

Religie en de verspreiding van COVID-19 in Nederland

Het begin van de tweede golf (6 juli – 2 november)

Paul Vermeer & Joris Kregting*

Summary

In this article, we explore the connection between religion and COVID-19 in the Netherlands or, more precisely, how the number of Muslims and Christians relates to the number of hospitalized patients with COVID-19 per municipality at the beginning of the second COVID-19 wave (6 July-2 November). Our expectation was that there is a positive relationship between the relative number of Muslims living in a municipality and the relative number of hospitalized COVID-19 patients in that same municipality. This expectation was based on the notion that a substantial part of Dutch Muslims stand at a relative distance to society and display less confidence in politics and the government, which may result in less compliance with government measures to combat COVID-19. Christians, on the other hand, have an above-average confidence in all kinds of societal institutions such as the government. As a result, we expected a negative relationship between the relative number of Christians and the relative number of hospitalized patients in a municipality. Based on data from the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) regarding the number of hospitalized patients with COVID-19 and data from Statistics Netherlands (CBS) regarding religious affiliation, and also considering intermediate factors such as age, overweight, educational level and population density, we demonstrate that at the beginning of the second COVID-19 wave, there indeed is a positive relationship between the number of Muslims and the number of hospitalized patients per municipality. However, we did not find a positive, nor a negative, relationship between the number of Christians and the number of hospitalized patients.

* Paul Vermeer en Joris Kregting zijn religiewetenschappers van de Faculteit der Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Inleiding

Nadat in Nederland op 27 februari 2020 de eerste besmetting met het COVID-19 virus was vastgesteld, nam in de dagen daarna het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames in sneltreinvaart toe. In een poging overbelasting van de gezondheidszorg te voorkomen, kondigde de regering op 15 maart een zogenaamde ‘intelligente lockdown’ af en kwam het openbare leven in Nederland praktisch tot stilstand. Scholen, musea, restaurants, cafés, sport-scholen, kerken en ook veel winkels sloten de deuren. Als gevolg van deze maatregelen begon het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames weer te dalen, waarna de ‘intelligente lockdown’ stap voor stap werd afgebouwd. Zo mochten vanaf 11 mei de basisscholen weer open en in de weken daarna mochten ook middelbare scholen, restaurants, cafés, sportscholen, kerken en winkels de deuren weer openen. In de maanden juni en juli leek het virus onder controle, maar vanaf medio augustus liep het aantal besmettingen weer op en diende zich een tweede golf aan. Aanvankelijk leek het aantal besmettingen nog niet te leiden tot een sterke stijging van het aantal ziekenhuisopnames, maar dit veranderde eind september. Om het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames een halt toe te roepen, kondigde de Nederlandse regering op 28 september dan ook nieuwe maatregelen af. Deze hadden echter nauwelijks effect, waarna op 13 oktober een verdere aanscherping volgde en Nederland voor de tweede keer in lockdown ging, dit keer een ‘gedeeltelijke’.

Met betrekking tot de eerste golf stelden we eerder de vraag welke rol religie speelt bij de verspreiding van het COVID-19 virus (Vermeer & Kregting 2020). Aanleiding was toen een specifiek verspreidingspatroon met een concentratie van ziekenhuisopnames in de Biblebelt en in het van oudsher katholieke zuiden van het land. Onze analyses, waarbij tevens werd gecontroleerd voor alternatieve verklaringen zoals overgewicht en leeftijd, lieten inderdaad een verband zien tussen religieuze achtergrond en de verspreiding van COVID-19. Zo bleek regelmatige kerkgang de belangrijkste voorspeller te zijn voor het aantal ziekenhuisopnames in de niet-zuidelijke delen van Nederland. Voor de zuidelijke delen van Nederland vonden we eveneens een effect van regelmatige kerkgang, maar een nog sterker effect van nominaal kerklidmaatschap – dit zijn kerkleden die niet of nauwelijks naar de kerk gaan – dat hoogstwaarschijnlijk is terug te voeren op een effect van het van oudsher katholieke carnaval.

In het artikel dat nu volgt, richten we ons specifiek op de periode 6 juli – 2 november oftewel het begin van de tweede golf. We doen dit om twee redenen. Allereerst leek de tweede golf na 2 november over zijn hoogtepunt

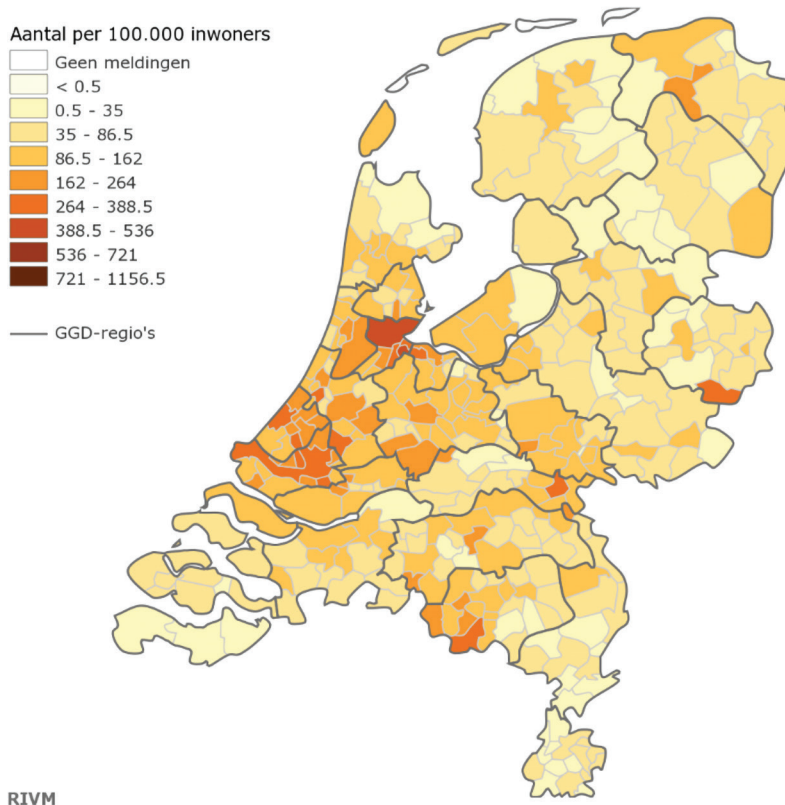
heen, omdat toen het aantal ziekenhuisopnames weer begon te dalen. Eind november nam het aantal ziekenhuisopnames echter weer toe en bleek tegen de verwachting in dat de tweede golf nog niet ten einde was. Deze tweede piek gedurende de tweede golf valt echter buiten de onderzoeksperiode waarover we in dit artikel rapporteren. Maar nog belangrijker is, dat het specifieke verspreidingspatroon aan het begin van de tweede golf wederom aanleiding geeft tot het veronderstellen van een verband tussen religie en de verspreiding van COVID-19. In tegenstelling tot de eerste golf liet het begin van de tweede golf een concentratie van besmettingen en in mindere mate van ziekenhuisopnames in de Randstad zien. Vooral de steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag waren in het begin van de tweede golf brandhaarden (zie Figuur 1), hetgeen wederom suggereert dat er een verband is tussen religieuze achtergrond en de verspreiding van COVID-19. Zo gaf het hoofd van de IC-afdeling van het VU Medisch Centrum in Amsterdam op 11 oktober in een podcast aan, dat het merendeel van de COVID-19 patiënten op zijn afdeling een niet-westerse migratieachtergrond heeft.¹ Dit is een interessant gegeven aangezien ruim 75 procent van de mensen met een niet-westerse migratieachtergrond tot een religieuze groep behoort. Onder hen vormen moslims de grootste groep (41 procent), naast niet-westerse migranten met vooral een christelijke of hindoe achtergrond (Schmeets 2018, 10-11). Met andere woorden, terwijl de eerste golf vaker mensen trof op de Biblebelt en in het katholieke zuiden, leek de tweede golf, althans bij aanvang, vooral de Randstad te treffen waar veel mensen wonen met een niet-westerse achtergrond die doorgaans religieus zijn.² Aldus versterken deze gegevens het vermoeden dat er ook met betrekking tot de tweede golf wederom een relatie is tussen religieuze achtergrond en de verspreiding van COVID-19.

Tegen deze achtergrond onderzoeken we in dit artikel opnieuw een mogelijk verband tussen religie en de verspreiding van COVID-19 in Nederland. Met behulp van onderzoeksdata van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) proberen we meer in het bijzonder een antwoord te vinden op de volgende vraag: *In welke mate draagt het behoren tot een religieuze groep ook bij het begin van de tweede golf bij aan de spreiding van het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten in Nederland?* Net als in ons eerdere artikel richten we ons in dit tweede arti-

Figuur 1. Aantal vastgestelde COVID-19 besmettingen van 9 tot en met 22 september 2020 per 100.000 inwoners per gemeente (Bron: RIVM)

COVID-19 patiënten

Per gemeente van 09-sep-2020 t/m 22-sep-2020



kel dus op het aantal ziekenhuisopnames en niet op het aantal besmettingen. Aangezien de Nederlandse bevolking als zodanig niet wordt getest, is het precieze aantal besmettingen niet bekend. Het aantal ziekenhuisopnames als gevolg van een COVID-19 besmetting wordt daarentegen wel geregistreerd en kan zodoende beschouwd worden als een betrouwbare indicator van de spreiding van het COVID-19 virus in Nederland.

Theorie en hypotheses

In ons eerdere artikel hebben we laten zien dat religie zowel op een directe als indirecte manier kan bijdragen aan de verspreiding van COVID-19 (Vermeer & Kregting 2020). Religie kan allereerst een *directe* bron van besmettingen en bijgevolg van ziekenhuisopnames vormen, omdat religie in essentie een gemeenschappelijke sociale praktijk is. Uiteraard staat in religie het geloof in God of in een bovennatuurlijke kracht centraal, maar deze God of bovennatuurlijke kracht vormt ook altijd het object van verering en communicatie met behulp van in de omringende cultuur verankerde, sociale praktijken (Riesebrodt 2010; Smith 2017). Religie draait niet enkel om persoonlijk geloof, maar religie is evenzeer een zaak van voorgeschreven praktijken die verankerd zijn in een culturele traditie die wordt gedragen door een sociale gemeenschap. Het voortzetten van een dergelijke traditie vereist daarom dat gelovigen regelmatig bijeen komen om hun geloof te vieren, dit geloof ten opzichte van elkaar te bevestigen en elkaar hierin te ondersteunen. Maar gemeenschappelijke religieuze vieringen vormen ook de directe verbinding tussen religie en de verspreiding van COVID-19. Het is inmiddels een wijdverbreid inzicht dat drukke samenkomsten van mensen, zogenaamde *dense gatherings*, een cruciale rol spelen in de verspreiding van COVID-19. Dit kunnen massabijeenkomsten zijn zoals de Hady of carnaval, maar bijvoorbeeld ook het verblijf op een cruiseschip. Cruciaal voor de verspreiding van het virus is dat mensen fysiek zeer dicht bij elkaar samenkomen (Ebrahim & Memish 2020). Zo beschouwd, kunnen ook religieuze diensten en samenkomsten gezien worden als *dense gatherings* en dus als plaatsen waar het virus zich kan verspreiden. Dit is ook feitelijk het geval geweest in bijvoorbeeld Zuid-Korea waar een bepaalde christelijke gemeenschap een grote besmettingshaard bleek te zijn voor haar leden (Quadri 2020). Of in Duitsland waar mensen besmet zijn geraakt tijdens een religieuze viering van een baptistengemeente.³

Het relatief hoge aantal ziekenhuisopnames in de Nederlandse Biblebelt tijdens de eerste golf kan daarom nauwelijks als een verrassing worden gezien. In dit deel van Nederland wonen relatief veel orthodoxe christenen, veelal behorend tot gereformeerde, pinkster of evangelische kerken, die nog steeds een hoge mate van kerkgang laten zien. Het gaat hierbij immers om hechte, religieuze gemeenschappen waarbinnen regelmatige kerkgang een belangrijke sociale norm is (Vermeer & Scheepers 2017; 2018; zie ook De Hart 2014, 30-68). Niet voor niets lieten onze analyses van de eerste golf zien, dat de samenhang tussen regelmatige kerkgang en het aantal ziekenhuis-

opnames het sterkste was voor de niet-zuidelijke delen van Nederland waarvan de Biblebelt deel uitmaakt (Vermeer & Kregting 2020).⁴

Echter, religie kan ook een *indirecte* bron van besmettingen en bijgevolg van ziekenhuisopnames vormen. Zo lieten onze analyses van de eerste golf tevens zien, dat nominaal kerklidmaatschap, dat wil zeggen lidmaatschap zonder regelmatige kerkgang, evenzeer een factor van betekenis is. Sterker nog, in tegenstelling tot de Biblebelt bleek nominaal kerklidmaatschap in de zuidelijke provincies van Nederland een veel sterkere voorspeller voor het aantal ziekenhuisopnames te zijn dan kerkgang (Vermeer & Kregting 2020). Ter verklaring van deze bevinding wezen we allereerst op carnaval. Dit nog grotendeels katholieke volksfeest vond één week voor de uitbraak van de eerste golf plaats in de zuidelijke provincies en heeft hier zeer waarschijnlijk als een *dense gathering* gewerkt. Daarnaast suggereerden we ook, dat katholieken weliswaar minder vaak religieuze diensten bezoeken, maar anders dan meer orthodoxe protestanten in Nederland vaker betrokken zijn bij allerlei seculiere vrijwilligersorganisaties (Bekkers & Schuyt 2008; Vermeer & Scheepers 2019). Het label 'katholiek' duidt zo niet enkel de religieuze identiteit van een persoon aan, maar kan ook slaan op de mate waarin een persoon actief is in de samenleving en deel uitmaakt van hechte sociale netwerken. Met andere woorden, het behoren tot een religieuze groep kan ook bepaald seculier gedrag, zoals carnaval en vrijwilligerswerk, stimuleren dat de verspreiding van het COVID-19 virus in de hand werkt. Op deze wijze vormt religie dan een indirecte bron van besmetting.

Wat het begin van de tweede golf betreft, verwachten we nu dat religie vooral op een indirecte wijze een bron van besmettingen en latere ziekenhuisopnames is. Nadat de eerste golf over zijn hoogtepunt heen was, werden verschillende coronamaatregelen weer versoepeld en mochten onder andere kerken, moskeeën, hindoetempels en synagogen vanaf 1 juni onder bepaalde voorwaarden weer religieuze diensten organiseren. Verschillende kerken, moskeeën, hindoetempels en synagogen openden vanaf deze datum weer hun deuren en volgden hierbij doorgaans trouw de richtlijnen van het RIVM. Zo bleef het aantal bezoekers beperkt, werd de anderhalve meter maatregel in acht genomen, werd samenzang vermeden en werd in veel gemeenschappen overgeschakeld op zogenaamde hybride diensten; een mix van fysieke en online samenkomsten.⁵ Een situatie die tot aan de uitbraak van de tweede golf nauwelijks was gewijzigd. Hierdoor lijkt het erg onwaarschijnlijk dat religieuze diensten ook belangrijke besmettingshaarden zijn geweest bij de uitbraak van deze tweede golf. Na 1 juni hadden verreweg de meeste religieuze diensten immers niet meer het karakter van een *dense gathering*.⁶

We verwachten dus geen direct effect, maar, zoals gezegd, wel een indirect effect van religie. Of meer in termen van onze onderzoeksvraag, we verwachten een indirect effect van het behoren tot een religieuze groep op de spreiding van het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten in Nederland. Een indirect effect dat we allereerst verwachten aan te treffen onder moslims. Volgens onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) uit 2015 behoort namelijk een substantieel deel van de Turkse en Marokkaanse Nederlanders tot wat het SCP ‘groepen op afstand’ noemt, waarbij afstand gemeten wordt aan de hand van drie dimensies. Het gaat dan om de mate waarin men contact heeft met autochtone Nederlanders, de sociale dimensie, de mate waarin men zich identificeert met de Nederlandse samenleving en men het gevoel heeft erbij te horen, de emotionele dimensie, en de mate waarin men andere waardenoriëntaties en opvattingen heeft, de culturele dimensie (Huijnk 2015a). Bij bijna een kwart van zowel de Turkse als Marokkaanse Nederlanders is deze afstand dermate groot, dat het SCP spreekt van segregatie dan wel etnische isolatie. Dat wil zeggen, dat deze groep zeer sterk gericht is op de eigen herkomstgroep en nauwelijks contact heeft met autochtone Nederlanders (gesegregeerd), dan wel iets minder sterk georiënteerd is op de eigen groep maar zich ook niet of nauwelijks Nederlander voelt (etnisch geïsoleerd, Huijnk 2015b, 84). Daarnaast is ongeveer de helft van zowel de Turkse als Marokkaanse Nederlanders matig gesegregeerd. Zij zijn nog steeds sterk gericht op de eigen herkomstgroep, maar onderhouden wel frequente contacten met autochtone Nederlanders ook al zijn zij over de Nederlandse samenleving niet erg te spreken. Het behoren tot deze groepen van gesegregeerde, etnisch geïsoleerde of matige gesegregeerde Turkse en Marokkaanse Nederlanders gaat tevens samen met een sterkere religieuze beleving (Huijnk 2015b, 84), waardoor deze groepen zeer waarschijnlijk vooral uit moslims bestaan. En aangezien verreweg de meeste moslims in Nederland van Turkse of Marokkaanse komaf zijn (Huijnk 2018, 6), nemen we op basis van deze cijfers daarom aan dat een groot deel van de Nederlandse moslims op een zekere afstand staat tot de Nederlandse samenleving.⁷ Hiermee willen we overigens niet beweren dat het hebben van een islamitische identiteit ook de oorzaak van deze afstand is. Het is immers zeer wel denkbaar dat deze afstand vooral veroorzaakt wordt door, bijvoorbeeld, discriminatie en economische achterstelling van moslims. Hoe dit ook zij, voor onze studie is nu vooral van belang, dat deze grotere afstand van moslims tot de Nederlandse samenleving tevens samenhangt met een geringer vertrouwen in onder meer de overheid en de politiek (Huijnk 2015b, 101-103). Vooral dit laatste aspect zou er dan toe kunnen leiden, zo vermoeden wij, dat de door de overheid en het

RIVM afkondigde maatregelen en adviezen met een zekere desinteresse worden bekeken en hierdoor wellicht minder strikt worden opgevolgd met uiteindelijk meer besmettingen en ziekenhuisopnames tot gevolg. Aldus luidt onze eerste hypothese: *Naarmate het relatieve aantal moslims in een gemeente hoger is zal ook het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten hoger zijn (H1).*

Voor christenen verwachten we ook een indirect effect aan te treffen, maar dan in de omgekeerde richting. Eerder onderzoek van het CBS (2006, 109-113) laat namelijk zien, dat christenen, en dan met name protestanten, blijken te geven van een groot vertrouwen in maatschappelijke instituties en in het democratisch proces. Een beeld dat ook wordt bevestigd door onze eigen analyse van recente data van het LISS-panel.⁸ Zo blijken christenen in Nederland in 2020 significant meer vertrouwen te hebben in de regering, het parlement, politici, de democratie, het rechtsbestel en de politie dan niet-christelijke Nederlanders (zie Bijlage Tabel 3); waarbij er anno 2020 overigens nauwelijks verschillen bestaan tussen protestanten en katholieken. Op basis van deze gegevens verwachten wij, dat christenen met minder scepsis naar de door de overheid en het RIVM afgekondigde maatregelen zullen kijken en deze maatregelen daarom strikter zullen volgen met juist minder besmettingen en ziekenhuisopnames tot gevolg. Deze inzichten leiden tot onze tweede hypothese: *Naarmate het relatieve aantal christenen in een gemeente hoger is zal het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten lager zijn (H2).*

Teneinde deze twee hypothesen te toetsen, nemen we gemeenten als onze analyse-eenheid en gaan we na of er bij het begin van de tweede golf een samenhang is tussen het relatieve aantal moslims en christenen en het relatieve aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten per gemeente. Om de relatie tussen religie en COVID-19 zo zuiver mogelijk te beschouwen, zullen we in onze analyses tevens controleren voor de volgende intermediaire factoren: leeftijd, gezondheid, opleiding en bevolkingsdichtheid.⁹ Controleren voor leeftijd is nodig, omdat ouderen, dat wil zeggen 70-plussers, vaker ernstige klachten krijgen na besmet te zijn met het COVID-19 virus en daardoor eerder in het ziekenhuis worden opgenomen. Deze controle is vooral van belang voor het door ons veronderstelde remmende effect van het percentage christenen op het aantal ziekenhuisopnames. Christenen zijn onder 70-plussers oververtegenwoordigd (Schmeets 2018, 9-10), waardoor het relatieve aantal 70-plussers in een gemeente het negatieve effect van het aantal christenen op het aantal ziekenhuisopnames kan afzwakken. Wat betreft gezondheid, controleren we voor het relatieve aantal mensen met overgewicht in een gemeente, omdat mensen met overgewicht eveneens vaker ernstigere klachten ontwikkelen en eerder in het ziekenhuis worden opgenomen

na besmetting met het COVID-19 virus (Stefan et al. 2020). Daar komt bij, dat bijna 60 procent van de moslims in Nederland overgewicht heeft tegenover zo'n 45 procent van de overige Nederlanders (CBS 2006, 56-57). Verder controleren we ook voor opleiding, omdat mensen met een lagere opleiding doorgaans functies hebben waarbij thuiswerken niet of nauwelijks mogelijk is en zij dus een grotere kans hebben om besmet te raken. Tevens kan het voor mensen met een lagere opleiding moeilijker zijn om de informatie van de overheid over de coronamaatregelen te begrijpen, hetgeen het navolgen van deze maatregelen bemoeilijkt. Ook dit geldt weer vaker voor moslims, van wie zo'n 70 procent laag is opgeleid, dan voor de overige Nederlanders, van wie zo'n 40 procent een lagere opleiding heeft (CBS 2006, 61). Tot slot controleren we voor bevolkingsdichtheid, omdat het voor mensen moeilijker is om afstand tot anderen te bewaren als ze woonachtig zijn in dichtbevolkte gebieden. Hierbij is ook nog van belang dat zo'n 80 procent van alle moslims in Nederland in (zeer) sterk stedelijke gemeenten woont (CBS 2006, 39).

Methodes

Data

Het RIVM, onderdeel van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, levert vanaf 27 februari 2020 statistieken over COVID-19, ook voor het overheidsbeleid.¹⁰ Dagelijks en in samenwerking met de GGD'en en Stichting NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie) komt dit instituut op gemeentelijk niveau met gegevens over de drie belangrijkste COVID-19 parameters: het aantal gemelde COVID-19 patiënten, het aantal in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten en het aantal overleden COVID-19 patiënten. Het CBS levert op gemeentelijk niveau de sociaal-culturele data voor de factoren die we gebruiken om de regionale verschillen in de verspreiding van COVID-19 te verklaren: het behoren tot een religieuze groep, leeftijd, gezondheid, opleiding en bevolkingsdichtheid. De specifieke variabelen die we gebruiken, worden hieronder meer in detail beschreven.¹¹

Afhankelijke variabele

In onze analyses wordt de spreiding van COVID-19 in de tweede golf uitgedrukt door het aantal in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten, op zowel de verpleegafdelingen als de IC, per 100.000 inwoners van elke Nederlandse gemeente in de periode tussen 6 juli en 2 november.¹² Het aantal

COVID-19 patiënten verschilt in deze periode aanzienlijk tussen gemeenten. Zo behoren Amsterdam, Rotterdam en Den Haag met ongeveer 50 ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten per 100.000 inwoners tot de koplopers, maar er zijn ook tientallen gemeenten buiten de Randstad waar geen enkele inwoner in het ziekenhuis is opgenomen. Nederland telt in 2020 355 gemeenten. Als robuustheidstest zullen we onze analyses ook uitvoeren met het aantal gerapporteerde sterfgevallen, als alternatief voor de in het ziekenhuis opgenomen patiënten. De resultaten van deze test worden gepresenteerd in de Bijlage (Tabel 4). Het aantal in het ziekenhuis opgenomen en overleden COVID-19 patiënten is een – vermoedelijk lichte – onderschatting van het werkelijke aantal opnames en sterfgevallen. Dit komt doordat er geen meldingsplicht geldt voor ziekenhuisopname voor of overlijden aan COVID-19.

Onafhankelijke variabelen

Ons belangrijkste theoretische concept voor het verklaren van de regionale verspreiding van COVID-19 in Nederland in de tweede golf betreft het toebehoren tot een religieuze groep, in het bijzonder moslims en christenen. Voor moslims gebruiken we het percentage van de bevolking per gemeente (van 18 jaar en ouder) dat zich rekent tot de islam, voor christenen het percentage dat zich rekent tot een christelijke kerk.¹³ De gegevens die we gebruiken zijn verzameld in het kader van de Nederlandse enquête naar de beroepsbevolking (EBB), uitgevoerd door het CBS in de periode 2010 tot en met 2015 met ruim 600.000 respondenten. Gemeenten met minder dan 150 respondenten blijven buiten beschouwing (5 van 355 gemeenten).

Controle variabelen

Zoals hierboven vermeld, controleren we voor de intermediaire effecten van leeftijd, gezondheid, opleiding en bevolkingsdichtheid. Leeftijd betreft het percentage van de bevolking per gemeente dat 70 jaar of ouder is. Dit zijn registratiegegevens (1 januari 2019) verzameld door het CBS zonder ontbrekende waarden (n = 355). De gezondheidsfactor betreft het percentage van de bevolking ouder dan 18 jaar met overgewicht per gemeente. Deze gegevens zijn afkomstig uit het landelijk representatieve onderzoek 'Gezondheidsmonitor 2016' van het CBS. Gegevens van twee gemeenten ontbreken (n = 353). Opleiding betreft het percentage van de beroepsbevolking tussen de 15 en 75 jaar met ten hoogste een VMBO-T opleiding per gemeente. De gegevens zijn een gemiddelde voor de jaren 2015-2019, afkomstig van het CBS-onderzoek 'Maatstaven gemeentefonds: Sociaal domein' en zonder

ontbrekende waarden ($n=355$). Tot slot, bevolkingsdichtheid betreft het aantal inwoners per km^2 per gemeente; deze registratiegegevens (1 januari 2020) van het CBS hebben geen ontbrekende waarden ($n = 355$).

Analyse

Onze analyses betreffen 350 gemeenten met gegevens voor alle afhankelijke en onafhankelijke variabelen. We beschouwen eerst de bivariate relaties tussen alle variabelen, voordat we met behulp van regressieanalyse nagaan welke variabelen het sterkst samenhangen met het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten per gemeente. In deze (lineaire) regressieanalyse nemen we eerst alleen onze factor religie op: het percentage moslims en christenen per gemeente (model 1). Vervolgens (model 2) controleren we voor onze intermediaire variabelen leeftijd (percentage 70-plussers), gezondheid (percentage inwoners met overgewicht), opleiding (percentage laag opgeleid) en bevolkingsdichtheid (inwoners per km^2). Zo kunnen we nagaan of, en in welke mate, een eventueel verband tussen religieuze achtergrond en het aantal ziekenhuisopnames mede toe te schrijven is aan de invloed van andere factoren.

Resultaten

Wanneer we allereerst de correlaties bezien (Tabel 1), dan zijn die in lijn met de door ons geformuleerde hypothesen. Aan het begin van de tweede golf gaat een hoger percentage moslims in een gemeente samen met een hoger aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten en een hoger percentage christenen met een lager aantal opnames.

Tabel 1. Correlaties (Pearson's r) afhankelijke (het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten tussen 6 juli en 2 november per 100.000 inwoners per gemeente) en onafhankelijke variabelen

	percentage moslims	percentage christenen	percentage 70-plussers	percentage met overgewicht	percentage laagopgeleid	bev.dichtheid (inw. per km ²)
ziekenhuisopnames	0,393**	- 0,157**	- 0,102	- 0,015	0,068	0,320**
percentage moslims		- 0,366**	- 0,370**	- 0,097	- 0,158**	0,621**
percentage christenen			0,076	0,140**	0,383**	- 0,388**
percentage 70-plussers				0,136*	- 0,028	- 0,333**
percentage met overgewicht					0,537**	- 0,222**
percentage laagopgeleid						- 0,293**
bev.dichtheid (inw. per km ²)						

** $p < .01$; * $p < .05$.

Ook de bevolkingsdichtheid van een gemeente kent een significante correlatie met het aantal ziekenhuisopnames met meer opnames naarmate de stedelijkheid toeneemt. We vinden echter geen correlaties tussen het percentage 70-plussers, het percentage mensen met overgewicht en het percentage laagopgeleiden per gemeente en het aantal ziekenhuisopnames.¹⁴ Opvallend is verder dat van alle significante correlaties, het percentage moslims het sterkst samenhangt met het aantal ziekenhuisopnames. De vraag is echter of de samenhang tussen religieuze achtergrond en ziekenhuisopnames blijft bestaan als we controleren voor andere factoren. Tabel 2, waarin we de resultaten van de regressieanalyse presenteren, geeft antwoord op deze vraag.

Tabel 2. Lineaire regressie analyse (β 's) van het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten tussen 6 juli en 2 november per 100.000 inwoners per gemeente

	model 1	model 2
percentage moslims	0,388***	0,272***
percentage christenen	- 0,015	0,039
percentage 70-plussers		- 0,011
percentage met overgewicht		0,088
percentage laagopgeleid		- 0,069
bevolkingsdichtheid (inw. per km ²)		0,208**
verklaarde variantie	15,5%	18,5%
aantal gemeenten	350	350

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$.

Wat het percentage moslims betreft, bevestigt de regressieanalyse (Tabel 2, model 1) de resultaten van de bivariate analyse (Tabel 1): hoe hoger het percentage moslims in een gemeente, hoe hoger het aantal ziekenhuisopnames. Ook na controle van de mogelijke effecten van de gemeentelijke percentages 70-plussers, inwoners met overgewicht, laagopgeleiden en van de bevolkingsdichtheid op het aantal ziekenhuisopnames (Tabel 2, model 2) blijft het effect van het percentage moslims bestaan. Van al deze controlevariabelen heeft alleen de bevolkingsdichtheid invloed op het aantal ziekenhuisopnames: hoe hoger de mate van stedelijkheid hoe hoger het aantal ziekenhuisopnames. Tevens zorgt vooral deze controlevariabele voor een reductie van 30 procent van het effect van het percentage moslims per gemeente op het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten (de β neemt af van 0,388 tot 0,272). We kunnen dus zeggen, dat het percentage moslims per gemeente een effect heeft op het aantal ziekenhuisopnames, en dat dit deels komt doordat moslims in meer verstedelijkte gebieden wonen.¹⁵ Desalniettemin blijft ook in het tweede model het effect van het percentage moslims significant op het hoogste niveau. Ondanks de opname van verschillende controlevariabelen blijft een onafhankelijk, rechtstreeks effect van het percentage moslims op het aantal ziekenhuisopnames bestaan. Dit is een duidelijke bevestiging van onze eerste hypothese.

De resultaten van de bivariate analyse betreffende het aantal christenen worden echter niet door de regressieanalyse bevestigd. De negatieve samenhang tussen het percentage christenen in een gemeente en het aantal ziekenhuisopnames is in de regressieanalyse verdwenen. Dit is al het geval in model 1 van Tabel 2, met controle voor het percentage moslims per gemeente. Dit impliceert dat de negatieve correlatie in Tabel 1 – meer christenen gaat samen met minder ziekenhuisopnames – komt doordat christenen vooral in gemeenten wonen waar in verhouding weinig moslims wonen. Dit betekent dat onze tweede hypothese wordt verworpen: een hoger percentage christenen in een gemeente draagt in de tweede golf *niet* bij tot minder ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten.

Een robuustheidsanalyse met als afhankelijke variabele het aantal overleden COVID-19 patiënten laat enigszins vergelijkbare resultaten zien (zie Bijlage Tabel 4). Er is ook nu een significant effect van het percentage moslims in een gemeente, een effect dat weliswaar kleiner is dan bij het aantal ziekenhuisopnames, en het effect van het percentage christenen is wederom niet-significant.

Discussie

Mede naar aanleiding van berichten in de media, dat bij aanvang van de tweede golf vooral mensen met een niet-westerse migratieachtergrond op de IC werden opgenomen, zijn we in deze bijdrage op zoek gegaan naar een mogelijk verband tussen religieuze achtergrond en de verspreiding van het COVID-19 virus in Nederland. Niet-westerse migranten zijn doorgaans immers religieuzer dan mensen met een westerse migratieachtergrond of Nederlanders van geboorte, hetgeen suggereert dat er een verband kan zijn tussen religieuze achtergrond en de verspreiding van COVID-19. Zodoende stond in deze bijdrage de volgende vraag centraal: *In welke mate draagt het behoren tot een religieuze groep ook bij het begin van de tweede golf bij aan de spreiding van het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten in Nederland?* Een vraag die we nu als volgt kunnen beantwoorden. Naast de invloed van de factor bevolkingsdichtheid draagt ook het hebben van een islamitische achtergrond bij aan het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten. Hoe moeten we dit resultaat interpreteren?

Het is allereerst van belang om te benadrukken, dat naast het aantal moslims in een gemeente, bevolkingsdichtheid bij aanvang van de tweede golf dus eveneens een belangrijke factor is als het gaat om het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten. Zo laat onze bivariate analyse zien (Tabel 1), dat er een positieve samenhang is tussen het aantal inwoners per km² per gemeente en het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten per gemeente (Pearson's r is 0,320). Dit is een logisch verband. Mensen die woonachtig zijn in dichtbevolkte gebieden lopen nu eenmaal meer risico om besmet te raken. Daarnaast bevestigt deze analyse het eerdere beeld van het CBS (2006, 39), dat veel moslims in dichtbevolkte gebieden wonen. Tabel 1 laat immers ook zien, dat er een zeer sterke, positieve samenhang is tussen bevolkingsdichtheid en het percentage moslims per gemeente (Pearson's r is 0,621), terwijl de samenhang met het percentage christenen sterk negatief is (Pearson's r is - 0,388). Dit betekent, zoals we hierboven reeds hebben aangegeven, dat het positieve effect van het aantal moslims per gemeente op het aantal ziekenhuisopnames voor een deel is toe te schrijven aan het feit dat moslims in meer dichtbevolkte gemeenten wonen. Net zoals het zwakke, negatieve effect van het percentage christenen deels is toe te schrijven aan het feit dat zij in minder dichtbevolkte gebieden wonen (met weinig moslims).

Bevolkingsdichtheid is dus bij aanvang van de tweede golf een belangrijke factor als het gaat om het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten in Nederland. Maar zoals uit onze regressieanalyse ook blijkt (Tabel 2), kan

het effect van het percentage moslims niet volledig worden verklaard doordat moslims in meer dichtbevolkte gebieden wonen. Aldus tonen onze analyses tevens een onafhankelijk, rechtstreeks effect van het aantal moslims in een gemeente op het aantal ziekenhuisopnames in die gemeente.

Als het gaat om de spreiding van het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten in Nederland doet het aantal moslims in een gemeente er dus toe. We dienen hierbij nog wel te benadrukken dat onze analyses op gemeenteniveau zijn uitgevoerd en we dus geen rechtstreeks verband op individueel niveau hebben vastgesteld tussen moslim zijn en opgenomen worden in het ziekenhuis als gevolg van een besmetting met COVID-19. Toch wijzen onze macro-analyses wel in die richting. Maar waarom is dit zo? Op basis van recent onderzoek van het SCP, waaruit blijkt dat een substantieel deel van de moslims in Nederland op een zekere afstand tot de samenleving staat en ook minder vertrouwen heeft in de politiek (Huijnk 2015b), hebben we in onze theoretische paragraaf het vermoeden geuit dat moslims hierdoor wellicht minder geneigd zijn om de door de overheid afgekondigde maatregelen op te volgen. Uiteraard kunnen we op basis van onze resultaten niet zeggen of dit ook echt zo is. Onze resultaten laten enkel een samenhang zien tussen het aantal moslims en het aantal ziekenhuisopnames in een gemeente, maar ze tonen niet het onderliggend verband. Onze verwijzing naar de afstand van moslims tot de Nederlandse samenleving is dus slechts een theoretische interpretatie van de gevonden samenhang. Maar naar ons idee is dit wel een interpretatie met een zekere mate van plausibiliteit.

Dat een substantieel deel van de moslims in Nederland vooral op de eigen etnische groep is georiënteerd en minder op de samenleving als geheel is overigens geen intrinsiek kenmerk van de islam als zodanig. In een seculiere samenleving, zoals de Nederlandse, kunnen religieuze groepen enkel 'overleven' door het construeren en benadrukken van een eigen, subculturele identiteit (Smith 1999; Vermeer & Scheepers 2017); een identiteit die duidelijk aangeeft waar de groep voor staat en die de groep onderscheidt van de *mainstream*. Succesvolle religieuze groepen benadrukken het verschil met de buitenwereld, de *outgroup*, om zo de banden tussen de eigen leden, de *in-group*, te versterken. Hiertoe is het van belang dat religieuze groepen beschikken over heldere *identity markers* die zowel uitdrukking geven aan de eigenheid van de groep als aan het verschil met andere groepen en de omringende seculiere samenleving. Voorbeelden van zulke *identity markers* zijn het huldigen en benadrukken van bepaalde orthodoxe geloofsovertuigingen en morele opvattingen, het benadrukken van bepaalde religieuze praktijken en/of het als zondig bestempelen van bepaalde seculiere gedragingen.

Tegen deze achtergrond bezien, is het niet verwonderlijk dat De Hart (2014, 59-65; 84-86) constateerde dat christenen in Nederland, en dan met name jongere christenen, ofwel de kerk verlaten ofwel steeds kerkser en orthodoxer worden. Het innemen van een zekere afstand tot de samenleving is dus niet typisch voor moslims. Ook leden van sommige meer orthodoxe, christelijke kerken staan ten minste op een zekere culturele afstand tot de samenleving, zoals het SCP ook aangeeft (Huijnk 2015a, 47). Een treffend voorbeeld hiervan, waar we in noot 6 al naar verwezen, is de controversie die in Nederland ontstond nadat de Hersteld Hervormde Kerk in Staphort op zondag 4 oktober drie drukbezochte vieringen hield. Frequent kerkbezoek is voor de leden van de Hersteld Hervormde Kerk een belangrijke *identity marker* en pas na grote maatschappelijke druk gaf het breed moderamen van de Hersteld Hervormde Kerk het advies om gehoor te geven aan de maatregelen van de overheid en het aantal kerkgangers te beperken. Tegen deze achtergrond zou het interessant zijn om in onze analyses een onderscheid te maken tussen orthodoxe christenen en meer vrijzinnige of *mainstream* christenen. We zouden dan na kunnen gaan of er, conform onze redenering, in gemeenten met relatief veel orthodoxe christenen ook sprake is van een hoger aantal ziekenhuisopnames. Helaas is het in de CBS-data die wij gebruiken niet mogelijk om de orthodoxe christenen als een aparte categorie te definiëren (zie noot 13).

Voor orthodoxe religieuze groepen is het innemen van een zekere afstand tot de samenleving zodoende een soort religieuze overlevingsstrategie. Moslims verschillen hierin niet van bepaalde orthodoxe, christelijke groepen. Maar wat het overgrote deel van de moslims in Nederland wel onderscheidt van bepaalde orthodoxe christenen, is hun etnische achtergrond. De meeste moslims hebben een migratieachtergrond waardoor hun religie nog belangrijker wordt als een bron van identiteit en eigenwaarde, hetgeen hun oriëntatie op de eigen groep verder versterkt (Bruce 2002, 34-36). Zodoende is de afstand van moslims tot de Nederlandse samenleving als het ware tweeledig. Net zoals dat bij sommige orthodoxe, christelijke groepen het geval is, staan moslims allereerst op afstand van de overwegend seculiere, Nederlandse samenleving vanwege hun sterkere religieuze identificatie, maar anders dan orthodoxe christenen staan moslims ook op afstand vanwege hun migratieachtergrond. Het is dan deze mix van een sterkere religieuze identificatie met een migratieachtergrond die maakt dat de afstand van moslims tot de Nederlandse samenleving dusdanig is, zo vermoeden wij althans, dat allerlei overheidsmaatregelen wellicht minder worden gehoord en opgevolgd met meer ziekenhuisopnames tot gevolg. We zijn daarom ook nog nagegaan of het percentage mensen met een niet-westerse migratieachtergrond per gemeente

van invloed is op het aantal ziekenhuisopnames en dat blijkt inderdaad zo te zijn. Helaas kunnen we beide variabelen, het percentage moslims en het percentage niet-westerse migranten, vanwege hun zeer sterke onderlinge samenhang (*Pearson's r* is 0,82) niet tegelijkertijd in de regressieanalyse opnemen. We kunnen dus niet nagaan wat het relatieve effect is van het hebben van een islamitische achtergrond ten opzichte van het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond.

Conclusie

Onze analyses tonen zonder meer aan, dat er een onafhankelijk, rechtstreeks effect is van het relatieve aantal moslims in een gemeente op het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19 patiënten. Net zoals tijdens de eerste golf het geval was, doet religie er dus ook toe bij aanvang van de tweede golf. Maar waar religie tijdens de eerste golf zowel direct als indirect van invloed was op het aantal ziekenhuisopnames, is er bij aanvang van de tweede golf, naar ons idee, hoofdzakelijk sprake van een indirect effect. Het gaat nu niet meer om het directe effect van het bezoeken van religieuze diensten als bron van besmetting, maar om het indirecte effect van het behoren tot een religieuze groep, eventueel in combinatie met het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond, dat maakt dat mensen op een zekere afstand tot de Nederlandse samenleving komen te staan en daardoor wellicht minder gehoor geven aan de coronamaatregelen van de overheid.

Of deze theoretische interpretatie van het statistisch verband tussen het percentage moslims in een gemeente en het percentage ziekenhuisopnames klopt, kunnen we, zoals hierboven reeds aangegeven, niet met zekerheid zeggen. Andere theoretische interpretaties van het door ons geconstateerde verband hebben immers ook een zekere mate van plausibiliteit. Zo is het niet ondenkbaar dat een geringere taalbeheersing, waardoor een deel van de moslims wellicht niet alle informatie omtrent overheidsmaatregelen goed begrijpen, kindertal, waarbij een groter aantal kinderen bij moslims via scholen kan leiden tot een grotere kans op besmetting, of bezoekcultuur, waarbij bezoek vanwege hechtere familierelaties minder snel wordt afgezegd, deels ook het door ons gevonden effect van het relatieve aantal moslims in een gemeente op het aantal ziekenhuisopnames zou kunnen verklaren. Uiteraard zouden we deze alternatieve interpretaties graag willen toetsen. We beschikken echter op gemeenteniveau niet over data omtrent taalbeheersing, kindertal of bezoekcultuur uitgesplitst naar moslims en niet-moslims die een dergelijke toetsing

mogelijk maken. Dit laat echter onverlet, dat het voor het terugdringen van het aantal besmettingen zeer dienstig kan zijn wanneer de overheid bij het communiceren van allerlei maatregelen samenwerking zoekt met moskeeën en moslim- en migrantenorganisaties. Dit is van belang om zo ook groepen op een zekere afstand tot de Nederlandse samenleving te bereiken en het draagvlak voor de coronamaatregelen te vergroten.

Noten

- 1 Zie: <https://www.vpro.nl/argos/media/dagboek-van-een-ic-chef.html>.
- 2 De drie grootste steden in de Randstad, Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, waar de tweede golf zich als eerste openbaarde, kennen ook een relatief hoge concentratie moslims van minstens 10 procent van de bevolking en ook in andere gemeenten in de Randstad is het percentage moslims relatief hoog (Schmeets 2016, 10).
- 3 Zie: <https://www.tagesspiegel.de/politik/sehr-dynamisches-geschehen-mehr-als-40-menschen-infizieren-sich-bei-gottesdienstbesuch-in-frankfurt-am-main/25854262.html>.
- 4 Dat de Biblebelt tijdens de eerste golf gekenmerkt werd door een relatief hoog aantal besmettingen en ziekenhuisopnames werd ook opgemerkt in de media. Zie bijvoorbeeld: <https://www.trouw.nl/religie-filosofie/het-coronavirus-verspreidt-zich-razend-snel-op-een-deel-van-de-biblebelt-b7dc7d01/>
- 5 Zie bijvoorbeeld de maatregelen die de Nederlandse bisschoppen hebben genomen om de verspreiding van het virus tegen te gaan (<https://www.rkkerk.nl/dossiers/dossier-coronavirus/>, geraadpleegd op 5 november 2020) of het protocol dat de PKN hanteert (<https://www.protestantsekerk.nl/verdieping/protocol-kerkdiensten-en-andere-kerkelijke-bijeenkomsten/>, geraadpleegd op 5 november 2020).
- 6 Uiteraard zijn er ook uitzonderingen geweest, die vooral de kleinere orthodoxe kerken betreffen. Zo hield de Hersteld Hervormde Kerk in Staphorst op zondag 4 oktober drie drukbezochte vieringen. Dit leidde tot grote maatschappelijke verontwaardiging, waarna het breed moderamen van de Hersteld Hervormde Kerk alsnog het advies gaf om gehoor te geven aan de door de overheid afgekondigde maatregelen. Zie: <https://www.hersteldhervormdekerk.nl/hhk/nieuws/update-advies-erediensten-en-corona>. Overigens zou het nog steeds interessant zijn om na te gaan of kerkgang ook tijdens de tweede golf een effect heeft gehad op het aantal ziekenhuisopnames. Helaas is dit niet mogelijk, omdat we niet beschikken over data betreffende de kerkgang per gemeente in de periode juni – oktober 2020.
- 7 Ook het CBS (2006) constateerde al eerder dat actief gelovige, lees islamitische, Turkse en Marokkaanse Nederlanders meer gericht zijn op de eigen groep en minder op de Nederlandse samenleving.
- 8 Het LISS panel (Langlopende Internet Studies voor de Sociale wetenschappen) bestaat uit ongeveer 5.000 huishoudens in Nederland die verschillende keren per jaar bevraagd worden over allerhande maatschappelijke onderwerpen en persoonlijke overtuigingen. Zie: <https://www.website.lisspanel.nl/>.
- 9 We controleren niet voor geslacht, omdat de man-vrouw verdeling in de meeste gemeenten vrijwel gelijk is. Het effect van het relatieve aantal moslims of christenen op het relatieve aantal ziekenhuisopnames kan dus niet beïnvloed worden doordat in sommige gemeenten het relatieve aantal mannen of vrouwen veel hoger of lager is.

- 10 De RIVM-statistieken van alle data vanaf 27 februari 2020 en alle gemeenten worden onder meer aangeboden op: <https://nlcovid-19-esrinl-content.hub.arcgis.com/datasets/covid-19-historische-gegevens-rivm-vlakken?selectedAttribute=Datum>.
- 11 Alle CBS-data zijn te vinden op Statline: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/navigatieScherm/thema?themaNr=4440>.
- 12 Het RIVM hanteert 6 juli als de begindatum voor de tweede golf in haar wekelijkse update van de epidemiologische situatie (Zie Weekrapportage 3 november: <https://www.rivm.nl/documenten/wekelijkse-update-epidemiologische-situatie-covid-19-in-nederland>). Wij hanteren 2 november als einddatum voor onze onderzoeksperiode, omdat dit de datum is met het hoogste aantal ziekenhuisopnames aan het begin van de tweede golf; namelijk 2.820 (<https://www.stichting-nice.nl/covid-19-op-de-zkh.jsp> en <https://www.stichting-nice.nl/covid-19-op-de-ic.jsp>).
- 13 Het CBS hanteert hiertoe de '1-trapsvraag': Tot welke kerkelijke gezindte of levensbeschouwelijke groepering rekent u zichzelf? Aan de respondenten worden de volgende antwoordcategorieën voorgelegd: rooms-katholiek, gereformeerd, Nederlands hervormd, PKN, islam, hindoe, boeddhist, jood en andere gezindte. Katholiek, gereformeerd, Nederlands hervormd, PKN en andere gezindte (met veel evangelische en pinkster christenen; hindoes, joden en boeddhisten vallen hier niet onder, zij vormen in de CBS-data aparte categorieën) vormen samen de christenen.
- 14 Daarnaast heeft het percentage moslims een negatieve correlatie met het percentage laagopgeleid en het percentage christenen heeft hiermee juist een positieve correlatie. Dit duidt er op dat gemeenten met relatief veel laagopgeleiden vaak liggen in 'rurale' regio's met in verhouding veel christenen terwijl moslims vooral in steden wonen waar ook veel hoogopgeleiden wonen.
- 15 Een additionele 'mediatie-analyse' met het statistiekprogramma *Process* laat zien dat dit intermediaire effect inderdaad significant is. De andere veronderstelde intermediaire effecten zijn dit niet.

Literatuur

Bekkers, R. & Th. Schuyt (2008),

And Who is your Neighbour? Explaining Denominational Differences in Charitable Giving and Volunteering in the Netherlands, in: *Review of Religious Research*, 62 (3), 315-335. <http://www.jstor.org/stable/20447529>.

Bruce, S. (2002),

God is Dead. Secularization in the West, Oxford: Blackwell.

CBS (2006),

Religie aan het begin van de 21^{ste} eeuw, Den Haag/Heerlen: CBS.

Ebrahim, S.H. & Z.A. Memish (2020),

COVID-19 – The role of mass gatherings, in: *Travel Medicine and Infectious Disease*, 34. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101617>.

Hart, J. de (2014),

Geloven binnen en buiten verband. Godsdiensstige ontwikkelingen in Nederland, Den Haag: SCP.

Religie & Samenleving, Jrg. 16, nr. 1 (januari 2021)

- Huijnk, W. (2015a),
 Groepen op afstand: conceptualisering, in: Huijnk, W., J. Dagevos, M. Gijsberts & I. Andriessen (red.), *Werelden van verschil. Over de sociaal-culturele afstand en positie van migrantengroepen in Nederland*, Den Haag: SCP, 38-47.
- Huijnk, W. (2015b),
 Sociaal-culturele categorieën: migranten op afstand, in: Huijnk, W., J. Dagevos, M. Gijsberts & I. Andriessen (red.), *Werelden van verschil. Over de sociaal-culturele afstand en positie van migrantengroepen in Nederland*, Den Haag: SCP, 73-108.
- Huijnk, W. (2018),
De religieuze beleving van moslims in Nederland. Diversiteit en verandering in beeld, Den Haag: SCP.
- Quadri, S.A. (2020),
 COVID-19 and religious congregations: Implications for spread of novel pathogens, in: *International Journal of Infectious Diseases*, 96, 219-221. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.007>.
- Riesbrodt, M. (2010),
The promise of salvation. A theory of religion, Chicago: The University of Chicago Press.
- Schmeets, H. (2016),
De religieuze kaart van Nederland, 2010-2015, Den Haag/Heerlen: CBS.
- Schmeets, H. (2018),
Wie is religieus, en wie niet?, Den Haag/Heerlen: CBS.
- Smith, C. (1999),
American Evangelicalism. Embattled and Thriving, Chicago: The University of Chicago Press.
- Smith, C. (2017),
Religion. What it is, How it works, and Why it matters, Princeton: Princeton University Press.
- Stefan, N., A.L. Birkenfeld, M.B. Schulze, & D.S. Ludwig (2020),
 Obesity and impaired metabolic health in patients with COVID-19, in: *Nature Reviews Endocrinology*, 16, 341-342. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0364-6>.
- Vermeer, P. & P. Scheepers (2017),
 Umbrellas of Conservative Belief. Explaining the Success of Evangelical Congregations in the Netherlands, in: *Journal of Empirical Theology*, 30 (1), 1-24. <https://doi.org/10.1163/15709256-12341352>.
- Vermeer, P. & P. Scheepers (2018),
 Committed Believers: Determinants of the Organizational Commitment of Dutch Evangelicals, in: *Journal of Religion in Europe*, 11 (4), 291-326. <https://doi.org/10.1163/18748929-01104002>.

Vermeer, P. & P. Scheepers (2019),

Bonding or Bridging? Volunteering Among the Members of Six Thriving Evangelical Congregations in the Netherlands, in: *Voluntas*, 30 (5), 962-975. <https://doi.org/10.1007/s11266-019-00160-1>.

Vermeer, P. & J. Kregting (2020),

Religion and the Transmission of COVID-19 in the Netherlands, in: *Religions*, 11, 393. <https://doi.org/10.3390/rel11080393>.

Bijlage

Tabel 3: Vertrouwen in maatschappelijke instituties, gemiddelde op schaal van 0 (helemaal geen vertrouwen) tot en met 10 (volledig vertrouwen) (LISS 2020)

	christen	rest	sign.
regering	5,66	5,30	***
parlement	5,73	5,40	***
politici	4,96	4,59	***
democratie	6,58	6,40	**
rechtstelsel	6,46	6,27	**
politie	6,78	6,54	***
media	4,94	4,86	n.s.
n	1.190	3.553	

*** p<.001; **p<.01; *p<.05.

Tabel 4: Lineaire regressie analyse (β 's) aantal overleden COVID-19 patiënten tussen 6 juli en 2 november per 100.000 inwoners per gemeente

	model 1	model 2
percentage moslims	0,167**	0,166*
percentage christenen	- 0,029	0,044
percentage 70-plussers		0,141*
percentage met overgewicht		0,051
percentage laagopgeleid		- 0,134
bevolkingsdichtheid (inw. per km ²)		0,103
verklarde variantie	3,2%	7,0%
aantal gemeenten	350	350

*** p<.001; **p<.01; *p<.05.