

# Uitvoer van bron- en contact-onderzoek en quarantaine-maatregelen bij COVID-19

Een kwalitatieve evaluatie



## Deel 1: BCO-medewerkers en sleutelfiguren



Gemeente  
Rotterdam

# Wie zijn wij?

Dit onderzoek is uitgevoerd door de gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI), in opdracht van de GGD Rotterdam-Rijnmond. OBI verzamelt informatie en doet onderzoek voor het maken en uitvoeren van beleid door de gemeente Rotterdam. Het onderzoek gaat over onderwerpen als gezondheid, zorg, onderwijs, re-integratie, demografie, ruimtelijke ordening en veiligheid. Soms is de gemeentelijke organisatie het onderwerp, vaker gaat het over de stad en haar bewoners. Het doel is steeds om met deze verzamelde kennis het beleid en de bedrijfsvoering van de gemeente te verbeteren.

## Auteurs



Fraukje Mevissen



Babette Deursen



Helene Voeten



Anita Watzeels

## Colofon

Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

**Datum:** 12 september 2022

**Projectnummer:** 8186

**Vragen:** [onderzoek@rotterdam.nl](mailto:onderzoek@rotterdam.nl)

**Meer informatie:** [onderzoek010.nl](https://onderzoek010.nl)

**Afbeeldingen** Arthur Wijnen photography, Robin Utrecht, René Castelijm, David Rozing

Dit project is medegefinancierd vanuit het RAC-programmabudget van het RIVM (Regioproject GGD Rotterdam-Rijnmond).



**Gemeente  
Rotterdam**

# Samenvatting

Een goede uitvoer van het bron- en contact onderzoek (BCO) en de isolatie- en quarantainemaatregelen (I&QM) kan een significante bijdrage leveren aan de bestrijding van pandemieën zoals de corona-pandemie. Er is echter nog weinig bekend over de uitvoer van het BCO en de I&QM, en de factoren die hierop van invloed zijn. Door middel van kwalitatieve semigestructureerde interviews met 9 BCO-medewerkers en 34 sleutelfiguren van de zes grootste gemeenschappen in de gemeente Rotterdam is de uitvoer van het BCO en de I&QM in kaart gebracht.

De gesprekken met de BCO-medewerkers geven het beeld dat het BCO over het algemeen goed verloopt, medewerkers goede gesprekstechnieken hanteerden, en dat indexen over het algemeen goed bereikbaar zijn en positief reageren op het BCO. Volgens de BCO-medewerkers waren er enkele populaties die om verschillende redenen meer tijd en aandacht vragen, zoals (arbeids)migranten, jongeren, en mensen met lage SES of opleiding. Er kwamen verschillende determinanten naar voren bij de BCO-medewerker, die een goede uitvoer van het BCO kunnen beïnvloeden: Het hebben van goede gespreksvaardigheden, een positieve attitude ten aanzien van het werk, de organisatie en collega's, en een positief beeld van de indexen. Aan de andere kant was men kritisch over de (steeds wisselende) protocollen en regels, en vaak ook over de BCO-training. Soms is er sprake van hoge werkdruk en weinig tijd voor feedback en reflectie. Bij moeilijke gesprekken had men het gevoel vaardigheden te missen.

Ook ten aanzien van indexen waren er determinanten die een goede uitvoer van het BCO-gesprek kunnen beïnvloeden. De BCO-medewerkers gaven aan dat bij de meeste indexen de kennis over het BCO en de GGD laag is en de ernst van corona niet altijd goed wordt ingeschat. De meeste indexen werken goed mee, maar er worden zeker ook kritische vragen gesteld en zorgen geuit over het delen van contactgegevens en de

privacy. Verder worstelen indexen rondom corona, het BCO en de I&QM regelmatig met emoties (zoals angst en schaamte), sociaal-culturele normen en (familie)banden, en een gebrek aan vaardigheden (deels door taalbarrières). Veel indexen worstelen met de grote hoeveelheid informatie en het onderscheid tussen betrouwbare informatie en desinformatie. De gesprekken met de sleutelfiguren over hoe het BCO verloopt binnen hun gemeenschap geven een beeld dat grotendeels overeenkomt met de resultaten van de BCO-medewerkers. Aanvullend kwam in deze gesprekken naar voren dat indexen soms moeite hebben met de hoeveelheid vragen en het belang van deelname aan het BCO misschien niet altijd voldoende erkennen en daarom niet altijd goed meewerken.

Uit de interviews met de sleutelfiguren blijkt verder dat hun gemeenschap over het algemeen bereidwillig is om aan corona maatregelen mee te werken, maar de sociale beperkingen worden moeilijk gevonden. Een beperkte kennis over en een lage risicoperceptie ten aanzien van corona spelen mogelijk een rol, naast culturele waarden en normen, zoals gastvrijheid, behoefte aan (lichamelijk) contact, en het ervaren van sociale druk. Men kan een kritische houding hebben ten aanzien van het beleid, deels gevoed door misinformatie en complottheorieën of door een andere Corona aanpak in het land van herkomst.

Wat betreft de uitvoer van de I&QM gaven de sleutelfiguren aan dat een positieve houding ten aanzien van de maatregelen en voldoende kennis en vaardigheden om deze uit te voeren, van invloed kunnen zijn op een goede uitvoer. Echter, hieraan ontbreekt het nog weleens. Verschillende praktische zaken, zoals krappe behuizing/gezinsgrootte of de werksituatie, spelen zeker ook een rol.

Op basis van de resultaten worden er in de discussie aanbevelingen geformuleerd voor het verbeteren van het uitvoeren van het BCO en de I&QM, zowel voor de huidige coronapandemie

als voor toekomstige pandemieën. Met name op het gebied van de informatievoorziening lijkt er op alle linies veel winst te behalen. Voor het BCO zijn belangrijke punten van aandacht de gesprekstechnieken (o.a. cultuursensitiviteit), consistentie in de protocollen en het beleid, en het waarborgen van (mentale) ondersteuning voor de BCO-medewerkers. Voor de index en het algemene publiek moeten kennis en bewustzijn ten aanzien van het belang en proces van BCO worden vergroot, de privacy rondom BCO-deelname overtuigend wordt gewaarborgd en gecommuniceerd, en taalbarrières worden overbrugd. Om de uitvoer van de isolatie- en

quarantainemaatregelen te bevorderen is er meer aandacht nodig voor consistentie en vereenvoudiging van de maatregelen, (praktische en mentale) ondersteuning voor de index, vergroten van de vaardigheden van de index om barrières veroorzaakt door gevoelens van schaamte en schuld te overkomen, en bestrijding van eenzaamheid. Tot slot bleek dat er al veel activiteiten binnen de gemeenschappen zelf zijn opgezet om de informatievoorziening te bevorderen en de I&QM te ondersteunen; dit zou gemeenten en GGD-en kunnen faciliteren om deze gemeenschappen te bereiken.

# Inhoud

1	Achtergrond	7
2	Methode	9
2.1	Design	9
2.2	Deelnemers	9
2.3	Organisatiestructuur BCO	9
2.4	Werving & procedure	10
2.5	Interviewprotocol	10
2.6	Data-analyse	11
3	Resultaten	12
3.1	Visie van de BCO-medewerkers op het BCO	12
3.1.1	Uitvoering van het BCO	12
3.1.2	Individuele determinanten BCO-medewerker	14
3.1.3	Externe determinanten BCO-medewerker	17
3.2	Visie van BCO-medewerkers op de index	19
3.2.1	Deelname index aan BCO	20
3.2.2	Waargenomen individuele determinanten van de index	22
3.2.3	Waargenomen externe determinanten van de index	24
3.3	Visie van de sleutelfiguren op de eigen gemeenschap	26
3.3.1	Beleving coronapandemie en de algemene maatregelen	26
3.3.2	Beleving van het bron- en contactonderzoek	30
3.3.3	Het uitvoeren van de quarantainemaatregelen	32
4	Discussie, conclusie en aanbevelingen	35
4.1	Discussie	35
4.2	Beperkingen van het onderzoek	39
4.3	Conclusies en aanbevelingen	39
5	Woord van dank	40
	Referenties	41





# 1 Achtergrond

Bron- en contactonderzoek (BCO) rondom een bevestigd COVID-19 geval is - naast de algemene coronamaatregelen en het testbeleid - één van de belangrijke manieren om de verdere verspreiding van COVID-19 te voorkomen. Met behulp van BCO kunnen mogelijke nieuwe COVID-19 gevallen snel worden opgespoord en indien nodig gemotiveerd tot quarantaine en/of isolatie om verdere verspreiding te voorkomen. Daarnaast is het BCO-gesprek belangrijk voor het instrueren en ondersteunen van de patiënt (de zogenaamde index) bij het uitvoeren van de isolatiemaatregelen, om ook op deze wijze verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Het is essentieel dat alle relevante contacten tijdig bereikt worden en dat indexen en contacten zich aan isolatie- en quarantainemaatregelen (I&QM) houden, om (presymptomatische) transmissie buiten en binnen het eigen huishouden te voorkomen.

Tijdens BCO worden huisgenoten, andere nauwe contacten en overige contacten geïnventariseerd door middel van een telefonisch gesprek met de index. Hierbij worden (voor de transmissie relevante) contacten vanaf twee dagen voor de eerste ziekte dag in kaart gebracht. Het advies voor de I&QM is complex en situatie-afhankelijk, vooral met betrekking tot de duur van de maatregelen. Deze hangt af van of het gaat om een index of een contact en of er wel of geen sprake is van coronagerelateerde klachten. De regels die altijd gelden bij I&QM zijn dat je je binnenshuis afzondert en contact vermijdt om te voorkomen dat je andere mensen besmet ([www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/quarantaine-en-isolatie](http://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/quarantaine-en-isolatie)).

Er is nog erg weinig bekend over hoe het BCO en de uitvoer van de I&QM verloopt, en of er populaties zijn waar het makkelijker of moeilijker gaat. Ook is er weinig bekend over welke factoren bijdragen aan een goede uitvoer van het BCO-gesprek en het goed in kaart brengen van contacten, en welke factoren het uitvoeren van de I&QM

beïnvloeden. De literatuur over BCO en I&QM is beperkt, vooral in het geval van de COVID-19 pandemie. Ook is er nauwelijks iets bekend over hoe het BCO en de I&QM (en de instructie daarvan) worden ervaren door zowel BCO-medewerkers als de indexen en de contacten. Om meer inzicht te krijgen in de uitvoering van het BCO en de I&QM, en de determinanten die hierop van invloed kunnen zijn, heeft de GGD-Rotterdam-Rijnmond een kwalitatief onderzoek opgezet onder BCO-medewerkers, sleutelfiguren en indexen in de regio Rotterdam.

Verschillende studies hebben aangetoond dat sommige bevolkingsgroepen onevenredig zwaar zijn getroffen door de coronapandemie. Daarom is er in het hier gepresenteerde onderzoek gekeken of er sprake is van populatieverschillen ten aanzien van het BCO en de I&QM. We hebben in het onderzoek geprobeerd in kaart te brengen of en waarom sommige bevolkingsgroepen (bijv. op basis van leeftijd, migratieachtergrond of opleidingsniveau) mogelijk meer moeite hebben met deelname aan het BCO en de uitvoer van de I&QM.

Voor de opzet en uitvoer van het onderzoek is een socio-ecologische benadering gebruikt (Kok et al., 2008). Dat wil zeggen dat een individu of een problemsituatie niet los wordt gezien van wat er in de omgeving gebeurt. Er wordt dus gekeken naar het geheel van actoren, activiteiten en settings die mogelijk van invloed zijn op een situatie of (on)gewenst gedrag. Meer specifiek zijn we niet alleen op zoek gegaan naar zogenaamde individuele determinanten (zoals bijvoorbeeld kennis, attitude en vaardigheden), maar ook naar omgevingsdeterminanten (zoals ontvangen training of ondersteuning). Het is relevant om dit onderscheid te maken voor de eventuele volgende stap: het selecteren van de juiste doelgroepen voor het ontwikkelen en implementeren van interventies.



Met de resultaten van dit onderzoek kunnen, indien nodig, interventies op maat worden ontwikkeld om een goede uitvoering van BCO en I&QM te stimuleren, voor huidige en toekomstige pandemieën. In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van de gesprekken met de BCO-medewerkers en sleutelfiguren. De gesprekken met de indexen worden in een apart rapport gepresenteerd (Deel 2: indexen).

## 2 Methode

### 2.1 Design

Voor deze kwalitatieve dataverzameling is gebruik gemaakt van telefonische semigestructureerde diepte-interviews met BCO-medewerkers en sleutelfiguren uit de regio Rotterdam.

### 2.2 Deelnemers

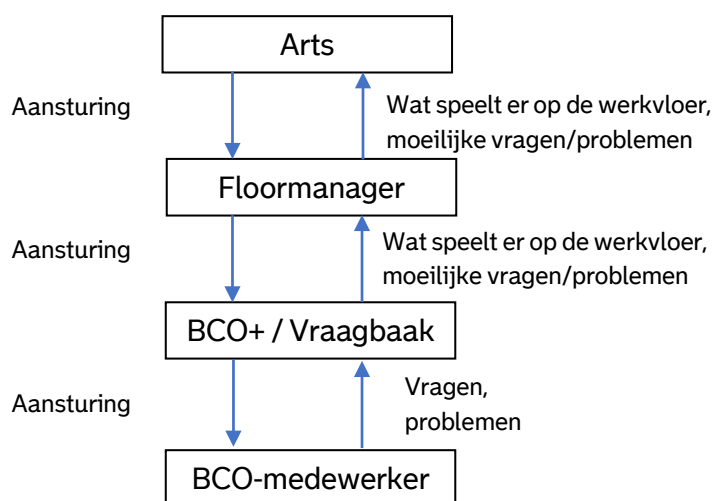
BCO-medewerkers: In totaal hebben 9 BCO-medewerkers deelgenomen aan dit onderzoek, drie mannen en zes vrouwen. De leeftijd varieerde tussen de 20 en 43 jaar. Eén deelnemer had een Nederlandse achtergrond, één was Nederlands/Iraans, twee Surinaams-Hindoestaans, twee Marokkaans, één Ghanees, één Turks en één Hongaars. De deelnemers hadden verschillende functies binnen het BCO (zie volgend kopje: Organisatiestructuur BCO). We spraken 1 arts, 2 floormanagers, 1 vraagbaak en 5 medewerkers die de BCO-gesprekken met de indexen voerden.

Sleutelfiguren: In totaal hebben 34 sleutelfiguren deelgenomen aan dit onderzoek, waarvan 15 mannen en 19 vrouwen in de leeftijd van 25 jaar tot 67 jaar oud. Vier sleutelfiguren hadden een Nederlandse achtergrond, vijf Turks, acht Marokkaans,

zes Surinaams, vijf Caribisch, vijf Kaapverdisch en één Somalisch. De sleutelfiguren hadden uiteenlopende posities/functies in hun gemeenschappen: gezondheidsvoorlichters, jongerenwerkers, artsen, voorzitter van verenigingen, sociale werkers, leden van religieuze gemeenschappen etc.

### 2.3 Organisatiestructuur BCO

De interne organisatie van het BCO bestaat uit ongeveer 4 lagen. De BCO-medewerkers zijn de uitvoerende laag, zij voeren de telefoongesprekken met de indexen en richten zich voornamelijk op het BCO. De telefoontjes met betrekking tot de uitvoering van de I&QM (monitoring) wordt meestal door anderen/externen gedaan, maar dit wisselt per periode in de pandemie (drukke/tijdsgebrek op de BCO-werkvloer). BCO-medewerkers worden aangestuurd door BCO+ medewerkers, ook wel vraagbaken genoemd. Elke vraagbaak heeft 5-10 BCO-medewerkers onder zich. De vraagbaken worden aangestuurd door floormanagers, die eindverantwoordelijk zijn, zij koppelen vervolgens weer terug aan de artsen.



Figuur 1: Organogram van de BCO-organisatie

## 2.4 Werving & procedure

### *BCO-medewerkers*

De eerste deelnemers zijn geworven via een arts infectieziekten werkzaam bij BCO en twee floormanagers. Via een geïnterviewde floormanager zijn vervolgens andere medewerkers geworven. Eén van de selectiecriteria was een minimale werkervaring van ongeveer twee maanden als BCO-medewerker, zodat er voldoende werkervaring was om iets zinnigs te kunnen zeggen over het (verloop van het) BCO. Door de gestage uitbreiding bij het BCO-team waren er uiteindelijk enkele deelnemers die toch een kortere werkervaring hadden. Daarnaast is er geprobeerd om deelnemers met diverse achtergronden te werven om zo veel mogelijk verschillende perspectieven te horen. De interviews zijn telefonisch afgenomen tussen juli 2020 en december 2020 en duurden tussen de 37 en 100 minuten, met een gemiddelde van 70 minuten.

### *Sleutelfiguren*

Een sleutelfiguur is als volgt gedefinieerd: iemand die nauw contact heeft met (een deel van) de gemeenschap en/of een belangrijke of invloedrijke positie heeft binnen de gemeenschap. De eerste sleutelfiguren zijn geworven via het bestaande netwerk van de GGD. Daarnaast zijn verschillende lokale organisaties/instanties benaderd, en ook via de 'sneeuwbalmethode' zijn deelnemers geworven. In totaal zijn 44 mensen benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan een onderzoek over hoe hun gemeenschap aankeek tegen corona, de coronamaatregelen, het BCO en de quarantainemaatregelen; hiervan hebben er 34 meegedaan (77%). De werving vond plaats tussen oktober 2020 en april 2021 en de interviews zijn afgenomen tussen november 2020 en mei 2021. De lengte van de interviews varieerde tussen 27 minuten en 101 minuten, met een gemiddelde van 62 minuten.

Met alle deelnemers is een afspraak gemaakt voor een telefonisch interview op een dag en tijd naar keuze. Zowel tijdens de werving als ook voor aanvang van het interview kregen de deelnemers uitleg over het doel en de procedure van het interview. Ook is er uitleg gegeven rondom anonimiteit, privacy en opslag van gegevens, en is er toestemming gevraagd voor een geluidsopname van de interviews. Deelnemers hebben mondeling toestemming gegeven voor het interview aan het begin van de opname. Eén deelnemer gaf geen toestemming voor voice-recording. Van dit interview is een samenvatting gemaakt. Het onderzoeksprotocol en de topiclijsten zijn door de Medisch Ethische Toetsings Commissie van het Erasmus MC beoordeeld als niet WMO-plichtig. (MEC-2020-0877).

## 2.5 Interviewprotocol

Voor zowel de interviews met BCO-medewerkers als met de sleutelfiguren is er gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewprotocol. Het protocol is thematisch ontwikkeld met als belangrijkste onderdelen het BCO en de isolatie- en quarantainemaatregelen. Met de BCO-medewerkers is vooral uitgebreid gesproken over het BCO: hun werkervaring, het contact met de indexen, procedures en protocollen, en de training die ze hebben gehad als voorbereiding op de BCO-werkzaamheden. Met de sleutelfiguren is naast het BCO ook gesproken over de beleving van corona en de maatregelen in het algemeen en meer specifiek de ervaring met de I&QM binnen de eigen gemeenschap. Daarnaast is zowel met de BCO-medewerkers als met de sleutelfiguren gesproken over mogelijke verschillen tussen populaties in de beleving van het BCO, de I&QM, en corona en de maatregelen in het algemeen. Vervolg vragen zijn gebaseerd op gezondheidstheorieën (bijv. de theorie van gepland gedrag, het health belief model), determinanten van innovatieprocessen, en een brainstorm van mogelijke overige determinanten van het gedrag.

## 2.6 Data-analyse

De interviews zijn opgenomen, volledig getranscribeerd en vervolgens gecodeerd met het programma Atlas-ti (Versie 9). De samenvatting van de deelnemer die niet instemde met de opname is op dezelfde wijze gecodeerd als de transcripten. De wijze van codering die is gebruikt is gebaseerd op het principe van Grounded Theory. Daarbij hebben we de codenamen zoveel mogelijk laten matchen met theoretische concepten uit de wetenschappelijke literatuur. Drie soorten coderingen zijn gebruikt: open codering, axiale codering en selectieve codering. De codering van de transcripten is besproken en onderling afgestemd door twee onderzoekers. Bij verschil in interpretatie werd de codering besproken tot overeenstemming werd bereikt. Het samenvatten van de code-output is grotendeels ook besproken en onderling afgestemd door twee onderzoekers tot overeenstemming werd bereikt.





# 3 Resultaten

Eerst worden de resultaten van de gesprekken met de BCO-medewerkers gepresenteerd. Dit bestaat uit twee onderdelen: De visie van de BCO-medewerker op het BCO gevolgd door de visie van de BCO-medewerker op de index. Daarna volgen de resultaten van de gesprekken met de sleutelfiguren. De visie van de sleutelfiguren is opgedeeld in drie stukken: Beleving van de coronapandemie en de algemene maatregelen, visie op het BCO, en visie op het uitvoeren van de isolatie- en quarantainemaatregelen. Gezien de kleine samples is bij de quotes geen achtergrondinformatie toegevoegd over de deelnemer (zoals leeftijd, geslacht of functie) om de privacy van de deelnemers te waarborgen. Bij de sleutelfiguren is wel de culturele achtergrond vermeld.

## 3.1 Visie van de BCO-medewerkers op het BCO

In dit deel wordt eerst de visie van de BCO-medewerkers op de uitvoering van het BCO beschreven, gevolgd door de individuele en externe determinanten van de BCO-medewerkers, die de uitvoering van het BCO kunnen hebben beïnvloed.

### 3.1.1 Uitvoering van het BCO

Over het algemeen hadden de BCO-medewerkers positieve gesprekservaringen en soms ook erg persoonlijke gesprekken. BCO-medewerkers lijkten verschillende technieken in te zetten om de gesprekken zo goed mogelijk te laten verlopen en zo veel mogelijk informatie op te halen. Volgens hen werken de volgende technieken goed: een positieve en empathische toon, inzet van humor, vriendelijk en rustig blijven, een luisterend oor bieden en geruststellen (m.b.t. verloop corona of gevolgen deelname BCO).

"Er zijn ook mensen die echt denken van, die echt vragen van: 'Ga ik nu dood?' Ja, dat kan natuurlijk niemand voorspellen, maar ik vind wel dat zij iemand nodig hebben die gewoon naar ze luistert

eigenlijk. Soms gaat het niet eens om dat je antwoordt, maar dat je gewoon luistert naar waar iemand mee zit." (BCO-medewerker 3)

De indexen krijgen slecht nieuws te horen en moeten de BCO-medewerkers kunnen vertrouwen met het doorgeven van privacygevoelige informatie.

"...als ik dan vaak aangeef van, wij doen hier niks mee, het is geen informatie die naar de UWV gaat, dit is geen informatie die naar de belastingdienst gaat, dan zeggen ze vaak wel 'Oké, nou dan...' en dan komt de informatie wel 9 van de 10 keer. Maar ik moet het wel even bevestigen van hè, we sturen niet, we bellen de belastingdienst niet op. En die bevestiging willen ze vaak toch nog wel even hebben om bepaalde informatie te delen." (BCO-medewerker 1)

Ook de tijd nemen voor een gesprek, je niet te strak aan het belscript houden, een gesprek voeren i.p.v. een kruisverhoor en interesse tonen door bijvoorbeeld te vragen naar iemands gezondheid lijkt goed te werken. In sommige gevallen moest de BCO-medewerker creatief en volhardend zijn om de goede informatie te krijgen of over te brengen, zoals de boodschap herhalen, vragen herformuleren, terugbellen of de index terug laten bellen, doorzetten naar een collega met meer ervaring of die de cultuur beter kent. Bij moeilijke vragen van de index was dat uitzoeken en terugbellen of doorverwijzen.

"En ik controleer, en dat doe ik ook bij iedereen eigenlijk van: 'Heeft u alles begrepen, zijn er nog vragen, zijn er nog dingen onduidelijk?' En toen was er een mevrouw, die zei van ja, waarschijnlijk als je de telefoon ophangt, heb ik dan een vraag daarna. Toen heb ik met die mevrouw afgesproken, het was wel een Nederlandse mevrouw, maar ze was 84 en ze had allemaal kwaaltjes, en toen zei ik: 'Nou weet u, dan maak ik met u de afspraak, dat ik u even over een half uur terugbel'. En dat vond ze heel fijn en toen had ze inderdaad wat dingen bedacht." (BCO-medewerker 6)

Daarnaast gaven meerdere BCO-medewerkers aan dat de volgende factoren een positieve rol spelen in de gesprekken: geduld bewaren, een lange adem hebben, index/contact serieus nemen, nooit hardop veroordelen, meebewegen met de bezwaren en weerstand, meedenken, goed uitleggen, adviseren (en niet dwingen), belang van deelname aan de I&QM benadrukken en herhalen, maar geen schuldgevoel aanpraten.

"Nou in eerste instantie probeer ik die man gewoon op zijn gemak te laten voelen en niet wat diegene zegt - ook al vind jij het zelf wel onzin - niet weg te zetten als onzin, meegaan in de gevoelens, zeggen van 'Nou ik begrijp dat u er een andere kijk op heeft, ik begrijp dat u zich in ieder geval erin verdiept'." (BCO-medewerker 2)

"Veel buitenlandse mensen weten niets over het bron- en contactonderzoek, inhoud, doel van het gesprek, waarom gegevens opvragen en wat ermee wordt gedaan. Als je dit duidelijk en rustig uitlegt, dan zullen mensen het belang van goed BCO-gesprek begrijpen en willen dan meehelpen." (BCO-medewerker 5)

### *Gesprekken die lang duren*

De BCO-medewerkers noemden dat onder andere taalbarrières (door lage SES of migratie-achtergrond) ervoor kunnen zorgen dat gesprekken lang duren. Vanuit beide kanten (de BCO-medewerker versus de index/contact) wordt er dan steeds om verheldering gevraagd en dat kost tijd. Vaak wordt geprobeerd dit soort gesprekken door te zetten naar een collega met meer ervaring of een collega die de betreffende taal machtig is (er is een lijstje met welke talen de verschillende collega's spreken). Bij jongeren kan het meer tijd kosten om hun 'netwerk' in kaart te brengen. Bij indexen met grote gezinnen en/of indexen die veel contact hebben gehad is het netwerk van nauwe contacten erg groot, waardoor een gesprek lang duurt. Bij mensen die veel zorgen hebben kan een BCO-medewerker veel tijd kwijt zijn met geruistellen en een luisterend oor bieden.

### *Waargenomen kwaliteit BCO-gesprek*

Een hoge werkdruk (bijvoorbeeld tijdens hoge infectiedruk), het steeds veranderen van regels en een BCO-team met steeds wisselende collega's leiden tot het beperkt kunnen ophalen van informatie tijdens BCO, verwarring en dat er meer fouten worden gemaakt.

"Want [...] elke dag verandert er wel iets, en dat is zowel voor ons, voor de floormanagers als voor de artsen, als voor de plussers, als voor de regulieren, voor iedereen is dat gewoon verwarrend en aanpoten. En we maken daardoor ook fouten, omdat het elke dag weer verandert en elke dag zijn er weer andere mensen. Niet iedereen die werkt elke dag, dus het is heel veel mensenwerk en daardoor zit er ook heel veel ruimte in voor fouten." (BCO-medewerker 1)

Indexen zijn minder bereid tot deelname wanneer ze erg laat worden gecontacteerd (meer dan een week na testafname) of in periodes dat besmettingen heel laag zijn; de relevantie wordt dan minder ervaren.

"Ik denk dat het grootste knelpunt soms kan zijn dat mensen te laat worden benaderd door de GGD. Vooral wanneer het gaat om mensen met een andere culturele achtergrond en niet de taal spreken, die worden doorgestuurd naar een BCO-medewerker met dezelfde achtergrond. Alleen daardoor kan het voorkomen dat soms casussen heel lang niet benaderd worden, omdat het dan lang duurt voordat iemand gebeld kan worden. Zo was er bijvoorbeeld een contact naar school gegaan terwijl hij in quarantaine moest. Maar dat kwam doordat het dossier langer is blijven liggen en hij niet op tijd geïnformeerd was." (BCO-medewerker 5)

De kwaliteit van externe bedrijven/organisaties die voor het BCO-gesprek worden ingezet, zoals de ANWB of het Rode Kruis, laat volgens de deelnemers te wensen over. Andere factoren die volgens de deelnemers niet bevorderend werken voor de kwaliteit van het BCO: inzet van tussenpersonen (bijv. tolken, familie) tijdens een gesprek, heel veel informatie geven, lean version<sup>1</sup> (te veel verantwoordelijkheid bij de index), alleen tijdens kantooruren werken, werkdruk/te laat bellen, privacy gevoeligheid en ontbrekende contactinformatie van contacten.

### 3.1.2 Individuele determinanten BCO-medewerker

Tijdens de interviews kwamen de volgende individuele determinanten van de BCO-medewerker naar voren: kennis en vaardigheden, en de attitude ten aanzien van indexen, werk, organisatie, werkprotocollen & beleid, en collega's.

#### *Kennis & vaardigheden van de BCO-medewerker*

Over het algemeen lijken de BCO-medewerkers wel de kennis en vaardigheden te bezitten om het BCO goed uit te voeren (b.v. technieken zoals geruststellen, vragen herhalen etc.). Enkele BCO-medewerkers gaven aan dat kritische of moeilijke vragen van de index niet altijd goed beantwoord kunnen worden en dat niet alle BCO-medewerkers de situatie of context van de index goed kunnen inschatten of (her)kennen. Ook is er niet altijd voldoende kennis of zijn er niet de vaardigheden bij de BCO-medewerker om goede oplossingen te vinden voor obstakels waar de index tegen aanloopt bij de uitvoer van de I&QM of voor obstakels tijdens de uitvoer van het BCO. Daarnaast werd gemeld dat de computervaardigheden en gesprekstechnieken soms wel beter kunnen. Volgens een BCO-medewerker kan dit gebrek aan

kennis van invloed zijn op de kwaliteit van het BCO.

*"Nou ja, er komen steeds meer van dat soort kritische vragen en het is belangrijk dat je als BCO-medewerker vanuit de GGD wel kan meegeven, waarom dat zo is en waarom wij die informatie willen hebben en wat we ermee doen. En je ziet dat dat soort kennis, dat zit er vaak niet in."*  
(BCO-medewerker 1)

BCO-medewerkers gaven aan dat het een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de opgehaalde informatie, als je de context, taal of cultuur van de index (her)kent en gesprekstechnieken goed beheerst. Je stelt dan toch net andere vragen waarmee je andere informatie ophaalt. Ook helpt het als je goed kunt omgaan met moeilijke situaties/ gesprekken, bijvoorbeeld als een index boos of angstig reageert of niks van je wilt aannemen.

#### *Attitude ten aanzien van indexen*

BCO-medewerkers toonden enerzijds veel empathie en begrip voor de indexen die ze aan de telefoon kregen, anderzijds lieten ze zich ook kritisch uit. BCO-medewerkers leken vooral onderscheid te maken tussen mensen die wel en mensen die niet mee willen werken.

*"Als mensen willen meewerken, dan gaat het goed. Het is meer het niet willen meewerken, dat denk ik een grotere blokkade speelt dan de taal."*  
(BCO-medewerker 1)

Men toonde veel empathie, sympathie en begrip voor indexen die de regels niet goed begrepen (omdat ze voortdurend veranderen), niet altijd alle contactgegevens bij de hand hebben (bijv. van collega's), zich zorgen maakten of vragen hebben over de privacy-gevoeligheid, niet willen meewerken als niet duidelijk is waarom, gefrustreerd of heftig reageren op de uitslag (vooral als ze die erg laat ontvangen), en voor indexen die moeite

---

<sup>1</sup> Er worden bij het BCO 5 fases onderscheiden die variëren in intensiteit afhankelijk van de op dat moment beschikbare BCO-capaciteit. Bij de zogenaamde lean version informeert de index

zelf alle contacten. Zie ook: <https://lci.rivm.nl/advies-priorite-ring-bco-herziening>

hebben om zich aan de I&QM te houden (vooral bij een groot gezin, mensen die alleen wonen of studenten). Ook had men begrip voor indexen met een andere mening en indexen die zich niet volledig aan de regels houden 'omdat je ze veel te veel eigen verantwoordelijkheid geeft'.

"... maar ik denk dat het ook heel veel zit in dat mensen van alles horen, vanuit allerlei richtingen, en berichten die elkaar tegenspreken, dat dat heel verwarrend is voor heel veel mensen."  
(BCO-medewerker 2)

"Je moet echt weten waarom we dingen uitvragen, want anders, ja, snap ik ook wel dat mensen niet mee willen werken." (BCO-medewerker 3)

Daartegenover hadden BCO-medewerkers een enkele keer ook wel een meer kritische houding ten aanzien van indexen die dan werden beschreven als niet eerlijk zijn/liegen, zich niet aan de afspraken of regels houden, hun contacten niet informeren, eigenwijs zijn en met 'excuses' komen, lak hebben aan alles en onverschillig of onwetend zijn.

"Er wonen veel meer mensen dan dat ze aangeven. Ik heb bijvoorbeeld mensen gehad, die zeggen: 'O nee, ik ben op dit moment alleen, want ik woon alleen.' En dat je gewoon echt mensen op de achtergrond hoort. Nou ja, dat soort gevallen, dat komt regelmatig voor, ja." (BCO-medewerker 1)

#### *Attitude ten aanzien van werk*

Uit de gesprekken met de BCO-medewerkers kwam ook naar voren wat ze wel en niet waardeerden aan hun (BCO) werk. De positieve kant die werd benadrukt was dat het belangrijk werk is en mensgericht. Het gaat om het leveren van kwaliteit, zorg en hulp voor je medemens, en het leveren van een bijdrage aan het beperken van de coronapandemie. Daarvoor waren ze ook bereid om nog net een tandje harder te werken.

"... wij zijn niet van de handhaving, wij zijn er voor de mensen. Dus heel veel collega's doen ook net even dat extra zetje, of die geven net even iets meer aandacht of die gaan extra op zoek naar ..., weet je wel, dus dat is wel, dat vind ik zelf ook het fijne, dat je in

de publieke sector zit. En dat het dan om iets ernstigs gaat, waar iedereen toch wel het idee heeft, we moeten even iets harder ons best doen, om de mensen een stapje verder te helpen."  
(BCO-medewerker 6)

BCO-medewerkers voelden zich ook verantwoordelijk ten aanzien van hun taken, vinden het belangrijk om het goed te doen, en realiseerden zich dat dit werk ook vraagt om empathisch vermogen en het aangaan van vertrouwelijke gesprekken.

"En we moeten natuurlijk zelf ook altijd up-to-date zijn, zodat we de juiste informatie verstrekken."  
(BCO-medewerker 3)

Het werk is vaak wel aanpoten. Ook had men wel eens het gevoel er alleen voor te staan en trok men het zich soms bijna persoonlijk aan dat er mensen tegen de maatregelen protesteren. Veel BCO-medewerkers vonden het lastig en frustrerend dat ze uiteindelijk totaal geen controle hebben over of mensen nu wel of niet echt meewerken en zich wel of niet goed aan de regels houden.

"Hoe kunnen we dat, zorgen dat dat in ieder geval minder wordt? Dat er geen demonstraties zijn tegen de maatregelen omdat sommige mensen het onzin vinden dat wij dit werk doen." (BCO-medewerker 2)

Tot slot gaven sommige BCO-medewerkers aan dat de administratie veel tijd kost.

#### *Attitude ten aanzien van de organisatie*

BCO-medewerkers benoemden zowel positieve als negatieve aspecten van de corona-organisatie. De positieve aspecten waren dat de interactie met collega's en management laagdrempelig is, dat men open staat voor feedback en oplossingen vanuit de werkvloer, en dat er over het algemeen de ruimte is om de BCO-gesprekken goed uit te voeren.

"En daar waak ik heel erg voor, dus dan neem ik daar ook echt wel de tijd voor. En je krijgt die tijd ook gewoon hier binnen BCO, dus dat is wel heel fijn." (BCO-medewerker 6)



"We hadden voorheen ook altijd een 09:00 uur moment en een 15:00 uur moment, en daar stonden de managers en artsen et cetera ook wel open voor feedback. En als ze merkten dat het een veel voorkomend probleem is, dan zie je dat ze zich daar ook echt op aanpassen en dat het ergens in wordt verwerkt, dus in de werkinstructie of dat duidelijk wordt aangegeven hoe je moet handelen in bepaalde situaties." (BCO-medewerker 3)

De negatieve aspecten die werden benoemd waren dat medewerkers soms een te zware verantwoordelijkheid krijgen en dat verschillende personeelszaken beter konden worden georganiseerd zoals: selectie van personeel, opvang/emotionele ondersteuning van personeel, minder personeelsverloop, en meer variatie in achtergrond van personeel zowel qua taal/cultuur als opleiding/ervaring.

"... hoe pakken we dit aan en wie durft hier, want dat is het ook vaak, wie durft hier de knoop door te hakken en er verantwoordelijkheid voor te nemen. Want nou, heel veel coassistent artsen die bij ons zitten, die maken soms beslissingen, waar zij ook eigenlijk van zeggen, ja, maar ik durf die op dit moment helemaal niet te nemen. En ja, er is op dat moment geen tijd om dat te overleggen of om, hè, er moet nu, nu hebben we antwoord nodig. En ja, dat zijn lastige situaties. We leggen een soort verantwoordelijkheden neer bij mensen, die dit eigenlijk niet zouden moeten nemen." (BCO-medewerker 1)

#### *Attitude ten aanzien van werkprotocollen & beleid*

De landelijke richtlijnen/protocollen van het LCI/RIVM worden gebruikt bij het BCO. Volgens enkele BCO-medewerkers waren deze werkinstructies goed genoeg om ongeveer 70% tot 80% van de BCO-gesprekken goed uit te kunnen voeren, waarbij een BCO-medewerker benadrukte dat het dan wel belangrijk is dat je je goed aan deze instructies houdt. Dit is tegengesteld aan de uitspraak van andere BCO-medewerkers dat de instructies te star zijn en het juist goed is om flexibel met de werkinstructies om te gaan omdat je dan meer een gesprek krijgt in plaats van een kruisverhoor.

Ondanks dat men vond dat de werkinstructies een goede steun waren, werden er ook verschillende kritische punten genoemd. Zo vond men het erg vervelend en verwarrend dat instructies en beleid continu werden aangepast, dat de instructies en vragen te algemeen waren en niet goed aansloten op specifieke groepen, en dat er geen instructies of vervolgstappen waren voor uitzonderingen of lastige situaties.

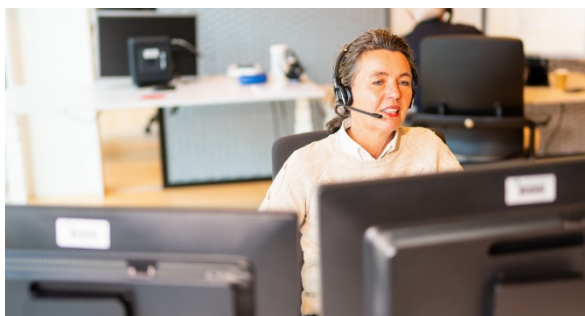
"[...] ik merk bijvoorbeeld dat mijn culturele achtergrond mij ook helpt in het uitvragen van bepaalde vragen, die bijvoorbeeld niet standaard op de vragenlijst staan. Maar doordat je, nou ja, wel bepaalde culturele patronen herkent, weet je toch op welke vlakken je wel door moet vragen en waar niet, zeg maar. [...] Dus wij vragen bijvoorbeeld wel, bent u ergens geweest waar meer dan zoveel personen waren en waar u minder dan 1,5 m afstand heeft gehouden? Maar dat is zo'n algemene vraag, dat iedereen daar bijna standaard nee op antwoordt. Terwijl als je dan doorvraagt, ja, maar bent u naar een moskee geweest, heeft u voordat u naar de moskee bent geweest, heeft u toen nog theegedronken met iemand, of heeft u misschien nog een sigaretje gerookt met iemand, of heeft u na de moskee nog... en dan komen er ineens hele andere dingen weer uit. [...] En ik vind eigenlijk dat er daarin gevarieerd zou moeten worden voor verschillende culturele achtergronden. Dus dat je eigenlijk voor bepaalde doelgroepen een soort aangepaste versie zou moeten maken, en dat je dan daarin al dekt dat extra dingen gevraagd moeten worden. [...] En nou ja, je kunt er dan voor kiezen om te zeggen, we doen het met [een BCO-medewerker met] dezelfde migratieachtergrond, maar van mijn part hoeft dat niet per se, als ze maar wel weten, dat daar andere werkinstructies voor gelden." (BCO-medewerker 1)

Iemand gaf aan dat een lijstje met korte uitleg en vertaling van medische termen fijn zou zijn. Daarnaast werd benadrukt dat de zogenaamde 'lean version' van het BCO-protocol niet goed werkt, veel te weinig informatie oplevert en veel te veel verantwoordelijkheid bij de index neerlegt.

### *Attitude ten aanzien van collega's*

BCO-medewerkers merkten positieve en minder positieve punten op ten aanzien van hun collega's en het uitvoeren van het BCO-gesprek. Positief was dat de collega's echt hun steentje willen bijdragen en bereid zijn om indexen/contacten extra aandacht te geven wanneer ze vragen hebben. Er werd echter ook opgemerkt dat het collega's nog wel eens ontbrak aan vaardigheden en ervaring, zoals gesprekstechnieken, culturele/taal-ervaring en doorzettingsvermogen/geduld, wat ten koste gaat van de kwaliteit van de opgehaalde informatie.

"In ieder geval de intentie zie je wel zichtbaar. Soms is het gebrek aan kennis of ervaring dat ik denk van, ja niet zo handig, maar je hebt geen callcenter medewerkers in dienst genomen met een callcenter opleiding of wat dan ook, hè." (BCO-medewerker 4)



### **3.1.3 Externe determinanten BCO-medewerker**

Als mogelijke externe determinanten van de BCO-medewerker die de uitvoer van het BCO kunnen hebben beïnvloed kwamen tijdens de interviews naar voren de tijdsdruk, collegiale interactie, en de aansturing en ondersteuning vanuit het management. Daarnaast lijken de protocollen, het beleid en de BCO-training een rol te spelen.

#### *Tijdsdruk*

De ervaren tijdsdruk hangt af van de infectiedruk: hoe meer besmettingen, hoe meer BCO-gesprekken. Bij hoge infectiedruk wordt het BCO aangepast, waardoor er minder wordt uitgevraagd tijdens het BCO.

"Alleen nu met die stijgende aantallen hebben ze ook de gehele procedure omgegooid, de procedure korter gemaakt, zodat je meer mensen kan bereiken en de uitslag kan delen. [...] Dan neemt ook de druk toe op de tijd die je voor mensen kan nemen." (BCO-medewerker 4)

### *Collegiale interactie, aansturing en ondersteuning vanuit management*

Enkele deelnemers gaven aan dat men met vragen/problemen bij de vraagbaak kan aankloppen, dat er wordt aangeraden om je pauzes te nemen en dat men aan de bel mag trekken wanneer men een vervelend BCO-gesprek heeft gehad.

"Ik heb af en toe, komt er wel eens iemand mijn kamer binnenlopen en die zegt, nou, ik heb nu zo'n vervelend gesprek gehad. Nou ja, en dan vertellen ze dat even, dan luchten ze dat even uit, en vaak is het daarna ook weer goed. Het is gewoon even dat ze hun ei kwijt willen." (BCO-medewerker 1)

De vraagbaken kunnen de vragen en problemen vervolgens bespreken met de floormanagers, die op hun beurt weer met de artsen kunnen overleggen. Er is in principe ook een dagelijks overleg gepland met zowel de vraagbaken, de floormanagers als de artsen om zaken en eventuele problemen af te stemmen en op te lossen. De lijntjes met de werkvloer zijn kort. Men voelt zich gehoord wanneer men (knel)punten aandraagt, feedback vanuit de werkvloer wordt wel opgepikt.

De BCO-medewerkers vinden het belangrijk dat er ruimte is voor reflectie en feedback op het werk, maar in de realiteit lukt het vaak niet door de hoge werkdruk. Daarnaast sta je er tijdens een (moeilijk) BCO-gesprek uiteindelijk toch alleen voor. Ook gaven enkele deelnemers aan dat kwaliteitsverschillen tussen medewerkers/BCO-gesprekken niet worden opgepakt door het management/de begeleiding.

#### *Protocollen en beleid*

De deelnemers beschreven het beleid en de protocollen als volgt: voor de BCO-uitvoer wordt gebruik gemaakt van een belprotocol of werkinstructie. Deze werkinstructie wordt steeds

afgestemd op het dan geldende (corona-)beleid en de LCI-richtlijnen. Het beleid kan sterk wisselen, en daarmee ook de werkinstructies, afhankelijk van de pandemische-situatie op dat moment en nieuwe inzichten. Dit maakt het werk voor alle BCO-medewerkers soms lastig en chaotisch en vraagt om veel aanpassingsvermogen. Werkinstructies kunnen ook worden aangepast op basis van ervaringen op de werkvloer. De werkinstructie/het bel-protocol is een standaard stappenplan met standaardvragen. Het bevat ook een toelichting of onderbouwing voor waarom deze vragen worden gesteld.

*"... als ik dus merk dat iemand, ja, wel wat terughoudend is, dat staat ook in de werkinstructie, dan kan je aangeven dat het geen juridische gevolgen zal hebben. En ja, dus bijvoorbeeld als iemand naar een feestje is geweest, wat dus eigenlijk niet mocht, dan geven we wel aan, het zal geen gevolgen hebben, maar we hebben deze informatie nu nodig om uw gezondheid en andermans gezondheid te waarborgen." (BCO-medewerker 3)*

Van BCO-medewerkers wordt verwacht dat ze zich aan de werkinstructies houden en niet van het belprotocol afwijken. Dit om te zorgen voor eenduidige boodschappen aan alle indexen/contacten. De nadruk ligt op het BCO en uitleg van de I&QM waar de persoon zich aan moet houden. Er is voor de index ruimte om vragen te stellen, maar afhankelijk van de werkdruk kan er niet altijd uitgebreid worden ingegaan op I&QM obstakels. Er wordt bij het eerste gesprek in ieder geval niet specifiek naar gevraagd, dat gebeurt tijdens het monitorgesprek.

*"...in principe leg je de maatregel uit, vraag je of de gene het begrijpt. En ja, checken of iemand de maatregelen goed heeft nageleefd, doe je dan achteraf. Dat je na een paar dagen weer belt en vraagt van: 'O, hoe is het gegaan? Maar dat doet dan weer een andere afdeling.'" (BCO-medewerker 3)*

Lastige vragen of niet meewerkende indexen/contacten worden doorgezet naar meer ervaren BCO-medewerkers. In de basis worden de BCO-gesprekken in het Nederlands of in het Engels

uitgevoerd. Er lijkt geen officieel beleid of protocol voor andere talen. Op de werkvloer is dit opgelost door een lijstje te maken van welke talen collega's machtig zijn. Bij taalproblemen wordt een gesprek, indien mogelijk en beschikbaar, doorgezet naar een collega die de taal van de index/het contact spreekt.

BCO-medewerkers registreren het wanneer een index niet meewerkt met BCO of aangeeft problemen te verwachten bij de uitvoer van I&QM. De index krijgt ook uitgebreide informatie via de mail die tevens met contacten kan worden gedeeld. Daarnaast kunnen indexen werkgeversbrieven krijgen waarmee de werkgever (eventueel gepersonaliseerd) op de hoogte kan worden gesteld van de situatie van de index.

### *BCO-training en attitude ten aanzien van de training*

Hoe de training er uitzag hing af van in welke fase van de pandemie men de training volgde. Deelnemers geven aan dat in het begin van de pandemie de training voor BCO-medewerkers nog heel beperkt was. Er was een inwerk/kennismakingsdag waarop men algemene informatie ontving over de GGD en wat BCO inhoudt, en waarbij je uitleg kreeg over de systemen en programma's waarmee wordt gewerkt. Een deelnemer vertelde dat er ook informatie werd gegeven over mogelijke knelpunten, wat er van je gevraagd zou worden in je functie en wat je kon verwachten. Er zat geen uitgebreide training in met betrekking tot gesprekstechnieken, oefenen met rollenspellen of culturele factoren. Vervolgens liep je een dag mee met een ervaren BCO-medewerker en daarna ging je zelf aan de slag en was het learning-by-doing. Er was wel altijd een vraagbaak of begeleider aanwezig. Deelnemers gaven aan dat er naderhand een uitgebreider, meer gestructureerd scholingstraject is opgezet, van drie dagen, met verschillende fases die je moet doorlopen, en waarbij je na een go/no-go moment door kan naar de volgende fase.

“En nu heb je echt fase 1, en in fase 1 leer je dan een contactdossier aanmaken, en in fase 2 ga je dan ook echt bellen met de index en nu is het allemaal heel netjes gefaseerd en opgebouwd en zijn er werkinstructies van. Maar ik ben nog best wel in het diepe gegooid in het begin, zeg maar.”

(BCO-medewerker 1)

In het nieuwe, uitgebreidere traject is ook meer ruimte ingeruimd voor bijvoorbeeld omgaan met moeilijke gevallen, tonen van empathie en dergelijke, maar gesprekstechnieken en culturele diversiteit lijken nog steeds niet uitgebreid aan bod te komen. Verder gaven deelnemers aan dat tijdens de training duidelijk werd gemaakt dat iedereen zijn eigen stijl heeft, dat er werd aangemoedigd een eigen script op te zetten en dat er aandacht was voor omgaan met agressieve indexen.

“Nee, eigenlijk niet [aandacht] voor verschillende gesprekstechnieken. Het ging vooral, ja, om het feit dat je de informatie krijgt die je moet hebben. En ik heb het gevoel dat ze vooral het bericht meegaven, dat je een beetje je eigen draai eraan moest geven, wat natuurlijk niet altijd even handig is, omdat je dan verschillende soorten gesprekken voert, zeg maar, als je met zoveel medewerkers bent. Dus ja, er was ook niet echt aandacht voor gesprekstechnieken.”

(BCO-medewerker 3)

De reacties op wat men van de training vond en of het voldoende was, waren wat verdeeld. Gezien de tijdspanne waarin de data verzameld zijn en het feit dat de training tussentijds verder werd ontwikkeld is het lastig in te schatten in hoeverre de reacties ook nog gelden voor de huidige aanpak van de training. Sommige medewerkers gaven aan dat hun training voldoende, duidelijk en (heel) goed was. Echter anderen waren behoorlijk kritisch en benoemden dat het voor sommige mensen misschien voldoende is, maar niet voor iedereen. Als kritiek op de training werd vooral genoemd dat het te snel, te algemeen en te breed was. Dat je niet goed genoeg wordt voorbereid op lastige gevallen, uitzonderingen en obstakels en dat er een gebrek aan aandacht was voor gesprekstechnieken, culturele diversiteit, en taalbarrières. Het was eerder een presentatie dan echt een training, aldus een respondent.

“Nou ja, er komen steeds meer van dat soort kritische vragen [van de indexen over belang van BCO en vertrouwelijkheid]. En je ziet dat dat soort kennis, dat zit er vaak niet in [bij de BCO-medewerker]. En dat komt omdat ze heel snel moeten worden doorgetoomd, want het moet allemaal maar klaar zijn om indexen te gaan bellen, want er zijn weer zes nieuwe indexen, want er zijn weer zoveel nieuwe gevallen. Dus de kwaliteit gaat daar soms echt wel aan onder, zeg maar.” (BCO-medewerker 1)

Een gebrek aan scholing zou zorgen voor fouten, die vervolgens door anderen op de werkvloer moeten worden opgelost, wat dan weer (te veel) tijd kost. Er werd gepleit voor meer (bij)scholing, meer aandacht voor gesprekstechnieken, moeilijke gevallen en praktische vaardigheden.

“Dus ik zou het eigenlijk, als ik het voor het zeggen zou hebben, dan zou ik sowieso én meer mensen willen hebben, maar ook beter getrainde mensen. Want de kwaliteit is soms ook om van te huilen.”

(BCO-medewerker 1)

Een deelnemer gaf aan gezien de context begrip te hebben voor de relatief summiere training en gaf aan “men doet zijn best” en “ik wil niemand afvallen”.

### 3.2 Visie van BCO-medewerkers op de index

In dit deel wordt eerst de deelname aan het BCO van de index beschreven: de bereikbaarheid van de index en de reactie van de index op het BCO, zoals waargenomen door de BCO-medewerker. Dit wordt gevolgd door populatieverschillen die de medewerkers op het gebied van BCO waren opgevallen. Daarna komen de waargenomen individuele en externe determinanten aan bod die de deelname aan het BCO kunnen hebben beïnvloed.



### 3.2.1 Deelname index aan BCO

#### *Bereikbaarheid van de index*

De BCO-medewerkers gaven aan dat de meeste indexen wel goed te bereiken zijn en de telefoon opnemen.

“Mensen weten dat ze een test hebben gedaan, dus ze verwachten al een telefoontje en sommige mensen zitten er natuurlijk echt op te wachten, die zeggen echt: ‘Oh we zaten al te wachten op jullie telefoontje!’ Dus die zijn ook wel opgelucht dat ze uiteindelijk een antwoord hebben.” (BCO-medewerker 2)

Sommige BCO-medewerkers vertelden dat het een enkele keer lastig kan zijn om de index/het contact te bereiken, wat vaker bij contacten voorkwam dan bij indexen. De onbereikbaarheid kon volgens hen aan meerdere factoren liggen; sommige indexen/contacten zijn de taal niet machtig en vermijden daardoor telefoongesprekken, er kan sprake zijn van verkeerde contactgegevens of het anonieme telefoonnummer van de GGD schrikt mensen af waardoor men niet opneemt. Het helpt wel om daarna een mail te sturen dat de GGD heeft gebeld.

#### *Reactie index op het BCO*

De reacties van de indexen op het BCO-gesprek lopen uiteen van positief tot negatief. De meeste BCO-medewerkers gaven aan dat mensen over het algemeen willen meewerken aan het BCO-gesprek en er positief in staan. Hoe open de mensen zijn, kan verschillen.

“Ja, ik vind dat mensen toch nog best wel goed meewerken. Dat is wel fijn en ik kom toch wel mensen tegen die ervan schrikken, maar als je daar op inspeelt en als je begrip toont voor hun emotie, dan verloopt het gesprek best vaak gewoon soepel en ook gewoon vriendelijk en fijn.” (BCO-medewerker 3)

“Met name met wie zij in contact zijn geweest, dan hoor je allerlei verhalen, sommige mensen branden los en sommige mensen die klappen een beetje dicht.” (BCO-medewerker 2)

Meerdere BCO-medewerkers benoemden ook dat indexen die de Nederlandse taal niet (goed) machtig zijn het heel prettig vinden als de BCO-medewerker dezelfde taal spreekt. Soms hebben de BCO-medewerkers wel mensen aan de lijn die kritisch zijn tegenover het BCO-gesprek of helemaal niet mee willen werken, bijvoorbeeld als men te laat werd teruggebeld.

“Ja, alleen bij mensen die dan heel lang geleden getest zijn en wat later gebeld worden. Dus mensen die al drie weken geleden al ziek zijn en om een of andere reden niet gebeld worden, ja, die mensen hebben echt zoiets van: hoezo bellen jullie mij nu pas? En dan hebben ze ook zoiets van, dan willen ze ook niet echt meewerken, want dan hebben ze echt zoiets van het is al lang geleden dat ik ziek ben geweest.” (BCO-medewerker 7)

Verder werd er ook weerstand ervaren bij het verstrekken van allerlei gegevens, zoals aantal contacten of waar men is geweest. Een enkele keer hangen mensen de telefoon op als ze de GGD aan de lijn krijgen of blokkeren ze zelfs het nummer.

#### *Waargenomen populatieverschillen op het gebied van BCO*

Wanneer er specifiek werd gevraagd of BCO-medewerkers bij bepaalde populaties meer problemen zagen ten aanzien van het BCO dan bij andere groepen kwamen er tegenstrijdige reacties. Meestal gaf men aan van niet, maar soms werden wel voorbeelden gegeven, die ook wel eens later of in een ander interview werden tegengesproken. Soms kwamen er via antwoorden op andere vragen specifieke populatieverschillen aan het licht.

“Ja, nee, alleen misschien meer dat ze dus niet helemaal eerlijk zijn over hun aantal huisgenoten en nauwe contacten. Ik denk dat dat wel iets meer heerst bij de allochtone Nederlanders, zeg maar. Maar verder merk ik daar niet heel veel verschil in, want ook bij de autochtone Nederlanders merken we heel veel, dat vooral de jongeren, dat ze heel veel contacten hebben, dat mensen ook nog in de zorg gewoon met klachten wel gaan werken. Dat ze niet willen meewerken, geen informatie willen verschaffen, hele kritische vragen stellen ten opzichte van de privacy. Dat merk ik eigenlijk over het algemeen wel,

dus dat is niet zozeer bij een bepaalde groep.”  
(BCO-medewerker 1)

“...maar ook opleidingsniveau, niet per sé migrantengroepen, maar gewoon in het algemeen, dat opleidingsniveau wel bepaalt van hoe serieus nemen we dit of [...] waar ligt je vertrouwen in de overheid? [...] Ja, het [...] niet mee willen werken is dan een groot woord, maar in ieder geval sceptischer zijn tegenover het onderzoek, dat is wel aanwezig meer in allochtone groepen.” (BCO-medewerker 2)

“Ik heb juist het gevoel, dat de mensen die ik dan heb gesproken, die een niet-Nederlandse achtergrond hadden, dat ze juist heel goed meewerkten.”  
(BCO-medewerker 3)

De populaties die in de interviews benoemd werden als zijnde groepen met hun eigen specifieke belemmeringen of risico's waren (arbeids)migranten en jongeren. Onder Turkse, Marokkaanse en Kaapverdiaanse migranten kan het BCO soms moeizaam verlopen of arbeidsintensief zijn door taalbarrières en omdat het ook vaker om grotere gezinnen gaat en men uitgebreid sociaal/familiecontact heeft (en dus meer contacten/mogelijke besmettingen). Daarnaast kan er bij deze groepen sprake zijn van je coronastatus verzwijgen door schaamte of taboe rond ziekte, of omdat je bezoek niet kunt weigeren.

“Marokkaanse en Turkse gemeenschappen hebben een schaamtecultuur, ze kunnen moeilijk nee zeggen tegen elkaar en voelen zich verantwoordelijk voor andere gezinsleden/familieleden. Dus als bijvoorbeeld positieve kinderen naar de ouders willen komen, dan zeggen ze geen nee tegen hun kinderen.” (BCO-medewerker 5)

Daarnaast werd aangegeven dat dit vaak de populaties zijn met banen waarbij het erg moeilijk is om aan de coronaregels te voldoen (bijvoorbeeld veel buitenshuis werken). Onder arbeidsmigranten uit bijvoorbeeld Oost-Europa zijn er vaak taalbarrières, de mensen zijn moeilijk bereikbaar, hebben vaak geen huisarts, en in verband met illegaliteitsissues ligt de situatie vaak erg gevoelig en durft men niet open te zijn. Ook is de woonsituatie meestal niet ideaal (met veel bij elkaar).

“...maar nu kom ik wel op mijn andere punt en dat zijn vaak gastarbeiders, mensen die uit Roemenië, Bulgarije, Polen komen. Die komen hier dan voor een tijdje, die komen dan werken. En daarbij zien we dan ook dat, omdat de leefomstandigheden die ze hebben zijn vaak dat ze samenwonen in kleine gebouwen, dat ze samen naar werk gaan en dat er toch heel veel contact is met elkaar. [...] En vaak is het ook als mensen hier komen werken, dat ze het niet willen zeggen [dat ze corona hebben], want dan mogen ze niet werken en dan krijgen ze ook geen geld.” (BCO-medewerker 2)

BCO-medewerkers merken dat jongeren het moeilijk vinden om zich aan de regels te houden óf ze hebben er lak aan. Dit kan volgens de BCO-medewerkers invloed hebben op deelname aan het BCO.

“Ja, jongeren over het algemeen. En dan denk ik dat het niet zozeer uitmaakt wat de achtergrond is, de etniciteit. [...] En de groep die er lak aan heeft, dat is wel echt een moeilijke groep, want zij werken niet helemaal goed mee, dus ze zijn niet eerlijk over de contacten die ze hebben gehad.”  
(BCO-medewerker 1)

Andere BCO-medewerkers waren positiever over de jongeren:

“Ik heb het gevoel dat de jongvolwassenen ook altijd heel goed meedoen. Ondanks dat ze misschien naar feestjes zijn geweest of ja, ik vind ze toch nog best wel in een slecht daglicht komen, maar als ze eenmaal positief zijn getest, ja, eigenlijk dat ze wel goed meedoen ook.” (BCO-medewerker 3)



### 3.2.2 Waargenomen individuele determinanten van de index

Uit de gesprekken met de BCO-medewerkers kwamen verschillende individuele determinanten naar voren die de indexen kunnen hebben beïnvloed, zoals kennis ten aanzien van BCO en I&QM; waargenomen ernst van corona; attitude ten aanzien van corona, coronamaatregelen, overheid en GGD; attitude ten aanzien van BCO; emoties en openheid ten aanzien van corona; en tot slot eigen-effectiviteit en vaardigheden van de index rondom BCO.

#### *Kennis index ten aanzien van BCO en I&QM*

Het BCO-proces was volgens de BCO-medewerkers niet altijd volledig bekend bij de indexen. Wanneer mensen niet goed op de hoogte zijn, zijn ze minder bereid om mee te werken. Indexen waren soms bang voor de gevolgen van het BCO: 'Ik heb iets verkeerd gedaan of me niet aan regels gehouden.' Of er is angst dat illegaliteitskwesties aan het licht komen. Ook begrijpt men niet altijd waarom de GGD persoonlijke gegevens nodig heeft. Verder kan er sprake zijn van taalbarrières. Ook lijkt niet iedereen compleet op de hoogte van de taken van de GGD.

#### *Waargenomen ernst van de index ten aanzien van corona*

De meeste ouderen lijken de ernst van de situatie wel serieus te nemen en willen anderen niet besmetten. Zoals hiervoor genoemd, zijn er ook mensen die zich afvragen of ze doodgaan als ze horen dat ze corona hebben. Soms hebben mensen echter twijfels over de ernst van corona. Er zijn indexen die denken dat corona vergelijkbaar is met een griepje; vooral mensen met een mild ziektebeeld zijn vaak sceptisch. Voor jongeren kan het lastig zijn om de ernst van corona serieus te nemen: je hebt niks of nergens last van en toch moet je binnenblijven. Het niet serieus nemen van het risico kan komen door de onbekendheid met de situatie/de ziekte.

"Maar het kan ook zijn dat men de ernst van de situatie en de impact die zij en de bijdrage die ze kunnen hebben, dat ze dat gewoon niet weten." (BCO-medewerker 8)

#### *Attitude index ten aanzien van corona en coronamaatregelen, overheid en GGD*

De BCO-medewerkers ervaren dat de attitudes van de indexen ten aanzien van corona en de maatregelen uiteenlopen van positief tot negatief. Over het algemeen staan mensen positief tegenover de maatregelen. Mensen nemen het virus serieus, omdat ze de ernst van het virus inzien en hun naasten graag willen beschermen; voornamelijk onder ouderen zagen BCO-medewerkers dit terugkomen. Aan de andere kant is ook een negatief geluid hoorbaar ten aanzien van corona en de maatregelen. Er zijn twijfels of corona wel bestaat. Daarnaast vertonen jongeren wat meer weerstand en zijn ze wat lakser met de regels. Bovendien hadden indexen soms ook twijfels over het nut van de getroffen maatregelen of het beleid van zowel de GGD als van de overheid, voornamelijk rondom de mondkapjesplicht. Indexen die kritisch staan tegenover de overheid zijn vaak ook kritisch naar de GGD, omdat ook de GGD een overheidsinstantie is.

"Maar over het algemeen heb ik het idee dat ze denken dat we wel een autoriteit zijn. Maar ik heb ook het idee een beetje, dat de GGD niet zo'n heel goed imago heeft, vanaf de start van de coronacrisis natuurlijk, dus dat is een beetje het beeld wat ik heb." (BCO-medewerker 6)

"Ik heb het gevoel dat ze de GGD niet altijd vertrouwen. Dus ze kennen het wel, maar ze vertrouwen het niet, en dan vooral in het kader van gegevens delen." (BCO-medewerker 3)

#### *Attitude index ten aanzien van het BCO*

Er is geen specifieke informatie naar voren gekomen met betrekking tot hoe indexen tegen BCO aankijken (bijvoorbeeld of ze het in principe een goed idee vinden en belangrijk). Wel is door BCO-medewerkers aangegeven dat het voor de medewerking van de index tijdens het BCO erg helpt als wordt uitgelegd waarom het BCO belangrijk is.

Een BCO-medewerker gaf aan dat indexen het belang van BCO wel begrijpen, terwijl anderen juist noemden dat indexen soms het belang van BCO niet inzien.

BCO-medewerkers vertelden hoe indexen het gesprek en BCO-proces lijken te ervaren. Hierbij werd vooral genoemd: emoties die bij BCO een rol kunnen spelen en moeite hebben met het gesprek (ingewikkeld, lang, te veel vragen). De veelheid aan vragen kan weerstand oproepen. Indexen waren soms angstig voor een ingewikkeld gesprek terwijl ze de taal niet goed machtig zijn. Ook waren ze soms kritisch tegenover de uitvoer, voornamelijk toen de GGD niet iedere index op tijd kon terugbellen. Daarnaast is er soms ook weerstand of wantrouwen over het delen van privacygevoelige gegevens, zoals BSN-nummer. Men is dan vooral kritisch over waarom de GGD deze gegevens nodig heeft.

*"Er zijn soms mensen die in paniek raken en bang worden, en onzeker worden. Privacy is ook een ding. We horen ook van, wie zegt dat u van de GGD bent? Of die geen informatie willen geven."* (BCO-medewerker 4)

### *Emoties en openheid van de index ten aanzien van corona*

BCO-medewerkers merkten dat mensen het soms moeilijk vinden om aan familie of nauwe contacten te moeten vertellen dat ze corona hebben. Emoties zoals angst en schaamte spelen daarbij een rol. Een BCO-medewerker maakte de opmerking dat vooral mensen van islamitische afkomst het erg lastig vinden om aan familieleden of andere contacten te vertellen dat ze corona hebben. Men schaamt zich ervoor. Schaamte werd veel genoemd door de BCO-medewerkers: van het doorgeven waar ze waren geweest tot delen met hun naasten dat ze corona hebben opgelopen. De indexen lijken bang om buitengesloten of gestigmatiseerd te worden. Dit werd vooral gerelateerd aan de schaamtecultuur/taboe rondom ziek zijn in bepaalde migrantengemeenschappen.

*"Ik merk wel dat mensen zich een beetje schamen als ze dat hebben. Alsof ze een beetje als zombies worden ervaren of afstand wordt gecreëerd en dat ze daarin ook bang zijn, om afgestoten of verlaten te worden."* (BCO-medewerker 4)

Een BCO-medewerker benoemde dat bij sommige groepen ook gevoelens van schuld een rol kunnen spelen bij corona; men is verantwoordelijk voor zijn eigen acties en de consequenties daarvan, en dus is men bang voor de reactie: 'Hoe kun je zoiets nou laten gebeuren?'.

*"'Nou ik ben positief getest en nu moet ik het mijn familie gaan vertellen dat ik misschien hen ook heb besmet'. Dat dus."* (BCO-medewerker 2)

Angst speelt ook een rol rondom de ernst van corona en rondom de mogelijke gevolgen van een positieve testuitslag en deelname aan het BCO: bang voor een boete omdat ze zich niet aan de regels hebben gehouden, stopzetten van uitkering, verlies van hun baan.

*"En die man wilde helemaal anoniem blijven, omdat die niet ontslagen wilde worden op het werk."* (BCO-medewerker 7)

*"Dat is ook iets wat ik heb gezien van, dan hebben ze de regels overtreden en dan zijn ze bang, als ze dat tegen de GGD zeggen, komt de politie voor de deur en die zegt: 'Jij hebt iets gedaan, je krijgt een boete van ons.'"* (BCO-medewerker 9)

Tot slot is er soms ook sprake van frustraties of boosheid, bijvoorbeeld als men veel te lang op de testuitslag heeft moeten wachten.

### *Eigen effectiviteit en vaardigheden van de index rondom BCO*

Indexen lijken moeite te hebben met het BCO-gesprek zelf, omdat er veel vragen worden gesteld, het lang duurt en er veel en ingewikkelde informatie wordt verstrekt. Vooral bij indexen die de Nederlandse taal minder machtig zijn wordt dit signaal opgevangen. Überhaupt is de enorme hoeveelheid aan informatie die er rondom corona beschikbaar is een punt waar veel indexen mee



lijken te worstelen. Door de brei aan informatie, die dan ook nog tegenstrijdig is of snel kan wisselen, weet men geen onderscheid meer te maken tussen wat nu wel of niet waar is.

*“En ik merk ook dat mensen zelf, soms krijg ik de vraag wel eens: ‘Ik probeer informatie te zoeken over corona op internet, maar er staat zoveel informatie over, dat ik niet zo goed weet, wat nou wel waar is en wat nou niet waar is.’”*  
(BCO-medewerker 1)

Met betrekking tot de I&QM wordt aangegeven dat (jonge) kinderen, werk (vooral in de beginfase, toen de noodzaak nog niet duidelijk was bij iedereen) en het hebben van huisgenoten lastig zijn bij het je houden aan de regels. Daarnaast vinden sommige mensen het moeilijk om bezoek af te houden.

### 3.2.3 Waargenomen externe determinanten van de index

De volgende externe determinanten van indexen kwamen naar voren in de gesprekken met de BCO-medewerkers: waargenomen norm van de index ten aanzien van corona en de maatregelen; informatievoorziening en informatiebronnen; taalbarrières; en inzet medewerkers eigen taal & cultuur en huisarts.

#### *Waargenomen norm van de index ten aanzien van corona en de maatregelen*

De BCO-medewerkers gaven aan dat bij sommige culturen de sociale contacten erg belangrijk zijn, en dan is het lastig om die te stoppen bijvoorbeeld als je in isolatie of quarantaine moet. Mensen kunnen moeilijk nee zeggen, willen gastvrij blijven en voelen zich verantwoordelijk voor elkaar. Of ze vinden vrijheid of het sociale contact gewoon belangrijker (bijvoorbeeld jongeren).

*“We zien dat Turkse en Marokkaanse culturen heel sociaal zijn met elkaar, dat ze vaak bij elkaar op bezoek gaan, dat ze toch wel contacten met elkaar hebben, handen schudden, knuffelen, komt wel heel vaak voor onder zowel dames als heren.”*  
(BCO-medewerker 2)

Een BCO-medewerker gaf aan dat in sommige culturen de rol van een autoriteit belangrijk kan zijn, waardoor mensen zich juist wel aan de regels houden als een autoriteit het aangeeft.

#### *Informatievoorziening en informatiebronnen*

Volgens de BCO-medewerkers krijgen de indexen/contacten hun informatie via de volgende kanalen: GGD, RIVM, internet, persconferentie, nieuws, radio en TV, sociale media, familie en vrienden. Ze voegden daaraan toe dat mensen met een migratieachtergrond ook vaak het nieuws uit land van herkomst volgen.

Het is voor veel mensen moeilijk om onderscheid te maken tussen wat goede en betrouwbare informatie is en wat desinformatie is. Men heeft beschikking over heel veel informatie via heel veel kanalen. Er is een continue stroom van informatie, die vaak tegenstrijdig is. Dit geeft veel verwarring en onduidelijkheid. Men weet niet meer wat waar is en wat niet.

*“Mensen hebben bepaalde vragen omdat ze ook een soort van angsten hebben [...] ze maken zich zorgen om hun familie. Ze vragen alles wat ze horen, wat ze lezen op Facebook, wat ze horen op het nieuws, wat de buurman zegt, wat de achterbuurman zegt. [...] Dus ja, dat zou wel beter kunnen, maar ik denk dat het ook heel veel zit in dat mensen van alles horen, vanuit allerlei richtingen, en berichten die elkaar tegenspreken, dat dat heel verwarrend is voor heel veel mensen.”* (BCO-medewerker 2)

*“En wat wij denk ik vaak vergeten, is dat families praten onderling met elkaar hè. Vrienden praten onderling met elkaar. Dus als wij twee zussen zijn en we hebben alle twee corona en de GGD zegt tegen mij A en tegen jou B, en wij gaan samen koffiedrinken en wij hebben het erover, nou ja, dan gaat de geloofwaardigheid van de GGD, die neemt flink af. Want ik heb zoiets, tegen mij zeggen ze dit, tegen jou zeggen ze dat, maar wat klopt er nou?”*  
(BCO-medewerker 1)

Om de informatievoorziening te verbeteren pleit men voor een duidelijke eenduidige boodschap in Jip en Janneke taal én in de eigen taal, bijvoorbeeld via animaties, en ook voor het verspreiden

van persoonlijke brieven, liefst in eigen taal. Een fysieke brief in plaats van een e-mail komt officieel over, kun je makkelijker herlezen en af en toe erbij pakken. Informatie moet makkelijk vindbaar zijn en eventueel ook verspreid worden via community organisaties. Het gebruik van sociale media kan riskant zijn, want het levert veel ongecontroleerde reacties op. Deze reacties kunnen een negatieve impact hebben op de eigen mening. Probeer dus kanalen te vinden waar mensen niet kunnen reageren, maar waar je wel ingang biedt voor verdere vragen.

### Taalbarrières

“En taal is toch wel een grote verbindende factor. Taal voelt jou aan, taal doet je denken aan thuis en als je de taal niet spreekt, dan gaat het moeilijk en moeizaam.” (BCO-medewerker 9)

De BCO-medewerkers gaven aan dat taalbarrières wel voorkomen, maar dat deze over het algemeen niet tot (grote) problemen leiden. Een deelnemer vertelde dat als een gesprek niet goed loopt, er dan eerder sprake is van niet mee *willen* werken dan van een taalbarrière. Als er sprake is van grote taalbarrières dan wordt het gesprek via een familielid gevoerd of doorgezet naar een andere BCO-medewerker die de moedertaal van de index beheerst. Mensen vinden het erg prettig als het gesprek in hun eigen taal kan. Bij het maken van het werkrooster zou hiermee rekening gehouden moeten worden.

“Ik denk, ook met het rooster moeten we rekening houden dat iedere keer als je het over die vijf grote groepen hebt, dat we op z'n minst iedere dag ... of om de dag bezet zijn met iemand die een bepaalde taal wel uit die groepen spreekt. Anders bereik je diegenen ook niet.” (BCO-medewerker 4)

Enkele BCO-medewerkers gaven aan dat de taalbeheersing van indexen goed genoeg kan zijn om het BCO-gesprek te voeren, maar het de vraag is of ze de maatregelen echt goed begrijpen.

“Je stelt de vragen en je krijgt wel antwoord, maar soms lijkt het alsof er toch twijfel achter zit. En vaak heb ik dan, dat ik ook navraag van ‘Hé, heeft u de maatregel begrepen?’ En dan zeggen ze gewoon ‘Ja’, maar dan zou je toch wel willen dat iemand het herhaalt en dat je echt weet dat diegene, ja, verder kan.” (BCO-medewerker 3)

Het lijkt te helpen als indexen al wat achtergrondkennis hebben (bijvoorbeeld door de persconferenties), dat ze weten hoe ernstig de situatie is. Ook kunnen taalbarrières leiden tot lange gesprekken omdat vragen of antwoorden vaak herhaald moeten worden. Taalbarrières lijken vooral bij oudere generaties of arbeidsmigranten een rol te spelen en zouden er zelfs toe kunnen leiden dat ze de telefoon gewoon niet opnemen.

“Ja, dat baseer ik ook op mijn werkervaring, dat ik weet dat ze dat zoveel mogelijk vermijden [telefoon opnemen], want ze wonen in een wijk waar alles op loopafstand is en dan kan je alles in de eigen taal doen. Dat is makkelijk, maar alles wat erbuiten valt, is natuurlijk een beetje eng. En al helemaal een instantie.” (BCO-medewerker 6)

De brieven die naar de indexen worden gestuurd naar aanleiding van het BCO (met aanvullende informatie over onder andere de I&QM) zijn er in verschillende talen, maar zouden volgens enkele BCO-medewerkers in nog meer talen mogen verschijnen (Arabisch, Berbers, Turks, Spaans, Chinees, Pools, Hongaars, Antilliaans, Frans).

“Ja zeker, want als ik dus met die Hongaarse mensen spreek, dan vinden ze het zó fijn dat er een Hongaars persoon aan de telefoon is. Dat is echt een soort opluchting. En ik zou ze heel graag dus die informatiebrieven ook in hun eigen moedertaal toesturen en dan zijn ze dus heel teleurgesteld, dat ze dat niet kunnen krijgen...” (BCO-medewerker 7)

### Inzet medewerkers eigen taal & cultuur en huisarts

De BCO-medewerkers waren erg positief over het inzetten van medewerkers eigen taal en cultuur voor het BCO-gesprek. Ze merkten op de werkvloer dat het inzetten van collega's die meerdere talen machtig zijn helpt.

*"[pratend over collega's van haar vorige werk/baan]*  
En ik merk ook dat ik dan hoor van mijn andere collega's, dat ze het makkelijker vinden over het algemeen, om gevoelige onderwerpen als geloof, seks, discriminatie, dat soort dingen, om dat te bespreken met iemand die de cultuur kent. Die de taboes kent, die de stereotyperingen kent, die weet hoe families erover kunnen denken, hoe andere mensen erover kunnen denken. Dat helpt enorm."  
(BCO-medewerker 1)

Over het inzetten van huisartsen bij het BCO-gesprek hadden BCO-medewerkers gemengde gevoelens. Het vertrouwen in, bekendheid met en de status van de huisarts zouden kunnen helpen bij mensen die terughoudend zijn tijdens het BCO-gesprek. Aan de andere kant zijn er praktische knelpunten; huisartsen zullen er bijvoorbeeld geen tijd voor hebben. Verder hebben sommige mensen geen goede band met hun huisarts, dus zal dit niet per se voor iedereen een oplossing zijn.



### 3.3 Visie van de sleutelfiguren op de eigen gemeenschap

De visie van de sleutelfiguren op hun gemeenschap presenteren we in drie onderdelen: De beleving van de coronapandemie en de algemene maatregelen, het bron- en contactonderzoek, en het uitvoeren van de isolatie- en quarantaine-maatregelen.

#### 3.3.1 Beleving coronapandemie en de algemene maatregelen

De volgende resultaten komen hier aan bod: het opvolgen van de algemene coronamaatregelen, kennis en misvattingen rondom corona, risicoperceptie ten aanzien van corona, attitude ten aanzien van de GGD, overheid en het beleid, de rol van religie en sociaal-culturele normen en waarden, activiteiten binnen de gemeenschappen, en informatiekkanalen die binnen de gemeenschap worden gebruikt.

##### *Opvolgen algemene corona maatregelen*

Over het algemeen waren de sleutelfiguren positief en zagen ze dat mensen uit hun gemeenschap de maatregelen goed opvolgden. Het viel de sleutelfiguren ook op dat de maatregelen ondertussen steeds meer als 'normaal' werden gezien. Bijvoorbeeld het dragen van een mondkapje zit nu in ieders systeem. Verder was het bij veel culturen in de opvoeding al heel normaal dat je goed je handen wast na thuiskomst. Daarentegen benoemden de sleutelfiguren meerdere specifieke situaties waarin het voor mensen lastig was om zich goed aan de maatregelen te houden. Bijvoorbeeld, de huishoudsamenstelling kan een rol spelen in het aantal contacten dat je hebt, eenzaamheid en het missen van sociaal contact, en andere sociale gelegenheden zoals bruiloften en begrafenissen.

*"Ze proberen het echt wel. Als je met mensen praat die corona hebben gekregen dan hoor je ze zeggen 'Ik heb het echt geprobeerd, maar ik moest nou eenmaal drie keer in de week naar mijn moeder toe, hè', 'We wonen nou eenmaal met z'n zessen in een huis met twee slaapkamers'. Dus ja, dat is het eigenlijk."*  
(Nederlandse sleutelfiguur 4)

Aan de andere kant zijn er ook mensen die zich niet aan de maatregelen houden, omdat ze niet in corona geloven of de ernst er niet van inzien.

##### *Kennis en misvattingen rondom corona*

De kennis over corona is volgens de sleutelfiguren binnen hun gemeenschap heel wisselend, zowel onder jongeren als ouderen. Men is nu over het

algemeen goed op de hoogte van de belangrijkste maatregelen, wat minder was aan het begin van de pandemie. Aan de andere kant merkten de sleutelfiguren op dat de kennis nog niet optimaal was. Er heerste veel onduidelijkheid over het virus, de coronamaatregelen en vaccinatie. Het was voor sommige mensen niet duidelijk waarom de maatregelen nodig zijn. De meeste sleutelfiguren gaven aan dat de kennis vooral laag was onder mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Zij krijgen hun informatie vanuit andere bronnen, bijvoorbeeld via hun kinderen/omgeving of via nieuws uit het land van herkomst. Daarnaast viel het de sleutelfiguren op dat veel misinformatie onderling wordt verspreid, zowel complottheorieën als misvattingen. De meeste complottheorieën gaan over dat corona niet bestaat en dat het bedacht is door de overheid om mensen te kunnen beïnvloeden/'besturen'. Het wantrouwen in de overheid komt daar duidelijk in terug. De misvattingen gaan bijvoorbeeld over jezelf beschermen tegen het coronavirus door bepaalde sterke drank te drinken of veel kruiden te gebruiken. Een andere misvatting is dat ouderen niet worden geholpen in het ziekenhuis, maar juist worden 'vermoord' omdat hun zorg geld kost.

"De ene is zich bewust, die is bij kennis, die weet wat voor gevaren het met zich mee kan brengen. En de ander heeft totaal geen kennis. De ander heeft kennis, maar gelooft er niet in en het is onzin."  
(Surinaamse sleutelfiguur 6)

"Zoals ik al zei, eentje [complottheorie] die er heerst is het wantrouwen dat we bijvoorbeeld zagen bij palliatieve zorg in Nederland: de ouderen die in het ziekenhuis terechtkomen, die worden doodgemaakt door de overheid, omdat ouderen geld kosten; dat is echt eentje die echt heel erg heerst."  
(Marokkaanse sleutelfiguur 3)

### *Risicoperceptie ten aanzien van corona*

De ernst van corona en het besmettingsrisico werden volgens de sleutelfiguren binnen hun gemeenschappen wisselend ingeschat. De meesten waren zich bewust van de ernst en de risico's; daarom hielden ze zich ook vaker aan de maatregelen. Daarentegen geloofden sommigen niet in

de ernst van corona óf dachten zij dat het maar een griepje was. Deze mensen waren minder geneigd om zich aan de maatregelen te houden. Dat gaf wisselende beelden in de gemeenschappen: mensen die zich heel strikt hielden aan de maatregelen naast mensen die zich ontkennend opstelden. Dit werd gezien onder zowel jongeren als ouderen.

"Je hebt een groot deel die daar panisch van is en zich tot het overdrevene toe afzijdig houdt van andere mensen, maar je hebt ook een grote groep die denkt: mij gebeurt niks."  
(Antilliaanse sleutelfiguur 1)

Mensen die vooral erg strikt waren in het opvolgen van de maatregelen waren voornamelijk ouderen en kwetsbaren, volgens de sleutelfiguren. Zij werden ook vaak ontzien door de familie om hen te beschermen. Jongeren gaven een wisselend beeld. Jongvolwassenen en meisjes zouden meer de ernst van corona inzien en zich verantwoordelijk voelen om zich zo goed mogelijk aan de maatregelen te houden.

"Persoonlijk spreek ik ook wel heel veel meiden en die denken ook meer aan het thuisfront om het zo te zeggen. Dus die vinden het ook belangrijker om met de maatregelen rekening te houden. En ja, jongens die denken vaak gewoon wat makkelijker."  
(Marokkaanse sleutelfiguur 7)

De sleutelfiguren merkten ook een verschuiving in risicoperceptie over de tijd. Sommigen zagen dat men juist minder de ernst van corona ging inzien, vooral bij lage besmettingscijfers of bij versoepelingen. Andere sleutelfiguren zagen juist naarmate de tijd verstreek dat mensen strikter werden in het opvolgen van de maatregelen. Mensen zagen vooral de ernst meer in nadat het 'dichterbij' kwam, doordat ze zelf ziek zijn geworden of iemand kenden die ziek is geworden.

"Ja, dus ze vinden het dan opeens wel belangrijk om zich aan de maatregelen te houden, wanneer het persoonlijker wordt, dus wanneer ze hun mensen in hun omgeving kunnen beschermen."  
(Turkse sleutelfiguur 4)



Daarnaast is vertrouwen in de ander een belangrijke factor bij het inschatten van het risico op besmetting en daarmee van invloed op het wel of niet opvolgen van de maatregelen. Men is minder geneigd om zich aan de maatregelen te houden wanneer men met bekenden (familie/naasten/vrienden) is, omdat men erop vertrouwt dat men elkaar niet zal besmetten.

### *Attitude ten aanzien van de GGD, overheid en het beleid*

De sleutelfiguren ervoeren dat niet iedereen in de gemeenschap bekend is met de GGD en haar taken. Degene die wel bekend zijn met de GGD zijn overwegend positief: de GGD heeft status en is een neutrale partij. Anderen vonden de GGD onbetrouwbaar door de datalekken, de suboptimale uitvoer van het BCO tijdens drukte of omdat de GGD wordt gezien als overheidsinstantie.

De sleutelfiguren vingen kritische geluiden op uit hun gemeenschappen met betrekking tot het overheidsbeleid. Sommigen leden van de gemeenschap vinden dat de maatregelen niet streng genoeg zijn of dat er te laat is ingegrepen. Dit kwam vooral naar voren bij mensen die vergelijken met hoe het beleid gevoerd werd in andere landen. Andere kritische geluiden waren gericht op het 'zwabberende beleid' van de overheid en dat de pandemie erg lang duurde.

"Ja, omdat vooral in het begin de Nederlandse maatregelen heel zwak werden gevonden. Dat Turkije al veel verder was of eh veel strenger was in de aanpak. En ... dat het hier nog een beetje, ja, hoe moet ik het zeggen, ... toch een beetje een softe aanpak was, terwijl ze daar een harde aanpak hadden, waardoor denk ik ook het vertrouwen is verloren in de Nederlandse autoriteiten." (Turkse sleutelfiguur 1)

### *De rol van religie en sociaal-culturele normen en waarden*

Binnen sommige gemeenschappen speelt religie een grote rol in hoe zij de coronatijd ervaren en ermee omgaan. Ook kan het invloed hebben op het uitvoeren van de maatregelen. Volgens de sleutelfiguren geven kerken, moskeeën en andere

gebedshuizen het (goede) voorbeeld en men volgt dit op. Zo wordt in de koran een pandemie beschreven, waarbij ook isolatiemaatregelen worden getroffen.

'Vanuit religie bijvoorbeeld, wordt er gezegd: quarantaine is iets wat erbij hoort. Als er ergens een ziekte uitbreekt die besmettelijk is, niemand gaat de stad in en niemand gaat de stad uit. Iedereen blijft gewoon op dezelfde plek.'  
(Marokkaanse sleutelfiguur 3)

Het viel de sleutelfiguren op dat 'het in Gods handen laten', wat regelmatig door religieuze gemeenschapsleden wordt genoemd, zowel een positief als negatief effect had op het uitvoeren van de maatregelen. Het positieve effect was dat men extra zijn best ging doen om een trouwe volgeling te zijn: een ander bewust kwaad doen (besmetten) kan gezien worden als een zonde en moet vermeden worden. Echter, sleutelfiguren zagen ook dat 'het in Gods handen laten' een belemmerende factor kon zijn, omdat mensen bijvoorbeeld minder geneigd waren om zich aan de maatregelen te houden of dat men kritisch tegenover het vaccineren stond.

"Ja, sommigen wel, sommigen denken, dit is hoe god het heeft gewild, dus eh zo is het, je kan daar niks aan doen. Als god het zo wil, dan loopt het zo."  
(Surinaams sleutelfiguur 3)

Veel sleutelfiguren beschreven normen en waarden waarvan ze aangaven dat die specifiek voor hun eigen gemeenschap zouden gelden. Echter, de normen en waarden die ze beschreven kwamen onderling sterk overeen. Het ging vooral over het hebben van grote gezinnen, de wij-cultuur en de hechte familiebanden binnen de migrantengemeenschappen. De keerzijde van het voor elkaar willen zorgen en elkaar graag willen helpen, is de sociale druk. Bijvoorbeeld de druk om bezoek te ontvangen of toch naar feestjes of verjaardagen te komen omdat de ander anders beledigd zou kunnen zijn.



"En soms willen mensen het ook niet zeggen, omdat als je ziek bent ... dan komt gewoon de hele gemeenschap bij je op bezoek omdat je ziek bent ... En je kan ook niet zeggen: 'Kom niet', want dan zijn mensen beledigd, hè." (Kaapverdise sleutelfiguur 3)

"Ja, er zijn een aantal religieuze feesten waarbij sociaal contact onontbeerlijk is. En schaamte en angst om afgewezen te worden in de gemeenschap. ... dat hoeft niet religieus, dat kan ook gewoon Sinterklaas zijn. Maar er zijn natuurlijk families die heel vast aan elkaar zitten en dan is het not-done als je niet komt en dat mag je ook voelen."

(Nederlandse sleutelfiguur 1)

Marokkaanse, Surinaamse, en Kaapverdise sleutelfiguren noemden daarnaast nog taboes en schaamte rondom ziekte: over sommige (gevoelige) zaken zoals ziekte praat je gewoon niet.

"Maar de generatie daarvoor [voor de generatie die nu opgroeit], dat was meer een beetje een gesloten, ja, een gesloten generatie. Of ja, en het is allemaal echt cultuurgebonden. Het was een beetje taboe. Taboe om over ziektes te praten."

(Marokkaanse sleutelfiguur 6)

Andere normen die werden genoemd gingen over de behoefte aan fysiek contact en je volgens de regels goed gedragen.

### *Activiteiten binnen de gemeenschappen*

Tijdens de gesprekken met de sleutelfiguren kwam naar voren dat veel kerken, moskeeën, buurthuizen/huizen van de wijk en de sleutelfiguren zelf verschillende activiteiten hebben ondernomen om hun gemeenschap te ondersteunen tijdens de coronapandemie. Sleutelfiguren zorgden voor vertaling, ontwikkeling en verspreiding van informatie binnen hun gemeenschappen, bijvoorbeeld vertalingen van de persconferentie via WhatsAppgroepen of zelfontwikkelde filmpjes met ervaringsverhalen in hun eigen taal via hun YouTube kanaal. Ze hebben een belangrijke rol gespeeld in het verspreiden van informatie over corona én in het vergroten van het welzijn van de mensen in hun gemeenschappen. Gemeenschappen zijn betrokken geweest bij het organiseren van GGD-informatiebussen die de wijk in gaan om

mensen te informeren over corona en de maatregelen, er zijn informatiematerialen in verschillende talen ontwikkeld en verspreid binnen de eigen netwerken, belcirkels opgezet, boodschappen/voedselpakketten geregeld en nog veel meer activiteiten georganiseerd.

"We hebben in ieder geval een aantal mensen ingezet die per wijk, vrijwillig, regelmatig die oudjes belen om te vragen hoe gaat het, of er iets gehaald moet worden, boodschappen, medicatie. Dat hebben we in onze vereniging, hebben we zelf opgezet. En ook in onze buurt, ... bij verzorgingshuizen, hebben we per afdeling een fruitmand afgegeven om de medewerkers in het zonnetje te zetten."

(Turkse sleutelfiguur 5)

### *Informatiekanalen die binnen de gemeenschap worden gebruikt*

Volgens de sleutelfiguren krijgen mensen hun informatie uit de volgende bronnen: televisie/nieuwszenders, persconferentie, radio, WhatsApp, Facebook, Instagram, Snapchat, websites (Nu.nl, RIVM en GGD), mond-op-mond, via school of via de moskee/kerk. Hierbij werd de kanttekening geplaatst dat jongeren vaker hun informatie van internet en sociale media halen dan ouderen. Verder werd benoemd dat mensen met een migratieachtergrond ook hun informatie halen van televisie- en/of radiozenders uit het land van herkomst.

"[Wie informatie krijgt] via de radio, televisie en internet hangt af van welke leeftijdscategorie je hebt. Als je zeg maar ja, die van 13 tot 25 jongeren die kijken niet naar televisie, maar die kijken alles wat op internet is, maar uitgesteld, niet direct. En de ouderen daarboven, het eerste wat ze doen is radio en heb je op de radio iets gehoord, dan kijk je of de televisie het ook heeft gezegd".

(Surinaamse sleutelfiguur 1)

Daarnaast benadrukten de sleutelfiguren dat informatie vanuit de kerk, moskee, buurthuizen, school of vanuit de thuissituatie ook erg belangrijk is voor de mensen in hun gemeenschap.

### 3.3.2 Beleving van het bron- en contactonderzoek

Uit de gesprekken met de sleutelfiguren over hoe hun gemeenschap aankijkt tegen en omgaat met het BCO kwamen verschillende determinanten naar voren: kennis, attitude en emoties, eigen-effectiviteit en vaardigheden, en de rol van religie. Tot slot komen de suggesties aan bod die sleutelfiguren deden ter verbetering van het BCO.

#### *Kennis met betrekking tot het BCO*

De meeste sleutelfiguren dachten dat hun achterban niet goed bekend is met het BCO, met name het belang ervan en wat het precies inhoudt. Er zijn veel vragen, vooral over waarom deze informatie nodig is en wat ermee gebeurt.

“Maar soms, wat ik merk, is dat mensen soms het niet helemaal begrijpen. Dat ze denken van o... Of het niet goed wordt uitgelegd waar het voor is. Dat mensen denken van ja, is het meer om te registreren? Want ik hoorde wel van een paar mensen die corona hebben gehad en wanneer ze gebeld worden, dan zeggen ze van ‘Ja, waarvoor moeten ze dan weten dat en dat en dat?’ ”

(Kaapverdiaanse sleutelfiguur 4)

#### *Attitude en emoties ten aanzien van het BCO*

De sleutelfiguren namen uiteenlopende attitudes waar ten aanzien van het BCO binnen hun gemeenschap, zowel onder jongeren als ouderen. Sommigen gaven aan dat ze geen weerstand hebben gehoord of ervaren, en dat ze ook wel verwachtten dat men mee zou werken aan het bron- en contactonderzoek. Dit gold vooral bij mensen die het belang van het BCO erkennen.

‘Dat de mensen zeggen van ja, voor mij is het belangrijk dat ik het weet van ja, ik ga mijn moeder opzoeken, die is ook op leeftijd. En ik wil niet dat ik mijn moeder dan de ziekte breng, omdat iemand verbergt om het niet te laten weten. Dus dat gedeelte kan je zeggen dat het bron- en contactonderzoek wel goed is.’ (Kaapverdiaanse sleutelfiguur 4)

Echter, meerdere sleutelfiguren meenden vaak ook een negatieve houding ten aanzien van BCO te zien. Als redenen hiervoor werd vaak genoemd dat men het nut en belang van BCO niet inziet en dat er sterke twijfels zijn over de privacy, vertrouwelijkheid of anonimiteit (wat gebeurt er met de informatie?). Die onzekerheid leidt tot angst en wantrouwen met betrekking tot deelname en de gevolgen daarvan. Men is bang dat gegevens gedeeld worden met andere instanties. Enkele keren werd hier specifiek het ‘geregistreerd staan’ benoemd: het idee dat het dan zwart-op-wit getoetst staat en ze daardoor achtervolgd gaan worden door allerlei instanties.

“Ja, in het begin hadden ze wel een beetje wantrouwen, hoor. En voornamelijk dan ... Dan zijn het wel echt de ouderen die bijvoorbeeld een uitkering hebben. En die hebben dat heel vaak, dat ze bij alles wat ze doen, dat ze denken: als ik mijn gegevens vrijgeef, dat de uitkering ingetrokken wordt. Die angst hebben ze altijd. Dus in het begin hadden ze dat ook bij de GGD, dat als ze zien bijvoorbeeld: het BSN-nummer moet doorgegeven worden of bij de testbus dat ze hun legitimatie mee moeten nemen, dan hebben ze al zoiets van: ‘Ja, waarom moet ik dat doen? En wat willen ze met al die informatie van mij en waarom?’ Dus het is gewoon een stukje angst ook.” (Marokkaanse sleutelfiguur 6)

Verder is er ook angst voor sociale consequenties: met ‘het vingertje’ naar elkaar wijzen. Het wordt gezien als je eigen verantwoordelijkheid dat je corona hebt opgelopen en/of anderen hebt besmet; dan hebben jij of je kinderen zich blijkbaar niet aan de regels gehouden. Deze angst uit zich bijvoorbeeld in het niet willen delen van de coronastatus, vanwege gevoelens van schuld en/of schaamte. De schaamte- en schuldcultuur werd binnen elke gemeenschap gezien, maar was volgens de sleutelfiguren waarschijnlijk meer aanwezig in de Turkse, Marokkaanse en overige islamitische gemeenschappen.

“En schaamtecultuur zit in al die culturen ... Want het is eigenlijk, als je kijkt naar Turks, Marokkaans, Somalische en Pakistaanse cultuur, dan merk je gewoon dat ... heel vaak ligt de focus op: wat vinden andere mensen van mij? En daar komt eigenlijk de schaamtecultuur ook vandaan. Want als de buitenwereld mij ziet, dat ik meegenomen word in de ambulance, dan weet iedereen dat ik ziek ben.” (Marokkaanse sleutelfiguur)

Tijdens de tweede golf werd die schaamte al veel minder gesignaleerd door de sleutelfiguren. Men is veel opener geworden over dat men zich moet laten testen of dat men positief is getest. Andere sleutelfiguren vertelden dat er nooit sprake is geweest van schaamte. Men was juist open zodat men zijn naasten en contacten kon waarschuwen.

“Dus eigenlijk in mijn moskee waar ik ga, de mensen geven dit echt door ... of als iemand corona heeft, hij zegt ook: bijvoorbeeld gisteren en eergisteren heb ik met die persoon en die persoon aan een tafel gezeten of we hebben een gesprek van een half uur gehad of wij waren in één ruimte, dus willen jullie alsjeblieft aan die persoon eigenlijk ook doorgeven om goed op te letten.” (Marokkaanse sleutelfiguur 1)

Daarnaast vertellen sleutelfiguren dat men geen ‘snitch’ wil zijn (beschuldigen, klikken).

“En het hele ding wat heel ingewikkeld is, als je gaat naar de GGD, je gaat je laten testen, dan krijg je dus dat contactonderzoekformulier met wie je allemaal in contact bent geweest en dan voel je je al gelijk een snitch. Want mensen met wie je in aanraking kwam, moet je dan te kakken zetten, terwijl die mensen ook alleen centen willen verdienen. Die zet je dan voor het blok.” (Surinaamse sleutelfiguur 1)

#### *Eigen-effectiviteit, vaardigheden en taalbarrières*

Sleutelfiguren gaven aan dat men moeite heeft met de lengte van het BCO-gesprek, de vele vragen en het hoge tempo van het gesprek. Ook is er de ongemakkelijkheid om open te zijn tegen een ‘wildvreemde’. Taalproblemen kunnen volgens sommige sleutelfiguren ook een groot knelpunt bij de indexen/contacten vormen. Wanneer men de taal niet machtig is, is het lastig om goed mee te werken aan het BCO. Vooral Caribische,

Kaapverdise, Marokkaanse en Turkse sleutelfiguren spraken zich hierover uit.

“... ik denk vaak ook taalbarrière... Want kijk, als iemand positief getest is en GGD belt iemand die de taal niet zo goed beheerst en niet alles begrijpen van wat de GGD zegt... Want ze krijgen natuurlijk ook uitleg, wat het doet, wat ze moeten doen. En als daar een taalbarrière in zit en ze begrijpen niet alles, ja, dan wordt het lastig, want ze gaan niet in eerste instantie een contactpersoon opgeven van bel mijn dochter maar, want die begrijpt het beter.” (Kaapverdiaanse sleutelfiguur 2)

De Surinaamse sleutelfiguren gaven aan dat het minder een rol zou spelen in hun gemeenschap. Daarnaast werd ook benadrukt dat taalproblemen voornamelijk onder ouderen en eerste generatie migranten zouden voorkomen.

Respondent: “Misschien taalbarrière, want senioren die praten wel Nederlands, maar ze zijn op een oudere leeftijd hiernaartoe gekomen, hè?”

Interviewer: “Ja. Dus vooral bij de senioren dan?”

Respondent: “Ja, bij de senioren. En ik denk misschien bij de doelgroep waarmee ik werk, dat zijn niet hoogopgeleiden. Ik weet ook dat ze Nederlands niet goed kunnen praten. Dus het hangt ervan af: als iemand te snel aan de telefoon gaat praten, dat ze het niet meer volgen.” (Antilliaanse sleutelfiguur 3)

#### *De rol van religie bij BCO*

Meerdere sleutelfiguren vertelden dat invloed van religie geen rol speelt in het wel of niet meewerken tijdens het BCO-gesprek. Daarentegen zagen andere sleutelfiguren wel dat religie een positieve rol speelt, doordat meewerken aan BCO wordt gezien als je ‘verantwoordelijkheid’ nemen en als ‘goed handelen’.

“Ik denk juist dat het vanuit religieus oogpunt belangrijk is dat bron- en contactonderzoek wordt uitgevoerd, om in ieder geval besmetting te voorkomen en dat je zelf daarin de verantwoording neemt.” (Surinaamse sleutelfiguur 5)

### *Suggesties van de sleutelfiguren om BCO te verbeteren*

Om het BCO te verbeteren, gaven de sleutelfiguren allerlei suggesties. Vaak werd genoemd dat de voorlichting en informatievoorziening veel beter moet en vooral: meer informatie en meer bekendheid met het fenomeen BCO. Betere gesprekstechnieken van de BCO-medewerkers werd ook regelmatig gesuggereerd.

Over de inzet van medewerkers eigen taal en cultuur of de huisarts waren de meningen verdeeld. Medewerkers eigen taal en cultuur zouden vooral bij ouderen en mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn een goed idee zijn.

*“Ik denk dat veel mensen vooral zoeken naar bekende gezichten [...] die ze kunnen vertrouwen, dus eigenlijk een vertrouwenspersoon. En ik denk als we dat kunnen zien van hé, deze organisatie kun je vertrouwen, want hier, kijk, we hebben ook mensen die hier werken met dezelfde achtergrond, [...] we hebben geen ander doel dan wat dan ook, als je zo’n signaal kan afgeven, kan je veel makkelijker samenwerken.” (Turkse sleutelfiguur 3)*

Sommige sleutelfiguren hadden echter hun bedenkingen, want het kan misschien juist averechts werken, vanwege schaamte en de angst om open te zijn over ziektes binnen de eigen gemeenschap. Het inzetten van huisartsen vond men enerzijds een goed idee, omdat zij als vertrouwenspersoon en als iemand met status worden gezien; echter werd er ook genoemd dat de huisartsen het te druk zouden hebben én dat niet iedereen een goede band met zijn/haar huisarts heeft.

Tot slot gaf men aan dat het BCO-gesprek ook buiten kantooruren zou moeten kunnen plaatsvinden.

### **3.3.3 Het uitvoeren van de quarantaine-maatregelen**

Met betrekking tot het uitvoeren van de I&QM kwamen in de gesprekken met de sleutelfiguren de volgende determinanten aan bod: kennis; attitude en emoties ten aanzien van de I&QM; en

praktische knelpunten en vaardigheden bij het uitvoeren van deze maatregelen. Tot slot gaven de sleutelfiguren nog suggesties ter verbetering van de uitvoer van de I&QM.

### *Kennis van de I&QM*

De sleutelfiguren merkten op dat de kennis over de isolatie- en quarantainemaatregelen uiteenliep. Over het algemeen was men wel goed op de hoogte.

*“Ze begrijpen het wel. Ze snappen echt wel dat het om besmettingen gaat, zodat besmettingen niet optillen, dat snappen ze dus echt wel.” (Marokkaanse sleutelfiguur 7)*

Daarentegen waren sommige sleutelfiguren van mening dat niet iedereen de quarantainemaatregelen goed begreep, vooral vanwege het wisselende quarantainebeleid. Punten die lastig te begrijpen waren, zijn bijvoorbeeld het verschil tussen quarantaine en isolatie, en ook dat men in quarantaine moet als men geen klachten heeft.

*‘Maar met name die mensen uitleggen dat ze dan nog vijf dagen binnen moeten blijven en nog een keer moeten testen, dat is eigenlijk de grootste uitdaging op dit moment, he, want zo’n gezin [met een besmetting] dat lukt je wel om dat uitgelegd te krijgen. Maar het gaat inderdaad om die nauwe contacten, dat is de grote uitdaging. Om die te bereiken. En dat is wel eens lastig.’ (Nederlandse sleutelfiguur 4)*

### *Attitude en emoties ten aanzien van I&QM*

De sleutelfiguren ervaarden binnen hun gemeenschap zowel positieve als negatieve attitudes als het ging om het uitvoeren van de quarantainemaatregelen. Een positieve attitude werd gerelateerd aan het hebben van de juiste kennis, het kunnen uitvoeren van de maatregelen, de noodzaak ervan inzien en de naasten/dierbaren willen beschermen. Een negatieve attitude werd gerelateerd aan kennisgebrek, de relevantie van de maatregelen niet erkennen, ‘lak hebben’ aan de regels, problemen met het uitvoeren van de maatregelen en ook aan welzijn.

"Er is een deel dat het niet goed begrijpt of dat denkt: 'Ik kan toch nog wel, ook al moet ik in quarantaine, ach, ik kan toch nog wel even snel naar de winkel.' Want die hebben nog niet een goed beeld of eigenlijk besef. [...] die weten niet zo goed wat ... die maatregelen voor voordelen met zich mee kunnen brengen als je in quarantaine gaat, als je je écht aan de afspraken houdt. Niet iedereen heeft de juiste kennis of eh ... niet iedereen weet het inderdaad.' (Surinaamse sleutelfiguur 3)

Zo'n negatieve attitude werd zowel gezien onder jongeren als ouderen, maar vooral onder de mensen die positief waren zonder klachten of met lichte klachten, of onder mensen die bestempeld waren als nauwe contacten. Ook werd benoemd dat (negatieve) emoties een rol kunnen spelen in het wel of niet uitvoeren van de I&QM, zoals de angst voor eenzaamheid.

"Als mensen niet mee willen werken heeft dat een oorzaak. De grootste oorzaak van niet mee willen werken is financieel gewin of isolatie, eenzaamheid ... de eenzaamheid." (Surinaamse sleutelfiguur 1)

#### *Praktische knelpunten en vaardigheden bij uitvoer I&QM*

Het is van belang dat mensen de juiste vaardigheden en omstandigheden hebben om het quarantainebeleid goed uit te kunnen voeren, zeggen de sleutelfiguren. Ze merkten op dat mensen tegen praktische knelpunten aan liepen, zoals een te kleine woonruimte om goed afstand te houden, of moeite om schoolgaande kinderen zelf thuis les te geven.

"Ja, wat we zeker in Delfshaven wel zien is dat grote gezinnen in kleine huizen wonen. Dus ja, soms zitten er vier, vijf, zes kinderen in een tweekamerwoning, driekamerwoning. Ja, natuurlijk is dat krap. En als je dan ook nog met elkaar in quarantaine moet, dat is niet te doen." (Nederlandse sleutelfiguur 3)

Naast deze individuele knelpunten werden ook omgevingsfactoren genoemd die niet bevorderlijk werken om de I&QM goed uit te kunnen voeren. Bijvoorbeeld, niet iedereen heeft de mogelijkheid om thuis te werken, men wordt opgedragen om toch te komen werken ondanks een positieve

uitslag of mensen zijn angstig dat ze hun inkomen missen of hun baan kwijtraken wanneer ze niet komen werken.

"Dat horen we op de informatielijn regelmatig. Dat mensen gewoon moeten komen werken. En dat mag echt niet." (Nederlandse sleutelfiguur 4)

Veel sleutelfiguren zagen economische redenen als een grote belemmerende factor. Armoede speelt een grote rol in de meeste gemeenschappen en door corona is de armoede in sommige situaties verergerd.

"En we zitten nu echt in een overlevingsstand bij deze doelgroepen. Waardoor ze dus risico's gaan nemen. Want ja, óf ze raken hun kamer kwijt, óf ze raken hun inkomen kwijt. En ja, dan zijn ze nog verder van huis. Dus het is zeker in de achterstandswijken wel echt een groot ding dat mensen dusdanig, door de overlevingsstand die ze nu hebben, het toch ... ja, niet zo nauw nemen. Puur om uiteindelijk, wat ik al zeg, te overleven." (Surinaamse sleutelfiguur 6)

Verder werd het gebrek aan een sociaal netwerk benoemd als praktisch knelpunt. Bij het ontbreken van een sociale kring kan het lastig zijn om de quarantaineperiode vol te houden, zowel op het gebied van eenzaamheid (welzijn) als praktisch, namelijk boodschappen regelen. Sommige sleutelfiguren benoemden daarnaast dat soms de omgeving niet wil meewerken aan de quarantaine. Bijvoorbeeld, dat huisgenoten zich niet aan de quarantainemaatregelen houden omdat ze het nut er niet van inzien.

"Sommige mensen die zeggen als ik zelf geen klachten heb, ik heb niks, ik ben niet ziek, dus ik ga gewoon naar buiten, ook al is er iemand in mijn directe huishouden wel ziek. Die zegt waarom moet ik thuisblijven? Er is niks aan de hand met mij." (Surinaamse sleutelfiguur 3)

De ongemakken van de I&QM werden door de sleutelfiguren genoemd als één van de redenen waarom sommigen geneigd zijn om zich maar niet te laten testen.



“Maar ik denk ook dat best wel veel mensen het testen gaan vermijden. Want stel dat je positief getest wordt, dat betekent dat je in quarantaine moet blijven, dat betekent dat je leven ingewikkelder wordt. Dus ik denk dat ze wel weten hoe ze zich aan quarantainemaatregelen moeten houden, maar ik denk dat ze het testen gaan vermijden.”

(Nederlandse sleutelfiguur 1)

### *Suggesties ter verbetering van de uitvoer van de I&QM*

Het merendeel van de suggesties was gerelateerd aan betere, duidelijkere, eenvoudigere en meer eenduidige informatie over wat de quarantainemaatregelen zijn en het belang hiervan.

Verder werden praktische tips en ondersteuning benoemd, zoals tips voor het uitvoeren van de quarantainemaatregelen, gratis boodschappen bezorgservice, voedselbonnen uitdelen, entertainment tegen verveling en eenzaamheid organiseren, thuiswerkmogelijkheden creëren en een informatiepunt met steunmogelijkheden in de wijk opzetten. Tot slot werd door de sleutelfiguren ook de nadruk gelegd op emotionele support: meer persoonlijke aandacht, empathie en steun. Bijvoorbeeld door mensen terug te bellen om te vragen hoe het gaat of een brief/pakketje sturen om een hart onder de riem te steken.

“En dat er bijvoorbeeld boodschappen binnenkomen, dat is het enige wat mensen moeilijk vinden om voor binnen te blijven. Misschien blijf je 5 dagen binnen en de 6de dag ga je je vervelen. Je hebt alle films gehad, je hebt alles al gehad en dan vraag je je af, wat kan ik nu doen? Stuur ze gewoon een leuk pakketje, of wat dan ook en dan hoeft het niet iets geweldigs te zijn, maar... Ook een brief bijvoorbeeld lijkt mij goed om ze een hart onder de riem te steken. Met een hele leuke brief, bijvoorbeeld ‘Je bent nu in quarantaine en dit en dit. Kunnen we wat voor je betekenen?’ ... en vertel daarin waarom ze in quarantaine zijn, waarom het zo belangrijk is om je ook aan de regels te houden. Misschien gaat dat ook helpen, want mensen gaan zich sowieso na twee drie dagen binnen heel erg vervelen, vooral als je alleen bent.” (Surinaamse sleutelfiguur 2)

Wat betreft de vorm die communicatiematerialen moeten hebben, werden verschillen opties genoemd: filmpjes, animaties, flyers, voorlichtingsbijeenkomsten, theater en audioberichten. Het moet in ieder geval makkelijk te verkrijgen en te vinden zijn. De voorstanders van flyers zagen het gebruik van de flyer vooral als een soort ‘reminder’ en dat men het makkelijk kan bewaren en nalezen. Hierbij is het ook van belang om plaatjes/beeldspraak te gebruiken. Over het algemeen was men meer te spreken over het gebruik van filmpjes, doordat deze makkelijker doorgestuurd kunnen worden en geen (Nederlandse) leesvaardigheden vergen.

“We kunnen folders klaarmaken, maar ik heb gemerkt dat er weinig mensen zijn die folders lezen. Het belangrijkste is eigenlijk een klein videofragment maken bijvoorbeeld van een paar seconden of één of twee minuten om daar uit te leggen... in verschillende talen, bijvoorbeeld in het Arabisch, Turks, Somalisch en andere talen... en ook Engels.”

(Marokkaanse sleutelfiguur 1)

Alle sleutelfiguren waren erg eensgezind en duidelijk over hoe de boodschap gecommuniceerd moet worden met betrekking tot taalgebruik en het aanbieden van meerdere talen. Het taalgebruik moet duidelijk en eenvoudig zijn en gebruik maken van korte zinnen. Daarnaast moet men informatie in de eigen taal kunnen krijgen. De volgende talen werden genoemd: Papiaments, Surinaams, Portugees/Kaapverdiaans, Arabisch, Berbers, Turks, Engels, Pools, Somalisch, Bulgaars en Roemeens.



## 4 Discussie, conclusie en aanbevelingen

### 4.1 Discussie

Door middel van kwalitatieve interviews met medewerkers van het bron- en contactonderzoek (BCO) en met sleutelfiguren in de regio Rotterdam-Rijnmond is in kaart gebracht hoe het bron- en contactonderzoek en de uitvoer van de isolatie & quarantainemaatregelen tijdens de Covid-19 pandemie is verlopen, en welke factoren hierop mogelijk van invloed zijn geweest.

De interviews met de BCO-medewerkers geven het beeld dat de uitvoer van het BCO over het algemeen goed ging en dat men goede gesprekstechnieken hanteerden. De BCO-medewerkers waren meestal positief over het werk, de organisatie, en collega's, alsook over de indexen. Minder te spreken was men over de (steeds wisselende) protocollen en regels, en de mening over de BCO-training varieerde. De BCO-medewerkers gaven aan dat de indexen vrijwel altijd goed bereikbaar waren en goed reageerden op het BCO. Toch waren er ook wel wat kritische geluiden te horen, zoals indexen die niet mee wilden werken of veel weerstand gaven tegen het delen van (persoonlijke) gegevens. Populaties met specifieke aandachtspunten die werden genoemd waren (arbeids)migranten, jongeren, en mensen met lage SES of opleiding. De kennis over BCO en de GGD, de waargenomen ernst van corona, de attitude en emoties ten aanzien van corona en het BCO, en de vaardigheden rondom het BCO en de I&QM lijken factoren die indexen beïnvloeden in hun deelname aan het BCO en de I&QM. Ander determinanten die hier een rol kunnen spelen zijn het omgaan met alle informatie, sociaal-culturele normen rondom ziekte en (familie)banden, en taalbarrières.

De interviews met de sleutelfiguren geven met betrekking tot het BCO een beeld dat grotendeels overeenkomt met de resultaten van de BCO-medewerkers. Daarnaast gaven de gesprekken met de sleutelfiguren nog een aanvullend beeld over hun gemeenschappen met betrekking tot corona en de maatregelen in het algemeen. Hieruit bleek dat de gemeenschap over het algemeen bereidwillig is, maar dat vooral de sociale beperkingen moeilijk worden gevonden. Kennis over en risicoperceptie ten aanzien van corona, alsook attitude ten aanzien van het beleid en (religieuze) waarden en normen zouden hierop van invloed kunnen zijn. Wat betreft de uitvoer van de I&QM kwam in de gesprekken met de sleutelfiguren naar voren dat kennis, attitude, vaardigheden en verschillende praktische zaken (zoals behuizing, werksituatie) van invloed kunnen zijn geweest op een goede uitvoer. De suggesties van de sleutelfiguren om de uitvoer van de maatregelen te bevorderen haakten vooral aan op het verbeteren van de informatieverstrekking en praktische tips om de uitvoer van de I&QM te ondersteunen. Tot slot bleek dat er al vrij veel activiteiten binnen de gemeenschappen zelf zijn opgezet om de informatievoorziening te bevorderen en de I&QM te ondersteunen.

Een veelvoorkomende en terugkerende opmerking, in zowel de gesprekken met de BCO-medewerkers alsook die met de sleutelfiguren, betreft de grote hoeveelheid informatie rondom corona en de maatregelen. Er is niet alleen heel veel informatie via internet beschikbaar, maar ook een constante stroom van informatie vanuit de rijksoverheid en via de (sociale) media, familie en vrienden, zowel uit binnen- als buitenland. Al deze informatie bij elkaar is vaak tegenstrijdig, steeds wisselend, en veelal ingewikkeld voor de meeste mensen. Dit zorgt, ook bij indexen, voor verwarring en daarmee ook voor wantrouwen en kritiek.

Men weet niet goed meer wat nu wel en wat niet te geloven. Dit kan er vervolgens toe leiden dat men twijfelt over de aanbevolen maatregelen, zoals die met betrekking tot deelname aan BCO en het uitvoeren van de I&QM. Hoewel dit fenomeen deels inherent is aan een crisissituatie, is de informatiestroom en het steeds wisselende beleid voor de meeste mensen niet meer te volgen en geeft het een gevoel van 'zwabberend beleid'. Eerder is al aangetoond dat een steeds wisselende gezondheidsboodschap of beleid bij het algemene publiek wantrouwen in het overheidsbeleid veroorzaakt (Malecki et al., 2021; Crouse Quinn et al., 2013). Dit wantrouwen in beleid kan ervoor zorgen dat men minder geneigd is het aanbevolen gedrag ook uit te voeren (Crouse Quinn et al., 2013). Een heldere, eenduidige boodschap van een expert draagt bij aan vertrouwen in het beleid en daarmee in een betere opvolging ervan.

Een andere factor waar mensen moeite mee hebben is dat de aanbevelingen, met name rondom de I&QM, erg ingewikkeld zijn door de vele variaties (o.a. afhankelijk van wel/geen klachten, wel/geen nauw contact etc.). Dit geldt zeker voor mensen die ook nog eens moeite hebben met de Nederlandse taal of mensen die laaggeletterd zijn. Wanneer het aanbevolen gedrag te ingewikkeld wordt, heeft dit een negatieve invloed op de uitvoering ervan (Horne, 1998). In dit soort situaties is het soms beter om concessies te doen en te kiezen voor een eenduidige vorm van gedrag. Zelfs als dit aanbevolen gedrag in sommige situaties "te streng" zou zijn en in andere situaties "te los". Een eenduidige heldere aanbeveling maakt het begrijpelijk, makkelijker te onthouden, en laat geen ruimte voor discussie of eigen interpretatie. Dit kan de uitvoering van het gedrag bevorderen.

Een derde factor waar mensen moeite mee hebben betreft de misinformatie die met name via sociale media verspreid wordt en die door veel mensen wordt gelezen en verder gedeeld. Recent werd aangetoond dat posts en websites van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en het Amerikaanse Centre for Disease Control minder vaak werden gelezen of bezocht (enkele

honderdduizenden views) dan informatie op complottheorie-websites (meer dan 52 miljoen views, Mian et al., 2020). Deze misinformatie voedt het wantrouwen in de overheid en draagt niet bij aan de uitvoer van de aanbevolen maatregelen (Earnshaw et al., 2020). De invloed van deze grote hoeveelheid (mis)informatie over corona op het publiek en hoe dit te bestrijden krijgt inmiddels uitgebreid aandacht in de internationale wetenschappelijke literatuur. Echter, meer onderzoek is nodig om tot goede oplossingen te komen en het vertrouwen te herstellen.

Zowel de BCO-medewerkers als de sleutelfiguren gaven aan dat de kennis over corona en de maatregelen globaal wel aanwezig is bij indexen en binnen de gemeenschap (bijvoorbeeld 'je moet binnenblijven bij een positieve testuitslag'), maar dat details vaak ontbreken (bijvoorbeeld 'hoe lang moet je binnenblijven'). Ook gaven BCO-medewerkers en sleutelfiguren aan dat bij sommige mensen, meestal jongeren, de risicoperceptie t.a.v. corona laag is. Een beperkte kennis en een lage risicoperceptie ten aanzien van corona kunnen de houding en de uitvoer van maatregelen negatief beïnvloeden, bijvoorbeeld omdat men dan meer moeite heeft om het belang van maatregelen te erkennen (Honarvar et al., 2020). Dit werd door de deelnemers van ons onderzoek vaak onderstreept. Een betere informatievoorziening, bijvoorbeeld via massa-mediale campagnes, huis-aan-huis verspreiding van folders en via (lokale) sleutelfiguren, kan bijdragen aan een beter begrip voor de maatregelen en beter inzien van de relevantie. Daarbij moet er rekening worden gehouden met de geletterdheid van de ontvanger, bijvoorbeeld door gebruik te maken van beeldmateriaal en verschillende talen. Dit kan zorgen voor een hogere bereidwilligheid om het aanbevolen gedrag uit te voeren.

In ons onderzoek kwamen geen hele duidelijke populatieverschillen naar voren, zowel m.b.t. de uitvoer van het BCO als m.b.t. de uitvoer van de I&QM. Een enkele keer werd benoemd dat het BCO bij sommige groepen wat lastiger kon verlopen, bijvoorbeeld bij jongeren (groot netwerk dus

duurt lang en moeite met privacy), of bij mensen met een taalbarrière (anderstaligen of laaggeletterden). Dat jongeren meer moeite kunnen hebben met deelname aan BCO, en dat twijfels over de privacy voor veel mensen een grote belemmering kunnen zijn voor deelname, is ook in andere studies gevonden (Grill et al, 2021). Heldere richtlijnen m.b.t. privacy, het streng waarborgen hiervan en duidelijke communicatie hierover kan wellicht helpen om mensen die hier twijfels over hebben toch aan te zetten tot deelname aan BCO. Het overkomen van taalbarrières kan wellicht worden opgelost door (dagelijks) te zorgen voor voldoende BCO-medewerkers die meerdere talen kunnen spreken en door te zorgen voor een eenvoudig bel/gespreksprotocol.

Er werd aangegeven dat er in sommige culturen een taboe heerst op ziek zijn en dat een (infectie)ziekte gepaard kan gaan met gevoelens van schaamte en schuld. Dit kan ertoe leiden dat men naar de buitenwereld (familie, vrienden) niet open durft te zijn over de eigen coronastatus. Men is bang door naasten te worden buitengesloten of gestigmatiseerd. Dit kan deelname aan het BCO én een goede uitvoer van de I&QM belemmeren. Eerdere studies hebben aangetoond dat gevoelens van schaamte en stigma rondom ziekte inderdaad de openheid hierover kunnen belemmeren en daarmee ook de uitvoer van de aanbevolen maatregelen (Ali Abdulai et al., 2022). In het kader van het BCO is het aanbieden van een anonieme manier om contacten in te lichten voor deze groep belangrijk en mogelijk effectief om het BCO goed te blijven uitvoeren (Trevino et al., 2022). Daarnaast zou het waardevol zijn de haalbaarheid en effectiviteit te onderzoeken van een interventie die mensen helpt om open te zijn over hun ziekte en die ze helpt om te gaan met emoties die daarbij een rol spelen. Het durven vertellen aan anderen dat je corona hebt, of welke andere besmettelijke ziekten dan ook, is voor veel mensen een grote drempel, maar het is ook een belangrijk onderdeel in de bestrijding van transmissie.

De gesprekken met de BCO-medewerkers gaven de indruk dat er goede gesprekstechnieken

werden ingezet tijdens het BCO. Componenten zoals het tonen van empathie en meebewegen bij verzet of bezwaren van de index, die vaak door de BCO-medewerkers werden benoemd, zijn gesprekstechnieken die effectief zijn gebleken bij het stimuleren van gedragsverandering (Rollnick et al., 2010). Het is dus aannemelijk dat de inzet van deze technieken het BCO zal bevorderen. Echter, ondanks deze positieve geluiden werd er door enkele BCO-medewerkers ook getwijfeld aan de gespreksvaardigheden van collega's, vooral op het gebied van cultuur-sensitieve communicatie. Sommige deelnemers gaven aan niet altijd voldoende te zijn toegerust voor moeilijke gesprekken. Ook de sleutelfiguren leek soms hun twijfels te hebben over de gesprekstechnieken van de BCO-medewerkers. We hebben geen objectieve evaluatie kunnen doen van de gehanteerde gesprekstechnieken en de vaardigheden van de BCO-medewerkers. Om hier een echt goed beeld van te krijgen zou uitgebreider onderzoek nodig zijn, maar dat lijkt praktisch niet haalbaar. Wellicht is het zinvol om de BCO-training en bijscholing nog eens goed door te lopen met experts op het gebied van communicatie, cultuur en gedrag, en hierbij specifiek aandacht te hebben voor gesprekstechnieken en cultuur-sensitieve communicatie.

Wat opviel in de gesprekken met de BCO-medewerkers is dat ze zeer gedreven waren in hun werk en sterk gemotiveerd om bij te dragen aan het bestrijden van de pandemie. Veel deelnemers waren persoonlijk erg betrokken en leken een groot gevoel van verantwoordelijkheid te hebben. Echter, deze eigenschappen kunnen werknemers ook kwetsbaar of gevoelig maken voor een burn-out (De Hert, 2020; Fulham-McQuillan et al., 2021). Zeker in tijden van hoge werkdruk (bijvoorbeeld bij hoge infectiedruk), waarbij er minder ruimte is voor support of feedback van collega's en leidinggevenden, kan dit tot stressklachten leiden (Fulham-McQuillan et al., 2021). Het is belangrijk om ondanks de werkdruk oog te blijven houden voor de (mentale) gezondheid van de BCO-medewerkers, niet alleen vanwege het welbevinden van de medewerker, maar ook omdat dit



van invloed kan zijn op de kwaliteit van het werk (De Hert, 2020). Mogelijk effectieve methoden om de mentale gezondheid te ondersteunen zijn een combinatie van maatregelen op de werkvloer (bijvoorbeeld interactie en uitwisseling van ervaringen met collega's) en het implementeren van individuele coping strategieën (De Hert, 2020).

Een veel gehoorde klacht van de BCO-medewerkers ging over de steeds wisselende protocollen en beleid. Dit steeds wisselende beleid is niet alleen voor het publiek lastig te volgen, maar ons onderzoek laat zien dat het ook op de BCO-werkvloer zorgde voor verwarring, irritaties en frustraties. Het vraagt om een hoog aanpassingsvermogen van de BCO-medewerkers. Daarnaast bemoeilijkt het de BCO-gesprekken, omdat indexen en contacten om uitleg vragen. Voor het bevorderen van een goed verloop van het BCO en meer werkplezier voor de BCO-medewerker zou een consistentere beleid zijn aan te bevelen, of in ieder geval een betere uitleg en onderbouwing van het gekozen beleid (Malecki et al., 2021) zelf wanneer dit bij nieuwe pandemieën met snelle ontwikkelingen lastig is.

De sleutelfiguren gaven aan dat indexen bij de uitvoer van de I&QM tegen enkele barrières aanliepen. Naast de hierboven beschreven barrières van nee zeggen tegen bezoek en open durven zijn over je coronastatus, waren er ook meer praktische knelpunten. De woonruimte kan soms gewoon te klein zijn om goed afstand te houden van huisgenoten of de werkgever staat niet open voor ziekmelding in verband met corona; vooral als men geen (heftige) corona klachten heeft of wanneer men nauw contact is en geen 'patiënt'. In het geval van indexen zonder vast contract (bijvoorbeeld arbeidsmigranten, zzp'ers) kan de financiële situatie ontoereikend zijn om niet te gaan werken. Daarnaast is er soms sprake van huisgenoten die niet willen meewerken aan de I&QM of zijn er geen familieleden of vrienden beschikbaar om bijvoorbeeld de boodschappen te doen. Mensen vinden het vaak ook lastig om om hulp te vragen. Om de uitvoer van de I&QM te bevorderen zou het kunnen helpen als er ondersteuning kan worden

geboden voor deze knelpunten. De grootte van de woonruimte laat zich lastig aanpassen, maar een interventie om acceptatie van de I&QM bij werkgevers te bevorderen is een mogelijkheid. Het opzetten en (financieel) ondersteunen van netwerken in de wijk, om mensen die in isolatie of quarantaine zitten actief te benaderen en te helpen bij bijvoorbeeld boodschappen doen of het uitlaten van de hond, kan de uitvoer van de I&QM waarschijnlijk ook bevorderen. De mogelijkheden om mensen te ondersteunen bij het vragen van hulp en sociale interacties, voor veel mensen niet vanzelfsprekend (Rolandi et al., 2020), zouden verder kunnen worden uitgezocht.

Sommige sleutelfiguren gaven aan dat eenzaamheid een probleem kan zijn voor mensen die in isolatie of quarantaine zitten. Eenzaamheid speelt niet alleen een rol tijdens isolatie, maar inmiddels is duidelijk dat de verschillende maatregelen tijdens de coronapandemie bij veel mensen tot (gevoelens van) eenzaamheid hebben geleid (Loades et al., 2020; Kasar et al., 2021). Eenzaamheid kan ervoor zorgen dat de maatregelen minder goed worden nageleefd. Het kan echter ook verdergaande en langdurige consequenties hebben op het welbevinden van mensen. Het is belangrijk dat er in de voorbereiding op toekomstige pandemieën ook aandacht is voor het voorkomen van langdurige eenzaamheid, met name onder kwetsbare mensen zoals ouderen, mensen met psychische problematiek en alleenstaanden.





## 4.2 Beperkingen van het onderzoek

Enkele beperkingen van het hier gepresenteerde onderzoek zijn relevant om te benoemen. Ten eerste is er een relatief klein aantal BCO-medewerkers geïnterviewd en vonden de interviews plaats in een vroeg stadium van de pandemie. De resultaten zijn daarmee wellicht niet representatief, ook niet voor de uitvoer van het BCO later in de pandemie. We hebben dit deels ondervangen door de resultaten te bespreken met enkele BCO-medewerkers en teamleiders, die zich grotendeels in de resultaten konden vinden. Een andere beperking van het onderzoek is dat de evaluatie van de BCO uitvoer en de isolatie- en quarantainemaatregelen gebaseerd is op subjectieve meningen van BCO-medewerkers en sleutelfiguren. De resultaten zijn wellicht dus geen volledige reflectie van de werkelijkheid. Echter een andere vorm van evaluatie lijkt praktisch niet haalbaar. Het feit dat de resultaten van de BCO-medewerkers grotendeels overeenkomen met die van de sleutelfiguren versterkt echter de betrouwbaarheid van de conclusies. Daarnaast zullen binnenkort de resultaten van de interviews met de indexen beschikbaar zijn, waarmee de conclusies verder kunnen worden aangescherpt. Tot slot is het nog goed om te benadrukken dat de in dit rapport gepresenteerde resultaten gebaseerd zijn op kwalitatieve dataverzameling. Daarmee kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de causaliteit van de relaties tussen de determinanten en het gedrag. Aanvullend kwantitatief onderzoek zal nodig zijn om zekerheid te krijgen over welke determinanten het gedrag daadwerkelijk beïnvloeden, en in welke mate.

## 4.3 Conclusies en aanbevelingen

In dit rapport worden de bevindingen gepresenteerd van het onderzoek naar (determinanten van) het BCO en de isolatie- en quarantainemaatregelen. De interviews met de BCO-medewerkers en sleutelfiguren geven de indruk dat het BCO tijdens de coronapandemie over het algemeen goed is verlopen, zeker gezien de lastige omstandigheden die inherent zijn aan een crisissituatie. Tegelijkertijd kwamen er verschillende belangrijke

zaken naar voren die de aandacht verdienen, om in de toekomst de uitvoer van het BCO en de quarantaine- en isolatiemaatregelen goed te laten verlopen en om beter voorbereid te zijn op toekomstige pandemieën. Met name op het gebied van de informatievoorziening lijkt er in het algemeen veel winst te behalen. Hierbij gaat het om meer eenduidigheid, consistentie en vereenvoudiging van de boodschappen rondom corona en de maatregelen, en meer aandacht voor (het omgaan met) misinformatie en complottheorieën. Dit kan mogelijk ook bijdragen aan het vergroten van het vertrouwen in de overheid. De belangrijkste punten van aandacht specifiek voor het BCO zijn de gesprekstechnieken (o.a. cultuursensitiviteit), consistentie in de protocollen en het beleid, en het waarborgen van (mentale) ondersteuning voor de BCO-medewerkers. Voor de index en het algemene publiek is het van belang dat kennis en bewustzijn ten aanzien van het belang en proces van BCO worden vergroot, dat de privacy tijdens deelname aan BCO overtuigend wordt gewaarborgd, en dat taalbarrières worden overbrugd o.a. door middel van BCO-medewerkers die de eigen taal spreken. Ten aanzien van het bevorderen van de uitvoer van de isolatie- en quarantainemaatregelen zou er meer aandacht moeten zijn voor consistentie en vereenvoudiging van de maatregelen, (praktische) ondersteuning voor de index, vergroten van de vaardigheden van de index om barrières veroorzaakt door gevoelens van schaamte en schuld te overkomen, en bestrijding van eenzaamheid. Ook hier kan het belang van de maatregelen, ook als er geen ziekteverschijnselen zijn, meer aandacht krijgen. Tot slot zou er meer gebruik gemaakt kunnen worden van bestaande initiatieven en activiteiten die tijdens de pandemie zijn ontstaan binnen de verschillende gemeenschappen, onder andere door (de inzet van) sleutelfiguren.

**Een uitgebreider overzicht van 'Adviezen', naar aanleiding van het in dit rapport gepresenteerde onderzoek, is als apart document verschenen (op te vragen bij de auteurs).**

## 5 Woord van dank

Graag willen we alle deelnemers, de BCO-medewerkers en sleutelfiguren, bedanken voor hun waardevolle input. Verder willen we de corona-organisatie van GGD Rotterdam-Rijnmond bedanken voor het mogelijk maken van dit project, en in het bijzonder de projectgroepleden Hannelore Götz, Rachida Bouali, Inge van de Luitgaarden, Nadia Pikaar-Hessing, Shana Hanoeman en Given Thomas voor alle suggesties en feedback. Shana Hanoeman en Given Thomas ook hartelijk dank voor jullie inzet bij de werving. Angelina (Jing) Chen en Floor Klop, stagiaires van de Vrije Universiteit Amsterdam: dank voor jullie hulp bij de dataverzameling.

# Referenties

Ali Abdulai, M., Mevissen, F.E.F., Ruiter, R.A.C., Owusu-Agyei, S., Poku Asante, K., Bos, A.E.R. (2022). A qualitative analysis of factors influencing antiretroviral adherence among persons living with HIV in Ghana. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 32, 135 – 150.

Crouse Quinn, S., Parmer, J., Freimuth, V.S., Hilyard, K.M., Musa, D., Kim, K.H. (2013). Exploring Communication, Trust in Government, and Vaccination Intention Later in the 2009 H1N1 Pandemic: Results of a National Survey. *Biosecurity and Bioterrorism*, 11, 96 – 106.

De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and regional Anesthesia*, 13, 171 – 183.

Earnshaw, V.A., Eaton, L.A., Kalichman, S.C., Brousseau, N.M., Hill, C., Fox, A.B. (2020). COVID-19 conspiracy beliefs, health behaviors, and policy support. *Translational Behavioral Medicine*, 10, 850 – 856.

Fulham-McQuillan, H., De Brún, A., Donovan, R.O. (2021). Contact tracing during the COVID-19 outbreak: exploring the psychological impact on contact tracers. *European Journal of Public Health*, 31, iii383 – iii384

Grill, E., Eitze, S., De Bock, F., Dragano, N., Huebi, L., Schmich, P., et al. (2021). Sociodemographic characteristics determine download and use of a Corona contact tracing app in Germany—Results of the COSMO surveys. *PloS ONE*, 16, e0256660.

Honarvar, B., Lankarani, K., Kharmandar, A., Shaygani, F., Zahedroozgar, M., Haghighi, M.R.R., et al. (2020). Knowledge, attitudes, risk perceptions, and practices of adults toward COVID-19: a population and field-based study from Iran. *International Journal of Public Health*, 65, 731 – 739.

Horn, R. (1998). Adherence to medication: a review of existing research. In L.B. Myers and K. Midence (eds) *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Kasar, K.S., Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42, 122 – 1229.

Kok, G., Gottlieb, N.H., Commers, M., & Smerecnik, C. (2008). The ecological approach in health promotion programs: A decade later. *American Journal of Health Promotion*, 22, 437 – 442.

Loades, M.E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Bridgen, A., et al. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59, 1218 – 1239.

Malecki, K.M.C., Keating, J.A., Safdar, N. (2021). Crisis Communication and Public Perception of COVID-19 Risk in the Era of Social Media. *Clinical Infectious Diseases*, 72, 699 – 704.

Mian, A., Khan, S. (2020). Coronavirus: The spread of misinformation. *BMC Medicine*, 89, 1-2.  
<https://doi.org/10.1186/s12916-020-01556-3>

Rolandi, E., Vaccaro, R., Abbondanza, S., Casanova, G., Pettinato, L., Colombo, M., et al. (2020). Loneliness and Social Engagement in Older Adults Based in Lombardy during the COVID-19 Lockdown: The Long-Term Effects of a Course on Social Networking Sites Use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7912. doi:10.3390/ijerph17217912

Rollnick, S., Butler, C.C., Kinnersley, P., Gregory, J., Mash, B. (2010). Motivational Interviewing. *British Medical Journal*, 340, c1900.

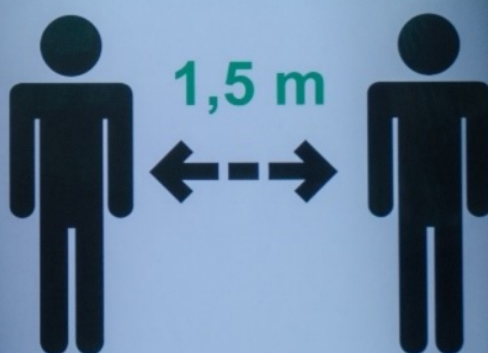
Trevino, J., Keswani, M., Pourmand, A. (2022). A Web-Based Digital Contact Tracing Strategy Addresses Stigma Concerns Among Individuals Evaluated for COVID-19. *Telemedicine and e-health*, 28, 317 – 324.



Stadsinformatie / City info

Samen beperken we het risico  
op coronabesmetting.


# Houd afstand tot elkaar!



- In park, bos,  
op speelpleinen.
- In supermarkt.
- Bij sport en spel.

Geef elkaar de ruimte.  
Vermijd grote groepen.  
Was je handen regelmatig.

[rotterdam.nl/corona](https://rotterdam.nl/corona)

 Gemeente Rotterdam

JCDecaux



Gemeente  
Rotterdam