgeletterdheid, die de actoren soms als onwetendheid omschrijven. Die onwetendheid is de voedingsbodem voor allerlei vragen, over het bestaan van het coronavirus of de veiligheid van het vaccin.

Die vragen passen in de bredere context van hoe de bevolking wetenschap interpreteert, wat gekenmerkt wordt door een groeiende kloof tussen de werkelijke wetenschap en hoe mensen erover denken (Ward & Paretti-Watel, 2020: 245). Maniglier¹¹ spreekt in dit verband trouwens van een "Latouriaans moment" en benadrukt zo een opvallend element van de actualiteit: de wetenschap wordt beoefend in de openbare ruimte. Dat betekent dat wetenschappelijke controverses, die gewoonlijk binnen de laboratoriummuren blijven, nu deel uitmaken van het publieke debat en in de media verschijnen. De onzekerheid die inherent is aan experimenten is zichtbaar en in tegenspraak met de wijdverbreide opvatting dat wetenschappelijke kennis waar, juist en zeker is, hoewel dat niet klopt. Als er veel onzekerheid is, bijvoorbeeld over de beschermingstermijn van de vaccins (Su et al., 2020), lijkt de tweede mening - de informatie is niet wetenschappelijk - ervoor te zorgen dat de wetenschapsinterpretatie van de bevolking opschuift in de richting van ideeën en theorieën die angst inboezemen (Malengreaux et al., 2021. Dubé, 2013).

Vaccintwijfel is dus uitgebreid onderzocht. Volgens de WGO is dat zelfs een belangrijke bedreiging voor de gezondheid overal ter wereld¹². Maar is er echt rekening mee gehouden bij het vaccinatiebeleid?

Tijdens deze studie beschouwden we dat beleid vanuit drie invalshoeken: de acties waarop de vaccinatiestrategie steunt, de coördinatie ervan en de communicatie die haar omkadert.

Bij de acties zagen we dat de uitnodiging, waarbij prioriteit wordt gegeven aan toegankelijkheid in plaats van de behoefte aan aanvaardbaarheid, geen antwoord biedt op vaccintwijfel. Anderzijds lijkt het erop dat er rekening werd gehouden met vaccintwijfel toen de Brusselse autoriteiten het voorstel en de relatie introduceerden en zo hun vaccinatiestrategie diverser maakten (Malengreaux et al., 2021). Die diversificatie, waarbij lokale en in de gemeenschap verankerde acties zich vermenigvuldigen, laat immers toe een kwalitatiever en mogelijk duurzamer antwoord te geven op vragen van mensen die twijfelen of ze zich zullen laten vaccineren.

De uitnodiging, de relatie en het voorstel bestaan echter niet in een sociaal vacuüm: hun samenspel ontvouwt zich in een omgeving waarin ze soms verwelkomd en soms verstoten worden. Die omgeving,

¹¹ Maniglier, P. (2021, 21 april). Tout ce que vous avez voulu savoir sur Bruno Latour sans jamais oser le demander au SARS-CoV-2 – un moment latourien (1/4). AOC. <https://aoc.media/analyse/2021/04/20/tout-ce-que-vous-avez-voulu-savoir-sur-bruno-latour-sans-jamais-osser-le-demander-au-sars-cov-2-un-moment-latourien-1-4/>

¹² Wilson, S. L. & Wiysonge, C. S. (2020, 3 december). Misinformation on social media fuels vaccine hesitancy: a global study shows the link. *The Conversation*. <https://theconversation.com/misinformation-on-social-media-fuels-vaccine-hesitancy-a-global-study-shows-the-link-150652>

en hoe de acties erdoor onthaald worden, wordt echter voortdurend beïnvloed door politieke en mediacommunicatie. Die communicatie was vaak paternalistisch of sensatiebelust, soms autoritair en discriminerend, en kon de twijfels niet wegnemen, zoals we in hoofdstuk 3 toelichten. Integendeel, volgens onze respondenten droeg ze er juist toe bij dat mensen die eerst aarzelden, zich gingen verzetten. Daaruit besluiten we het volgende:

De vierde aanbeveling van deze studie is om te kiezen voor communicatie die gedragen wordt door de volksgezondheid en een beroep doet op de gezondheidspromotievoorzieningen.

De eerste uitdaging is vaccinatie opnieuw voorstellen als een collectieve keuze in plaats van een persoonlijke plicht¹³. De tweede is de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking verbeteren. De WGO omschrijft gezondheidsgeletterdheid als de kennis, motivatie en vaardigheden die nodig zijn om informatie in verband met gezondheid te vinden, te begrijpen, af te wegen en te gebruiken (Kickbusch et al., 2013: 4), maar ook om beslissingen te nemen rond preventie en gezondheidszorg. Het betreft een uitdaging, aangezien 35% van de Belgen het moeilijk vinden om informatie over hun gezondheid te krijgen, te begrijpen en te gebruiken en 10% vindt dat ze onvoldoende vaardigheden hebben¹⁴. Die algemene context heeft gevolgen voor de vaccinatie, want van de 90% Belgen die a priori voor vaccinatie zijn, "vreest 38,2% ook dat die vaccins de ziekten kunnen veroorzaken waartegen ze hen moeten beschermen"¹⁵.

Daarom zou de politieke en de mediacommunicatie er baat bij hebben de beschikbare middelen te gebruiken op het gebied van gezondheidspromotie, om de werking van vaccins en de echte voordelen ervan duidelijk te maken. Dat zijn vaak documenten, maar er zijn ook filmpjes (verschillende voorbeelden zijn hier te vinden: ¹⁶).

¹³ Monnais L. (2021, 13 oktober). Le tournant vaccinal: prendre soin du monde à l'ère pandémique. AOC. <https://aoc.media/analyse/2021/10/12/le-tournant-vaccinal-prendre-soin-du-monde-a-lere-pandemique/>

¹⁴ 1 Belge sur 3 comprend mal les informations concernant sa santé. (2021, 8 november). UCLouvain. <https://uclouvain.be/fr/decouvrir/actualites/1-belge-sur-3-comprend-mal-les-informations-concernant-sa-sante.html>

¹⁵ Belga. (2021, 25 november). 38% des Belges ont des préconceptions erronées sur les vaccins. RTBF. https://www.rtf.be/info/societe/detail_38-des-belges-ont-des-preconceptions-erronees-sur-les-vaccins?id=10885459

¹⁶ RESO. (2020). *La vaccination (Focus sur la Covid-19)*. Brussel: UCLouvain/IRSS/RESO.

Conclusie

Deze studie beschreef eerst verschillende lokale acties die ingevoerd zijn om de vaccinatiestrategie in Brussel te diversifiëren in de zomer van 2021. Die acties worden beschreven aan de hand van gesprekken met de actoren en directe observatie, wat toelaat ze gelijk te stellen aan acties waarvan de werking afhangt van specifieke combinaties van het ruimtelijk en tijdelijk kader van de vaccinatie, de gemobiliseerde actoren en hun materiële, sociale en culturele uitrusting. De professionele kennis en persoonlijke ervaringen van die actoren staan immers niet los van de materiële uitrusting van elke actie om een draagvlak te creëren voor de vaccinatie en er een betekenis aan te geven, bijvoorbeeld het aantal dosissen en het type vaccin in kwestie. Het draagvlak betreft het aantal gevaccineerden en weerspiegelt de mate waarin een actie het vaccin mee toegankelijk maakt, terwijl betekenis over de kwaliteit van de vaccinatie gaat op het vlak van uitwisseling en luisterbereidheid. Het draagt ook bij tot de aanvaardbaarheid en de behoefte aan vertrouwen in het vaccin van de bevolking. Om de combinaties van kaders, actoren en uitrustingen van de acties samen te vatten en te verduidelijken hoe ze bijdragen tot de toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en het vertrouwen definieerden we drie ideaaltypes: de uitnodiging, het voorstel en de relatie. De belangrijkste kenmerken ervan zijn samengevat in tabel 1.

Het drieluik van toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en de behoefte aan vertrouwen, waarnaar die drie ideaaltypes verwijzen, wordt in het tweede deel van deze studie besproken. Dat drieluik laat toe vaccintwijfel te begrijpen door een antwoord te bieden op de behoeften aan informatie, betekenis en kennis, die onder aanvaardbaarheid vallen. Het verschuift de aandacht van bevolkingskenmerken, op demografisch, geografisch, sociaal-economisch en cultureel gebied, naar de behoeften van burgers in verband met vaccinatie. Die aanpak op basis van behoeften kan acties opleveren die aanvaard worden en die mensen willen en kunnen gebruiken. Zoals we benadrukten, dreigt, een benadering op basis van de voornoemde categorieën daarentegen abstracte opdelingen te versterken binnen een bevolking waarvan is aangetoond dat ze praktische behoeften en een behoefte aan betekenis, kennis en vertrouwen deelt. Die abstracte opdelingen hebben echter concrete gevolgen: door de Brusselaars te herleiden tot bepaalde aspecten van hun identiteit, bijvoorbeeld hun wijk en de kwetsbaarheden ervan, versterken ze de vaccintwijfel of zetten ze die om in verzet om gezichtsverlies te vermijden.

Inzicht in de werking van de acties en de behoeften van de bevolking in verband met vaccinatie verrijkt de reflectie over het vaccinatiebeleid, waarover het derde deel van deze studie gaat. Het vaccinatiebeleid omvat de logica van de vaccinatiestrategie, de coördinatie ervan door de Brusselse

overheden en de politieke en mediacommunicatie die ermee samenhangen. Communicatie geeft inderdaad, indirect maar actief, vorm aan de context waarin de vaccinatiestrategie wordt toegepast. De communicatie was al te vaak onsamenhangend, paternalistisch, autoritair en discriminerend, waardoor ze de al rijke voedingsbodem voor vaccintwijfel nog verrijkte.

Die context bespoedigde de aanpassing van de Brusselse vaccinatiestrategie, volgens een logica die de GGC zelf "leave no one behind" noemde. Die aanpassing leidde ertoe dat de strategie geleidelijk werd gedecentraliseerd en gediversifieerd en vandaag vele lokale acties telt die gericht zijn op de specifieke behoeften van de Brusselaars. Anderzijds is de coördinatie, op het vlak van informatieverspreiding, overleg en ondersteuning van samenwerkingen, niet (voldoende) om het complementaire karakter van die acties te benutten. Het liedje was voor de pandemie al gekend, althans op het gebied van de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg: de diversiteit en kracht van lokale acties is de rijkdom van Brussel, maar bij gebrek aan coördinatie kan niet iedereen voordeel halen uit die diversiteit.

Bovendien laat het gebrek aan overleg tussen de overheden en de vaccinatie-actoren niet (voldoende) toe om voordeel te halen uit de kennis en ervaring die deze actoren gebruiken en opdoen tijdens hun bewustmakings- en vaccinatieopdracht. Daarom analyseren we in het vierde deel van deze studie hoe die actoren omgaan met de translatie van hun opdracht, door die aan te passen aan hun werkcontext, hun ervaring met interacties met burgers en hun visie op hun beroep. Dat hoofdstuk opent de "doos van Pandora" van attitudes en praktijken van professionals. Die zijn zeer uiteenlopend en uit de literatuur blijkt dat die beïnvloed worden door de perceptie van de doeltreffendheid van het vaccin en de moeilijkheid om patiënten te mobiliseren (Vergier et al., 2020), de perceptie van de veiligheid van vaccins (Vergier et al., 2021), de tijdsdruk en de rol van de arts (Vu et al., 2020, op basis van een enquête over het HPV-vaccin) en het vertrouwen van professionals in hun eigen vermogen om hun patiënten betrouwbare informatie te geven (Vergier et al., 2017). Naast het gebruik van communicatiemiddelen voor het "brede publiek", bespraken we hierboven dat sommige sociale hulpverleners ad-hocinstrumenten ontwikkelden om de meest voorkomende situaties aan te pakken. Er kunnen ook instrumenten worden ontwikkeld die aangepast zijn aan de praktijk van eerstelijnsprofessionals en de crisissituatie, zoals wat er al wordt gedaan om ouders bewust te maken van het belang van vaccinatie om zo het vaccinatieschema uit te voeren (zie bijvoorbeeld Shen & Dubey, 2019). De vijf ideaaltypes in hoofdstuk 4 zouden de basis kunnen vormen om instrumenten te ontwikkelen die niet alleen aangepast zijn aan het publiek, maar ook aan de verschillende attitudes van professionals zelf.

Deze studie beschrijft het traject van de vaccinatiestrategie, van het centrum naar de periferie. Dat traject weerspiegelt hoe vaccinatie geleidelijk verschoof in een continuüm van kwantiteit naar kwaliteit. Het toont ook een ethische verschuiving: van een wil om universele beginselen te

respecteren, vooral dat het vaccin toegankelijk moet zijn, naar aandacht voor de specifieke en empirische behoeften van de Brusselse bevolking.

Die aandacht voor specifieke, waarneembare en empirische behoeften getuigt veeleer van een houding dan een structuur, ofwel de structurele kenmerken van de vaccinatieacties: hun omvang, teams, tijdschema's, enz. Die houding is gebaseerd op de uitoefening van een relationele ethiek in en door de praktijk. Die relationele ethiek of zorgethiek (Gilligan, 1982; Tronto, 2009) zou kunnen worden uitgebreid van de lokale acties, waar ze al sterk aanwezig is, naar het gehele vaccinatiebeleid.

Eenzijds bevordert een zorgethiek alert bestuur dat aandacht heeft voor de empirische werkelijkheid. Volgens Fabienne Brugère is ze bijzonder alert voor de complexiteit van specifieke werkelijkheden (in het voorwoord van *Une voix différente*, 2019: XXXVII). Ze gaat samen met een visie op verantwoordelijkheid die verder reikt dan de toepassing van een universeel beginsel: in ons geval volstaat het niet te garanderen dat het vaccin toegankelijk is. Integendeel, aanvaardbaarheid behoort ook tot die verantwoordelijkheid. Ze wijst op een wil om de relatie met de Brusselaars in stand te houden, hoe groot de stap naar vaccinatie voor hen ook mag zijn. Daarom steunt ze op een beleid waarin ondersteuning van personen centraal staat en dat zich niet beperkt tot koude, institutionele apparaten¹⁷ maar getuigt van luisterbereidheid. Dat ondersteuningsbeleid is feministisch omdat het een stem geeft aan wie zich ontwikkelt in de schaduw of de marge van voorzieningen die ontworpen zijn door en voor de dominante klassen – zij die kajakken.

Dat de uitnodiging, het voorstel en de relatie ingebed worden in de Brusselse vaccinatiestrategie past in een dergelijk beleid. Daarom beveelt deze studie aan acties te behouden die combinaties zijn van kaders, actoren en uitrustingen die overeenkomen met die drie ideaaltypes.

Anderzijds gaat een zorgethiek als praktijk zowel over het denken als over het handelen (Tronto, 2009). Eerst moet een behoefte of een situatie die zorgverlening vereist erkend worden; daarna moet er een verbintenis zijn om zorg te verlenen en een manier gevonden worden om aan de behoefte te voldoen; vervolgens moeten een of meer personen zorgverlening of een oplossing krijgen; en tot slot moeten die personen de zorgverlening aanvaarden. Alleen zij kunnen zeggen of de verleende zorg beantwoordt aan de behoefte.

De relaties tussen die niveaus lijken cruciaal voor de vroegere, huidige en toekomstige uitvoering en richting van het vaccinatiebeleid. Aanvankelijk wees de focus van de vaccinatiestrategie op uitnodigingsacties aan dat wie de behoefte (de vaccinatiegraad in Brussel verhogen) moest voldoen, een gebrek aan aandacht had voor de aanvaarding van de zorgverlening (het vaccin). Later getuigde

¹⁷ Burgère, F. [Le Rendez-vous des Futurs]. (2019, 14 november). *L'éthique du Care*. [Video]. Le Rendez-vous des Futurs. <https://www.rendezvousdesfuturs.com/emissions/fabienne-brugere-lethique-care/>

de diversificatie van de vaccinstrategie van een toegenomen aandacht voor aanvaarding. Die diversificatie heeft er ook toe geleid dat zorgverleners ingeschakeld werden, via hun bewustmakings- en vaccinatieopdracht. Ze zijn niet zozeer louter uitvoerders maar actieve actoren wanneer ze de zorg verlenen: ze stemmen hun vaccinatieopdracht af op de context en de kenmerken van hun beroep. Zoals we aantoonden, is rekening houden met die diverse translaties, op het niveau van de Brusselse overheden die "het initiatief nemen", een aandachtspunt voor de toekomstige oriëntatie van de vaccinatiestrategie. Tot slot: hoewel aandacht voor de aanvaarding weerspiegeld wordt in de evolutie van de vaccinatieacties, is dat niet het geval voor de communicatie. Daarom beveelt deze studie communicatie aan waarin de stem van de volksgezondheid vertegenwoordigd is en vaccinatie als een collectieve keuze beschouwd wordt in plaats van een individuele plicht.

Bibliografie

Abila, D.B., Dei-Tumi, S.D., Humura, F. & Godwin, A. J. (2020). We need to start thinking about promoting the demand, uptake, and equitable distribution of COVID-19 vaccines NOW! *Public Health in Practice*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100063>

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.

Bucher, R. & Strauss, A. (1961). Professions in Process. *American Journal of Sociology*, 66(4), 325-334.

Buret, L., Di Biagi, L., Defraigne, F., Jamart, H., Vanderhofstadt, Q., D'Ans, P., Schetgen, M. & Mahieu C. (2020). Collaboration interprofessionnelle et développement des compétences. In. *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone* (pp. 73-100). Brussel: BeHive.

Commission on Social Determinants of Health. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>

Di Biagi, L., Vanderhofstadt, Q., Defraigne, F. & Mahieu C. (2021, 18-21 mei). "And if you try, professional and vulnerable group link's during the Covid-19 1st wave" [Paperpresentatie]. Academie voor de eerste lijn: Conferentie Voor De Eerste Lijn.

Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P, Roy, R. & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy: an overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8) 1763-1773.

Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press.

Gadéa, C. (2013). Les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du travail social comme objet de recherche en sociologie des groupes professionnels. In. J.-P. Cadet (Red.), *Les professions intermédiaires : Des métiers d'interface au cœur de l'entreprise* (pp. 101-120). Parijs: Armand Colin.

Gilligan, C. (2019). *Une voix différente. La morale a-t-elle un sexe ?* Flammarion.

Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Editions de Minuit.

Goffman, E. (1974). *Les rites de l'interaction*. Editions de Minuit.

- Hamel, L., Lopes, L., Sparks, G., Kirzinger, A., Kearney, A., Stokes, M. & Brodie, M. (2021, 28 oktober). *KFF COVID-19 Vaccine Monitor: October 2021*. Kaiser Family Foundation.
<https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/kff-covid-19-vaccine-monitor-october-2021/>
- Kessels, R., Luyten, J. & Tubeuf S. (2020). *Willingness to get vaccinated against Covid-19: profiles and attitudes towards vaccination*. Université Catholique de Louvain.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. & Tsouros A. D. (Red.) 2013. *L'instruction en santé. Les faits*. Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe.
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M.D. & Paterson P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19), 2150-2159.
- Larson, H. J., Cooper, L. C., Eskola, J., Katz, S. L. & Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, 378(9790), 526-535.
- Latour, B. (2006). *Changer de société, refaire de la sociologie*. La Découverte.
- Law, J. (1984). On the Methods of Long-Distance Control: Vessels, Navigation and the Portuguese Route to India. *The Sociological Review*, 32(1), 234-263.
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164.
- Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue Nouvelle*, 6.
- Malengreaux, S., Lambert, H., Le Boulangé, O., Rousseaux, R., Doumont, D. & Aujoulat I. (2021). *Tous égaux face aux vaccins contre la Covid-19 ? Etat des lieux de la littérature scientifique et grise*. UCLouvain/IRSS/RESO.
- McLenon, J. & Rogers, M. A. M. (2019). The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 30-42. <https://doi.org/10.1111/jan.13818>
- Neumann-Böhme, S., Varghese, N. E., Sabat, I., Barros, P. P., Brouwer, W., van Exel, J., Schreyögg, J. & Stargardt, T. (2020). Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *The European Journal of Health Economics*, 21, 977-982.
- RESO. (2020). *La vaccination (Focus sur la Covid-19)*. UCLouvain/IRSS/RESO.
- Berete, F., Braekman, E., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L. & Hermans, L.. (2020). *Vijfde COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten*. Sciensano. <https://doi.org/10.25608/69j2-hf10>

Shen, S. C. & Dubey, V. (2019). Répondre à l'hésitation face à la vaccination : Conseils cliniques à l'intention des médecins de première ligne qui travaillent avec les parents. *Canadian Family Physician*, 65(3), e91–e98.

Siciliani, L., Wild, C., McKee, M., Kringos, D., Barry, M. M., Barros, P. P., De Maeseneer, J., Murauskiene, L., Ricciardi W. & members of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (2020). Strengthening vaccination programmes and health systems in the European Union: A framework for action. *Health Policy*, 124(5), 511-518.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.015>

Su, Z., Wen, J., Abbas, J., McDonnell, D., Cheshmehzangi, A., Li, X., Ahmad, J., Segalo, S., Maestro, D. & Cai, Y. (2020). A race for a better understanding of COVID-19 vaccine non-adopters. *Brain, Behavior & Immunity - Health*, 9. <https://doi.org/10.2196/26111>

Thunus, S., Creten, A. & Donnen, A. (2021, 18-21 mai). *Melting Point : étude qualitative de l'accès et du recours aux soins par les personnes en situation vulnérable, en Région de Bruxelles-Capitale*. [Paperpresentatie]. Academie voor de eerste lijn: Conferentie Voor De Eerste Lijn.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du "care"*. La Découverte.

Tuffreau, F. (2013). P. In. *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale* (pp. 359-400). Rennes: Presses de l'EHESP.

Verger, P., Scronias, D., Bergeat, M. & Chaput, H. (2021). Vaccination contre la Covid-19 : trois médecins sur quatre interrogés en octobre-novembre 2020 y étaient a priori favorables. *Etudes & Résultats*, 1178.

Verger, P., Scronias, D., Dauby, N., Adedzi, K. A., Gobert, C., Bergeat, M., Gagneur, A. & Dubé, E. (2021). Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. *Euro surveillance*, 26(3).

<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.3.2002047>

Verger, P., Bocquier, A., Bournot, M., Buyck, J., Carrier, H., Chaput, H. & Ventelou, B. (2017). Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*, 3, 213-235.

Vu, M., King, A. R., Jang, H. M. & Bednarczyk, R. A. (2020). Practice-, provider- and patient-level facilitators of and barriers to HPV vaccine promotion and uptake in Georgia: a qualitative study of healthcare providers' perspectives. *Health Education Research*, 35(6), 512-523.

Ward, J. & Peretti-Watel, P. (2020). Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, 61(2), 243-273.

Weintraub, R. L., Subramanian, L., Karlage, A., Ahmad, I. & Rosenberg, J. (2021). COVID-19 Vaccine to Vaccination: Why Leaders Must Invest in Delivery Strategies Now. *Health Affairs*, 40(1).

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01523>

Worms F. (2010). *Le moment du soin. A quoi tenons-nous*. Presses universitaires de France.

Bijlage

Tabel 2. Samenvatting van de interviews en observaties, volgens de acties.

Totaal	Etnografische bijeenkomsten (interviews en observaties)	Individuele interviews	Focusgroepen
Lokale vaccinatiepunten	Molenbeek, Sint-Joost, Marollen, ULB, station Brussel-Zuid N = 19		
Mobiele teams	Flagey, markt Sint-Joost, Action Molenbeek, Carrefour Oudergem N = 33		
Oproep 65+'ers		Verantwoordelijken van twee gemeenten N = 4	
Eerstelijngeneeskunde		2 huisartsen in medische huizen (Marollen en Sint-Gillis) N = 2	1 zelfstandige huisarts N = 17
Apothekers		1 apotheker Haren N = 1	1 apotheker N = 6
SPOC's en CLA's		3 SPOC's N = 3	1 CLA N = 18
Verenigingsleven		2 projectleiders vaccinatie N = 2	
N Totaal = 104			