



Kennisnotitie

Pandemische Paraatheid & Gedrag – Resultaten vragenlijstmonitor 2024

Samenvatting

Achtergrond

Gedrag van mensen is belangrijk bij de verspreiding van infectieziekten. Regelmatig handenwassen en nauw contact met anderen vermijden verkleint bijvoorbeeld de kans op luchtweginfecties. Dit is extra belangrijk in het geval van een uitbraak met pandemisch potentieel. In het kader van pandemische paraatheid werkt het RIVM daarom aan een vragenlijstmonitor: Pandemische Paraatheid & Gedrag. Hiermee meten we gedrag van mensen dat relevant is voor de verspreiding van infectieziekten, samen met factoren die van invloed zijn op gedrag en gezondheid tijdens een pandemie. Daaruit is af te leiden op welke vlakken verschillende groepen in de Nederlandse bevolking beter of minder goed zijn voorbereid op een mogelijke pandemie en hoe dat over tijd samenhangt met maatschappelijke ontwikkelingen of beleidsinterventies. In deze kennisnotitie worden de belangrijkste resultaten beschreven van de eerste twee metingen van deze vragenlijstmonitor, samen met daaruit volgende aandachtspunten voor beleid.

Doelstelling

De resultaten van de vragenlijstmonitor:

- 1) bieden aanknopingspunten voor beleid in een koude fase om mensen in Nederland zo goed mogelijk voor te bereiden op een toekomstige pandemie of kleinschaligere infectieziekte uitbraak; en
- 2) geven inzicht in de brede weerbaarheid van verschillende groepen in de Nederlandse samenleving, zodat bij een toekomstige pandemie of infectieziekte-uitbraak snel duidelijk is waar gerichte beleidsinzet nodig is.

De vragenlijstmonitor draagt daarnaast bij aan een sociaal en gedragswetenschappelijke kennisbasis, en snel opschaalbaar onderzoek tijdens een uitbraak. Bij de start van een nieuwe pandemie kan gedragswetenschappelijke kennis daardoor sneller bijdragen aan een effectieve bestrijding. Deze kennis kan ook in de bredere context van crisisituaties worden ingezet.

Onderzoeksmethode

In maart en september 2024 is een vragenlijstmonitor afgenomen onder 1238 deelnemers, die een representatieve afspiegeling vormen van de Nederlandse bevolking (zie [Verantwoording](#)). Onderdelen van de vragenlijst zijn: a) uitkomstindicatoren, waaronder ervaren pandemische paraatheid en huidige gezondheidsstatus; b) gedrag, waaronder paraatheidgedrag (i.e., gedragingen ter voorbereiding op een mogelijke pandemie), en gedrag dat bijdraagt aan het voorkomen van infectieziekteverspreiding; en c) factoren die invloed hebben op gezondheidsgedrag.

RIVM

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

T 088 689 89 89

Auteurs:

Floor Kroese, Maartje Boer,
Mart van Dijk, Roos Dekker,
Jet Sanders

Centrum:

Preventie, Leefstijl en
Gezondheid PLG

Contact:

Floor.Kroese@rivm.nl

Kenmerk:

KN-2025-0012

DOI:

10.21945/RIVM-KN-2025-
0012

Datum:

13-03-2025

Belangrijkste resultaten

NB: deze resultaten zijn gebaseerd op de monitor in 2024 en geven daarmee een beschrijving van de status quo. Er staan nog meerdere metingen gepland. Na deze herhaalde metingen worden de resultaten ook geduid in termen van de ontwikkeling over tijd in verschillende subgroepen.

- **Ervaren paraatheid:** Drie op de tien deelnemers geven aan zich voorbereid te voelen als er volgende maand een lockdown zou worden aangekondigd; ook denkt drie op de tien dat de overheid in die situatie voldoende voorbereid is.
- **Gedrag:**
 - o Paraatheid gedrag: Ruim eenderde van de deelnemers heeft geen noodvoorraad eten/drinken en medicijnen om drie dagen vooruit te kunnen. Meer dan tweederde heeft geen noodvoorraad water voor hygiëne en koken.
 - o Hygiëne- en isolatiegedrag: Zes op de tien deelnemers hebben de gewoonte om te hoesten en niezen in de elleboog. Minder dan de helft wast de handen bij thuiskomst of na hoesten/niezen/snuiten van de neus. Minder dan twee op de tien blijven thuis bij ziekte.
- **Factoren die gedrag en gezondheid beïnvloeden:**
 - o Gezondheidsvaardigheden: zes op de tien deelnemers heeft voldoende vaardigheden om gezondheidsinformatie te vinden, begrijpen, en toe te passen. Het beoordelen van de betrouwbaarheid van informatie in de media over gezondheidsrisico's vinden deelnemers relatief lastig.
 - o Veerkracht: Een derde van de deelnemers rapporteert een hoge mate van veerkracht; ouderen vaker dan jongeren.
 - o Sociale steun: Ruim een derde ervaart sterke sociale steun, terwijl een vijfde weinig sociale steun ervaart. Vooral onder deelnemers met een herkomst buiten Europa komt het meer voor dat zij weinig sociale steun ervaren.
 - o Vertrouwen: Het vertrouwen van deelnemers in artsen en wetenschappers is hoger dan dat in politici en de overheid.
 - o Vatbaarheid voor complotdenken: Een derde van de deelnemers heeft overtuigingen die hen vatbaar maken voor complot denken.
- **Verschillen tussen groepen:** op verschillende indicatoren scoren mensen van niet-Nederlandse herkomst en mensen met primair/vmbo-onderwijs lager dan gemiddeld (o.m. gezondheidsvaardigheden, vertrouwen, vatbaarheid voor complot denken). Voor hygiënegedrag (specifiek handen wassen) zien we juist een gunstigere uitgangspositie, namelijk meer gewoontegedrag, bij mensen van niet-Nederlandse herkomst.
- **Verschillen tussen landen:** Dezelfde monitor werd in vier landen uitgezet: Nederland, Slovenië, Spanje en Ierland. Hier valt op dat Nederlandse deelnemers minder voorbereiding treffen op een mogelijke pandemie (i.e. het hebben van een EHBO-set, maskers, zeep, of een noodvoorraad water en voedsel) dan deelnemers in de andere drie landen. Ook wast men in Nederland minder vaak de handen, voornamelijk na het hoesten, niezen of het snuiten van de neus, en gaat men vaker naar buiten of naar familie als ze symptomen hebben. Nederlandse deelnemers hebben wel meer vertrouwen in de overheid.

Aandachtspunten voor beleid

Op basis van de resultaten van deze monitor komen we tot de volgende aandachtspunten voor beleid. Wanneer beleidsinterventies worden aangepast op doelgroep en context verhoogt dit de impact.

- **Voorbereiding op een noodsituatie:** Als de overheid van mensen verwacht dat zij 2-3 dagen in acute isolatie kunnen blijven, is winst te behalen door mensen te ondersteunen met eenduidige informatie over wat daarvoor nodig is en hoe

mensen daarin zelf kunnen voorzien en/of worden geholpen (NB: acute isolatie thuis en tijdig vluchten vragen andere voorbereidingen).

- **Goede hygiënegewoontes:** Het ondersteunen van goede hygiënegewoontes draagt bij aan de preventie van kleine uitbraken in een koude fase en verhoogt de kans op het uitvoeren van deze gedragingen tijdens een pandemie. Door het goede voorbeeld te laten zien, mensen te herinneren aan de geadviseerde gedragingen (handen wassen in welke situaties, thuisblijven als je ziek bent), en de (sociale) omgeving zo in te richten dat het gedrag makkelijk is om uit te voeren (bijvoorbeeld door als werkgever uit te dragen dat dit belangrijk is), kan het vormen en behouden van deze gewoontes worden ondersteund.
- **Veerkracht van jongeren:** Initiatieven gericht op het vergroten van de veerkracht van jongeren zijn ook voor pandemische paraatheid relevant. In het geval van een (gezondheids-)crisis is het belangrijk om vanaf het begin rekening te houden met groepen met minder veerkracht, zoals jongeren. Dit kan door te monitoren hoe het met hen gaat, te vragen wat zij nodig hebben, en met interventies de psychische gezondheid te verbeteren en ondersteunen.
- **Sociale steun:** Sociale steun (emotioneel en praktisch) draagt bij aan informele zorg in de buurt als het nodig is. Nu en tijdens een crisis. Gegeven deze samenhang kan inzet op initiatieven die sociale verbondenheid in gemeenschappen ondersteunen worden overwogen.
- **Vertrouwen:** Mensen die instituten of personen vertrouwen gebruiken hen ook eerder als informatiebron. Daar kan rekening mee worden gehouden in het geval van een nieuwe (gezondheids-)crisis. Bijvoorbeeld door adviezen van experts die worden vertrouwd expliciet mee te wegen in beleidskeuzes (en dit ook te communiceren) en door experts in staat te stellen zelf te communiceren over geldende maatregelen.

Verantwoording

Theoretisch kader

De vragenlijstmonitor is gebaseerd op een conceptueel kader van pandemische paraatheid vanuit gedragsperspectief¹. Belangrijk in het conceptueel kader is dat gedrag van actoren op verschillende socio-ecologische niveaus – i.e., de individuele burger, gemeenschappen, organisaties, overheden – van elkaar afhankelijk is. Daarnaast zijn de verschillende fases van pandemische paraatheid relevant: sommige gedragingen zijn enkel relevant in een acute fase van een pandemie, maar worden beïnvloed door factoren (en acties van andere actoren) die niet van de een op de andere dag veranderd kunnen worden. Om tijdens een pandemie zo goed mogelijk voorbereid te zijn, zijn in dat geval al lang voor een pandemie acties nodig. Denk hierbij aan organisaties die mensen helpen om gezondheidsinformatie toegankelijker te maken.

In deze monitor meten we factoren die samenhangen met gedrag op het niveau van de individuele burger². Het COM-B model³ is daarbij als basis genomen. In dat model worden verschillende categorieën factoren (cq. determinanten van gedrag) onderscheiden: Competenties (C), Omgevingsfactoren (O), en Motivationale factoren (M). Samen voorspellen zij Gedrag ('behaviour', B).

Voor de vragenlijst is een selectie gemaakt van 'generieke determinanten'. Dit zijn factoren (vanuit elk van de drie categorieën) die met veel verschillende gezondheidsgelateerde gedragingen kunnen samenhangen, zoals vertrouwen in instituties (Motivatie), of gezondheidsvaardigheden (Competentie). Gedrag dat relevant is voor pandemische paraatheid is immers heel divers, en bovendien is onzeker welke gedragingen tijdens een toekomstige infectieziekte daadwerkelijk gevraagd worden van

burgers. De selectie van determinanten is gebaseerd op geleerde lessen tijdens de COVID-19 pandemie en wat bekend is uit de gedragswetenschappelijke literatuur. Hierover heeft afstemming plaatsgevonden met (inter- en supra-)nationale collega's (zie voor meer informatie de [User Guide](#)). De selectie is beperkt door een vooraf vastgestelde maximale omvang van de vragenlijst. Dat betekent dat er ook factoren zijn die door de huidige monitor niet in kaart worden gebracht, maar die wel relevant kunnen zijn om gedrag en brede weerbaarheid voor en tijdens een pandemie te begrijpen en ondersteunen. We ontwikkelen daarom jaarlijks aanvullende blokken met vragen die flexibel aan de vragenlijst kunnen worden toegevoegd.

De gedragingen die in de monitor worden uitgevraagd zijn a) specifieke gedragingen die mensen kunnen uitvoeren ter voorbereiding op een pandemie, zoals een voorraad eten, drinken, en medicijnen in huis hebben voor het geval van een acute isolatieperiode; en b) algemene hygienegedragingen die bijdragen aan het voorkomen van verspreiding van infectieziekten, zoals thuisblijven als je ziek bent. Van deze gedragingen worden ook gedragsspecifieke determinanten uitgevraagd: hoe moeilijk of makkelijk vinden mensen het gedrag, hoe nuttig denken ze dat het is, en in welke mate zien zij dit gedrag als de sociale norm.

Tot slot worden verschillende 'uitkomstindicatoren' gemonitord. Specifiek meten we indicatoren van (fysieke en mentale) gezondheid, en de subjectieve ervaren pandemische paraatheid van burgers zelf, hun werkgevers, en de overheid.

Gecombineerd geeft de monitor inzicht in de weerbaarheid van burgers. Naarmate mensen gezonder zijn, meer gunstige gewoontes hebben, en sterkere competenties, motivatie en ondersteuning uit de omgeving hebben om preventief gedrag uit te voeren, zullen zij weerbaarder zijn bij een crisissituatie.

Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek is een vragenlijst afgenomen onder 1238 mensen van 18 jaar of ouder. Daarvoor is gebruik gemaakt van het LISS-panel van Centerdata (Universiteit Tilburg). In Tabel 1 staan de kenmerken van de deelnemers aan het vragenlijstonderzoek. Details over de opzet van het onderzoek en de exacte vraagstellingen zijn te vinden in de [User Guide](#) van deze monitor.

De vragenlijst is in twee delen afgenomen: deel 1 in maart 2024, en deel 2 in september 2024. De meeste deelnemers (65%) hebben aan beide onderdelen van de vragenlijst meegedaan (maart en september 2024; 16% met alleen maart, 19% alleen september). In deel 1 werden gedragingen, generieke determinanten van de gedragingen en uitkomstindicatoren uitgevraagd. In deel 2 werden, in plaats van de generieke determinanten, gedragsspecifieke determinanten uitgevraagd (zie [Theoretisch kader](#)). In deze kennisnotitie rapporteren we de cijfers van gedragingen, uitkomsten en generieke determinanten op basis van de eerste vragenlijstronde. De gerapporteerde cijfers van de gedragsspecifieke determinanten zijn op basis van de tweede vragenlijstronde.

We rapporteren voornamelijk welk percentage deelnemers boven of onder een bepaalde grenswaarde scoort. Bovendien worden er verschillen tussen groepen gerapporteerd aan de hand van de kenmerken in Tabel 1. Groepsverschillen in percentages zijn getoetst op basis van een multivariate logistische regressie en gerapporteerd wanneer de odds ratios hoger dan 1.5 of lager dan 0.667 waren. Dat wil zeggen dat de kans op een bepaalde score (bijv. thuisblijven bij ziekte) versus de kans op de alternatieve score (bijv. niet

thuisblijven bij ziekte) minimaal anderhalf keer zo groot of zo klein is voor een specifieke subgroep ten opzichte van een referentiegroep.

*Tabel 1: Kenmerken steekproef (gecombineerd voor deel 1 en 2)**

		<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Geslacht</i>	Vrouwen	644	52.2%
	Mannen	589	47.8%
<i>Opleidingstype</i>	Basisonderwijs / vmbo	238	19.3%
	Havo / vwo / mbo	439	35.6%
	Hbo / wo	557	45.1%
<i>Migratieachtergrond</i>	Geen	942	76.6%
	Europees	90	7.3%
	Niet-Europees	198	16.1%
<i>Leeftijd</i>	<25	91	7.4%
	25-39	284	22.9%
	40-54	316	25.5%
	55-69	301	24.3%
	70+	246	19.9%
<i>Stedelijkheidsniveau</i>	Landelijk	414	34.1%
	Voorstedelijk	410	33.8%
	Stedelijk	390	32.1%

*Door middel van weging zijn kenmerken van de huidige streekproef gelijk getrokken naar die van de populatie wat betreft geslacht, opleidingstype en leeftijd

Deelnemers van het LISS-panel worden geworven op basis van willekeurige steekproeven. Mensen die geen beschikking hebben over een computer of internet, krijgen die aangeboden. Dit zorgt voor een betere afspiegeling van de samenleving dan in panels waarvoor mensen zichzelf aanmelden. Desondanks zijn niet alle groepen in de samenleving gerepresenteerd. Mensen die laaggeletterd zijn doen bijvoorbeeld minder snel mee aan een schriftelijk vragenlijstonderzoek.

Het RIVM heeft de monitor ontwikkeld samen met internationale partners uit Slovenië, Ierland, en Spanje; daarnaast zijn de Europese Commissie en de WHO betrokken.

Resultaten

1. Uitkomstindicatoren

We meten de mate waarin mensen het idee hebben dat zij zelf, hun werkgever, en de overheid goed voorbereid zijn als er een nieuwe pandemie komt ('ervaren paraatheid'), en verschillende indicatoren van (mentale) gezondheid. Een goede fysieke en mentale gezondheid bij aanvang van een pandemie vergroot het (onafhankelijke) herstelvermogen van burgers.

Kernbevindingen:

- Drie op de tien deelnemers denkt dat zij zelf wel (helemaal) voorbereid zijn als er volgende maand een lockdown zou worden ingesteld; en drie op de tien dat de overheid wel (helemaal) is voorbereid.
- Acht op de tien beoordeelt zijn algemene gezondheid met een score van zes (uit tien) of hoger.
- Acht op de tien deelnemers voelt zich psychisch gezond. Dit is lager onder deelnemers jonger dan 25 (zes op de tien).

1.1 Ervaren pandemische paraatheid

Deelnemers is gevraagd in hoeverre zij zich voorbereid voelen als er volgende maand een lockdown zou worden ingesteld vanwege de verspreiding van een nieuw(e) virus (variant). Drie op de tien deelnemers geven aan dat ze wel (helemaal) voorbereid zijn op zo'n situatie. Dit is iets hoger onder deelnemers met een hbo- of wo-opleiding (39%) in vergelijking met deelnemers met basisonderwijs of een vmbo-opleiding (24%). Verder zien we geen verschillen tussen groepen op basis van de gemeten demografische kenmerken. Deelnemers die zich voorbereid voelen geven aan dat zij ervaring hebben vanuit het verleden, de basisbenodigdheden in huis hebben en vanuit huis kunnen werken. Deelnemers die zich niet voorbereid voelen geven aan dat zij er gewoon (nog) niets aan gedaan hebben, niet weten wat er nodig is, of er niet mee bezig zijn (*"Er speelt zoveel in de wereld momenteel dat we ons op dat moment zullen moeten aanpassen. Kortom: we zien het wel als het zover is."*).

Op dezelfde manier is gevraagd in hoeverre deelnemers die een werkgever hebben vinden dat hun werkgever voorbereid is als er volgende maand een lockdown wordt ingesteld. Ongeveer de helft van de deelnemers vindt hun werkgever wel (helemaal) voorbereid op zo'n situatie. Dit is iets hoger onder deelnemers met een hbo- of wo-opleiding (57%) in vergelijking met deelnemers met basisonderwijs of een vmbo-opleiding (35%). Deelnemers die hun werkgever voorbereid achten, noemen dat er geleerd is van het verleden en dat zij thuis kunnen werken. Daarnaast schatten zij in dat er draaiboeken en protocollen klaarliggen. Deelnemers die hun werknemer niet voorbereid achten zeggen dat hun sector hier niet geschikt voor is (vaak: thuiswerken niet mogelijk) of dat de werkgever er niet mee bezig is of hier niet over communiceert (*"Ik krijg geen update over wat er moet gebeuren als er een lockdown zou optreden"*).

Tot slot is aan alle deelnemers gevraagd in hoeverre ze vinden dat hun overheid voorbereid is als er volgende maand een lockdown wordt ingesteld. Drie op de tien deelnemers vinden hun overheid voorbereid op zo'n situatie. Hierbij zijn geen verschillen tussen verschillende groepen deelnemers. Onder deelnemers die de overheid wel voorbereid achten, noemt men het vaakst dat er (vast) geleerd is van de recente COVID-19 pandemie en/of dat er draaiboeken en protocollen zijn (*"Systemen liggen nog vers in het geheugen van overheidsorganen en destijds aangepaste regels kunnen vrij gemakkelijk weer van kracht worden"*). Deelnemers die de overheid niet voorbereid achten, noemen dat de overheid haar zaken niet op orde heeft, in het verleden veel

fouten heeft gemaakt, te druk is met andere zaken, en dat er niet over plannen wordt gecommuniceerd.

1.2 Mentale en fysieke gezondheid

Mentale en fysieke gezondheid dragen bij aan veerkracht (of kwetsbaarheid) bij een gezondheidscrisis. Bovendien kan gezondheid voorspellend zijn voor gedrag: mensen die hun eigen gezondheid lager beoordelen zijn vaak meer gemotiveerd om preventieve gedragingen uit te voeren ter bescherming van hun gezondheid⁴; tegelijkertijd hebben zij soms voor specifieke (fysiek of mentaal veeleisende) gedragingen minder capaciteit⁵.

Deelnemers is gevraagd om hun algemene gezondheid te beoordelen op een schaal van 0 tot 100. Gemiddeld gaven deelnemers hun algemene gezondheid een score van 73, waarbij deelnemers met een hbo/wo-opleiding zichzelf een iets hogere score gaven dan deelnemers met primair onderwijs of een vmbo-opleiding. 70-plussers gaven zichzelf een iets lagere score dan jongere deelnemers. De meeste deelnemers geven hun algemene gezondheid een score van 60 of hoger (81.5%).

Mentale gezondheid is gemeten door deelnemers vragen voor te leggen over hoe zij zich voelden in de afgelopen vier weken. Op basis daarvan wordt, volgens internationale standaarden, de psychische gezondheid geclassificeerd als psychisch gezond of ongezond⁶. Van de deelnemers aan dit onderzoek wordt 79% geclassificeerd als psychisch gezond. Psychische gezondheid hangt samen met leeftijd. Van de deelnemers die ouder zijn dan 70 jaar wordt 92% geclassificeerd als psychisch gezond, terwijl dit onder de deelnemers die jonger zijn dan 25 maar 63% is.

2. Gedrag

Verschillende gedragingen kunnen belangrijk zijn ter voorbereiding op, voor het voorkomen van, of het omgaan met een pandemie. In het onderzoek kijken we naar gedragingen die mensen specifiek kunnen uitvoeren ter voorbereiding op een pandemie of andere ramp, bijvoorbeeld voorraden water en voedsel in huis hebben voor een paar dagen. Daarnaast kijken we naar hygiënegedragingen die helpen om verspreiding van infectieziekten tegen te gaan. Deze gedragingen zijn ook nuttig als er geen pandemie is; infectieziekten komen immers vaak voor op kleinere schaal (bijv. griep). Bovendien is het belangrijk dat mensen al tijdens een koude fase gewoontes opbouwen voor gedragingen die tijdens een pandemie extra belangrijk zijn.

De hoofdbevindingen zijn:

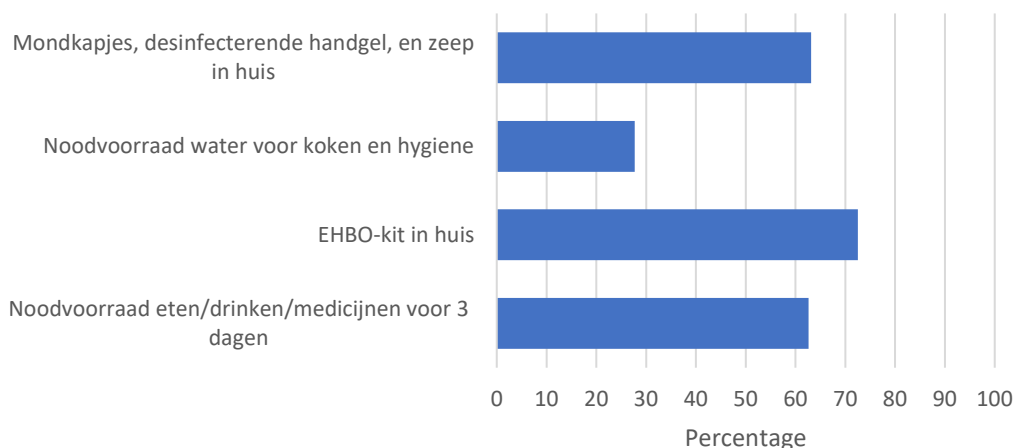
- Paraatheid gedrag: Ruim eenderde van de deelnemers heeft geen noodvoorraad eten/drinken en medicijnen om drie dagen vooruit te kunnen. Meer dan tweederde heeft geen noodvoorraad water voor hygiëne en koken.
- Hygiëne- en isolatiegedrag: Een meerderheid van de deelnemers heeft de gewoonte om te hoesten en niezen in de elleboog. Minder dan de helft wast de handen bij thuiskomst en na het hoesten/niezen/snuiten van de neus. Minder dan twee op de tien blijft thuis bij ziekte.

2.1 Gedrag ter voorbereiding op een volgende pandemie of crisis

In het onderzoek is gevraagd naar specifieke activiteiten ter voorbereiding op een volgende pandemie of crisis (zoals mondkapjes of een EHBO kit in huis halen)ⁱ. Zie in Figuur 1 hoeveel deelnemers hieraan voldoen.

ⁱ Vragen gebaseerd op [Disaster risk awareness and preparedness of the EU population - September 2024 - - Eurobarometer survey](#)

Figuur 1. Percentage deelnemers dat voorbereidende maatregelen heeft getroffen voor een ramp of crisis.

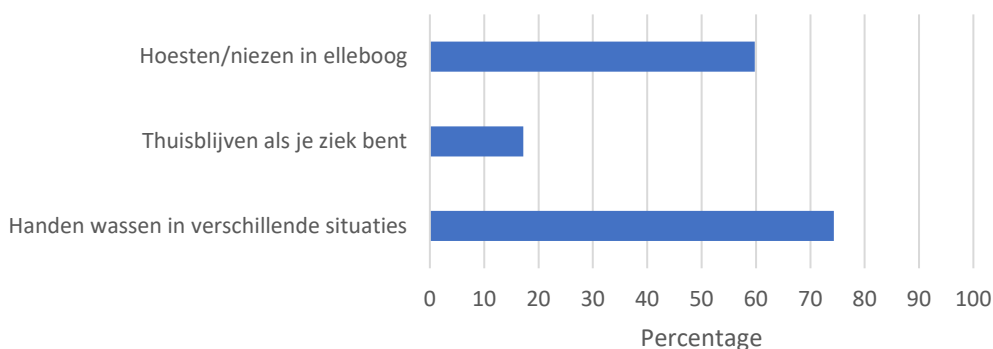


Jonge deelnemers (<40 jaar) en deelnemers in stedelijke gebieden treffen de gevraagde voorbereidingen minder vaak dan gemiddeld. Een mogelijke verklaring daarvoor is ruimtegebrek voor het opslaan van noodvoorraden, zoals bleek uit een verdiepend onderzoek naar dit onderwerpⁱⁱ.

2.2 Gedrag dat helpt om verspreiding van infectieziekten te voorkomen

In het onderzoek is specifiek gevraagd naar gedragingen die bijdragen aan het voorkomen van luchtweginfecties⁷. In Figuur 2 is te zien hoeveel deelnemers aan het onderzoek de specifieke hygiënegedragingen zeggen uit te voeren.

Figuur 2. Percentage deelnemers dat aangeeft de gevraagde gedragingen uit te voeren (hoesten/niezen in elleboog en handen wassen: vaak tot altijd; thuisblijven als je ziek bent: thuisgebleven wanneer iemand zich ziek voelde in de afgelopen vier weken).



Zes op de tien deelnemers hoesten en niezen vaak of altijd in de elleboog. Mannen en deelnemers die landelijk wonen hoesten en niezen minder vaak in de elleboog dan gemiddeld.

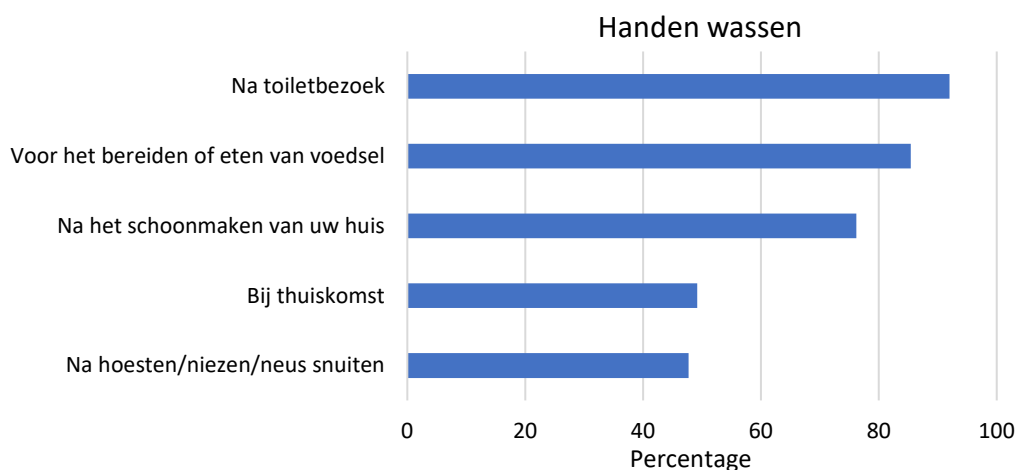
ⁱⁱ [‘De pandemie zou aan de deur moeten kloppen, dan pas ga ik zorgen voor dingen’ – Paraatheid van burgers voor pandemieën en andere rampen en crises | RIVM](#)

Van de deelnemers die zich in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek ziek voelden (n = 226), bleven minder dan twee op de tien thuis (17%). Deze groep is te klein om verdere uitsplitsingen te maken naar demografische kenmerken.

Driekwart van de deelnemers wast vaak tot altijd hun handen in situaties waar dit belangrijk wordt geacht. Mensen met een herkomst buiten Europa wassen vaker hun handen (83%) dan mensen met een herkomst binnen Europa (72%) of zonder migratieachtergrond (73%). Mannen (69%) wassen minder vaak hun handen in situaties waarin dit belangrijk wordt geacht dan vrouwen (80%).

In Figuur 3 is per situatie te zien hoeveel deelnemers hun handen vaak tot altijd zeggen te wassen. Handen wassen gebeurt het vaakst na toiletbezoek (9 op 10) en voor het bereiden van eten (8 op 10), en het minst na hoesten, niezen, of snuiten van de neus en na thuiskomt (ongeveer 5 op 10).

Figuur 3. Percentage deelnemers dat de handen vaak of altijd wast in specifieke situaties.



3. Factoren die invloed hebben op gedrag

Determinanten van gedrag zijn factoren die invloed hebben op de kans dat of mate waarin mensen bepaald gedrag uitvoeren. In dit onderzoek ligt de nadruk op generieke determinanten die doorgaans samenhangen met verschillende gezondheidsgedragingen. Het zijn factoren zoals vertrouwen en gezondheidsvaardigheden. Deze factoren zijn niet van de een op andere dag te veranderen.

De hoofdbevindingen zijn:

- Gezondheidsvaardigheden: zes op de tien deelnemers heeft voldoende vaardigheden om gezondheidsinformatie te vinden, begrijpen, en toe te passen. Het beoordelen van de betrouwbaarheid van informatie in de media over gezondheidsrisico's vinden deelnemers relatief lastig.
- Veerkracht: Een derde van de deelnemers rapporteert een hoge mate van veerkracht. Een hoge mate van veerkracht komt ongeveer twee keer zo vaak voor onder oudere deelnemers (55-69 jaar: 45%) dan onder jonge deelnemers (<25 jaar: 23%).
- Sociale steun: Ruim een derde (35%) ervaart veel sociale steun, terwijl een vijfde (21%) weinig sociale steun ervaart. Ruim één op de drie (35%) deelnemers met een herkomst buiten Europa rapporteert weinig sociale steun, terwijl dit bij

deelnemers zonder een migratieachtergrond slechts ongeveer één op de zes (17%) is.

- Risicoperceptie: een kwart denkt dat het waarschijnlijk is dat er de komende vijf jaar een uitbraak van een zeer besmettelijke ziekte zal zijn. De kans op een natuurramp wordt door meer mensen als waarschijnlijk gezien (vier op de tien).
- Vertrouwen: Het vertrouwen van deelnemers in artsen en wetenschappers is hoger dan dat in politici en de overheid.
- Vatbaarheid voor complot denken: een derde van de deelnemers heeft overtuigingen die hen vatbaar maken voor complot denken. Dit komt vaker dan gemiddeld voor onder deelnemers met primair- of vmbo-onderwijs, en onder deelnemers met een niet-Nederlandse herkomst.

Gezondheidsvaardigheden

Met gezondheidsvaardigheden wordt bedoeld of mensen informatie die relevant is voor hun gezondheid kunnen vinden, begrijpen en toepassen. Gezondheidsvaardigheden zijn belangrijk tijdens een pandemie voor het omgaan met nieuwe (soms snel wisselende) informatie en adviezen⁸. Van de deelnemers heeft 61% voldoende gezondheidsvaardigheden (score van 3 of hoger, max = 4), 35% heeft beperkte vaardigheden (score >2 en <3) en 4% onvoldoende (score van 2 of lager)ⁱⁱⁱ. Deelnemers tussen de 40 en 54 jaar hebben vaker dan gemiddeld voldoende gezondheidsvaardigheden (69%), terwijl jonge (<25 jaar) en oude (70+) deelnemers dit minder vaak dan gemiddeld rapporteren (47% en 52%). Migranten of kinderen van migranten uit landen buiten Europa rapporteren minder vaak voldoende gezondheidsvaardigheden (55%) dan deelnemers zonder een migratieachtergrond (62%). Verder rapporteren deelnemers uit stedelijke gebieden (65%) vaker voldoende gezondheidsvaardigheden dan deelnemers uit landelijke gebieden (59%).

Kijkend naar de specifieke items waarmee gezondheidsvaardigheden zijn uitgevraagd, vinden deelnemers het beoordelen van de betrouwbaarheid van informatie in de media over gezondheidsrisico's het lastigst (68% vindt dat makkelijk).

Veerkracht

Veerkracht gaat over het vermogen om te herstellen van stress en tegenslag. Op die manier draagt het bij aan hoe goed mensen met een crisissituatie kunnen omgaan⁹. Deelnemers gaven voor verschillende stellingen aan in welke mate zij het daarmee eens zijn. Bijvoorbeeld: "het kost mij weinig tijd om op te knappen van een stressvolle gebeurtenis". Een derde (33%) van de deelnemers rapporteert een hoge mate van veerkracht (gemiddeld over meerdere stellingen). Hoge veerkracht komt relatief meer voor bij ouderen (55-69-jarigen: 45% versus 23% bij <25 jaar), mannen (40% versus 27% bij vrouwen) en deelnemers met een hbo-/wo-opleiding (38% versus 31% bij deelnemers met basisonderwijs of een vmbo-opleiding).

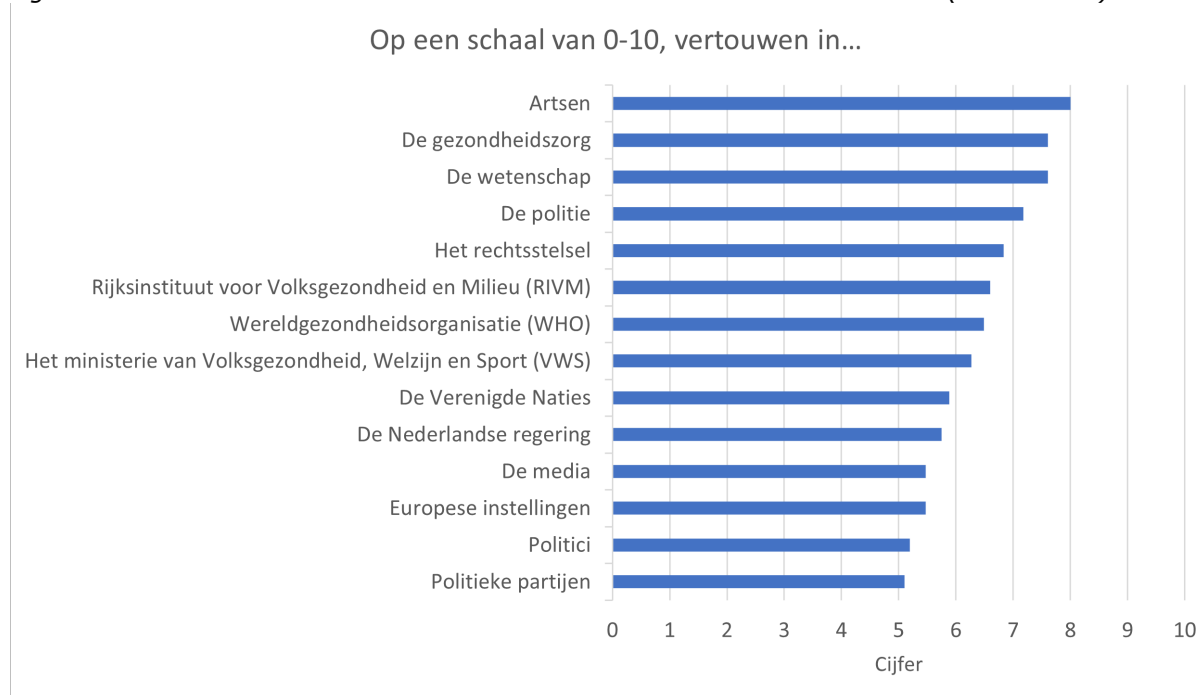
Vertrouwen

Deelnemers is gevraagd op een schaal van 0 (helemaal geen) tot 10 (volledig) in welke mate zij vertrouwen hebben in verschillende instituties, zoals de overheid. Deelnemers rapporteren het meeste vertrouwen in artsen, de gezondheidszorg, en de wetenschap (gemiddeld ongeveer een 8; Figuur 4). Politieke partijen, politici, Europese instellingen,

ⁱⁱⁱ Voor het meten van gezondheidsvaardigheden is een internationaal veel gebruikt meetinstrument gebruikt, de HLS-EU-Q6. In de literatuur worden verschillende definities van 'voldoende' gezondheidsvaardigheden gebruikt. In lijn met de definitie van voldoende gezondheidsvaardigheden van internationale samenwerkingspartners uit het PP netwerk en ontwikkelaars van de schaal (Pelikan et al, 2014) is gekozen voor de huidige definitie.

en de media scoren het laagst (gemiddelden tussen de 5 en de 6). Deelnemers met een hbo/wo-opleiding en deelnemers uit stedelijke gebieden hebben over het algemeen meer vertrouwen in instituties. Bijvoorbeeld, deelnemers met een hbo/wo-opleiding geven gemiddeld een 7.5 wat betreft vertrouwen in het rechtsstelsel, terwijl dit bij deelnemers met uitsluitend basisonderwijs/vmbo een 6.2 is en bij deelnemers met havo/vwo/mbo een 6.8. Het vertrouwen in instituties is over het algemeen lager dan gemiddeld in deelnemers met een herkomst buiten Europa. Bijvoorbeeld, deelnemers met een herkomst buiten Europa vertrouwen de gezondheidszorg met gemiddeld een 6.7, terwijl deelnemers met een herkomst uit een ander Europees land dan Nederland en deelnemers van Nederlandse herkomst respectievelijk gemiddeld een 7.5 en 7.8 geven.

Figuur 4. Gemiddelde vertrouwen van deelnemers in verschillende instituties (schaal 0-10)



Toegankelijkheid van zorg

Toegang hebben tot zorg is belangrijk in een gezondheidscrisis¹⁰. Om dit te meten wordt mensen gevraagd of zij een medisch onderzoek of medische behandeling nodig hadden in de laatste 12 maanden, en zo ja of ze die ook hebben gekregen. Als mensen aangeven dat ze het onderzoek of de behandeling niet hebben gekregen, wordt dat geduid als een onvervulde zorgbehoefte. Dit is een proxy voor ervaren toegankelijkheid van de zorg.

Van de deelnemers aan het onderzoek geeft 45% aan in het afgelopen jaar minstens één keer een medisch onderzoek of behandeling nodig gehad te hebben. Dit kwam vaker dan gemiddeld voor bij ouderen (53% bij 55-69-jarigen en 64% bij 70+) en minder vaak dan gemiddeld bij (kinderen van) migranten met een herkomst buiten Europa (30%). Van alle deelnemers aan het onderzoek heeft 4% een onvervulde zorgbehoefte ervaren. Dat percentage ligt hoger dan gemiddeld bij deelnemers jonger dan 25 jaar (9%).

Sociale steun

Sociale steun maakt gezondheid-gerelateerd gedrag gemakkelijker uitvoerbaar¹¹, bijvoorbeeld doordat mensen hun vragen of zorgen met een ander kunnen bespreken of

doordat mensen praktische hulp kunnen krijgen van burens als ze die nodig hebben. Sociale steun draagt ook bij aan een goede mentale gezondheid, bijvoorbeeld door eenzaamheid te voorkomen.

Van de deelnemers aan dit onderzoek ervaart 35% een sterke mate van sociale steun, 44% ervaart enige sociale steun, en 21% ervaart weinig steun. De kans dat mensen weinig steun ervaren is hoger als zij een niet-Europese herkomst hebben (35% versus 17% met een Nederlandse herkomst), uitsluitend basisonderwijs/vmbo of havo/vwo/mbo hebben afgerond (24% en 22% versus 16% hbo/wo), of in een voorstedelijk gebied wonen (25% versus 15% landelijk).

Gekeken naar specifieke deelindicatoren van sociale steun, is te zien dat oudere deelnemers (70+) het vaker (erg) makkelijk vinden om praktische hulp te krijgen van burens (61%) dan jongere deelnemers (<25 jaar: 42%).

Risicoperceptie

Aan de deelnemers is gevraagd hoe groot zij de kans inschatten dat zich in de komende vijf jaar een ramp voordoet in de directe omgeving en hoe erg hen dit persoonlijk zou raken. Ruim een kwart (27%) denkt dat een uitbraak van een zeer besmettelijke ziekte (zeer) waarschijnlijk is. De kans op een natuurramp (43%) of terroristische aanval (32%) wordt door meer mensen waarschijnlijk geacht. Vrouwen achten het vaker (zeer) waarschijnlijk dat een uitbraak van een zeer besmettelijke ziekte zal plaatsvinden in de nabije toekomst (34% versus 20% bij mannen). Dit geldt ook voor deelnemers uit stedelijke gebieden (31% versus 24% bij deelnemers uit landelijke gebieden).

De meerderheid van de deelnemers geeft aan matig of ernstig geraakt te worden door een ernstige infectieziekte uitbraak (80%). Vrouwen (84%) rapporteren dit vaker dan mannen (75%). Ook deelnemers van 55 jaar of ouder (83%) rapporteren dit vaker dan deelnemers jonger dan 25 (70%).

Vatbaarheid voor complot denken

In crisissituaties – net als in andere onzekere omstandigheden – komen vaak specifieke complottheorieën bovendrijven¹². Daarom is het voor pandemische paraatheid relevant om te monitoren hoeveel en welke mensen in Nederland hier mogelijk vatbaar voor zijn. Deelnemers zijn vijf stellingen voorgelegd over hun vatbaarheid voor complot denken. Bijvoorbeeld 'ik denk dat er veel belangrijke dingen gebeuren in de wereld, waarover de samenleving nooit informatie krijgt', en 'ik denk dat de overheid alle burgers altijd in de gaten houdt'. Algemene vatbaarheid voor complot denken hangt samen met het geloof in specifieke complottheorieën¹³.

Ongeveer een derde (32%) van de deelnemers is het gemiddeld (helemaal) eens met de stellingen. Dit is lager onder deelnemers van 25 jaar of jonger (21%). De vatbaarheid voor complot denken lijkt hoger dan gemiddeld onder deelnemers met basis- of vmbo-onderwijs (49%) en mensen met een herkomst buiten Nederland (buiten Europa: 40%; binnen Europa: 47%).

Gedragsspecifieke determinanten

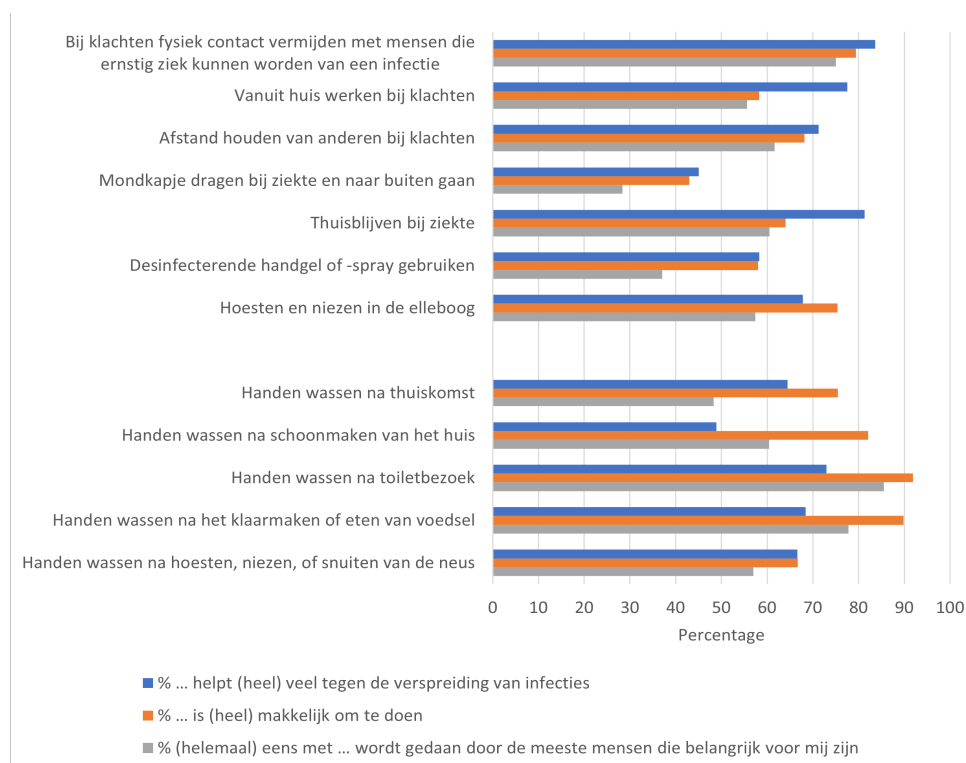
In de tweede meetronde hebben we ook gedragsspecifieke determinanten gemeten. Dit zijn: responseeffectiviteit (hoe nuttig denk je dat het gedrag is), eigen effectiviteit (hoe moeilijk of makkelijk vind je het gedrag), en ervaren sociale norm (in welke mate voeren anderen in je omgeving het gedrag uit)⁷. Van deze determinanten weten we dat deze samenhangen met de specifieke gedragingen: bijvoorbeeld, hoe makkelijker mensen het

gedrag vinden, hoe groter de kans dat zij dit zelf ook uitvoeren^{iv}. Deze kennis helpt in het duiden waarom mensen sommige gedragingen wel of niet uitvoeren tijdens een uitbraak. Op basis van inzicht in deze gedragsdeterminanten kunnen interventies worden ontwikkeld die inspelen op de belangrijkste bepalende factoren. Zie Figuur 5 voor de resultaten van de gemeten determinanten.

De meeste deelnemers (81%) vinden dat thuisblijven bij ziekte (veel) helpt ter voorkoming van verspreiding van infecties, maar het aantal deelnemers dat dit (heel) makkelijk vindt en het aantal deelnemers waarbij dit binnen de sociale omgeving wordt gedaan lager ligt (64% en 61%). Een mondkapje dragen bij ziekte wordt het minst vaak gezien als effectief tegen verspreiding van ziektes (45%).

Jongeren (<25 jaar) en ouderen (>70 jaar) schatten de effectiviteit van thuisblijven bij ziekte, afstand houden en thuiswerken bij klachten vaak wat hoger in. Naarmate de leeftijd toeneemt, des te meer deelnemers vinden dat het vermijden van fysiek contact met mensen die ernstig ziek kunnen worden van een infectie (veel) helpt. Bovendien geldt dat oudere deelnemers vaker rapporteren dat het (heel) makkelijk is om thuis te blijven bij ziekte, een mondkapje te dragen, afstand te houden, thuis te werken en om contact te vermijden met mensen die ernstig ziek kunnen worden dan jongere deelnemers. Met name deelnemers van 70+ jaar geven aan dat deze gedragingen de norm zijn binnen hun sociale omgeving. Hoesten en niezen in de elleboog vinden jongere deelnemers juist makkelijker dan oudere deelnemers en jonge deelnemers geven vaker aan dat dit binnen de omgeving wordt gedaan.

Figuur 5. Psychosociale determinanten van specifieke gedragingen.



^{iv} Regressieanalyses die de samenhang tussen deze determinanten en de gedragingen laten zien, zijn op te vragen bij de auteurs.

4. Vergelijking internationaal

De vragen in deze monitor zijn ook uitgezet in Slovenië, Spanje en Ierland. Door data te verzamelen in verschillende landen kunnen we de Nederlandse bevindingen in context plaatsen en de monitor valideren. Eind dit jaar (2025) volgt een kennisnotitie die vergelijkingen tussen landen in detail zal duiden. Voorbeelden van resultaten zijn:

- **Ervaren paraatheid:** In Nederland, Spanje en Ierland voelen deelnemers zichzelf minder voorbereid op een pandemie dan in Slovenië. In Slovenië voelen deelnemers zichzelf meer voorbereid, maar zij hebben het gevoel dat de overheid minder goed voorbereid is.
- **Paraatheid gedrag:** gedragingen ter voorbereiding op een mogelijke pandemie (i.e. het hebben van een EHBO-set, maskers of zeep, of een voorraad water) komen in Nederland veel minder voor dan in de andere drie landen.
- **Hygiëne en isolatiegedrag:** In Nederland wassen mensen minder vaak hun handen in verschillende situaties dan in de andere drie landen, voornamelijk na het hoesten, niezen of het snuiten van de neus. Ook geven Nederlandse deelnemers vaker dan deelnemers in andere landen aan naar buiten of naar familie te gaan als ze symptomen hebben.
- **Factoren die gedrag beïnvloeden:** Nederlandse deelnemers hebben meer vertrouwen in de overheid dan deelnemers in de andere landen.

Referenties

- ¹ Kroese et al. (2025). A behavioural perspective on pandemic preparedness. *Manuscript in preparation*.
- ² RIVM (2025). [Toolkit | Onderzoek naar gedrag en welzijn | RIVM](#)
- ³ Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6, 1-12.
- ⁴ Ferrer, R. A., & Klein, W. M. (2015). Risk perceptions and health behavior. *Current opinion in psychology*, 5, 85-89.
- ⁵ Eisenman, D. P., Zhou, Q., Ong, M., Asch, S., Glik, D., & Long, A. (2009). Variations in disaster preparedness by mental health, perceived general health, and disability status. *Disaster medicine and public health preparedness*, 3(1), 33-41.
- ⁶ Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware Jr, J. E., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical care*, 169-176.
- ⁷ Zie ook [Naleving van en draagvlak voor de basis gedragsregels | RIVM](#)
- ⁸ RIVM (2024). *Gezondheidsvaardigheden in een pandemie. Uitdagingen en strategieën voor organisatie en beleid* (RIVM rapport 2024-0092).
- ⁹ Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of nursing management*, 29(7), 1893-1905.
- ¹⁰ Green, H., Fernandez, R., & MacPhail, C. (2021). The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nursing*, 38(6), 942-952.
- ¹¹ Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across the life course. *Annual review of sociology*, 36(1), 139-157.
- ¹² Van Prooijen, J. W., & Douglas, K. M. (2017). Conspiracy theories as part of history: The role of societal crisis situations. *Memory studies*, 10(3), 323-333.
- ¹³ Bruder, M., Haffke, P., Neave, N., Nouripanah, N., & Imhoff, R. (2013). Measuring individual differences in generic beliefs in conspiracy theories across cultures: Conspiracy Mentality Questionnaire. *Frontiers in psychology*, 4, 225.