

Corona gedragsmaatregelen

Auteurs

Tessa van Loenen¹

Semiha Denктаş²

Inge Merkelbach²

Maria van den Muijsenbergh^{1,3}

Affiliatie

¹Pharos, Utrecht

²Erasmus Universiteit, Rotterdam

³Radboudumc, Nijmegen

In opdracht van RIVM Corona gedragsunit (opdrachtbrief 11 mei 2020)

Datum 7 Juli 2020

Samenvatting

In opdracht van de RIVM Corona gedragsunit hebben Pharos en Erasmus Universiteit Rotterdam een onderzoek uitgevoerd naar de kennis, naleving en impact van de coronamaatregelen op mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) met en zonder migratieachtergrond. Hiervoor zijn 65 interviews gehouden met mensen met een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden of een migratieachtergrond.

Er werden geen belangrijke verschillen gevonden tussen mensen zonder en met een migratieachtergrond. De meeste mensen kunnen tenminste een of twee preventieve maatregelen benoemen. Ruim 90% van alle respondenten noemt uit zichzelf de 1,5 meter afstand houden. Meer dan drie kwart noemt uit zich zelf regels rondom handhygiëne.

Het overgrote deel van de mensen kent de maatregelen via de persconferenties/nieuws. De informatie via het nieuws is voor velen niet goed te begrijpen, doordat het taalgebruik te ingewikkeld is of omdat ze de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn. Mensen met een migratieachtergrond kijken vaak ook naar nieuws uit land van herkomst. Naast de vaardigheid om (Nederlandse) informatie te begrijpen wordt kennis van de maatregelen bepaald door de mate van sociale relaties en maatschappelijke participatie. Voor mensen die actiever in de maatschappij participeren is het makkelijker om de regels te kennen, omdat deze door werk, school of bijvoorbeeld de buurvrouw worden uitgelegd.

Vrijwel alle respondenten vertellen dat zij zich aan de regels houden. De belangrijkste reden daarvoor is gezondheid: van zichzelf maar ook van anderen. Er is veel angst, waardoor mensen zich strikt aan de regels houden, vaak strenger dan vereist. Dit lijkt vooral bij ouderen het geval te zijn. Redenen om de maatregelen niet te volgen zijn veelal uit overmacht: omdat mensen voor werk naar buiten moeten, op werk geen afstand kunnen houden, afhankelijk zijn van de hulp van anderen of kinderen niet alleen thuis kunnen laten als ze bijvoorbeeld boodschappen moeten doen.

Er heersen veel gevoelens van stress, angst en somberheid. Daarbij is het zorggebruik laag, doordat men veronderstelt dat zorg en hulpverlening niet beschikbaar is, dat hulpverleners te druk zijn met Coronapatiënten, mensen bang zijn om zelf ziek te worden of omdat toegang tot zorg te ingewikkeld is omdat veelal contacten uitsluitend via de telefoon plaatsvinden.

De mogelijkheid bestaat dat door dit gebrek aan zorg, zowel lichamelijke als geestelijke problemen verergeren en zich ophopen. Vooral mensen met lage gezondheidsvaardigheden en een beperkt sociaal netwerk lopen risico. Deze, op dit moment niet zichtbare, accumulatie van klachten heeft de potentie uiteindelijk uit te monden in een stuwmeer van problematiek.

Inleiding

In het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten blijkt uit epidemiologische analyses dat mensen met een laag inkomen of sociale status, mensen met een migratie achtergrond en mensen van kleur, onevenredig vaak getroffen worden door de huidige pandemie,^{1,2} zoals meestal in epidemieën het geval is.³ Hoewel in Nederland dergelijke cijfers over prevalentie van Covid-19 nog ontbreken, signaleerde het CBS gedurende de eerste weken van de pandemie een oversterfte van ongeveer 10% onder mensen met een migratieachtergrond.⁴ Onder tijdelijke arbeidsmigranten en onder asielzoekers hebben reeds uitbraken van Covid-19 plaatsgevonden.

Deze groepen hebben te maken met negatieve gezondheidseffecten van sociaaleconomische en omgevingsfactoren, met als gevolg een lagere levensverwachting en slechtere ervaren gezondheid, meer chronische ziekten en minder goede uitkomsten van zorg.⁵⁻⁷ Tegelijkertijd wijst onderzoek uit dat overgewicht, hypertensie, diabetes, hart- en vaatziekten, COPD en nieraandoeningen risicofactoren zijn voor slechte COVID-19 uitkomsten; de prevalentie van deze risicofactoren is hoger onder lage SES groepen en onder sommige groepen migranten.⁶

Te vrezen valt dat deze gezondheidsverschillen groter worden door de pandemie. Gemeenschappen die leven met schaarse middelen worden het zwaarst getroffen door COVID-19. Bovendien is 'social distancing' moeilijker in wijken waar de bevolkingsdichtheid groter is en verblijf in huishoudens met meerdere generaties vaker voorkomt. Daarnaast is thuiswerken in lage lonen banen vaak onmogelijk waardoor exposure groter is. Mensen in sociaal ongunstige situaties zijn ook nog eens vaker aangewezen op het openbaar vervoer, waar voldoende afstand bewaren moeilijker is.

Aangezien de werkloosheidscijfers doorgaans hoger zijn voor lage SES/migranten groepen, zal de volledige impact van de economische gevolgen van COVID-19 fors zijn onder deze groepen.

'Health literacy' of gezondheidsvaardigheden van de bevolking zijn tijdens deze volksgezondheids crisis belangrijker dan ooit. Gezondheidsvaardigheden, digitale gezondheidsgeletterdheid en het vermogen om geschreven taal en cijfers te gebruiken en te begrijpen, is doorgaans lager onder mensen met een lage SES; 18% van de Nederlandse bevolking boven de 16 is laaggeletterd.⁸ Zelfs voor hoger opgeleiden is het moeilijk de enorme hoeveelheid complexe en soms zelfs tegenstrijdige informatie van virologen, epidemiologen, artsen, politici te volgen en te beoordelen. Het wordt nog lastiger wanneer de kennis over het onderwerp onvolledig, veranderend en contextafhankelijk is. We leven immers niet in een laboratorium, maar ons individuele en collectieve gedrag worden door (veranderende) persoonlijke en omgevingsfactoren beïnvloed. Het verkrijgen en begrijpen van informatie, alsmede het naleven van de ingrijpende preventieve maatregelen is dus voor iedereen mogelijk moeilijk, maar behelst een extra uitdaging voor groepen mensen met beperkte (gezondheids-)vaardigheden of een andere moedertaal.

Aanleiding deelonderzoek

Het RIVM, in het bijzonder de "corona gedragsunit", voert i.s.m. GGD GHOR onderzoek uit met als primaire doel inzicht te krijgen in de mechanismen en effecten achter Corona preventiegedragingen en het welbevinden van burgers. Specifieke vraagstellingen in dat onderzoek zijn:

- 1) Welke trends nemen we waar in het opvolgen van gedragsregels en welbevinden van burgers in Nederland?
- 2) Welke determinanten (zoals risico perceptie, self-efficacy, emotie, sociale invloeden, vertrouwen overheid, beleidsmaatregelen, zelfzorg) verklaren COVID-19 preventiegedrag en welbevinden?
- 3) Hoe beïnvloedt preventiegedrag de determinanten van welbevinden; en vice versa?
- 4) Zijn er verschillen in gedrag, welbevinden en determinanten tussen bevolkingsgroepen in deze crisis (bijv. ouderen, kinderen, chronisch zieken, mensen in vitale/cruciale beroepen, gezonde volwassenen)?

Bovenstaande vragen worden in eerste instantie beantwoord aan de hand van een grootschalig survey onderzoek via de GGD panels. Bekend is dat bepaalde groepen – zoals mensen met een migratieachtergrond en/of lage SES (m.n. mensen die moeite hebben met lezen en schrijven en/of die leven in een complexe sociale situatie), niet of minder bereikt worden via deze benadering, zodat hun mening en ervaringen ondervertegenwoordigd zijn in wetenschappelijk onderzoek binnen de gezondheidszorg. Tegelijkertijd is de kans groot dat juist deze groepen minder bereikt worden door de overheidsinformatie over de Corona gerelateerde maatregelen, vanwege het gebruikte medium en (ingewikkelde) taalgebruik. Bovendien kan hun situatie het naleven van de Coronamaatregelen bemoeilijken.

Om deze reden heeft het RIVM aan Pharos en de Erasmus Universiteit Rotterdam gevraagd om onderzoek onder deze groepen naar kennis en naleving van de gedragsmaatregelen, en de onderliggende determinanten en gevolgen voor welbevinden.

Onderzoeksvragen

Dit deelonderzoek heeft ten doel een antwoord te vinden op de volgende vragen:

- In hoeverre zijn mensen met lage SES / beperkte gezondheidsvaardigheden met en zonder migratieachtergrond geïnformeerd over de gedragsmaatregelen die de Nederlandse overheid heeft ingesteld ter beteugeling van de COVID-19 pandemie?
- Via welke weg zijn mensen met lage SES /beperkte gezondheidsvaardigheden met en zonder migratieachtergrond geïnformeerd over de gedragsmaatregelen die de Nederlandse overheid heeft ingesteld?
- In hoeverre zijn ze gemotiveerd en in staat deze maatregelen op te volgen en welke determinanten bepalen hun gedrag?
- Wat zijn de gevolgen van de maatregelen voor hun dagelijks leven en hun psychisch welbevinden?

Methode

Design

Voor de beantwoording van deze vragen gebruikten we een zogenoemde 'mixed method design', waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens werden verzameld middels semi-gestructureerde interviews die op locatie (in huisartsenpraktijken en in een enkel geval bij mensen thuis) en via telefoon of beeldbellen zijn afgenomen onder de studiestudiepopulatie van mensen met laag inkomen/ beperkte gezondheidsvaardigheden met of zonder migratieachtergrond.

Er is informatie verzameld middels twee subonderzoeken: een van Pharos, in samenwerking met het Radboudumc afdeling eerstelijns geneeskunde, en een van Erasmus Universiteit Rotterdam. Beide onderzoeken zijn onderdeel van andere lopende onderzoeken. Hiervoor is gekozen om zo snel mogelijk data te kunnen verzamelen. De onderzoeken zijn op elkaar afgestemd, maar hebben ook eigen accenten (zie onder topiclijst). Waar mogelijk worden resultaten gezamenlijk gepresenteerd. Wanneer accenten binnen onderzoeken teveel van elkaar verschillen, worden resultaten apart gerapporteerd.

Onderzoekspopulatie

Binnen deze studie is gericht gezocht naar een studiestudiepopulatie van mensen met een laag inkomen of beperkte gezondheidsvaardigheden met en zonder migratieachtergrond. Het streven was tenminste 50 mensen te includeren, waarbij de volgende groepen moesten worden gerepresenteerd:

- Laaggeletterden
- Mensen met laag inkomen wonende in een achterstandswijk
- Mensen met een migratieachtergrond uit verschillende herkomstlanden en verschillende migratieredenen (arbeidsmigranten, vluchtelingen)

Uiteindelijk zijn 65 mensen geïncludeerd (zie tabel 1), met variatie in kenmerken zoals gender, leeftijd, woonplaats, inkomen, land van herkomst, gezondheid en opleidingsniveau (vluchtelingen met hoog en laag opleidingsniveau).

Topiclijst

Voor beide studies is de eigen topiclijst aangevuld met items op basis van de RIVM/GGD vragenlijst, de literatuur en expert opinion. Topics uitgevraagd in beide onderzoeken waren: Kennis, naleving en motivatie voor de maatregelen, informatiebronnen en begripbaarheid en gevolgen van de maatregelen voor psychisch welbevinden, financiële situatie en zorggebruik. Daarnaast vroeg Erasmus Universiteit Rotterdam naar kennis van symptomen, kennis over hoe besmetting plaats kan vinden, en vertrouwen in de overheid.

Dataverzameling en analyse deelonderzoeken

Onderzoek Pharos / Radboudumc

Werving voor dit onderdeel gebeurde landelijk via diverse kanalen: vertrouwde sleutelpersonen en het netwerk van de onderzoekers. Specifiek zijn benaderd mensen met een migratieachtergrond, een vluchtverleden, taalambassadeurs en mensen uit achterstandswijken. Deelnemers werden mondeling en schriftelijke geïnformeerd over het onderzoek door de sleutelpersoon en nogmaals mondeling voorafgaande aan het interview door de interviewer. Mondelinge consent werd vastgelegd op de geluidsopname.

De interviews zijn afgenomen door verschillende interviewers, ervaren in communicatie met mensen uit de onderzoekspopulatie en waar gewenst in de eigen taal (Turks, Arabisch, Pashto, Tigrinya). Interviews zijn getranscribeerd, waarbij interviews gehouden in een andere taal dan Nederlands door de interviewer zijn samengevat en vertaald naar Engels of Nederlands. Alle Pharos interviews zijn uitgevoerd in de periode 1 mei tot 1 juni 2020.

Onderzoek Erasmus

De werving voor dit subonderzoek is gedaan door huisartsen in achterstandswijken in de regio Rotterdam/Den Haag. Huisartsen zijn gevraagd deelnemers te selecteren met Turkse, Marokkaanse, en Nederlandse achtergrond met een laag opleidingsniveau (MBO min), waarbij zowel patiënten met en zonder chronische aandoeningen werden meegenomen.

Patiënten kregen informatie over het onderzoek van de huisarts. Wanneer patiënten mee wilden doen werden zij vervolgens door de onderzoeker gebeld en werd opnieuw om toestemming voor deelname gevraagd waarbij duidelijk werd gemaakt dat de huisarts niet op de hoogte zou worden gesteld als zij niet mee zouden willen doen.

Er werd een afspraak gemaakt voor het interview. Dit vond meestal telefonisch plaats, maar een deel van de interviews is in de huisartsenpraktijk of bij mensen thuis gevoerd. Van alle interviews werden geluidsopnamen gemaakt, tenzij patiënten aangaven dit niet te willen ($n = 2$). Alle Erasmus interviews zijn uitgevoerd tussen 22 mei en 23 juni 2020.

Analyse

Voor beide onderzoeken geldt dat kwantitatieve gegevens zijn geanalyseerd middels beschrijvende statistiek en voor kwalitatieve data een thematische analyse is gedaan.

Ethische aspecten

De studies zijn goedgekeurd door de CMO Arnhem-Nijmegen (2020-6428) en de Ethische Toetsingscommissie van Erasmus Universiteit Rotterdam (20-041).

Resultaten

Kenmerken respondenten

In totaal zijn er 65 mensen geïnterviewd. Hiervan zijn er 34 geïnterviewd binnen het Pharos/Radboudumc subonderzoek en 31 geïnterviewd binnen het Erasmus subonderzoek. Van de respondenten was in totaal 53% vrouw; de gemiddelde leeftijd was 51 jaar en 63 % had een niet autochtoon Nederlandse achtergrond. Voor een uitgebreide beschrijving van de achtergrondkenmerken zie tabel 1.

Tabel 1. Achtergrondkenmerken respondenten.

Achtergrondkenmerken	Totale N=65
Geslacht	Man 31 Vrouw 34
Leeftijd	Gemiddeld – 51 Minimum – 26 jaar Maximum – 82 jaar
Achtergrond	Nederlands – 24 personen (37%) Turks – 12 personen (19%) Syrisch – 6 personen (9%) Surinaams – 6 personen (9%) Eritrees – 5 personen (8%) Somalisch – 3 personen (5%) Marokkaans – 3 personen (5%) Georgisch – 1 persoon (2%) Indonesisch – 1 persoon (2%) Pools – 1 persoon (2%) Sudanees – 1 persoon (2%) Armeens – 1 persoon (2%) Irakees – 1 persoon (2%)
Opleidingsniveau	Geen – 5 personen (8%) Basisschool – 18 personen (28%) VMBO – 10 personen (15%) HAVO – 1 persoon (2%) MBO – 21 personen (32%) Hbo/Universiteit- 10 personen (15%)
Lezen en schrijven	Geen moeite – 26 personen (40%) Enige moeite – 4 persoon (6%) Veel moeite – 1 persoon (2%) Niet gevraagd – 34 personen (52%)

Kennis en naleving maatregelen

Kennis van maatregelen

De meeste mensen konden tenminste een of twee regels benoemen. Ruim 90% van de respondenten noemden uit zichzelf de 1,5 meter afstand houden (tabel 2). Meer dan drie kwart noemde uit zichzelf regels rondom handenwassen.

Tabel 2. Uit zichzelf benoemde preventieve maatregelen

Maatregelen	Totale N=65
Regels rondom afstand houden – 59 personen (91%)	
Regels rondom handhygiëne – 50 personen (77%)	
Regels rondom beperkte contacten – 34 personen (52%)	
Regels rondom besmetting door de lucht voorkomen – 33 personen (51%)	

Daarnaast werd veelvuldig genoemd het dragen van mondkapjes, ook toen dit nog niet officieel een regel was.

"You have to, it's not a rule but it is recommended, you hiking with the.... You have to wear mondkapjes before you go into a public place or an official place, like gemeente, hospital, a place where other people are around"

Ook vaak genoemd werd het desinfecteren van handen met speciale gel en het schoonmaken van boodschappen bij thuiskomst. Hoewel mensen wisten dat dit geen officiële regels waren, werden ze genoemd als zelf opgelegde regels.

"I am shopping in smart way, when I buy something, I try to sterile it or let them 24 hours to the next day in the bag if I do not need it."

"Ik was mijn handen voortdurend, ik desinfecteer ze ook. Ik gebruik eau de cologne met 80% alcohol. Als ik boodschappen ga doe, doe ik handschoenen aan. Ik gooi deze ook weer weg."

In het Erasmus onderzoek werden symptomen en mogelijk besmettingsbronnen uitgevraagd (tabel 3).

Tabel 3. Benoemde symptomen en bronnen van besmetting (Erasmus onderzoek).

	Aantal respondenten (totale N=31)
Benoemde symptomen	
Hoesten en niezen – 13 personen (42%)	
Koorts – 13 personen (42%)	
Benauwdheid – 12 personen (39%)	
Hoofdpijn – 4 personen (13%)	
Griepverschijnselen – 4 personen (13%)	
Keelpijn – 3 personen (10%)	
Moeheid – 3 personen (10%)	
Diarree – 3 personen (10%)	
Reuk- en smaakvermogen verminderd – 1 persoon (3%)	
Misselijk – 1 persoon (3%)	
Spierpijn – 1 persoon (3%)	
Hersenverlamming – 1 persoon (3%)	
Kan geen symptomen noemen – 10 personen (24%)	

Benoemde bron van besmetting	Via (deeltjes in) de lucht – 13 personen (42%)
	Via hoesten en niezen – 12 personen (39%)
	Via de handen – 11 personen (35%)
	Weet ik niet – 5 personen (16%)

Uit de analyse komt de indruk naar voren dat mensen die actief onderdeel zijn van de samenleving (sociale contacten, werk) meer kennis hebben van de regels en besmettingsbronnen, dan mensen die meer geïsoleerd leven (bijv. ouderen).

Informatiebronnen en begrijpelijkheid

Als bron van informatie werd met name de TV of het journaal genoemd (tabel 4). Overige veel geraadpleegde bronnen waren: social media, buitenlands nieuws, of andere personen.

Tabel 4. Informatie bronnen (N = 65, meerdere mogelijkheden per persoon)

Bronnen	Aantal respondenten (N =65)
Journaal of persconferentie	55 (85%)
Social media	18 (28%)
Buitenlands nieuws	14 (22%)
Andere mensen	11 (17%)
Kranten	6 (9%)
Internet	4 (6%)
GGD-	4 (6%)
Praatprogramma's	3 (5%)
Radio	3 (5%)
Jeugdjournaal	1 (2%)
Supermarkt	1 (2%)

Op de vraag in hoeverre informatie begrijpelijk was en wat mensen hebben gedaan om de informatie te kunnen begrijpen, gaf meer dan de helft van de respondenten aan de informatie via het nieuws niet geheel te begrijpen; enerzijds kon dat komen doordat mensen het taalgebruik niet begrepen anderzijds omdat ze de Nederlandse taal niet voldoende machtig waren. Respondenten vertelden op zoek te zijn gegaan naar andere bronnen als internet, social media of hebben hulp gevraagd aan anderen zoals kinderen die wel goed Nederlands spraken of anderen mensen in hun omgeving. Een aantal statushouders hebben sleutelpersonen gevraagd om hun uitleg te geven.

"Ja, ja, ja, maar het is zo jammer dat het er zo moeilijke woorden gebruikt worden, gewoon lekker makkelijk [...] En waarom, het moet voor iedereen begrijpelijk maken en niet alleen voor mensen die geleerd hebben. [...] Ja, in moeilijke woorden, in gewoon taal in gewoon makkelijke taal spreken, want ze gebruiken allemaal moeilijke woorden en niemand weet wat dat betekent hoor die moeilijke woorden want er wordt meestal in tweede kamer taal gepraat."

"Ik versta het Turkse nieuws. Van het Nederlandse nieuws begrijp ik de helft. Als ik het Nederlandse nieuws niet begrijp, dan leggen mijn kinderen het uit. Ze zeggen dan: "Doe dit maar, zus en zo". Dat doe ik dan ook."

"Sommige dingen wel lastig, dat ik denk van mogen sommige dingen wel of niet, dat was niet helemaal duidelijk. [Wat heb je toen gedaan om het beter te begrijpen?] Een beetje op internet lopen googlen, maar sommige dingen blijft lastig."

"Ik heb ook kind 14 jaar dus als ik iets niet begrijp ik vraag hem wat betekend dat en hij legt uit aan mij dus."

Een aantal mensen gaf ook aan niet langer meer naar Corona-nieuws te kijken of dit zelfs actief te vermijden:

"Ik kijk nu alleen nog een keer journaal, de een zegt dit, de een zegt dat, dan word je helemaal gek. Gewoon 1 keer journaal en dan klaar."

"Ik ben gestopt met die hele poppenkast volgen en ik denk dat menig mens daarmee gestopt is, doordat er veel onduidelijkheid is".

Eigen naleving van de maatregelen

Uitgebreid werd gevraagd naar de mogelijkheid tot naleving van de geldende maatregelen. Het algemene beeld is dat de meeste respondenten de maatregelen goed naleven. In veel gevallen zelfs strenger dan is vereist zoals gezinnen met kinderen die niet naar buiten zijn gegaan, ook tussen gezinsleden afstand hielden of boodschappen desinfecteerden.

"Wij hebben het zelfs overdreven! Tussen familieleden zitten we ook met 1.5 meter afstand."

"Bijvoorbeeld, na elke contact met iets dan gebruik ik handgel. Ik heb altijd handgel bij mij. Ik geef geen hand."

"Het is niet zo'n lang verhaal, toen naar buiten kwam dat het niet goed ging, werd het zo hectisch binnen een dag of 14, ja toen hebben wij besloten, wij hebben gewoon tot nu toe 9 of 10 weken binnen gezeten."

Reden voor respondenten om zich niet aan maatregelen te houden was veelal overmacht: omdat zij voor werk naar buiten moesten, op werk geen afstand konden houden, afhankelijk waren van de hulp van anderen of hun kinderen niet alleen thuis konden laten als ze boodschappen moesten doen.

"Ja maar dat is moeilijk want ik werk zeven dagen per week. Ik blijf voor de rest thuis."

Het geen handen mogen schudden werd regelmatig genoemd als een moeilijke regel om aan houden, vooral onder mensen met een vluchtelingenachtergrond. Veelal werd gezegd dat dit onderdeel is van cultuur.

"Because in our culture, shake hands is very common with friends and relatives."

"Geen hand schudden is moeilijk te wennen."

Daarnaast werd aangegeven dat het niezen in de ellenboog niet altijd lukt.

"Ja ik probeer het wel [het niezen in de ellenboog], maar net nog, dan betrap je je er toch weer op dat je het gewoon in je hand doet, dan daarna denk je oja dat moest niet."

Naleving van maatregelen door anderen

Bijna alle respondenten gaven aan dat niet iedereen zich buiten goed aan de regels houdt. Hierbij werden jongeren vaak genoemd.

“Bij ons op de boulevard, daar komen ze met autootjes, en lachgas, en ze maken een feestje van hier tot ginter”.

Oudere respondenten maakten zich hierdoor zorgen omdat zij bang waren dat er geen plek voor hen meer zal zijn op de IC.

“Dat vind ik dan toch erg jammer, want als ik het straks dan toch moet krijgen, met al mijn beperkingen, ja, dan lig jij in mijn bed, en dat irriteert me wel ja”.

Anderen zeiden echter dat zij wel begrepen dat jongeren moeite hebben zich aan de regels te houden,

“Voor de jeugd is het niet makkelijk, maar dat begrijp ik wel, je bent jong, dan wil je naar buiten”.

Enkele respondenten noemden specifieke groepen waarvan zij verwachtten dat die zich minder aan de regels zouden houden. Dit gebeurde door zowel mensen met een autochtone als een migratie-achtergrond. Mensen droegen als mogelijke verklaringen hiervoor aan dat de regels niet belangrijk gevonden worden of dat men gelooft in een vorm van lotsbestemming (religieus). De meeste mensen noemden echter geen specifieke groepen, en toonden begrip voor mensen die zich niet aan de regels kunnen houden.

“Er zijn groepen die zich er minder aan kunnen houden, maar dat is welvaart, dat heeft niks te maken met generatie, leeftijd of wat dan ook, dat heeft puur te maken met welvaart, dat als je minder welvarend bent dat je dan minder de faciliteiten hebt om je eraan te houden”.

Motivatatie voor het naleven van de maatregelen

Vrijwel iedereen vond het belangrijk dat er regels zijn (geweest). Belangrijkste motivatie om de regels na te leven was gezondheid van zichzelf maar vooral ook de gezondheid van anderen. Het beschermen van kwetsbare mensen en mensen in hun nabije omgeving is een veelgenoemde motivatie.

"Ik vind het niet moeilijke om aan de regels te houden want gezondheid en veiligheid staan altijd voorop."

"Because we do not live alone on an island, we must take care of each other's. It is important to help each other."

Vertrouwen in de maatregelen.

Een groot deel van de respondenten vond de maatregelen niet streng genoeg of te laat genomen. In veel gevallen was dit gekoppeld aan het zien van buitenlands nieuws en buitenlandse regels die in veel gevallen veel strenger zijn. Veel mensen met een migratieachtergrond gaven aan dat in het land van herkomst een totale lockdown is en vroegen zich af waarom dit in Nederland niet is ingevoerd. Veel van hen vertelden hierom zelf strengere regels, veelal zoals geldend in hun land van herkomst, te volgen.

"Ik denk, ja, de lockdown is totaal lockdown, dat was beter. Paar weken lockdown totaal. Dan is spreid die corona, of die besmetting of zo hoge cijfer. Dat is, ja ik vind zelf is te laat begint de regering. Ze hadden het eerder serieus moeten nemen"

Versoepeling van de maatregelen

Wanneer het gaat over de versoepeling van de regels, lijkt er een tweedeling te zijn ontstaan. Een groep mensen vond dat de regels te snel versoepeld werden, terwijl een andere groep de versoepeling juist te langzaam vond verlopen.

"Ik maak me zorgen, nu zijn er bewegingen dat alles weer open gaat. Hoe gaat dat met de besmettingen?"

"Ik vind dat de regels te fors zijn voor wat er eigenlijk actueel is, en ik ben bang dat we daarin blijven hangen en dat daardoor dan het hele economische spel weer in het gedrang komt."

Mensen die nieuws in het buitenland volgen, lijken de regels in Nederland over het algemeen te los te vinden.

De versoepeling van de regels was daarnaast voor veel mensen niet duidelijk.

"Nee er is geen duidelijkheid, je hebt algemene regels, gemeentelijke regels, lokale regels, dus er is geen duidelijkheid."

"Ik vind het soms goed maar soms ook onduidelijk. Er is in het begin teveel verandering geweest. Van strengere regels naar soepelere regels. Ze hadden 1 lijn moeten trekken en pas na een poos moeten afzwakken."

Bovendien werd de tegenstelling tussen het moeten dragen van een mondkapje in het ov, maar niet in het vliegtuig vaak aangehaald. De onduidelijkheid wat betreft de regels en de verdeelde meningen wat betreft de snelheid van versoepeling lijken zich overigens niet direct te vertalen in een verminderd vertrouwen in regering of RIVM (tabel 5). Een ruime meerderheid van de ondervraagde personen gaf aan veel vertrouwen te hebben.

Tabel 5. Mate van vertrouwen in de regering / RIVM (Resultaten Erasmus)

Mate van vertrouwen in de regering / RIVM	(N=31)
Veel vertrouwen	15 personen (48%)
Enig vertrouwen	3 personen (10%)
Geen vertrouwen	1 persoon (3%)
Niet benoemd	12 personen (35%)

Gevolgen van de maatregelen en de crisis

Zorgen om COVID-19

Het merendeel van de respondenten vertelde zich (enige) zorgen te maken (tabel 6). Zorgen over de gezondheidsgevolgen lijkt niet altijd samen te hangen met kennis over het virus.

Een vrouw gaf bijvoorbeeld aan:

"Ik lig nachten lang wakker van het virus, zo angstig ben ik."

gevraagd naar symptomen zei zij

"Dat weet ik niet, dat gaat mij boven de pet, en waarom zou ik me angstiger maken dan ik al ben?"

Over het algemeen maakten oudere mensen zich meer zorgen over de gezondheidsgevolgen van het virus dan jongere mensen.

Tabel 6. Zorgen rondom Corona (resultaten Erasmus)

Mate van zorgen rondom corona	(N=31)
Veel zorgen	8 personen (26%)
Enige zorgen	15 personen (48%)
Vrijwel geen zorgen	9 personen (29%)

Mensen die angstig waren, gaven over het algemeen aan extra op de regels te letten. Het strikt naleven van maatregelen leidde bij sommigen tot enige vermindering van zorgen, maar bij anderen juist tot extra stress of een onrustig gevoel.

"Nee, ik ben niet bang. Ik had in het begin wel wat angst, maar ik houd me nu goed aan de maatregelen. Ze hebben gezegd dat ik geen handen mag geven, of niemand mag kussen. Omdat ik de regels goed volg, ben ik niet bang. Als ik dan nog steeds ziek word, is het Gods wil."

"Het is normaal voor mensen om bang te zijn voor iets wat ze niet kennen, ik ben dus ook bang. We weten niet waar en hoe we dit virus kunnen oplopen. Om mezelf te beschermen let ik erop dat ik gezond leef. Ik probeer goed op te letten waarvoor ik naar buiten ga en ga niet vaak naar buiten. Als ik boodschappen doe gebruik ik handschoenen. Gezichtsmaskers zijn er hier in Nederland helaas niet, deze worden niet verkocht. Ik let op alle hygiënemaatregelen. Ik was voortdurend mijn handen. Ik probeer mijn huis overdreven goed schoon te houden. Ik besteed veel tijd aan schoonmaken. Ik desinfecteer alles iedere dag. Dit begint me zelfs onrustig te maken. Het lijkt wel een beetje of ik een "schoonmaak-ziekte" heb. Ik denk zeker dat ik als ik al deze maatregelen neem het risico omlaaggaat. Maar er blijft altijd wel een angst bestaan, omdat je Corona op verschillende plekken en manieren kunt oplopen. Je mag bijvoorbeeld ook niet de griep krijgen, dan loop je weer meer risico op Corona."

Financiële gevolgen

Meerdere respondenten, vooral jongeren, maakten zich zorgen over hun financiële situatie (nu of voor de toekomst). In een aantal gevallen hadden mensen een deel van hun inkomsten verloren door verlies van baan of minder werk. Daarnaast werd benoemd dat het leven duurder is geworden. Een vrouw die bij de voedselbank komt vertelde dat er hier nu minder in de pakketten zat. Ook werden er extra kosten genoemd door thuiszitten (zoals stookkosten), extra benodigdheden als zeep en mondkapjes, en door het hamsteren.

"We spend more money on issues that we didn't need before, like do things in our house and we do things about us. Not using the accent of medical, and we are doing it now, we use extra money for plastic clothes and sanitizers, for masks, because it is only one time use. Also I had to buy more food to storage in my house in case something happens and maybe the government thinks you can't leave for quite time the house."

Voor een deel waren deze zorgen inmiddels gedeeltelijk wel voorbij.

"Ik heb me wel zorgen gemaakt ja, ik werk in de horeca en ik had mijn ontslagbrief al gekregen, maar toen werd alles soepeler en toen zei hij, je mag hem weer verscheuren... Er zijn wel mensen die echt genaaid zijn nu, veel gasten die ik ken werken gedeeltelijk zwart [in de horeca] en zijn nu ontslagen, dan kan je ook geen uitkering meer aanvragen".

Daarnaast werden zorgen gerapporteerd rondom baan zekerheid en de toekomst, voor hen persoonlijk en voor de economie als geheel.

"Als mijn man niet zou kunnen werken, kan er een probleem optreden. Hier denk ik wel over na. Ik vraag me af wat de regering gaat doen. Ik vraag me af wat mijn kinderen moeten gaan doen. Deze angst en paniek hebben alle mensen. Ik vraag me of de kinderen werk kunnen vinden. Ik maak me wel eens zorgen. Ik bid dan tot God. Ik wil niet dat de kinderen radeloos zijn. Je maakt je zorgen, of je nu wil of niet."

"Ja, dat denk ik wel. Ja, ik denk wel dat als de corona eenmaal voorbij is. Ja, dan komt er zo'n groot gat in die crisis dat je er wel wat van gaat merken."

"Ik maak me erg veel zorgen. Dat dit corona-gedoe ... dat er dingen gaan veranderen waardoor het voor mijn kinderen moeilijk wordt. De economie is heel snel gevallen en opkrabbelen kan wel jaren duren."

Een deel van de respondenten was reeds in de pensioenleeftijd en zij maakten zich daarom minder zorgen over de persoonlijke financiële gevolgen.

"Nee hoor, ik heb mijn AOW-tje en een beetje pensioen, dus ik mag niet klagen".

Ook deze respondenten maakten zich wel zorgen over de economie als geheel, waarbij zij refereerden aan de gevolgen voor andere mensen.

"Ja, voor die jonge mensen, hoe heet dat, de horeca zeggen ze toch? Ja, dat vind ik dan wel heel erg."

Gevolgen psychisch welbevinden

Veel mensen gaven aan gevoelens van angst, stress, somberheid of eenzaamheid te voelen. De onzekerheid was daarbij een belangrijke factor. Ook het niet kunnen hebben van sociale contacten maakt dat mensen hun gevoelens minder gemakkelijk konden delen en deze zelfstandig moesten verwerken.

"Ja, ik ervaar wel meer stress, ja. Ja, wanneer is er een vaccin gevonden en wanneer houdt het op? Daar wordt ik wel onrustig van. [...] Ja, doordat je geen contacten hebt met je collega's. Op je werk trek je op met een bepaalde groep collega's en ja, als je dan verdrietig bent dan vangen ze je op en nou niet. Dus daaraan merk ik het wel. [...] Ik voel me wel eenzaam en alleen, ja."

"Maar het voelt alsof niets normaal is. Ik voel me alsof ik opgesloten zit. Je kan niet praten. Als je iemand ziet, buren, dan zwaai je naar ze. Als ik buiten ben dan ben ik bang dat iemand toevallig te dichtbij komt, dan hoop ik dat de andere mensen het ook serieus nemen en afstand houden. Snapt u? Je wordt een beetje onrustig. Dit meemaken is slecht, want je bent wel een warm persoon. Het zit in de menselijk natuur om bij elkaar te komen, te praten, samen te eten, maar dit kun je nu allemaal niet doen. Dit is iets engs! Het is helemaal niet leuk. Ik hoop dat het beter wordt en alles weer wordt zoals het was. Zo probeer je jezelf moed in te praten."

"I feel more stress now than before. Because it's like you're taking rent and you never know when it's going to end, you know. Of course life goes on but the style this living, now it's not normal. And I don't know if we have to keep on getting into it, to get used to it or it's just a temporary time, when it's over. Because my kids are asking and I don't have an honest answer, I say I don't know we have to wait and see."

Voor veel mensen met een migratieachtergrond kwam daar boven op dat ze zich zorgen maakten om familieleden die nog in het land van herkomst wonen. Zo gaven vier Eritrese respondenten, mede hierdoor, aan dat ze zich vaker gestrest voelden. Dit uitte zich onder andere in slechter slapen, meer boosheid ervaren, en meer last hebben van lichamelijke klachten als hoofdpijn.

"Het heeft wel invloed op mijn gedrag. Bijvoorbeeld op dit moment word ik snel boos en verdrietig. Tranen komt snel. Kun je niet naar buiten voor frisneus."

"Ja. Ik heb hoofdpijn, niet actief, slaperig en geen motivatie om te studeren. Wat maakt je vooral gestrest? Over de plannen van mijn studie en mijn toekomst."

"Je wordt snel boos en meer gevoelig. Wat maakt je vooral gestrest? Thuisblijven, geen werk meer. De nieuws over de corona en impact op de gemeenschap."

Gevolgen voor zorggebruik

Het grootste deel van de respondenten gaf aan geen zorg nodig te hebben gehad. Veel respondenten waren in de veronderstelling dat zorg momenteel niet te bereiken is of niet doorgaat.

Vooraf respondenten met een migratieachtergrond vertelden dat het moeilijk was om een afspraak te maken met de huisarts. Enerzijds omdat ze verwachtten dat de huisartsen te druk zijn met COVID-19-patiënten, anderzijds omdat een telefonisch consult moeilijk is.

"Nee, op dit moment geven ze prioriteit aan de patiënt met corona gerelateerd verschijnselen."

"Het is moeilijker geworden. Bijvoorbeeld als je zieke bent moet je per telefoon het gesprek houden."

"[...] Het is lastig om afspraak met je huisarts te maken."

Over het algemeen was er begrip voor het afzeggen of uitstellen van afspraken door de zorg.

"Natuurlijk is het vervelend, maar ik begrijp de voorzichtigheid."

Maatschappelijke gevolgen

Verschillende mensen rapporteerden uit zichzelf zich zorgen te maken over de gevolgen van de crisis (in combinatie met de George-Floyd demonstraties) op mogelijke spanningen in de samenleving

"Ik zou meer informatie willen over wat er nog gaat gebeuren. Ik wil niet dat de samenleving zich tegen allochtonen keert. Kijk maar wat er nu in Amerika gebeurt. Ik zou geruststelling willen van bijv. de premier."

"Ik ben bang dat de mensen dan nog anders worden, die het al moeilijk hadden, en dan de criminaliteit opzoeken."

De meeste mensen hadden geen toename van discriminatie ervaren, hoewel een andere benadering van bepaalde groepen door bijvoorbeeld de politie wel door meerdere mensen werd genoemd

"Mijn neefje en een paar vrienden, die zaten dicht bij elkaar. De agent pakt eerst hen eruit, terwijl, bij andere jongens stonden veel meer mensen. Je wordt een beetje gediscrimineerd weet je wel. Hij is een beetje getint, een Cabo."

Discussie en conclusie

Ook onder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid of een migratie achtergrond zijn over het algemeen **de preventieve maatregelen goed bekend**. Vooral de 1,5 meter regel en het wassen van de handen worden vaak genoemd. Slechts een enkeling heeft vrijwel geen kennis over de regels. **In kennis over symptomen en over hoe besmetting werkt worden grotere verschillen gevonden. Kennis lijkt over het algemeen niet direct samen te hangen met opleidingsniveau maar eerder met participatie in de maatschappij.** Mensen met een baan en een groot sociaal netwerk, zijn over het algemeen beter ingelicht dan mensen die relatief geïsoleerd leven. Een gebrek aan kennis komt dan ook relatief vaak voor bij ouderen.

Over het algemeen houden mensen zich goed aan de maatregelen en worden ze als belangrijk gezien. Mensen met een migratie-achtergrond houden zich soms strenger aan de regels omdat zij zich houden aan de strengere regels in het land van herkomst. Deze groep geeft tevens vaak aan de Nederlandse regels niet streng genoeg te vinden. **Wat betreft de afschaling van de maatregelen tekent zich een tweedeling af: een deel van de geïnterviewden vindt dit te snel gaan en vraagt om strenger beleid, terwijl een ander deel vindt dat de versoepeling niet snel genoeg verloopt.** Als reden om de regels sneller te versoepelen wordt vooral het beperken van financiële en economische gevolgen genoemd.

Mensen ervaren in deze periode veel stress en zorgen, **vooral zorgen over gezondheid en financiële gevolgen**. Mensen die veel stress ervaren wat betreft de eigen gezondheid, houden zich in het algemeen nog beter aan de regels en passen daarnaast regels toe die niet worden opgedragen of geadviseerd.

Het zorggebruik is evenwel sterk teruggedrongen. Veel mensen maken geen afspraken meer bij de huisarts nu uitsluitend telefonisch contact mogelijk is, en ook afgezegde afspraken worden veel gerapporteerd. Men heeft hier begrip voor, maar maakt zich wel zorgen om de gezondheidsgevolgen. De mogelijkheid bestaat dat door dit gebrek aan zorg, zowel lichamelijke als geestelijke problemen verergeren en zich ophopen. Vooral mensen met lage gezondheidsvaardigheden en een beperkt sociaal netwerk lopen risico. Deze, op dit moment niet zichtbare, accumulatie van klachten heeft de potentie uiteindelijk uit te monden in een stuwmeer van problematiek.

Vergelijking met ander onderzoek

Dit onderzoek is geïnitieerd omdat de groepen die wij hebben onderzocht vermoedelijk ondervertegenwoordigd zouden zijn in het online vragenlijst onderzoek dat RIVM /GGD-DHOR samen met GGD-en uitvoert naar de naleving van de preventieve maatregelen en effecten op psychisch welbevinden. Over dit onderzoek zijn nog geen resultaten gepubliceerd, maar op basis van periodieke rapportages van de Corona gedragsunit lijken er geen grote verschillen tussen de groepen in ons onderzoek vergeleken met anderen waar het gaat om de naleving van de 1,5 meter en hygiëne maatregelen.⁹ Opvallend is dat in ons onderzoek vooral jongeren financiële zorgen melden en veel ouderen juist aangeven dat zij door de AOW bestaanszekerheid hebben, terwijl in het “GGD” onderzoek juist ouderen zorgen uiten over financiële achteruitgang. Dit kan een aanwijzing zijn dat in het GGD

onderzoek inderdaad mensen uit de laagste, en meest onzekere, inkomensgroepen minder vertegenwoordigd zijn.

In andere landen worden – anders dan in Nederland – data verzameld over infectie en uitkomsten van COVID-19 zorg gerelateerd aan etniciteit en sociale kwetsbaarheid.¹⁰ Uit deze data lijkt de in ons onderzoek gevonden grote bezorgdheid van respondenten gerechtvaardigd, aangezien de infectie en de gevolgen mensen uit lage SES groepen en etnische minderheden harder treft.¹¹

Verschillende bronnen, onder andere de WRR in hun recente notitie, uiten de zorg dat de maatregelen de bestaande sociaaleconomische gezondheidsverschillen zullen vergroten.¹² De feitelijk slechtere toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ten gevolge van de overgang naar zorg-op-afstand kan hieraan bijdragen, zoals ook in het Verenigd Koninkrijk gevreesd wordt.¹³

Relevantie en beperkingen

Dit onderzoek geeft inzicht in de ervaringen van sociaal kwetsbare groepen rondom de coronacrisis, waarbij deze groepen het hardst geraakt lijken te worden. Deze groepen zijn over het algemeen moeilijk te bereiken en is vrijwel altijd ondervertegenwoordigd in surveyonderzoek en peilingen. Dit onderzoek levert daarom een belangrijke bijdrage aan het evalueren van de gevolgen van de crisis voor alle Nederlanders. Een kracht hierbij was dat ook interviews plaatsvonden in de moedertaal van verschillende, maar niet alle, migrantengroepen (Turks, Arabisch, Tigrinya, Pashto). Het onderzoek kent echter ook enkele beperkingen. In vervolgonderzoek zullen ook groepen die in een andere taal benaderd moeten worden, worden meegenomen. Doordat is gewerkt met (lange) diepte-interviews was het niet mogelijk binnen het toegemeten tijdbestek en budget een grotere steekproef te bevragen.

Aanbevelingen voor toekomst

Op basis van deze studie hebben wij de volgende aanbevelingen voor de RIVM Corona gedragsunit en het outbreak management team:

1. Om te beginnen is het van belang dat de in deze studie onderzochte groepen betrokken worden bij grootschalige onderzoeken. Anders kan er een onvolledig of zelfs vertekend beeld ontstaan van de situatie in Nederland. Hiertoe dienen effectieve benaderingswijzen te worden toegepast – die meer tijd en energie kosten dan voor een online vragenlijst onderzoek.
2. Officiële overheidsinformatie dient voor iedereen in Nederland begrijpelijk aangeboden te worden. Dit kan door de informatie in meerdere talen aan te bieden en de informatie eenvoudig en eenduidig te presenteren.
3. Met betrekking tot eenduidige adviezen willen we benadrukken dat versoepeling van maatregelen waarin 1,5 meter afstand houden niet overal geldt, leidt tot onbegrip en de naleving van de maatregel elders bedreigt.

Daarnaast geven onze bevindingen aanleiding voor de volgende aanbevelingen voor beleidsmakers en professionals:

4. Wanneer ontwikkelingen naar meer digitale zorg en zorg-op-afstand doorzetten, dient specifiek aandacht besteed te worden aan toegankelijkheid, kwaliteit en veiligheid van deze zorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

5. In lijn met de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving roepen we politiek en maatschappij op oog te houden voor de specifieke kwetsbaarheid van bevolkingsgroepen en de schade die de maatregelen hen berokkent, en om oplossingen op maat op hun behoeften en noden af te stemmen.^{6,14}

Conclusie

De officiële informatie over COVID-19 en de preventieve maatregelen is voor veel mensen in onze samenleving moeilijk te begrijpen of verwarrend. Kennis is groter naarmate mensen meer maatschappelijk participeren. De pandemie leidt tot veel zorgen en stress bij mensen in laag sociale posities en bij mensen met een migratieachtergrond. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt voor deze groepen bedreigd door het ontbreken van de mogelijkheden tot fysiek contact.

Acknowledgments

In korte tijd hebben onderstaande mensen deelnemers voor ons onderzoek gerecruteerd en interviews afgenomen. Wij zijn hen – en uiteraard alle respondenten - veel dank verschuldigd.

Jet van den Berg-Wijdeveld (ROC Nijmegen)
Wim van Beurden (Pharos / Nijmegen)
Sarah Boer (gemeente Rotterdam)
Dick Butte (gemeente Rotterdam)
Farah Daanen (Radboudumc)
Ghadeer Haj Bakri (Radboudumc)
Rahima Lakanwal (Radboudumc)
Inge Merkelbach (Erasmus)
Laura Peters (Pharos)
Seher Sayin (Radboudumc)
Ainom Tedla (Radboudumc / Eritreers gezond)
Amarins Veringa (SA Erasmus Universiteit)

Referenties

1. Kirby T. (2020). Evidence mounts on the disproportionate effect of COVID-19 on ethnic minorities. *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(6), 547–548. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30228-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30228-9)
2. Bhala, N., Curry, G., Martineau, A. R., Agyemang, C., & Bhopal, R. (2020). Sharpening the global focus on ethnicity and race in the time of COVID-19. *Lancet (London, England)*, 395(10238), 1673–1676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31102-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31102-8)
3. Madhav N, Oppenheim B, Gallivan M, et al. (2018) Pandemics: Risks, Impacts, and Mitigation in: Jamison D TH et al (edit). 2018. Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. Disease Control Priorities (third edition), Volume 9. Washington, DC: World Bank. Doi:10.1596/978-1-4648-0527-, chapter 17 (315 – 47)
4. Kunst A, de Visser M, Stoeldraijer L, et al. (2020) Oversterfte tijdens de eerste zes weken van de corona-epidemie. Sociaal-demografisch en geografische verschillen. Den Haag: CBS; 2020. p.26
5. Marmot M, Allen J, et al. (2012) WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 2012;380(9846):1011-1029.
6. WRR. (2018) Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
7. Vrooman C, Gijsberts M, et al. (2014). Verschil in Nederland. Den Haag; Sociaal en Cultureel Planbureau.
8. Stichting Lezen en Schrijven. (2020) <https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid/feiten-cijfers>. Geraadpleegd juni 2020
9. RIVM (2020) Onderzoek naar gedrag en welbevinden in tijden van corona. Corona gedragsunit RIVM uitgave 22 juni 2020 https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-06/LR_128235_012203_FS%20Corona%20gedragsunit_2_V3.pdf
10. Darici, Y., Ozdenerol, E. Seboly. J. COVID-19 and South Florida Health Disparities Project. Geraadpleegd juni 2020. <https://cpgis.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/32e6e278b01247a491fb2c61a0698d6a>
11. Khunti, K., Singh, A. K., Pareek, M., & Hanif, W. (2020). Is ethnicity linked to incidence or outcomes of covid-19?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m1548. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1548>
12. Stellinga B, Hesselmanns M, de Hoog J, Bijleveld C. (2020) Kwetsbaarheid en veerkracht. WRR-reflecties op de langetermijnevolgen van de coronacrisis. Den Haag: Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid
13. Coronini-Cronberg, S., John Maile, E., & Majeed, A. (2020). Health inequalities: the hidden cost of COVID-19 in NHS hospital trusts?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(5), 179–184. <https://doi.org/10.1177/0141076820925230>
14. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2020) ‘(Samen)leven is meer dan overleven. Breder kijken en kiezen in tijden van corona. Den Haag: RVS.



Arthur van Schendelstraat 600 2^e etage
Utrecht
030 234 98 00
www.pharos.nl

Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen