



Basisdocument preventiegedrag en welzijn

RIVM Corona Gedragsunit

Ondersteunen van preventiegedrag en welzijn in de coronacrisis

Wetenschappelijke onderbouwing overheidsbeleid en communicatie

RIVM

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

Datum
14 mei 2020

RIVM Corona Gedragsunit & Wetenschappelijke Adviesraad

1. Achtergrond

In tijden van crisis is het belangrijk dat de lokale en nationale overheid snel gebruik kan maken van beschikbare kennis en expertise. Dit geldt ook als het gaat om het ondersteunen van preventiegedrag en welzijn van de bevolking. Het RIVM heeft daarvoor een Corona Gedragsunit ingesteld. Deze bestaat uit wetenschappers van het RIVM en [gedragswetenschappers](#) van verschillende Nederlandse universiteiten en hogescholen. Het **doel van de RIVM Corona Gedragsunit** is om de kennis en expertise van de gedragswetenschappen beschikbaar te maken voor overheidsbeleid en communicatie. Hiermee helpt de Gedragsunit om preventiegedrag en welzijn van de bevolking maximaal te ondersteunen. En uiteindelijk om de coronacrisis zo effectief mogelijk te bestrijden.

Gedrag en de corona-pandemie

In het voorjaar van 2020 verspreidt COVID-19 zich snel door Nederland. Het beleid is om deze verspreiding zoveel mogelijk te remmen, om overbelasting van het zorgsysteem te voorkomen. Dit geldt in het bijzonder voor de belastbaarheid van de intensive care units (ICU). Daarbij is het van belang dat iedereen de aanbevolen maatregelen opvolgt en dat kwetsbare groepen maximaal beschermd worden. Dit is niet alleen van toepassing op de korte termijn. De huidige maatregelen – in een later stadium in aangepaste vorm – zullen nog voor geruime tijd gelden. Mensen moeten dat dan dus ook vol zien te houden. De maatregelen kunnen naast positieve effecten op de pandemie en de zorg, ook negatieve effecten hebben op mensen. Niet alleen op economisch vlak, maar ook op de sociale, psychische en fysieke gezondheid van mensen. Het ondersteunen van preventiegedrag alsook het welzijn van mensen, zijn daarmee twee zeer belangrijke aspecten geworden bij het ondersteunen van de gezondheid van de Nederlandse bevolking.

De volgende gedragingen zijn belangrijk bij de succesvolle bestrijding van de SARS-CoV-2 pandemie:

1. Preventie van infectie
 - a. Bijvoorbeeld: handen regelmatig wassen; 1.5 meter afstand houden; thuis werken.
2. Omgaan met infectie
 - a. Bijvoorbeeld: huisarts bellen bij symptomen; thuisblijven indien (licht) symptomatisch.
3. Gezond blijven
 - a. Bijvoorbeeld: gezonde voeding; voldoende beweging; voldoende slaap, ontspanning en sociale contacten.

Beleid voor COVID-19 preventie en welzijn van mensen: een gedragswetenschappelijke basis

De huidige wetenschappelijke kennis rondom preventiegedrag en welzijn kan gebruikt worden om een overkoepelend 'kader preventiegedrag' en 'kader welzijn' te formuleren. Deze dienen als kapstok en startpunt. De kaders kunnen aangescherpt worden op basis van nieuw gedragswetenschappelijk onderzoek bij COVID-19 (nationaal en internationaal). Hiervoor start de Gedragsunit ook zelf grootschalig onderzoek op. Ten slotte is er veel gedragswetenschappelijke expertise voorhanden bij o.a. kennisinstituten, hogescholen en universiteiten. De taak die de RIVM Corona Gedragsunit zichzelf heeft gesteld is deze kennis te bundelen en direct beschikbaar te maken ('rapid response teams'), voor het onderbouwen van overheidsbeleid en overheidscommunicatie.

De gegenereerde gedragswetenschappelijke kennis kan helpen bij:

- Het formuleren van heldere, concrete, en haalbare gedragsregels.
- Het anticiperen op effecten van beleidsmaatregelen op gedrag en welzijn van mensen.
- Het ontwikkelen van effectieve en heldere communicatie vanuit de overheid (landelijk, regionaal, lokaal).
- Het ontwikkelen van effectief beleid vanuit de overheid.
- Het versterken van het vertrouwen van de mensen in de overheid en het RIVM.
- Het identificeren van problemen met betrekking tot preventiegedrag en welzijn onder de bevolking.
- Het begrijpen, bereiken en ondersteunen van specifieke doelgroepen (jongeren, kwetsbaren, immigranten).

Inhoud en doel basisdocument

Dit basisdocument dient als gezamenlijk startpunt van waaruit de RIVM Corona Gedragsunit en haar Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) opereert, denkt, en communiceert. Het beschrijft eerst een kader Preventiegedrag en een kader Welzijn. Aanvullend op dit basisdocument met de kaders is er ook een raamwerk voor het transparant en systematisch beschrijven van de gedragswetenschappelijke onderbouwing van de beleids- en communicatie-adviezen. Dit presenteren we als apart [stappenplan](#). Het is te gebruiken als bijlage bij het basisdocument.

2. kaders preventiegedrag en welzijn

2.1 Kader Preventiegedrag COVID-19

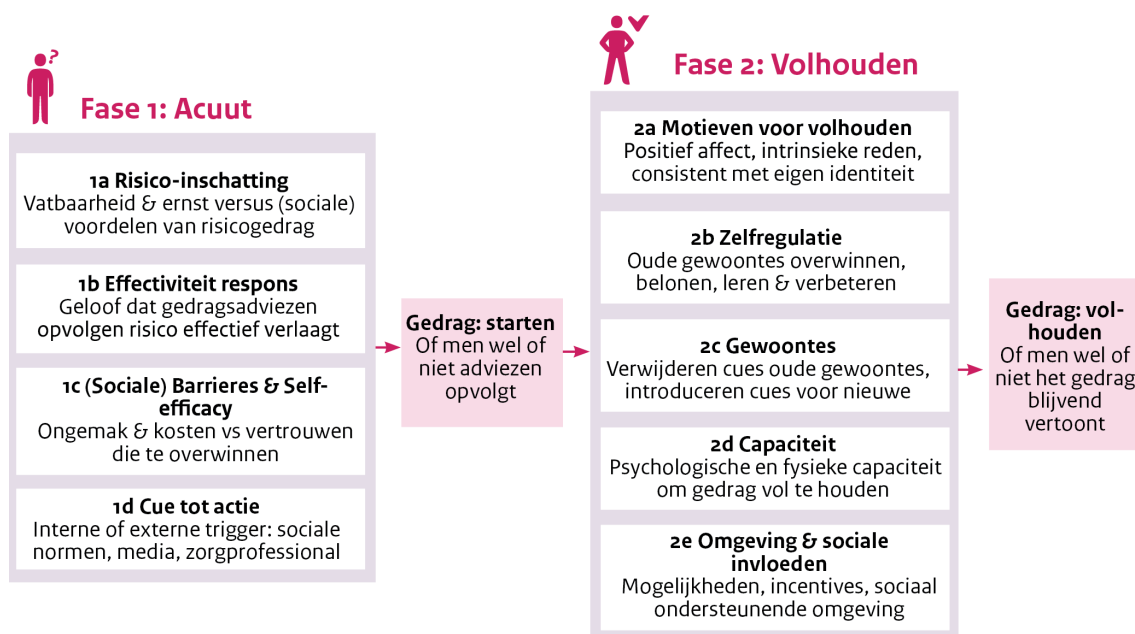
Introductie

Hieronder staat een raamwerk beschreven voor het begrijpen van COVID-19 preventiegedrag. Dit is gebaseerd op gedragswetenschappelijke literatuur. Het is hierbij relevant op te merken dat er beperkt empirisch bewijs is over oorzaken van het opvolgen van de huidige gedragsadviezen bij pandemieën (omdat die - gelukkig - niet vaak voorkomen). Daarnaast is een dergelijk kader een versimpeling van de werkelijkheid. Er spelen meer factoren mee, en een complexe werkelijkheid laat zich niet helemaal vangen in een simpel model. Ondanks die kanttekeningen, biedt dit een gezamenlijk denkkader en kapstok voor COVID-19 Preventiegedrag. De Corona Gedragsunit en haar WAR werken vanuit dit kader.

De RIVM Corona Gedragsunit houdt de gedragswetenschappelijke literatuur wekelijks bij. Het kader voor de verschillende gedragsregels kan hierdoor steeds verder aangescherpt worden.

Kader Preventiegedrag: starten en volhouden van gedragsregels (Figuur 1)

Er zijn verschillende modellen voor het verklaren van gezondheidsgedrag, zoals de *Protection Motivation Theory* en het *Health Belief Model* (Skinner e.a., 2015). Het Health Belief Model is gebruikt als startpunt voor het beschrijven van de factoren die mensen in eerste instantie kunnen aanzetten tot preventief gedrag (zie figuur 1, Fase 1: Acuat).



Figuur 1: Kader Preventiegedrag COVID-19

Uitleg bij de verschillende onderdelen van het Kader Preventiegedrag COVID-19

Fase 1: Acuat

- **1a Risico-inschatting:** Preventief gedrag wordt beïnvloed door risicoperceptie. Dat is de mate waarin mensen denken dat ze risico lopen om de ziekte op te lopen en door te geven aan anderen (vatbaarheid) en hoe ernstig ze gevolgen daarvan inschatten (voor zelf het virus oplopen, en/of het doorgeven aan anderen). Risicoperceptie is op zichzelf echter onvoldoende voor het aanzetten tot preventief gedrag. De motivatie om gedrag te veranderen wordt ook beïnvloed door het feit dat het bestaande risicogedrag positieve aspecten kan hebben (zoals sociaal contact behouden, grootouders blijven zien). En motivatie wordt ook beïnvloed vanuit die sociale omgeving (zie 1c).
- **1b Effectiviteit respons:** Het is erg belangrijk of mensen denken dat het aanbevolen gedrag helpt: effectiviteit. Mensen moeten denken dat het aanbevolen gedrag effectief is in het verkleinen van het risico. Oftewel, als ik mijn handen was of 1.5 meter afstand houd, in welke mate verkleint dat het risico dat ik het virus oloop of overdraag? Hierbij zijn ook percepties van collectieve effectiviteit (als we dit samen doen dan kunnen we Corona onder controle krijgen) en participatieve effectiviteit (ik kan iets bijdragen hieraan) belangrijk.

- **1c (Sociale) barrières en self-efficacy:** Ook eigen-effectiviteit speelt een belangrijke rol. Denk ik dat ik de *aanbevolen* gedragingen goed en consistent uit kan voeren, ook gezien specifieke barrières? Hierbij is het uiteraard van groot belang dat gedragsadviezen helder en concreet zijn, en dat mensen de motivatie, steun en vaardigheden hebben om met lastige situaties en barrières om te gaan. Motivatie wordt ook beïnvloed vanuit de sociale omgeving. Opvattingen van belangrijke anderen over preventiegedrag en het observeerbare preventiegedrag van anderen zoals jij, kan ook de motivatie van het individu beïnvloeden (waarom zou mijn kind thuis binnen zitten als de andere kinderen ook buiten spelen?). Het aanbevolen gedrag is daarnaast ook onderdeel van een sociaal dilemma: 'als iedereen zich al aan de regels houdt, hoef ik dat zelf niet te doen' (want dat zal het verschil niet maken). Deze aspecten vallen onder sociale en motivationele barrières.
- **1d Cue tot actie:** Tenslotte kan er een cue-to-action zijn om het gewenste gedrag in gang te zetten. Om mensen over de drempel te helpen en de balans door te laten slaan naar actie. Dit kunnen allerlei dingen zijn, zoals iemand in de sociale omgeving die ziek wordt. Of een krachtige boodschap uit de (social) media die de gevolgen heel tastbaar maakt of een heel sterke norm neerzet.

Fase 2: Volhouden

Na het aanzetten tot gedragsverandering is ook het langdurig volhouden van het nieuwe gedrag in de huidige situatie van groot belang. Fase 2 richt zich dus op het volhouden van het gedrag. Het model beschrijft vijf elementen die daarbij belangrijk kunnen zijn (Marlatt & Donovan, 2005).

- **2a Motieven voor volhouden:** Mensen zijn geneigd gedrag langer vol te houden als ze één of meerdere belangrijke redenen hebben om het gedrag vol te houden. Denk daarbij aan dat mensen tevreden zijn met de gevolgen van het gedrag. Bijvoorbeeld als ze ervaren dat hun gedrag bijdraagt aan het remmen van de verspreiding van COVID-19. Of dat hun gedrag congruent is met het eigen identiteit en waarden. Men ziet zichzelf bijvoorbeeld als solidair en zorg dragend voor het welzijn van anderen. Of men vindt het ieders verantwoordelijkheid om een steentje bij te dragen aan het keren van de pandemie.
- **2b Zelfregulatie:** Bij het uitvoeren en volhouden van gedrag speelt zelfregulatie een belangrijke rol. Zelfregulatie verwijst onder andere naar de strategieën die mensen toe kunnen passen om hun doelen te bereiken. Stel dat iemand zichzelf een preventie-doel stelt, zoals handen wassen voor het eten, bij het thuiskomen en na neus snuiten. Uit onderzoek blijkt dat mensen succesvoller zijn in het uitvoeren en volhouden van het gedrag, als ze hun gedrag monitoren (wanneer lukt het me wel en niet om handen te wassen, en waarom), en actief oplossingen bedenken voor ervaren problemen.
- **2c Gewoontes:** Handelingen die automatisch geactiveerd worden door triggers in de omgeving noemen we gewoontes. Als iemand bewust een nieuw gedrag inzet (zoals handen wassen na neus snuiten), kan dat na verloop van tijd een automatisme worden. Het handen wassen wordt dan automatisch geactiveerd door het neus snuiten. In de huidige context is zowel het vormen van nieuwe gewoontes (zoals handen wassen) als het afleren van bestaande gewoontes (zoals gezicht aanraken, iemand een hand geven) belangrijk voor het volhouden van de gedragsregels. In de literatuur

wordt dat ook wel uitgelegd aan de hand van 'thinking fast' en 'thinking slow'. De beslissing om thuis te blijven betreft gepland gedrag ('slow') en is dus uitvoerbaar. De beslissing om niet met de handen het gezicht aan te raken betreft geen gepland gedrag en is daarom voor de meeste mensen niet uitvoerbaar. Dit is niet eens meer 'fast', maar ondoenlijk zonder extra hulpmiddelen. We spreken dan van gewoontegedrag (ooit gepland maar nu een gewoonte) of impulsief gedrag; samen aangeduid als automatisch gedrag. Ook automatisch gedrag kan worden beïnvloed. Dit is echter niet gemakkelijk en het moet gebeuren met goed onderbouwde veranderingsmethoden die aangrijpen op het automatische karakter van dat gedrag.

- **2d Capaciteit:** Dit verwijst naar de fysieke en psychologische hulpbronnen die iemand heeft om het gedrag vol te houden. Een gedrag volhouden kan lastig zijn en het kan blijvend moeite en energie vergen. Als fysieke en/of mentale reserves beperkt zijn door aanhoudende stress, vermoeidheid, of uitputting, dan kan iemand zijn minder goed zijn gedrag reguleren. Het is dus erg belangrijk dat mensen goed voor zichzelf blijven zorgen en zowel fysiek als psychologisch gezond blijven. Stressoren en vermoeidheid moeten niet de overhand krijgen. Hier is dus een belangrijke rol weggelegd voor Gezond blijven (fysiek, mentaal en sociaal zo gezond mogelijk blijven). Dit gedrag (wat er nodig is om gezond te blijven) zal in het volgende hoofdstuk verder worden besproken.
- **2e Omgeving en sociale invloeden:** Een fysieke en sociale omgeving die het gewenste gedrag ondersteunt, speelt een grote rol bij het volhouden van gedrag. Deze omgeving bepaalt de mogelijkheden, de beloningen en 'bestrafing', en de triggers/ reminders om het gedrag uit te voeren en vol te houden. Het anders inrichten van de fysieke omgeving (bijv. zakdoeken op meerdere plekken neerleggen, zeep bij elke wastafel) kan het makkelijker maken om het gedrag uit te voeren en vormt ook een reminder voor dat gedrag. Dat geldt zowel in de thuissituatie, als bijvoorbeeld ook in de werksituatie voor de mensen die niet thuis kunnen werken. Een ondersteunende sociale omgeving (eenzame ouderen ondersteunen via boodschappen doen, je partner die je eraan herinnert je handen te wassen), positieve sociale invloeden (tips en tricks van anderen over hoe thuis onderwijs te geven aan je kinderen), constructieve sociale verandering (1.5 meter afstand wordt de nieuwe norm), en een omgeving die veilig werken bevordert, het kan allemaal een belangrijke rol spelen bij het volhouden van het gedrag en de sociale en psychologische gezondheid van mensen. Tot slot is ook het beleid (nationaal en lokaal, of in een organisatie) van belang bij het ondersteunen en volhouden van het gewenste gedrag (beleid is thuiswerken voor niet-vitale beroepen).

Methoden om preventiegedrag te bevorderen

Intervention Mapping (IM) is een protocol, gebaseerd op theorie en onderzoek, voor het ontwikkelen van interventies om gedrag te veranderen (Kok, e.a., 2016). IM heeft drie uitgangspunten bij het ontwikkelen van gedragsinterventies:

1. Een sociaalecologisch perspectief. Dat wil zeggen dat een individu wordt gezien als iemand die onderdeel uitmaakt van een sociaal en politiek systeem, dat invloed uitoefent op het individu (en vice versa).
2. Participatie van alle betrokkenen bij het ontwikkelen van gedragsinterventies, dus ook de mensen zelf.

3. Het systematisch gebruik van theorieën en onderzoek over gedrag en gedragsverandering.

Bij de ontwikkeling van gedragsinterventies volgt IM een serie stappen. Deze stappen staan in het [Stappenplan Corona Overheidscommunicatie](#) ten behoeve van eenvoud, in versimpelde vorm beschreven. Onderdeel van dit proces van interventieontwikkeling is om methoden van gedragsverandering te identificeren. Deze methoden komen uit gedragstheorie en empirisch onderzoek. Ze beschrijven manieren die geschikt kunnen zijn om gedrag te veranderen.

Als voorbeeld: Om risico-inschatting te veranderen om mensen aan te zetten tot het volgen van maatregelen, kan men kiezen voor methoden als 'consciousness raising', 'personalise risk', of 'scenario-based risk information'. Hoe je die methoden het beste in kunt zetten, staat beschreven in een uitgebreide taxonomie van gedragsveranderingsmethoden. Die dient dus als basis voor de selectie en onderbouwing van adviezen voor het ondersteunen van preventiegedrag. De taxonomie is te bekijken via onderstaande links:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2015.1077155>

https://www.tandfonline.com/doi/suppl/10.1080/17437199.2015.1077155/suppl_file/rhpr_a_1077155_sm9693.pdf

2.2 Kader welzijn

Introductie

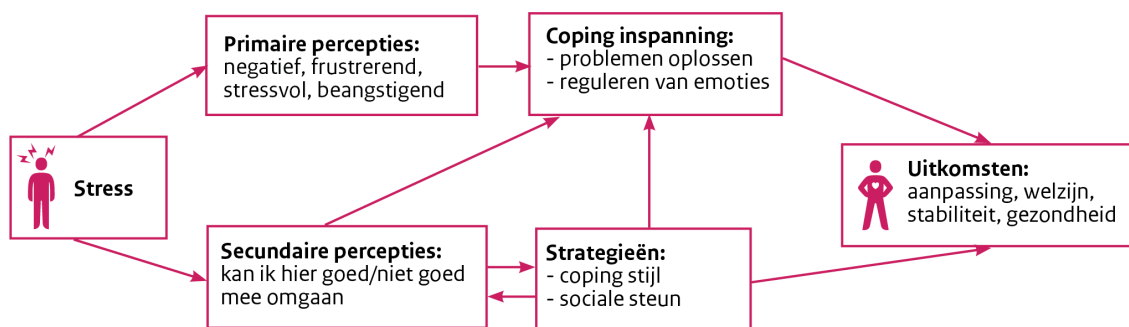
Figuur 1 in het voorgaande hoofdstuk beschrijft **Capaciteit** als één van de vijf belangrijke factoren voor het volhouden van preventiegedrag. Dit concept is omvangrijk en belangrijk, daarom is hier een apart kader voor ontwikkeld.

Kader welzijn: psychisch en sociaal welbevinden

Hieronder staat een model voor het begrijpen van de psychologische gevolgen van stressvolle omstandigheden en factoren op een individu. Dit model beschrijft waarom mensen op een verschillende manier met tegenslagen en stressoren omgaan (*coping*). Het model dient als basis. Het kan worden afgestemd en aangescherpt op de huidige COVID-19 pandemie, op basis van de snelgroeïende COVID-19 wetenschappelijke literatuur en eigen onderzoek. Het model kan ook goed worden gebruikt als een raamwerk waarin andere theoretische noties makkelijk kunnen worden ingepast. Bijvoorbeeld onderzoek naar doelregulatie, irrationale cognities (ziektepercepties) en noties over processen van sociale steun in het netwerk of binnen een intieme relatie. Bij dat laatste kan ook gedacht worden aan dyadische coping (de manier waarop partners elkaar ondersteunen in het samen omgaan met stress). Dit is een concept dat in de huidige crisis uitermate relevant is.

Psychologisch welbevinden is van belang voor een algeheel gevoel van kwaliteit van leven, als ook voor het langdurig kunnen volhouden van gezondheidsgedragingen (zoals de COVID-19 preventieadviezen). Daarom is het belangrijk om rekening te houden met psychologische aanpassing en welbevinden. Er zal ook sprake zijn van een wederzijdse relatie tussen gedrag en functioneren. Problemen rond het gedrag kunnen van invloed zijn op het verslechteren van het psychisch functioneren. En slechter psychisch functioneren kan leiden tot problemen bij de uitvoering van gewenst gedrag.

Het stress-coping model wordt al meer dan drie decennia gebruikt voor het verklaren van psychologisch welbevinden en aanpassing aan stressvolle gebeurtenissen en omstandigheden. Zie figuur 2 hieronder – ontleend aan: Wethington, et al., 2015. De basisgedachte van dit model is dat stress een subjectieve beleving is en het resultaat van een interactie tussen de stressvolle omstandigheden enerzijds en de hulpbronnen die iemand beschikbaar heeft anderzijds. Centraal staat dat onze percepties en interpretaties van stressvolle omstandigheden de impact en aanpassing bepalen. De percepties beïnvloeden het benutten van copingbronnen (in het midden van het model: inspanning en strategieën), die vervolgens tot bepaalde emotionele uitkomsten leiden (rechts in het model). Belangrijk is dat deze percepties en interpretaties meer of minder (ir)rationeel zijn. Daarmee wordt duidelijk dat de ervaren stress en de reacties – zelfs bij een stresserende situatie als een pandemie – grote individuele verschillen kent.



Figuur 2: Stress en coping (Wethington et al., 2015)

Psychologische aanpassing aan de COVID-19 pandemie zal, volgens dit model, allereerst beïnvloed worden door primaire en secundaire inschattingen: *percepties en interpretaties* van wat er gaande is (in het model de primaire en secundaire percepties). Hoe negatief, stressvol, frustrerend of beangstigend ervaart iemand de gevolgen van de COVID-19 pandemie en de gevolgen van de maatregelen op zijn of haar leven? Deze inschattingen worden gezien als de primaire percepties. Vervolgens is de vraag in welke mate iemand het gevoel heeft hier adequaat mee om te kunnen gaan; aangeduid als de *secundaire percepties*.

Secundaire percepties beïnvloeden hoe iemand met de situatie omgaat. Dit wordt ook wel coping genoemd. Wat doet iemand om de gevolgen te verminderen, om zich aan te passen aan de situatie, deze te tolereren, om emotionele stabiliteit te behouden? Dit kunnen (1) actieve strategieën zijn, gericht op het (bij)stellen van dagelijkse doelen (t.a.v. thuis werken, zorg voor kinderen, zorgen voor voldoende ritme en afwisseling), het oplossen van problemen, of het zoeken van informatie en sociale steun. Daarnaast kunnen het (2) strategieën zijn, gericht op het reguleren van emoties. Zoals aandacht hebben voor positieve gevolgen, ontspanning zoeken en het accepteren van de situatie. Minder adequate copingstrategieën zijn piekeren en doemdenken. Bijvoorbeeld voortdurend op zoek gaan en bezig zijn met COVID-19 en overspoeld worden door zorgen over mogelijke toekomstige scenario's.

Het model en daaraan te koppelen theoretische noties (hierboven al genoemd) sturen daarmee ons denken over de invloed van stressoren op het omgaan met de crisis en de uitkomsten daarvan. Dat is behulpzaam bij het identificeren van

relevante begrippen die we dienen te onderzoeken/monitoren in de samenleving en waarop we met beleid en communicatie kunnen sturen. Daarnaast biedt het een handvat om op een aantal niveaus van 'intervenieren' te gaan nadenken hoe de schadelijke effecten van de crisis, vooral op het psychisch- en sociaal functioneren, kunnen worden verzacht.

Interventies om adequate copingstrategieën te ondersteunen en te bevorderen.

Er zijn verschillende bewezen effectieve interventiemogelijkheden voor het bevorderen van het psychisch en sociaal welzijn, die aangrijpen op de factoren in het stress-coping model. De meest belangrijke hierbij zijn: het bieden van *psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie-interventies*. Deze richten zich op het anders omgaan met niet-helpende, irrationele gedachten, gevoelens en gedragingen.

Allereerst is het verschaffen van juiste informatie van groot belang. Dit kan zorgen voor meer controle en grip, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een interventie. Het kan leiden tot adequater omgaan met de stressvolle situaties. Het gaat hierbij om ***informatie over de mogelijke psychologische gevolgen van COVID-19 en de prevalentie van de meest voorkomende psychische klachten***. Dit kan zorgen voor normalisering, (h)erkenning, het praten erover en zoeken van hulp. Deze informatievoorziening kan worden ingezet middels mediacommunicatie. Bedacht moet worden dat dit – hoewel een bescheiden effect – op populatieniveau een verschil kan maken. Wanneer het past, kan hierbij gebruik worden gemaakt van ***screening & voorlichting***. Hierbij hebben mensen de mogelijkheid om een paar korte vragen in te vullen waarmee kan worden vastgesteld of er sprake is van (ernstige) symptomen van angst of depressie. Mensen krijgen voorlichting over mogelijke manieren om met problemen om te gaan. Enerzijds om stress te verminderen (bijvoorbeeld adviezen over het zo goed mogelijk regelen van thuis werken en zorg voor kinderen) en anderzijds om met bestaande stress om te gaan (bijvoorbeeld met anderen erover praten, goede zelfzorg, grenzen bewaken, voldoende momenten van rust). Mensen kunnen ook worden geïnformeerd over bestaande interventiemogelijkheden, inclusief eHealth. En ze kunnen het advies krijgen om contact op te nemen met hun huisarts, om te kijken naar een passend hulpaanbod. Bijvoorbeeld in de vorm van online contact met een hulpverlener.

EHealth interventies kunnen worden ingezet, met als doel om mensen educatie te geven over :

- De mogelijke psychologische gevolgen van het feit dat je ziek bent (geweest) door corona.
- Voorbeelden van adequate en minder adequate manieren voor het omgaan met de gevolgen van 1) besmetting (bijvoorbeeld thuisblijven) en 2) de maatregelen (bijvoorbeeld niet bij oma op bezoek gaan).
- Praktische handvatten. Bijvoorbeeld door het aanbieden van ontspanningsoefeningen, mindfulness technieken, assertiviteitsoefeningen om meer grenzen te bewaken en/of steun te vragen, oefeningen om niet-helpende gedachten te identificeren en om te buigen naar meer helpende gedachten, oefeningen in het stellen van haalbare doelen en het bijstellen van doelen wanneer dat nodig is.

Er zijn in Nederland verschillende eHealth interventies beschikbaar, zoals <https://www.mentaalvitaal.nl/>, <https://www.psyfit.nl/>, <https://www.kleurjeleven.nl/>, <https://mentaalbeter.nl/>, en <https://www.voluitleven.nl/>.

Stigma

Een speciaal punt van aandacht is het voorkomen van stigma, stereotypering, en vooroordelen. Bij infectieuze aandoeningen treedt vaak stigmatisering op, vooral m.b.t. hoogrisicogroepen. Angst en boosheid leiden tot stigmatisering en vermijding, terwijl medelijden juist kan resulteren in hulpgedrag. Wanneer mensen inzien dat de persoon weinig kon doen aan geïnfecteerd worden, is de reactie positiever. Lastig is dat dit tegengesteld lijkt aan het preventieperspectief. Dus de dubbele boodschap moet zijn: voorkomen, maar de mensen die ziek zijn hadden daar geen controle over.

Hoe kan stigmatisering voorkomen of verminderd worden? De meeste studies wijzen op het positieve effect van zorgvuldig geënceneerd contact, of zelfs onder de juiste condities samenwerken. Dit kan echter niet bij een infectieuze ziekte. Mensen vertellen dat stigmatisering fout is, helpt niet en werkt vaak averechts. Het meest veelbelovend is **empathietraining**. Bijvoorbeeld: stimuleren dat mensen zich proberen voor te stellen hoe de persoon met COVID-19 zich voelt. Let op, niet: hoe zij zichzelf zouden voelen als – dat werkt averechts. Ook **een duidelijke boodschap en regelgeving, vanuit 'leiders' tegen stigmatisering** werkt ondersteunend.

De eerder genoemde [Intervention Mapping taxonomie](#) beschrijft een aantal van de belangrijkste methoden om stigma te reduceren.

Referenties

- Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G. J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A., Fernandez, M.E., Markham, C. & Bartholomew, L. K. (2016). A taxonomy of behavior change methods: an intervention mapping approach. *Health Psychology Review*, 10(3), 297-312.
- Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York (NY): Guilford.
- Skinner, C.S., Tiro, J. & Champion, V.L. (2015). The health belief model. In: Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 168-222). John Wiley & Sons.
- Wethington, E., Glanz, K. & Schwartz, M.D. (2015). Stress, coping and health behavior. In: Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 223-242). John Wiley & Sons.

Colofon

Auteurs:

Marijn de Bruin, Djoeke van Dale, Robbert Sanderman & Gerjo Kok

Redactie en figuren:

Nicolette Kupper & Cindy Deuning

Met begeleiding en input van:

Kernteam RIVM Corona Gedragsunit

Mariken Leurs, Marijn de Bruin, Reint Jan Renes

Wetenschappelijke Adviesraad Corona Gedragsunit

Prof. dr. Charles Agyeman

Prof. dr. Martine Bouman

Prof. dr. Moniek Buijzen

Prof. R.M.M. (Rik) Crutzen

Prof. dr. Semiha Denktas

Prof. dr. Andrea Evers

Em. prof. dr. Gerjo Kok

Prof. dr. Gerard Molleman

Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh

Prof. dr. Bas van den Putte

Prof. dr. Denise de Ridder

Prof. dr. Daniëlle Timmermans

Prof. dr. Robbert Sanderman

Prof. dr. Julia van Weert

Prof. dr. John de Wit