

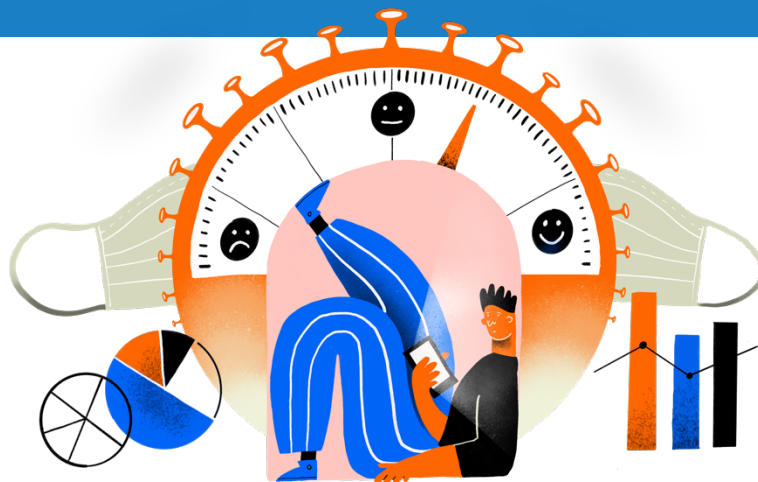
RAPPORT 40:

Het CST, vaccinatieplicht, 1G-beleid of alles op de schop?

De Motivatiebarometer

Auteurs (in alfabetische volgorde): Marie Brisbois, Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Bart Soenens, Omer Van den Bergh, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt

Referentie: Motivatie Barometer (1 februari 2022). Het CST, vaccinatieplicht, 1G-beleid of alles op de schop? Gent, Leuven, Louvain, Bruxelles, België.



Na bijna 2 jaren van coronacrisis staat de overheid voor een cruciale beslissing. Gaat ze over tot het invoeren van verdere versoepelingen waarbij het Covid Safe Ticket (CST) op de schop gaat, handhaaft ze het huidige CST-beleid of voert ze de druk op om zoveel mogelijk personen gevaccineerd te krijgen? Wat zijn de te verwachten psychologische gevolgen als een vaccinatiepas wordt ingevoerd of er overgegaan wordt tot een vaccinatieplicht? Diverse experts uit diverse (i.e., medische, economische, pedagogische, psychologische) disciplines worden dezer dagen uitgenodigd voor een parlementair debat rond deze boeiende, maar delicate kwestie. In dit rapport evalueren we het draagvlak voor vier beleidsopties (i.c., afschaffen van CST, handhaven CST beleid, invoeren vaccinatiepas en vaccinatieplicht) en gaan we dieper in op de psychologische mechanismen die het (gebrekkig) draagvlak voor een beleidsoptie verklaren. De volgende vragen staan centraal in dit rapport:

1. Is het draagvlak voor diverse beleidsopties afhankelijk van het aantal vaccinaties iemand tot nog toe kreeg en welk is de rol van het risicobesef?
2. Welke psychologische voor- en nadelen gaan gepaard met diverse beleidsopties en welke beleidsoptie moedigt aan tot vaccinatie?
3. Welke zijn de verschillen tussen een 1G-beleid en verplichte vaccinatie en zetten deze aan tot vaccinatie?
4. Welke factoren remmen ongevaccineerden af om zich te laten vaccineren? Hangen deze samen met de attitude ten opzichte van een prikplicht?
5. Wat is een potentieel verbindend en motiverend alternatief?

Appendix: Methodologische reflecties

Inhoudelijke take-home boodschappen

- Draagvlak beleid: Het draagvlak voor een strikter beleid (1G of vaccinatieplicht) is bij ongevaccineerden en partieel (i.c., 1 of 2 dosissen) gevaccineerden laag, zelfs als ze de risico's op ernstige ziekte als hoog inschatten. Zij verkiezen dat het CST op de schop gaat omdat dit de kortste route is naar een beter welbevinden in hun ogen. Volledig gevaccineerden (i.c., 3 dosissen) met een hoog risicobesef zijn wel voorstander van een strikter beleid.
 - Het draagvlak voor een strikter beleid is globaal gedaald omdat de mildere omicronvariant als minder ziekmakend wordt ingeschat.
 - Als de ingeschatte risico's met de opkomst van een meer ziekmakende variant opnieuw toenemen valt te verwachten dat het draagvlak voor een strikter beleid opnieuw zal toenemen, in het bijzonder bij volledig gevaccineerden.
 - Het lagere risicobesef en de lagere neiging om met een risico rekening te houden bij ongevaccineerde en partieel gevaccineerde personen doet vermoeden dat de bedreiging van een nieuwe variant erg hoog moet zijn om ook bij deze groepen een draagvlak te creëren.
- Polarisatie: De voor- en nadelen van diverse beleidsopties worden erg verschillend ingeschat en weerspiegelen de polarisatie in onze samenleving. Gevaccineerde personen met een hoge risico-inschatting vinden dat een strikter beleid hun autonomie, verbondenheid en een daling in hun gezondheidszorgen ten goede komt. Andere groepen denken dan weer dat hun autonomie en verbondenheid het meeste zal toenemen indien het CST wordt afgeschaft. Wat het beleid ook beslist, het vertrouwen in de politiek zal bij sommige groepen dalen.
- Vaccinatieplicht of 1G-beleid: Verplichte vaccinatie blijkt bij gevaccineerden met een hoog risicobesef op meer bijval te kunnen rekenen dan een vaccinatiepas.
 - De verschillen ten voordele van verplichte vaccinatie bij risicobewuste gevaccineerden zijn klein en subtiel maar psychologisch betekenisvol, waarbij vooral de lange termijn voordelen hoger worden ingeschat (i.c., meer welzijn, sociale cohesie en helderheid; minder zorgen en beperkingen). Ook partieel en ongevaccineerde personen vinden dat verplichte vaccinatie een duidelijkere en transparantere beleidskeuze is dan een 1G-beleid.
 - Terwijl risicobewuste gevaccineerden voordelen zien van een strikter beleid om een betere vaccinatiegraad te bereiken, vinden ongevaccineerden en partieel gevaccineerden dat enkel het afschaffen van het CST hen zou motiveren tot vaccinatie. Het afschaffen van het CST zorgt vermoedelijk voor de nodige fysieke en psychologische ruimte om zelf tot de beslissing te komen om zich te laten vaccineren.

Inhoudelijke take-home boodschappen

- Remmende factoren vaccinatie: Ongevaccineerde personen in 2022 rapporteren minder vrijwillige motivatie en meer obstakels dan ongevaccineerde personen in 2020, voor de aanvang van de vaccinatiecampagne. Ongevaccineerde personen vormen een heterogene groep, waarbij een waaier aan diverse obstakels een rol speelt. Maatwerk is dan ook noodzakelijk als pogingen zouden worden ondernomen om ongevaccineerden tot vaccinatie te motiveren.
- Motiverend en verbindend alternatief: In de huidige gepolariseerde samenleving is een krachtig signaal van toenadering en verbinding noodzakelijk. Daarom is het nuttig om te investeren in één-op-één gesprekken tussen ongevaccineerden en een vertrouwenwekkende gezondheidswerker (bijv. huisarts, apothekers, sociaal werkers). Deze gesprekken mogen niet geïnstrumentaliseerd worden om sluiks de vaccinatiegraad te verhogen, maar dienen een doel op zich: in dialoog gaan met ongevaccineerden over hun obstakels tot vaccinatie en hun goed informeren over hun risico's en de effecten van vaccinatie. Het einddoel is een geïnformeerde beslissing van de ongevaccineerde zelf, mogelijk gemaakt door een zorgzame en autonomieondersteunende gezondheidswerker.

Algemene info

In de laatste meetgolf, tussen 2022-01-21 en 2022-01-26, vulden 17702 deelnemers (11044 Nederlandstaligen, 62%, en 6678 Franstaligen, 38%) de vragenlijst in. De gemiddelde leeftijd is 46 jaren met 46% vrouwelijke deelnemers.

Driemaal gevaccineerd

- N = 7465
- Gemiddelde leeftijd = 49 jaar (40% vrouwelijk, 69% Nederlandstalig, 44% masterniveau)
- Werkstatus: 57% voltijds, 11% deeltijds, 3% werkloos, 4% student en 24% gepensioneerd.
- 25% was eerder al besmet.

Tweemaal gevaccineerd

- N = 3586
- Gemiddelde leeftijd = 44 jaar (45% vrouwelijk, 69% Nederlandstalig, 38% masterniveau)
- Werkstatus: 69% voltijds, 13% deeltijds, 3% werkloos, 8% student en 6% gepensioneerd.
- 50% was eerder al besmet.

Niet of eenmalig gevaccineerd

- N = 6056
- Gemiddelde leeftijd = 46 jaar (53% vrouwelijk, 52% Nederlandstalig, 32% masterniveau)
- Werkstatus: 64% voltijds, 15% deeltijds, 5% werkloos, 3% student en 9% gepensioneerd.
- 51% was eerder al besmet.

Context studie

Om de eerste drie vragen te beantwoorden, werden aan deelnemers vier verschillende beleidsopties voorgelegd. Voor elk van deze opties werd aangegeven dat de basismaatregelen (bv. ventilatie, quarantaine en isolatie, mondkemperplicht,...) wel nog dienden gevolgd te worden.

- In het geval van **het Covid-Safe-Ticket** kan iedereen die over een CST (bewijs van drie dosissen of een negatieve test) beschikt, deelnemen aan het publieke leven (bv. horeca, evenementen).
- In het geval van een **afschaffing van het CST** kan iedereen deelnemen aan het publieke leven (bv. horeca, evenementen) zonder dat een bewijs (vaccinatie, negatieve test, of herstelcertificaat) nodig is.
- In het geval van **vaccinatieverplichting** wordt een algemene vaccinatieplicht (drie dosissen) ingevoerd voor meerderjarigen (uitgezonderd mensen met medische redenen). Burgers hoeven geen CST- of vaccinatiebewijs voor te leggen voor deelname aan het publieke leven (bv. horeca, evenementen). De overheid ziet toe dat een burger zich aan de vaccinatieverplichting houdt.
- In het geval van een **vaccinatiepas (1G-beleid)** kan iedereen die over een geldig vaccinatiebewijs beschikt (drie dosissen) deelnemen aan het publieke leven (bv. horeca, evenementen). Een negatieve test of herstelcertificaat volstaat niet langer.

Voor elk van deze vier beleidsopties gaven deelnemers aan in welke mate ze er voorstander van waren (draagvlak), ze dachten dat hun welbevinden er op zou vooruitgaan (mentale gezondheid) en of de beleidsoptie mensen zou aanzetten tot vaccinatie (gedragseffect). Bovendien werden diverse cruciale, psychologische voor- en nadelen bevraagd, die verband houden met vier thema's:

- Autonomie: In welke mate verwachten ze meer vrijheid en keuze te ervaren? In welke mate denken ze dat de beleidsoptie een eerste stap is naar een leven zonder beperkingen?
- Verbondenheid: In welke mate verwachten ze dat dit beleid een stimulans kan zijn voor sociale cohesie op langere termijn en/of conflict met zich meebrengt?
- Zorgen: In welke mate verwachten ze dat een beleidsoptie hun zorgen rond gezondheid zal doen toenemen?
- Vertrouwen in de politiek: In welke mate vinden ze de beleidskeuze helder, eerlijk en open, en/of in welke mate zal de beleidskeuze leiden tot een daling van het vertrouwen in de politiek en zal dit samenzweringstheorieën in de hand werken?

Vraag 1: Is het draagvlak voor diverse beleidsopties afhankelijk van het aantal vaccinaties en welk is de rol van het risicobesef?

De resultaten wijzen op een complex maar intrigerend samenspel tussen het type beleidsoptie, de vaccinatiestatus van deelnemers en hun inschatting op ernstige ziekte na besmetting (risicobesef). Bij het weergeven van de resultaten worden volwaardig gevaccineerde personen (N = 7465) onderscheiden van personen die twee dosissen kregen (N = 3586; partiële vaccinatie) en personen die geen enkele of slechts één dosis accepteerden (N = 6056)¹. De resultaten blijken erg consistent te zijn voor verschillende soorten uitkomsten.

- Globaal patroon: Vijf van de zes groepen vertonen een analoog patroon van resultaten. Enkel volledig gevaccineerde personen (drie dosissen) die de risico's op ernstige ziekte matig tot hoog inschatten wijken hiervan af. Bij deze groep bestaat vandaag meer draagvlak voor striktere scenario's (1G-beleid, CST, of verplichte vaccinatie) dan voor het afschaffen van het CST (figuur 1a), waarbij ze er vanuit gaan dat striktere scenario's hun algemene welbevinden ten goede komen (figuur 1b). Alle andere groepen zijn voorstander van het afschaffen van het CST en verwachten net een gunstig effect op hun welbevinden als het CST zou worden afgeschaft. Hoewel alle striktere beleidsopties door deze laatste groepen worden afgewezen en een voorkeur blijkt voor het afschaffen van het CST, kunnen er voor specifieke uitkomsten (zie vraag 2 en 3) toch verschillen vastgesteld worden.
- Rol vaccinatiestatus: Erg opvallend is dat het antwoordpatroon van personen die nog geen boostervaccin namen globaal gelijk loopt met dat van ongevaccineerde personen. De inschatting van de voor- en nadelen van de beleidskeuzes is voor beide groepen niet afhankelijk van hun risicobesef. Ongeacht of ongevaccineerden en partieel gevaccineerden een kleine of grote kans zien op ernstige ziekte na besmetting zijn zij voorstander van het afschaffen van het CST en ze schatten de psychologische voor- en nadelen hiervan op eenzelfde manier in. Ongevaccineerden en partieel gevaccineerden reageren ook minder sterk op de waargenomen risico's: zelfs al zien ze een risico, toch vormt het voor hen geen motief om striktere scenario's te verkiezen.
- Verdeling deelnemers: Een belangrijke vraag is welk percentage van de ongevaccineerden, partieel en volwaardig gevaccineerden in de erg lage, lage of matig-hoge risicogroep zitten. Tabel 1 bevat een procentuele verdeling van deze groepen. Zoals te verwachten valt, behoort een procentueel grotere groep van

¹ Procentueel bevat deze steekproef meer ongevaccineerde personen dan in de populatie. Zoals mag blijken uit de methodologische reflecties in appendix wordt hier op diverse manieren mee rekening gehouden.

gevaccineerden tot de matig-hoge risicogroep, terwijl de ongevaccineerde en partieel gevaccineerde groepen procentueel meer personen met een erg lage of eerder lage risicoinschatting bevatten. Hoewel één groep gevaccineerden de risico's op ernstige ziekte vandaag nog als matig tot hoog inschat, is deze risico-inschatting gemiddeld gezien gedaald in vergelijking met begin januari. Figuur 2a geeft de evolutie² weer in risicobesef in functie van het aantal vaccinaties: zowel bij personen met drie als twee vaccinaties is dit gedaald, al is die daling meer uitgesproken bij zij die nog geen boostervaccin hebben aanvaard³. Die verschuiving in risicobesef kan ook de daling in het draagvlak voor een prikplicht verklaren (figuur 2b).

- Legitimiteit: De vraag of er een plaats is voor een vaccinatieplicht of 1G-beleid is afhankelijk van de waargenomen *legitimiteit* ervan. Cruciaal hiertoe is dat een strikter beleid als veiligheidsverhogend in plaats van dwingend wordt ervaren. Het veiligheidsverhogend karakter hangt samen met de te verwachten gezondheidswinst die vaccinatie met zich meebrengt. In dat opzicht hangt de legitimiteit van een strikter beleid samen met (a) de toegevoegde waarde van het nog verder verhogen van de vaccinatiegraad, (b) de waargenomen werkzaamheid van vaccins en (c) de waargenomen kans op ernstige ziekte, die bepaald wordt door het bedreigend karakter van een variant en (d) de waargenomen kans dat het gezondheidszorgsysteem onder druk komt te staan.

Conclusie: Het draagvlak voor een strikter beleid (1G of vaccinatieplicht) is bij ongevaccineerden en partieel gevaccineerden laag, zelfs als ze de risico's op ernstige ziekte als hoog inschatten. Zij verkiezen dat het CST op de schop gaat omdat dit de kortste route is naar een beter welbevinden in hun ogen. Gevaccineerden met een hoog risicobesef zijn wel voorstander van een strikter beleid. Het draagvlak voor een strikter beleid is globaal gedaald omdat de mildere omicronvariant als minder ziekmakend wordt ingeschat. Als de ingeschatte risico's met de opkomst van een nieuwe, meer ziekmakende variant opnieuw toenemen valt te verwachten dat het draagvlak voor een strikter beleid opnieuw zal toenemen, in het bijzonder bij volledig gevaccineerden. Het lagere risicobesef en de lagere neiging om met een risico rekening te houden bij ongevaccineerde en partieel gevaccineerde personen doet echter vermoeden dat de bedreiging van een nieuwe variant erg hoog moet zijn om ook bij deze groepen draagvlak te genereren. In het algemeen is het cruciaal om gevaccineerde personen niet langer als een homogene groep te behandelen omdat partieel gevaccineerden een ander antwoordpatroon laten zien dan volledig gevaccineerde personen.

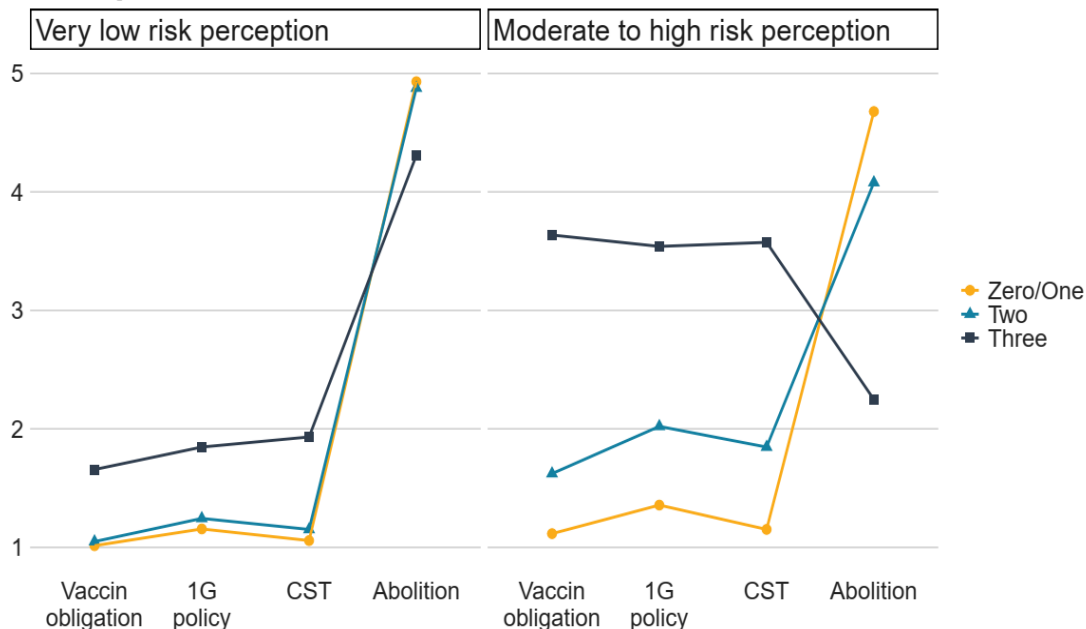
² Merk op dat dit niet gaat over eenzelfde groep mensen die gevolgd werd over tijd. Verschillen over tijd weerspiegelen mogelijks dus niet alleen intra-individuele verschillen, maar ook verschillen in de samenstelling van de steekproef (zie ook appendix voor methodologische consideraties).

³ Bij het nagaan van verschillen tussen diverse groepen van gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen werd uitgezuiverd voor de rol van andere relevante socio-demografische karakteristieken, zoals leeftijd, geslacht, en opleidingsniveau (zie ook appendix voor methodologische consideraties).

Figuur 1a.

Draagvlak voor diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus

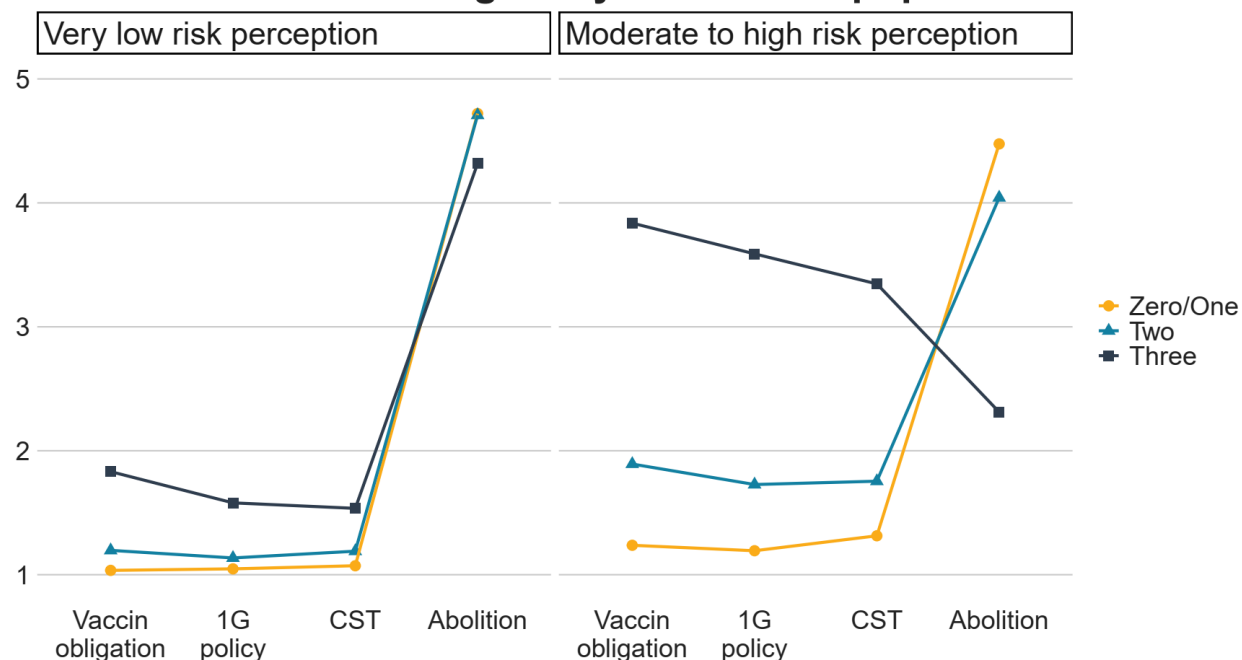
Acceptance



Figuur 1b.

Ingeschatte effect op welbevinden van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus

Good for the well-being of myself and the population

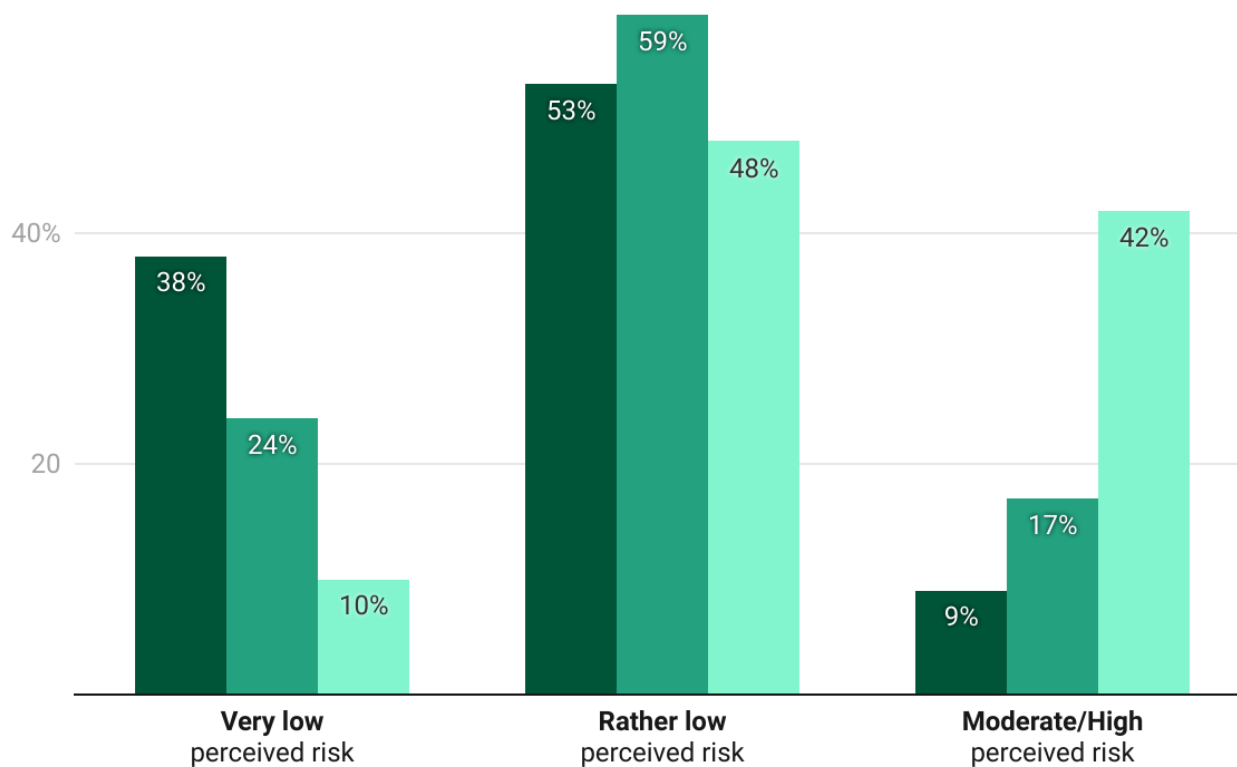


Tabel 1

Ingeschatte risico's op ernstige ziekte in functie van aantal vaccinaties

Proportion of people in categories of risk perception by number of vaccination doses

Zero/One  Two  Three 



Figuur 2.

Evoluties in risicoperceptie met 'kans op besmetting' (boven) en 'ingeschatte ernst besmetting' (onder) voor zichzelf en voor de populatie in functie van het aantal vaccinaties.

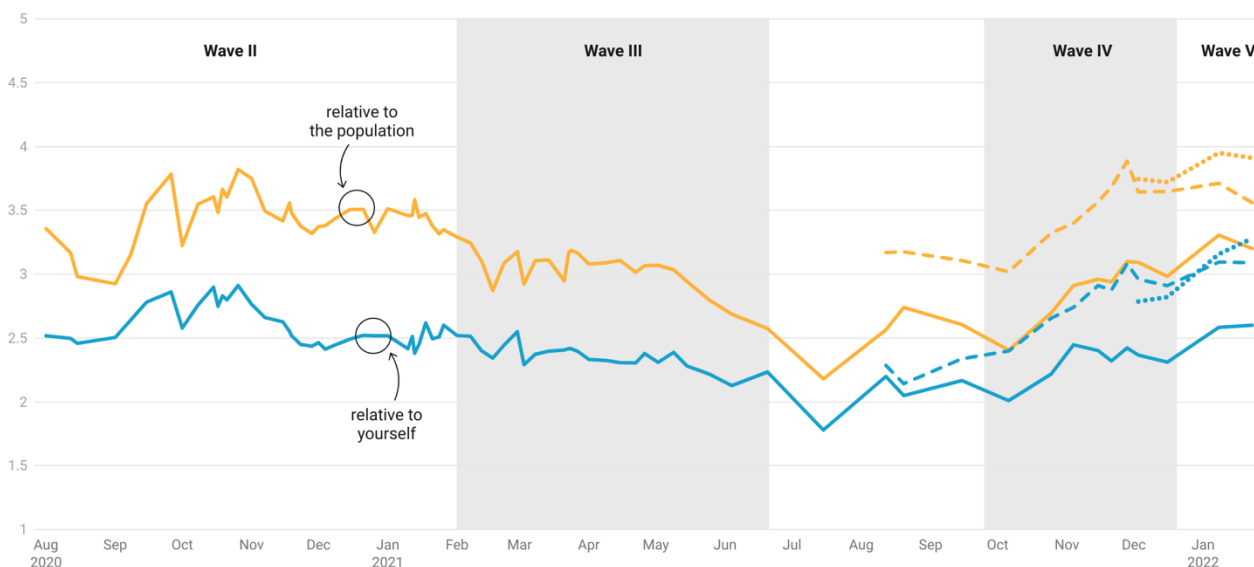
Evolution of risk perception to be infected with COVID-19

Linetypes:

— = zero/one dose

- - - = two doses

..... = three doses



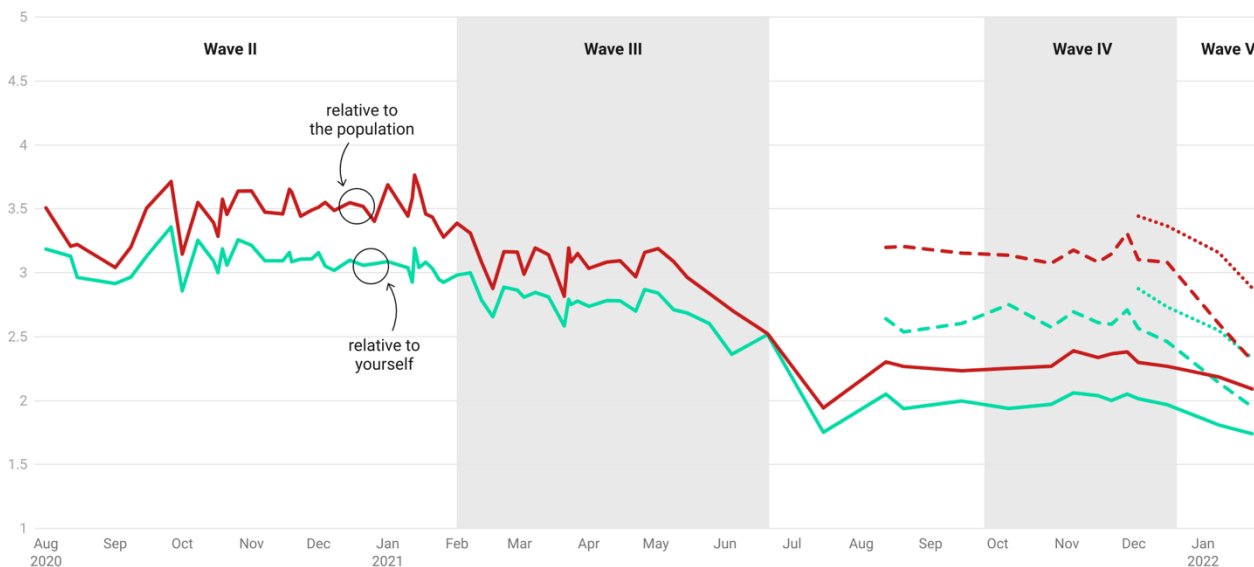
Evolution of risk perception to have severe symptoms of COVID-19

Linetypes:

— = zero/one dose

- - - = two doses

..... = three doses



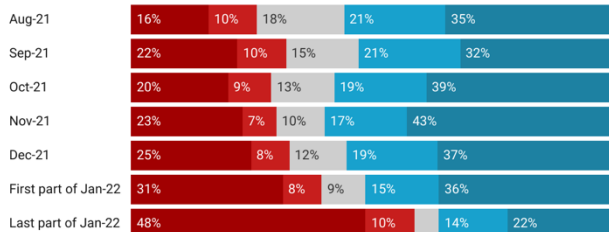
Figuur 3

Evolutie in draagvlak voor verplichte vaccinatie en 1G-beleid in functie van vaccinatiestatus

Compulsory vaccination by vaccination status

Totally disagree Disagree Neutral Agree Totally agree

VACCINATED



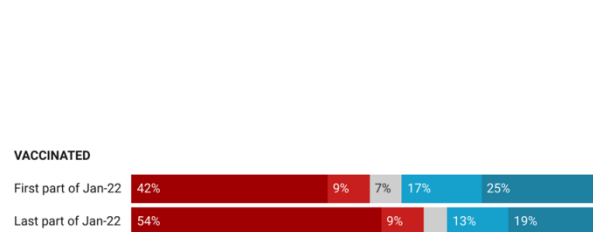
UNVACCINATED



Acceptance of 1G policy by vaccination status

Totally disagree Disagree Neutral Agree Totally agree

VACCINATED



UNVACCINATED



Vraag 2: Welke psychologische voor- en nadelen gaan gepaard met verschillende beleidskeuzes en welke beleidsoptie moedigt aan tot vaccinatie?

Om beter te begrijpen waarom enkel gevaccineerden met een hoog risicobesef voorstander zijn voor striktere beleidsopties en een hoger welbevinden anticiperen, terwijl ongevaccineerden en partieel gevaccineerden de afschaffing van het CST verkiezen, gaan we dieper in op de verwachte effecten van verschillende beleidskeuzes op diverse cruciale psychologisch parameters.

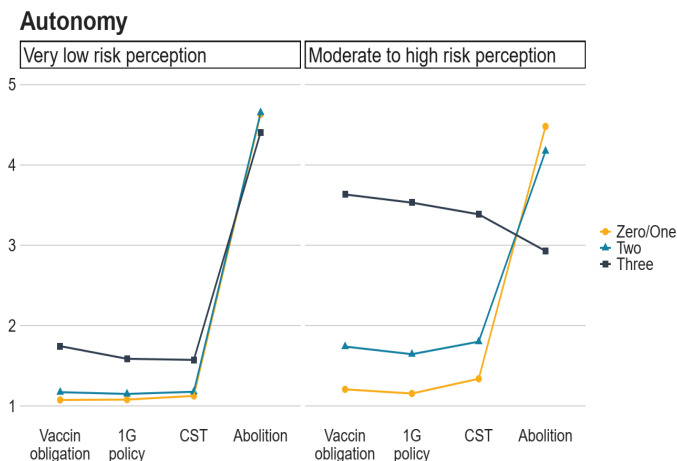
- Autonomie, verbondenheid, en zorgen: Het welbevinden is afhankelijk van de mate waarin burgers keuze en vrijheid ervaren (autonomie), een goede relatie voelen met andere personen en groepen (verbondenheid) en niet bezorgd hoeven te zijn over hun eigen gezondheid en die van naasten (zorgen). Ongevaccineerden, partieel gevaccineerden en volwaardig gevaccineerde personen met een lage risico-inschatting verwachten dat het afschaffen van het CST het meest gunstige effect heeft op hun autonomie (figuur 4a), een belangrijke stap vormt naar een leven zonder beperkingen (figuur 4b), het minste spanningen met zich mee zal brengen (figuur 4c) en de cohesie tussen groepen zal versterken (figuur 4d). Ze anticiperen ook de minste zorgen rond hun gezondheid bij het afschaffen van het CST, terwijl ze - in het

bijzonder ongevaccineerde personen - vooral zorgen verwachten te hebben als vaccinatie wordt verplicht (figuur 4e). Het patroon van resultaten voor gevaccineerde personen met hoge risico-inschatting vertoont het spiegelbeeld: ze zien verplichte vaccinatie als een eerste stap naar een leven zonder beperkingen, verwachten dat verplichte vaccinatie bijdraagt tot hun autonomie en sociale cohesie, en dat het hun zorgen om hun gezondheid zal verminderen. Het CST vandaag afschaffen, daarentegen, zou hun zorgen doen toenemen.

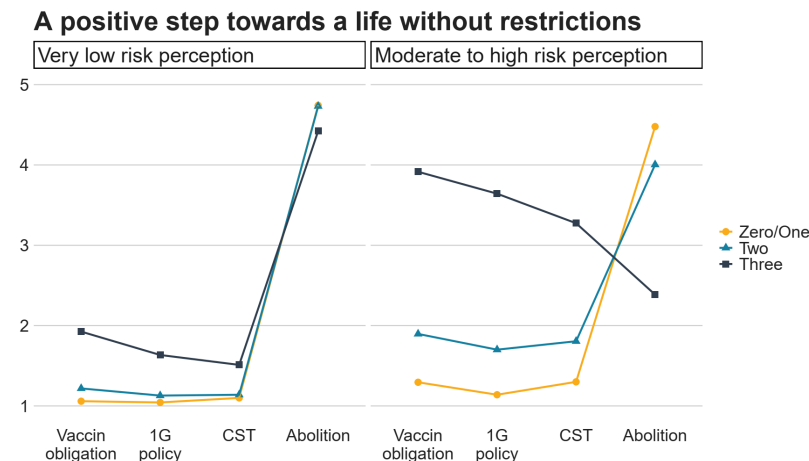
- Vertrouwen in de politiek: Gevaccineerde personen met een hoog risicobesef zouden hun vertrouwen in de politiek (figuur 4f) verliezen als het CST wordt afgeschaft en vinden de keuze voor striktere beleidsopties zowel helderder (figuur 4g) als eerlijker (figuur 4h). Alle andere groepen zouden dan weer net hun vertrouwen verliezen indien de regering het CST beleid handhaaft of een strikter beleid gaat voeren. De afschaffing van het CST vinden ze de meest heldere en duidelijke beleidskeuze. Zo'n strikter beleid zou de idee bij hen versterken dat het vaccinatiebeleid de farmaindustrie dient (figuur 3i), een idee dat nog sterker aanwezig is bij ongevaccineerde personen.

Conclusie: Deze resultaten zijn een directe weerspiegeling van onze gepolariseerde samenleving, waarbij verschillende groepen de huidige situatie en de verschillende beleidsopties als erg verschillend inschatten. Gevaccineerde personen met een hoge risico-inschatting zien zowel voordelen op het vlak van autonomie, verbondenheid als gezondheidszorgen als er een strikter beleid wordt gevoerd. Vermoedelijk hebben zorgen omtrent de gezondheid bij deze groep een sterkere impact op hun welbevinden. Andere factoren, zoals autonomie en verbondenheid, spelen dan weer een sterkere rol bij de andere groepen, die de tijd rijp achten voor de afschaffing van het CST. Het beleid staat opnieuw voor een aartsmoeilijke keuze: wat er ook wordt beslist, het vertrouwen in de politiek zal er bij sommige groepen bij inschieten.

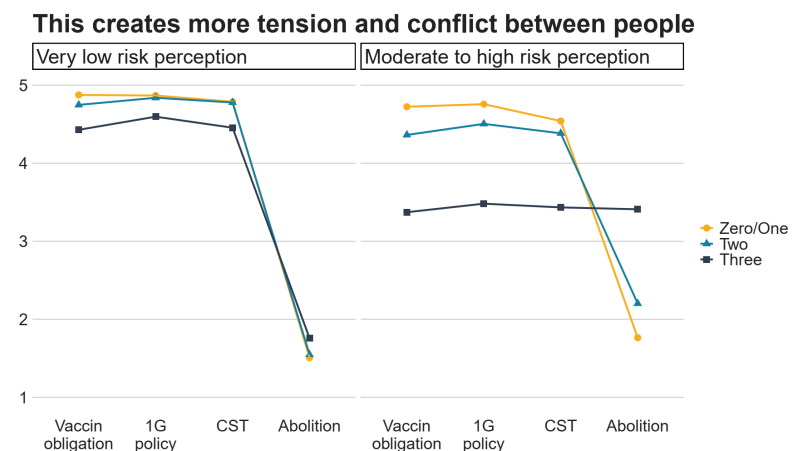
Figuur 4a. Ingeschatte effect op autonomie van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



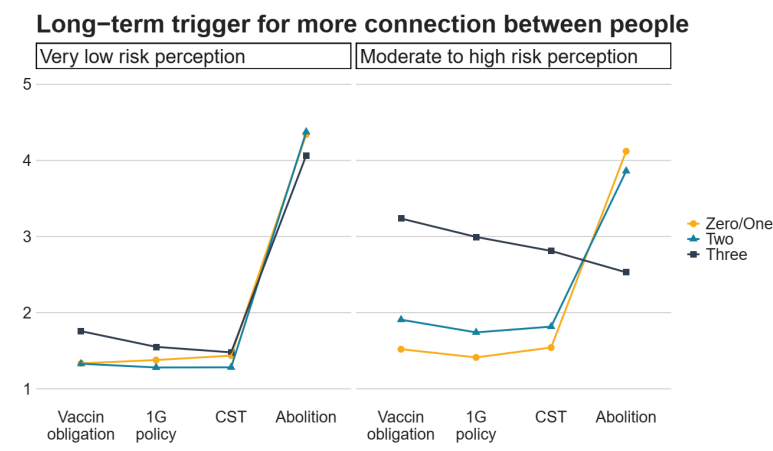
Figuur 4b. Ingeschatte effect op ervaren vrijheid na invoering van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



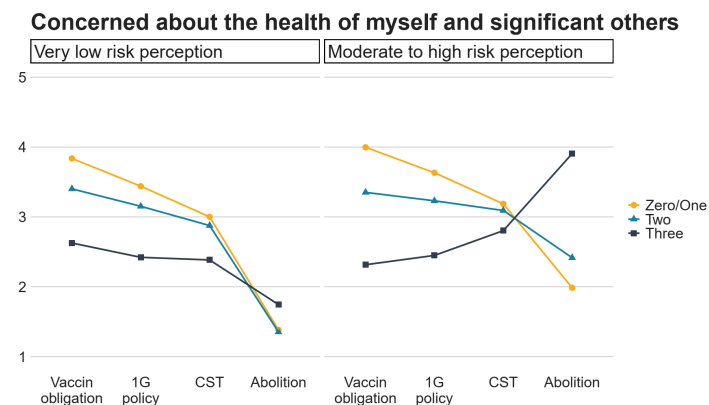
Figuur 4c. Ingeschatte effect op spanningen en conflict van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



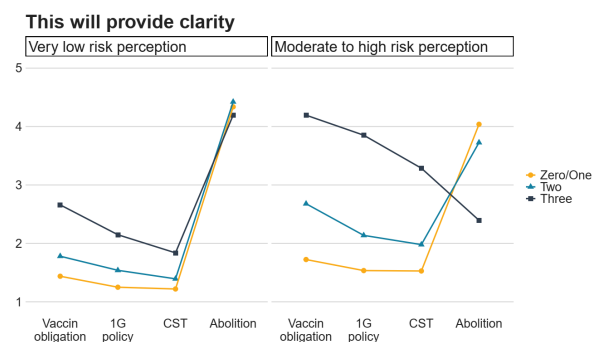
Figuur 4d. Ingeschatte effect op sociale cohesie van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



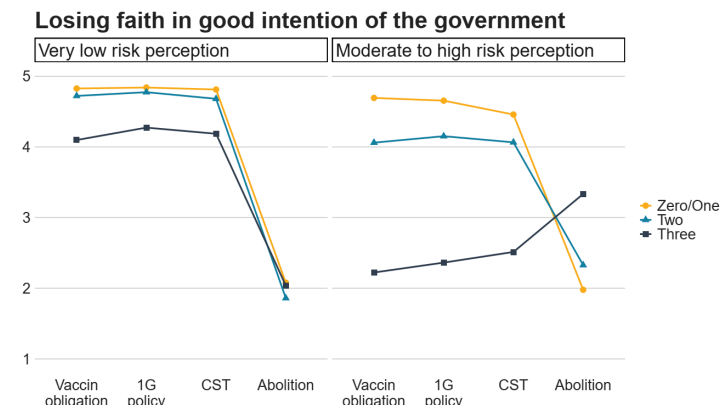
Figuur 4e. Ingeschatte effect op bezorgdheid voor gezondheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



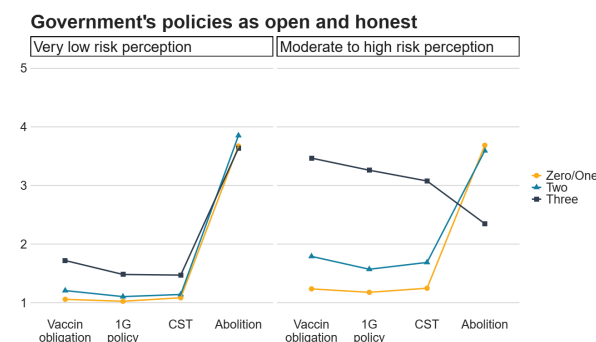
Figuur 4g. Ingeschatte effect op helderheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



Figuur 4f. Ingeschatte effect op vertrouwen in de overheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.

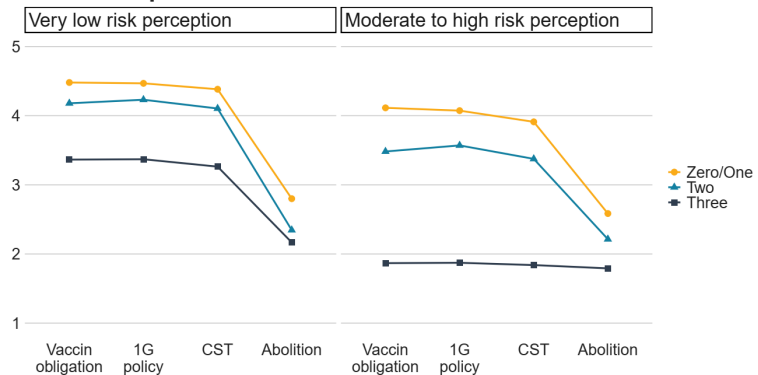


Figuur 4h. Ingeschatte effect op eerlijkheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



Figuur 4i. Ingeschatte effect op het imago van de privébedrijven van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.

Vaccination campaign's goal is to make private companies rich and more powerful



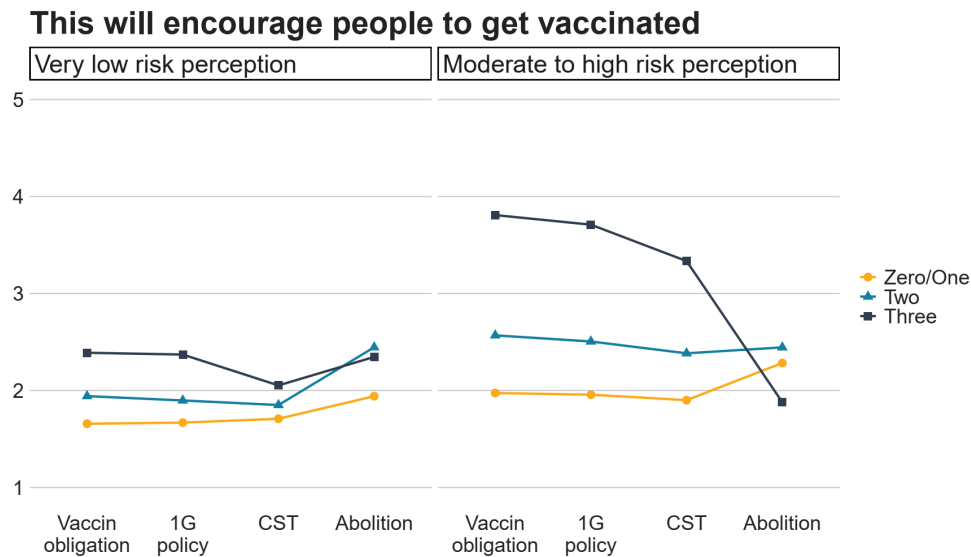
Vraag 3: Welke zijn de verschillen tussen een 1G-beleid en verplichte vaccinatie en zetten sommige verschillen aan tot vaccinatie?

- Vaccinatiepas vs. prikplicht: Een meer gedetailleerde analyse van de resultaten voor een vaccinatiepas- en vaccinatieplichtbeleid geeft aan dat er psychologisch betekenisvolle, maar statisch relatief kleine verschillen zijn tussen beide opties, althans bij de groep gevaccineerden met hoog risicobesef. In het geval van een prikplicht, in vergelijking met een 1G-beleid, (a) verwacht deze groep een beter welzijn, (b) ziet ze verplichte vaccinatie als een meer cruciale stap naar een leven zonder beperkingen, (c) anticipeert op langere termijn meer sociale cohesie en (d) verwacht ze minder bezorgdheid over gezondheid en vindt ze dit beleid (e) zowel eerlijker als duidelijker. Alle groepen geven aan dat een prikplicht het voordeel heeft van de duidelijkheid ten opzichte van een vaccinatiepas.
- Vaccinatie-intentie: De vraag welke beleidsoptie mensen zou aanzetten tot vaccinatie wordt ook erg verschillend ingeschat (figuur 4). In het algemeen wordt de kans hiertoe als laag ingeschat, behalve door gevaccineerden met een matig tot hoog risicobesef die er vanuit gaan dat een strikter beleid zal aanzetten tot vaccinatie. Opvallend is dat ongevaccineerden en partieel gevaccineerden een grotere bereidheid hebben tot vaccinatie als het CST wordt afgeschaft. Onder die omstandigheden ervaren ze meer volwaardige vrijheid om zich al dan niet te laten vaccineren, terwijl het CST, een vaccinatiepas of vaccinatieplicht hen hiertoe verleidt of zelfs dwingt.

Conclusie: Verplichte vaccinatie blijkt bij gevaccineerden met een hoog risicobesef op meer bijval te kunnen rekenen dan een vaccinatiepas. De verschillen zijn klein en subtiel maar psychologisch betekenisvol, waarbij vooral de langetermijnvoordelen hoger worden ingeschat (i.c., meer welzijn, sociale cohesie, minder zorgen, minder beperkingen). Terwijl risicobewuste gevaccineerden voordelen zien van een strikter beleid om een betere vaccinatiegraad te bereiken, zien ongevaccineerden en partieel gevaccineerden dit helemaal anders. Noch een vaccinatieplicht, noch een vaccinatiepas, maar wel het afschaffen van het CST zou hen motiveren tot vaccinatie. Het afschaffen van het CST zorgt vermoedelijk voor de nodige fysieke en psychologische ruimte om zelf tot de beslissing te komen om zich te laten vaccineren.

Figuur 5.

Ingeschatte effect op vaccinatiebereidheid van diverse beleidskeuzes in functie van risico-inschatting en vaccinatiestatus.



Vraag 4: Welke factoren remmen ongevaccineerden af om zich te laten vaccineren? Hangen deze samen met de attitude ten opzichte van een prikplicht?

Context studie

Ongevaccineerde personen werd gevraagd waarom ze alsnog bereid zouden zijn om zich te laten vaccineren en wat hen afremt om dit te doen. Diverse motivationele aspecten werden hierbij bevestigd:

Motivatie

- **Vrijwillige of autonome motivatie:** geeft aan in hoeverre iemand volledig overtuigd is van de meerwaarde en noodzaak van vaccinatie, bijvoorbeeld omdat het bescherming biedt voor zichzelf, voor zijn/haar naasten, of voor de bevolking.
- **'Moet'-ivatie:** geeft aan in hoeverre men zich verplicht voelt om zich te laten vaccineren, bijvoorbeeld omdat anderen dat van ons verlangen of om kritiek te vermijden.
- **Stigma:** geeft aan in hoeverre men vindt dat een Covid-besmetting en ernstige ziekte gepaard gaat met een negatief, stigmatiserend beeld dat men wenst te vermijden.

Obstakels

- **Wantrouwen** drukt de mate uit waarin mensen de doeltreffendheid van het vaccin of de persoon die de vaccinatie aanbeveelt, wantrouwen.
- **Moeilijkheid (inspanning)** geeft aan hoeveel inspanning of moeite het kost om zich te laten vaccineren.
- **Weerstand (oppositie)** drukt de mate van verzet uit tegen de autoriteiten, die worden gezien als een bron van inmenging in de individuele vrijheid. Dit wantrouwen is gebaseerd op het idee dat de maatregelen die zij nemen buitensporig zijn.
- **Spijt** geeft weer in welke mate men de beslissing tot vaccinatie zou betreuren indien men aan nevenwerkingen blijkt te lijden.
- **Externe druk** geeft weer in welke mate men druk (bijv. kritiek, veroordeling, verbod) ervaart uit de omgeving om zich niet te vaccineren.

Ongevaccineerden vormen een heterogene groep: de obstakels om zich te laten vaccineren kunnen erg divers zijn. Om een vollediger beeld te krijgen van de diverse redenen waarom ongevaccineerden zich vandaag niet laten vaccineren, werden deze uitgebreid bevestigd. De gemiddelde resultaten worden vergeleken met een grote steekproef van ongevaccineerden personen, die werd verzameld in december 2020 (zie [rapport 18](#)). Op dat ogenblik was de vaccinatiecampagne nog niet opgestart. Figuur 6 geeft aan dat er sterke, gemiddelde verschillen zijn. Ongevaccineerden vandaag scoren lager op vrijwillige motivatie, ervaren meer druk om zich te laten vaccineren, rapporteren meer wantrouwen en gaan meer in opstandig verzet tegen de aanbeveling tot vaccinatie. Ongevaccineerden vinden niet dat zich laten vaccineren een grote inspanning vergt. Het stigma dat met een coronabesmetting en -ziekte gepaard gaat speelt slechts een minimale rol in hun beslissing om zich alsnog te vaccineren. De meeste verklaren ook weinig druk te ervaren van hun omgeving om zich niet te laten vaccineren. Van groter belang zijn geanticiperde gevoelens van spijt wanneer na hun beslissing om zich te laten vaccineren zou blijken dat men ernstige nevenwerkingen zou ervaren. Dit vormt een sterk obstakel tot vaccinatie.

Welke motieven en obstakels primeren hangt samen met de bevestigde doelgroep. Deze is noodzakelijk selectief, waarbij bijvoorbeeld minder goed geïnformeerde personen minder deelnemen aan de bevestiging (zie in appendix voor methodologische overwegingen). Geslacht vertoont een vrij systematisch effect: vrouwen rapporteren minder vrijwillige motivatie, meer wantrouwen en meer spijt dan mannen. Hoger opgeleide personen scoren ook iets hoger op vrijwillige motivatie, iets lager op opstandig verzet en ervaren vaccinatie minder als een inspanning in vergelijking met lager opgeleide personen.

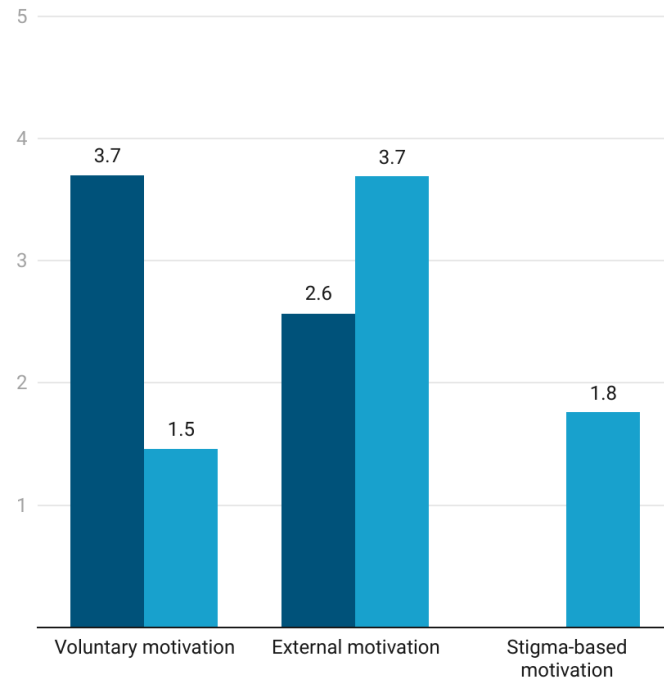
Conclusie: Ongevaccineerde personen in 2022 rapporteren minder vrijwillige motivatie en meer obstakels dan ongevaccineerde personen in 2020, voor de aanvang van de vaccinatiecampagne. Ongevaccineerde personen vormen een heterogene groep, waarbij een waaier aan diverse obstakels een rol speelt. Maatwerk is dan ook noodzakelijk als pogingen zouden worden ondernomen om ongevaccineerden tot vaccinatie te motiveren.

Figuur 6

Gemiddeld voorkomen diverse types (gebrekkige) motivatie in december 2020 en januari 2022

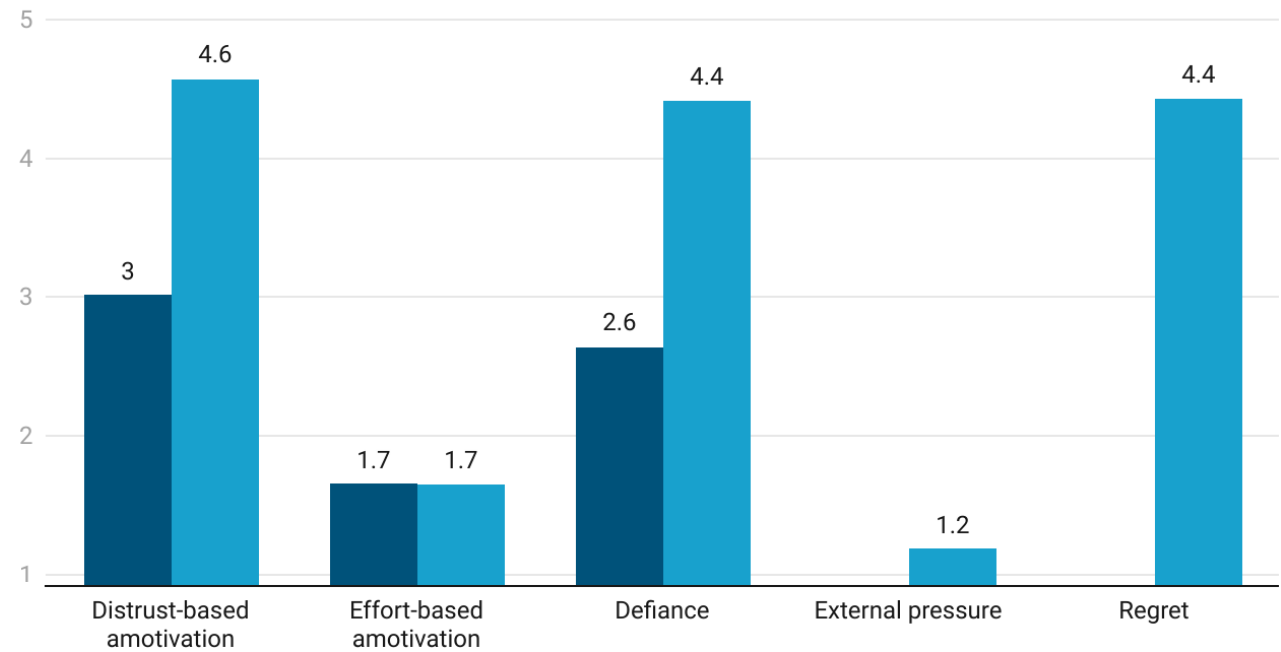
Types of motivation to get vaccinated

■ Dec 20 ■ Jan 22



Types of amotivation to get vaccinated

■ Dec 20 ■ Jan 22



Vraag 5: Wat is nog een motiverend en verbindend alternatief?

Ongevaccineerde personen voelen zich bedreigd in hun autonomie en voelen zich uitgesloten van andere groepen (zie [rapport 39](#)). Belangrijke aspecten van hun welbevinden staan dus onder druk. Tegelijkertijd rapporteren ze gemiddeld minder risicobesef (figuur 2) en zijn ze minder geneigd om zich te laten vaccineren indien ze risicobesef hebben in vergelijking met gevaccineerde personen. Ook zijn ze sterk gekant tegen een 1G-beleid of verplichte vaccinatie, waardoor hun autonomie en verbondenheid nog verder in het gedrang komt en er veel kans ontstaat dat ze hun hakken in het zand zetten. Tegelijkertijd leeft bij gevaccineerden de bezorgdheid hoe de situatie zal evolueren indien de gezondheidszorg bij een nieuwe, bedreigende variant opnieuw onder druk komt te staan en niet-covid zorg wordt uitgesteld. Tegen deze achtergrond rijst de vraag welk alternatief zowel motiverend als verbindend kan zijn? We doen hierbij een voorstel.

- Wat? Uitnodiging van elke ongevaccineerde tot een verplicht gesprek met een gezondheidswerker; uit voorgaande bevestigingen (zie [rapport 31](#)) blijkt dat ongevaccineerde personen graag een één-op-één gesprek hebben met een gezondheidswerker (55%) of hun huisarts (53%) en dat ze graag een specifiek antwoord krijgen op hun zorgen en vragen (58%).
- Doelstelling? De ongevaccineerde personen ondersteunen bij het nemen van een **geïnformeerde beslissing**. Om dit doel te bereiken is het cruciaal dat gezondheidswerkers de volgende doelstellingen nastreven:

Gewenste werkwijze	Ongewenste werkwijze
Verbinden = begrijpen obstakels vanuit nieuwsgierige grondhouding	Culpabiliseren en uitsluiten vanuit een beoordelende houding
Informeren = risico's uitleggen en effecten vaccinatie toelichten	Verleiden, dwingen
Helpen = beantwoorden vragen en zorgen	Overtuigen of bekeren

- Signaal? Door te investeren in dergelijke één-op-één gesprekken zendt de samenleving een krachtig signaal uit van zorgzaamheid en verbinding naar ongevaccineerden. Ongevaccineerden worden ook in hun autonomie ondersteund, maar tegelijkertijd wordt de nodige houvast gegeven zodat ze een weloverwogen beslissing nemen. Dit moet het vertrouwen versterken naar gevaccineerden dat de overheid ook om hen bekommerd is en niet lichtzinnig omgaat met de beslissing om zich niet te laten vaccineren.
- Gespreksstijl? Om dit doel te bereiken is een autonomieondersteunende gespreksstijl cruciaal. Het ondersteunen van de autonomie van een ongevaccineerde komt niet neer op het manipuleren van de persoon om een doel te bereiken die de gezondheidswerker prioritair acht (i.c., vaccinatie), maar het ondersteunen van het beslissingsproces waarbij ongevaccineerden een goed beeld krijgen van (a) hun risico's en (b) de voor- en nadelen van vaccinatie (zie

Vansteenkiste et al., 2012). Cruciaal bij dit alles is een procesgerichte in plaats van een uitkomstgerichte en instrumentele benadering. Concreet betekent dit dat het succes van deze beleidskeuze niet mag bepaald worden op basis van het aantal personen die zich alsnog laat vaccineren. Deze gesprekken zijn waardevol op zich omdat ze het wederzijds begrip en helderheid beogen op een ogenblik dat de samenleving sterk is gepolariseerd. Indien gewenst kan de ongevaccineerde persoon een tweede maal op gesprek komen als een nieuwe variant zou opduiken, die tot een herziening van de beslissing kan leiden. Een gezondheidswerker vraagt het mandaat tot zo'n tweede gesprek zodat het ritme van de ongevaccineerde wordt gevolgd.

- Valkuilen? Deze beleidskeuze dient verder verfijnd te worden, aangezien er diverse obstakels kunnen voorkomen.
 - Kadering: Als deze beleidskeuze wordt genomen, is het cruciaal dat goed gecommuniceerd wordt over het doel van deze gesprekken. De verplichting tot gesprek kan op zich complotdenken aanwakken.
 - Training: Omdat gezondheidswerkers deze gesprekken op een meer resultaatgerichte manier dreigen in te vullen, dienen ze goed getraind te worden in de door ons voorgestelde benadering. Anders dreigt het gesprek te verzanden in een strijd, die mensen verder uit elkaar drijft.

In het algemeen bepleiten we de verdere studie van de cruciale contextuele voorwaarden, waaronder deze beleidskeuze kans op slagen heeft. In toekomstige bevragingen kunnen diverse motivationele en psychologische aspecten hieromtrent diepgaander worden bestudeerd.

Conclusie: In de huidige gepolariseerde samenleving is een krachtig signaal van toenadering en verbinding noodzakelijk. Daarom is het nuttig om te investeren in één-op-één gesprekken tussen ongevaccineerden en een vertrouwensvolle gezondheidswerker (bijv. huisarts). Deze gesprekken mogen niet geïnstrumentaliseerd worden om de vaccinatiegraad te verhogen, maar dienen een doel op zich: in dialoog gaan met ongevaccineerden over hun obstakels tot vaccinatie en hun goed informeren over hun risico's en de voor- en nadelen van vaccinatie. Het einddoel is een geïnformeerde beslissing van de ongevaccineerde, mogelijk gemaakt door een zorgzame en autonomieondersteunende gezondheidsmedewerker.

Appendix: Methodologische kanttekeningen bij de Motivatiebarometer

Binnen de Motivatiebarometer worden in functie van de evolutie van de pandemie op geregelde tijdstippen meetgolven uitgezet. Ook al zijn er voor elke meetgolf vele duizenden respondenten uit Nederlandstalig en Franstalig België, toch zijn de resultaten niet representatief voor de gehele bevolking. De belangrijkste reden hiervoor is dat deelname berust op een beslissing van de respondent zelf. Hierdoor treedt *zelfselectie* op. Dit betekent dat bepaalde antwoordpatronen relatief meer kunnen voorkomen omdat mensen met bepaalde kenmerken aan de bevraging deelnemen. Deze zelfselectie kan gedreven zijn door situationele, psychologische of sociodemografische elementen. Respondenten zijn bijvoorbeeld mensen met een computer, tablet of smartphone en internetverbinding, met interesse voor (aspecten van) het COVID-19 beleid, met motivatie om de lijst in te vullen, met een bepaalde overtuiging voor of tegen bepaalde maatregelen, met een begrip voor de opgestelde vragen, etc. Dergelijke zelfselectie zich ook voordoen als representatieve steekproeven worden gesampled via een panelstudie daar ook psychologische of situationele factoren de instroom van deelnemers kunnen beïnvloeden. Deze zelfselectie kan enerzijds tot op zekere hoogte gecorrigeerd worden via statistische methoden, maar legt anderzijds ook beperkingen op aan wat we uit dit survey-onderzoek kunnen concluderen. We bespreken hier beide aspecten.

Correctiemogelijkheden

Verspreiding

Om zelfselectie zo veel mogelijk tegen te gaan, is het belangrijk dat mensen uit alle lagen van de bevolking met de uitnodiging tot deelname in contact komen en hierop ingaan. Om deze reden worden de uitnodigingen langs zo veel mogelijk kanalen verspreid, zoals nieuwswebsites, een brede reeks kranten, en internetkanalen zoals Facebook en Twitter. Helaas zullen mensen die geen “mainstream” nieuwskanalen volgen en/of geen sociale media volgen niet bereikt worden. Omdat dezelfde verspreidingskanalen doorheen het gehele onderzoek worden gehanteerd, blijft de sociodemografische samenstelling globaal stabiel over de meetgolven heen.

Weging

Het niet-representatieve karakter van de respondenten uit zich onder andere in hun sociodemografische kenmerken zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, en landsregio. Aangezien de sociodemografische samenstelling van de hele Belgische populatie goed gekend is (stabel.fgov.be), kunnen de antwoorden van bepaalde types respondenten meer of minder gewicht gegeven worden in de analyses om op die wijze de ware sociodemografische kenmerken van de populatie te benaderen. Dergelijke wegingsprocedures worden gehanteerd binnen de Motivatiebarometer. Dergelijke weging corrigeert echter niet voor mogelijk relevante variabelen waarvan de verdeling minder goed gekend is over de verschillende geledingen van de populatie (bijv. percentage ouders met jonge, schoolgaande kinderen, vaccinatiestatus van de respondenten, etc.) of voor het feit

dat psychologische kenmerken de zelfselectie drijven (bijv. motivatie of ergernis van deelnemers).

Conclusies

Omdat correctiemogelijkheden voor zelfselectiebias beperkt zijn, is het van belang goed af te lijnen welk soort conclusies met meer of minder zekerheid kunnen getrokken worden.

Relatief zekere conclusies

Uitspraken over de structurele verbanden tussen gemeten psychologische variabelen (bijv. communicatiestijl, gedrag, motivatie, vaccinatie, welbevinden, en vertrouwen in het beleid) of tussen sociodemografische en psychologische variabelen (bijv. leeftijd en motivatie) zijn minder beïnvloed door het niet-representatieve karakter van de data. Dit betreft:

- Toetsing van de interne coherentie (i.c., betrouwbaarheid) en validiteit (bijv. interne en constructvaliditeit) van constructen;
- Cross-sectionele (dynamische) relaties tussen variabelen;
- Longitudinale verbanden bij dezelfde mensen;
- Relatieve verschillen tussen gemeten uitkomsten in experimentele designs;

Het onderzoeken van deze structurele verbanden tussen verschillende variabelen laat ons toe om hypothesen te toetsen die afgeleid zijn uit sterk gevalideerde theoretische denkkaders. Op basis daarvan kunnen we een betekenisvol *psychologisch narratief* ontwikkelen (bv. over de rol van risicoperceptie voor de motivatie, over verandering in draagvlak voor bepaalde maatregelen, etc.) dat duiding en houvast biedt aan de bevolking en het beleid en dat omwille van de empirische basis anekdotische indrukken overstijgt.

Conclusies die voorzichtigheid vereisen

Het niet-representatieve karakter van de steekproeven bemoeilijkt het doen van betrouwbare uitspraken over

- De (absolute) mate waarin bepaalde kenmerken in de populatie als geheel aanwezig zijn (bijv. percentage draagvlak voor verplichte vaccinatie; het percentage deelnemers dat positief staat t.a.v. de coronapas (CST), etc.).
- De relatieve mate waarin bepaalde kenmerken (bijv. vertrouwen in de politiek, welbevinden) bij subpopulaties aanwezig zijn (bijv. gevaccineerden vs. ongevaccineerden; jongere vs. oudere deelnemers).

Op die manier kunnen bepaalde cijfers over- of onderschattingen inhouden van wat er zich in de werkelijkheid afspeelt. Bij het doen van dergelijke uitspraken leggen we hierom de nodige voorzichtigheid aan de dag door:

- De aandacht te vestigen op de *evoluties* doorheen de tijd in de gemeten kenmerken (bijv. daling/stijging in motivatie) veeleer dan op het procentueel voorkomen van deze kenmerken op zich.
- De resultaten in functie van relevante kenmerken die niet in de weging worden meegenomen (bijv. vaccinatiestatus) *apart te presenteren*. Hierbij wordt de aandacht gevestigd op het verschil en de effectgrootte van dit verschil veeleer dan op het differentieel voorkomen van bepaalde kenmerken.
- In onze communicatie over de resultaten in de media de psychologische duiding zoveel mogelijk in de verf te zetten (bijv. een daling van motivatie is toe te schrijven aan een daling in risicobesef).

CONTACT INFORMATIE

- **Hoofdonderzoeker:**
Prof. Dr. Maarten Vansteenkiste (Maarten.Vansteenkiste@ugent.be)
- **Mede-onderzoekers:**
Prof. Dr. Omer Van den Bergh (Omer.Vandenbergh@kuleuven.be)
Prof. Dr. Olivier Klein (Olivier.Klein@ulb.be)
Prof. Dr. Olivier Luminet (Olivier.Luminet@uclouvain.be)
Prof. Dr. Vincent Yzerbyt (Vincent.Yzerbyt@uclouvain.be)
- **Ontwikkeling en verspreiding van de vragenlijst:**
Drs. Sofie Morbee (Sofie.Morbee@ugent.be)
Drs. Pascaline Van Oost (Pascaline.Vanoost@uclouvain.be)
- **Gegevens en analyse:**
Drs. Joachim Waterschoot (Joachim.Waterschoot@ugent.be)
Dr. Mathias Schmitz (Mathias.Schmitz@uclouvain.be)

www.motivationbarometer.com

