



Reacties WAR op vraag over melding en thuisisolatie

Versie 12 mei 2020

Algemeen; ik ken geen onderzoek in deze concrete setting. Dus mijn antwoorden zijn theory-based.

Punt 1: De meest voor de hand liggende benadering is Self-regulatory theories. 5.1.2e is een expert op dat terrein.

Punt 2: Goede vraag. Is het terrein van de invloed van de (verandering van de) fysieke omgeving op gedrag(sverandering). Is heel weinig concreets over gepubliceerd. Misschien weten de collega's van de Technische Universiteiten daar meer van; bijv. 5.1.2e; of de functieleer, bijv. 5.1.2e, RU Groningen. Om je een idee te geven:

<https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/toc/15404560/63/1>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494408000959>

Als aanvulling op onderstaande: dagelijks bellen leidt tot capaciteitsproblemen bij GGD. Bij huidige BCO werkt het zo dat 'nauwe contacten' 1x worden gebeld (en de rest zelfregulatie idd.) en ze hebben al moeite om dat bemand te krijgen (bij het breder inzetten van testen in juni).

Een mogelijke valkuil (die niet met bellen is op te lossen); personen waarbij thuisisolatie financiële gevolgen heeft. Mijn salaris wordt voorlopig nog netjes doorbetaald, maar als ik zelfstandig ondernemer ben, ZZP'er of op een andere manier fysiek aanwezig moet zijn op mijn werk en mijn aanwezigheid gerelateerd is aan inkomsten (e.g., uitzendkrachten), dan wordt het een lastiger verhaal. Zeker aangezien ik begrijp dat mensen geacht worden dan 2 weken thuis te blijven. Ik kan me heel goed voorstellen dat als die mensen al thuis blijven en ze zijn 3 dagen later klachtenvrij, dat de 'verleiding' om weer te gaan werken groot is... (en wellicht nog groter als het niet gaat om klachten bij henzelf, maar een familielid).

Dat maakt het qua oplossingen ook moeilijker. Natuurlijk blijven benadrukken dat ook die mensen niet voor zichzelf, maar juist 'for the greater good' thuis moeten blijven. Aanvullend zou je nog kunnen denken aan financiële garantstelling voor die groep – een soort 2 weken 'flitsuitkering' (met als rationale dat het naast inkomenszekerheid ook om volksgezondheid gaat).

Reactie vanuit ervaring als huisarts en enkele punten specifiek voor bepaalde groepen:
 1e duidelijke cues-to-action zijn enorm belangrijk (wanneer wat doen - probleem nu bv hooikoortsseizoen, dus niezen / verstopte neus / tranende ogen alom heersend - duidelijk aangeven dus wanneer het anders is dan hooikoortsklachten (en bij Corona veel minder vaak niezen);

deze zouden dan verspreid moeten worden via makkelijk toegankelijke en vertrouwde infokanalen - dus bv ook via Thuisarts.nl en via de eigen huisarts: vergt actie/samenwerking NHG

Elke actie in deze leidt hoe dan ook tot weer opnieuw (zoals in begin van de epidemie) tot heel veel meer telefoontjes naar huisartsen: zorg dat huisartsen voorbereid(= geïnformeerd) zijn en dezelfde boodschap uitdragen

2e melden lijkt me veel beter bij eigen huisarts dan bij GGD: eigen huisarts kent patiënt, kan beter met patiënt zelf bepalen of inderdaad sprake is van reden voor testen / afspreken hoe test plaats vindt / uitleg op maat over test en gevolgen / vertrouwensband helpt enorm in overtuiging (dus gewenst gedrag- hierover is literatuur die een van de communicatieexperts vast zo oplepelt)) en in wegnemen onrust.

Huisarts kan ook op maat bespreken hoe de zelf-isolatie is vorm te geven, welke obstakels er zijn etc.

3e zelfisolatie is natuurlijk enorm lastig voor veel groepen:

- alleenstaanden zonder netwerk voor boodschappen
- alleenstaande ouders met jonge kinderen
- mensen in woongroepen / studentenhuizen / grootschalige slaapplekken (tijdelijke arbeids migranten)
- verslaafden zonder bestaande contact verslavingszorg (verslavingszorg regelt nu in voorkomende gevallen bezorging methadon of andere vervanger aan huis)
- mensen die voor inkomen afhankelijk zijn van naar buiten gaan (ongedocumenteerden / daklozen zonder uitkering / MOelanders van wie tijdelijk arbeid is weggevallen/ prostituees
- daklozen in nachtopvang: hoewel op veel plekken extra ruime noodopvang is ingericht voor besmette mensen, is dit niet overal zo en wil men daar niet altijd heen (gedwongen opnamen mogelijk en al aan de orde geweest in min 2 gevallen). Vaak is er niet de mogelijkheid om over eigen toiletvoorzieningen te beschikken
- asielzoekerscentra (denk aan uitbraak Friesland) ; bij ongedocumenteerden speelt extra probleem dat de meeste BedBadBroodvoorzieningen zijn gesloten - zij zijn nu helemaal dakloos en meestal niet welkom in gewone daklozenopvang - zwerven over straat of logeren bij landgenoten in overvolle appartementen.

Voor al deze situaties geldt dat het kan helpen als:

= voorbeelden worden gegeven hoe je problemen kunt oplossen (van mensen die het al ondervonden hebben zoals 5.1.2e in de nrc)

= telefoonnummers van lokale (vrijwilligers-)organisaties die praktische zaken uit handen kunnen nemen (boodschappen, zorg voor kinderen) en voor mentale ondersteuning.

Ik heb nu even kort tijd, maar even alvast een korte reactie:

Deze oproep kan veel losmaken bij (mogelijk grote groepen van) de bevolking, o.m. mensen nu voor het eerst een hulpverlener of de GGD hierbij moeten betrekken, en mensen dit doorgaans met associëren met de ernst van klachten, vooral bij mensen die zich toch al veel zorgen maken (bv kwetsbare ouderen) of het juist heel goed willen doen (bv overadherence), wat wederom nocebo effecten (en daarmee verergering van symptomen etc) in de hand kan werken. Werken met hele duidelijke signalen en communicatie die geen misverstanden open laat, maar ook herhaaldelijk duidelijk blijven maken dat deze regel niet betekent dat er per se iets heel ernstigs aan de hand is, is

hierin dus cruciaal om niet onnodig zorgen, twijfels, angsten etc aan te wakkeren. Ik kan hier later nog uitgebreider op terug komen.

Thuisisolatie

Cues to action - erg belangrijk en hier geldt dat rekening gehouden moet worden met oa health literacy van mensen. In de bijlage een recent artikel die hier in goede punten maakt naar voren brengt. ' Er is niet alleen sprake van een pandemic maar ook sprake van een infodemic', wordt wat mij betreft treffend geadresseerd. Een ander punt van aandacht is dat mensen ook niet onbedoeld angstiger worden door cues to action - daarom is op maat communicatie belangrijk.

Eens met [5.1.2e](#) dat het contact beter via de eigen huisarts kan gaan. We zijn in Rotterdam net gestart met een onderzoek onder huisartsen en steeds komt naar voren dat wanneer mensen niet begrijp en wat er bedoeld wordt, een deel de huisarts belt met vragen. Aan het lijstje kan ik toevoegen ouderen die verder geen bezoek (kunnen) ontvangen en daarom zelf naar buiten gaan. Gemeenten hebben wijkteams met wijkverpleegkundigen die hierin mogelijk een rol kunnen spelen.

Aanvullend:

- Ik vind bijgevoegd artikel goed illustreren hoe gedragsveranderingstheorie toegepast kan worden. Specifiek wat betreft jullie vraag:
 - Pag 7, onderste rij, Tabel 2: illustreert hoe 'behavioural diagnosis' gesteld kan worden op basis van COM-B model, d.w.z. using the Capability, Opportunity, Motivation and Behaviour bij isolatie van (o.a.) mensen die symptomen hebben
 - Pag 8, onderste rij, Tabel 4: voorbeeld van recommendations (met opmerking dat het vb zijn en verder uitgewerkt moet worden).
- Als ik dit toe pas op de NL situatie dan is heldere en concrete communicatie inderdaad cruciaal. Dus de uitleg waarom melden nu (weer) belangrijk wordt en zorg weg nemen dat dit niet betekent dat het ernstiger is dan eerder (zie [5.1.2e](#)).
- Omdat uit het RIVM-GGD onderzoek blijkt dat de overgrote meerderheid het heel erg zou vinden als men anderen zou besmetten zou ik het gevaar dat "cue-to-action" averechts effect heeft (in de zin van dat mensen zich juist niet melden) niet zo hoog inschatten, mits in de communicatie dus heel concreet helder gemaakt wordt dat men door zich te melden er aan bij draagt dat besmettingen niet verder verspreiden.
- Om de thuisisolatie vol te houden zou "tailoring" goed kunnen werken. Dit kan zowel toegepast worden op de wijze van melden als op de wijze van monitoring:
 - Wijze van melden: Ongetwijfeld bekend dat het OLVG al in maart een app lanceerde voor de regio "Groot-Amsterdam" (inmiddels landelijk) waarbij de gezondheid van mensen met klachten gemonitord wordt aan de hand van een aantal dagelijkse vragen; er zit een medisch team achter die contact op neemt met de gebruiker als de antwoorden daar aanleiding toe geven. Er is vast ook al onderzoek naar gedaan (maar ik vond bij snelle search alleen liveblog: <https://www.olvg.nl/nieuws/liveblog-coronavirus-olvg>); ik ken vrij veel mensen die deze app gebruiken en heb er alleen nog maar positieve berichten over gehoord (dat men het geruststellend vindt etc), maar ik realiseer me dat het een gebiasde groep gebruikers is die ik toevallig ken (collega's, vrienden, burens etc). Wellicht kan contactonderzoek aan zo'n app gekoppeld worden; ik denk (persoonlijke mening us) dat dat voor bepaalde doelgroepen kan werken (volledig op vrijwillige basis uiteraard). Echter voor andere doelgroepen (bijv. deel van de ouderen, mensen met lage gezondheidsvaardigheden) zal het traditionele contactonderzoek (of via huisarts zoals [5.1.2e](#) voor stelt) beter werken, dus om inclusief te zijn tailoren.

- Voor volhouden van de twee weken thuisisolatie is monitoring (zie artikel) belangrijk. Ook dit kan getailored worden. We kunnen hierbij o.a. leren van de reminderstudies binnen het therapietrouw onderzoek (5.1.2e kent deze literatuur nog beter dan ik) waaruit blijkt dat onnodige reminders irritatie op kunnen leveren, maar reminders-op-maat effectief zijn (er is ook enig onderzoek waaruit blijkt dat text-messages getailored op beliefs, bijv. necessity beliefs of concerns effectief kunnen zijn voor adherence). Het gaat hier natuurlijk niet strikt om reminders om thuis te blijven, maar om motiverende monitoring, en dat kan op maat aangeboden worden; idealiter wederom op maat via technologie of via traditionele kanalen zoals telefonisch (voor dit laatste zouden misschien co-assistenten ingezet kunnen worden die nu thuis zitten, maar is een persoonlijke opmerking terzijde, want geen gedragsadvies).
- Wat betreft de communicatie in het algemeen zijn voor ouderen en mensen met lage gezondheidsvaardigheden animaties effectief gebleken (en tegelijkertijd niet contra-productief voor jongeren en mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden) en in aansluiting op 5.1.2e: ook rolmodellen kunnen effectief zijn voor veel verschillende doelgroepen (mits het rolmodel afgestemd op de doelgroep; voor ouderen niet een té oud rolmodel gebruiken want de meeste ouderen identificeren zich niet met mensen van hun eigen leeftijd).

Literatuur zo nodig beschikbaar.

In aanvulling van de rest:

Mbt melden van klachten: het gaat in de eerste plaats om het herkennen van de symptomen die vrij algemeen zijn (en ook op griep kunnen wijzen). Ten tweede gaat het om het daadwerkelijk melden en dan (a) moet de drempel zo laag mogelijk zijn (en idd melden aan de huisarts is gemakkelijker en logischer dan bij de GGD – want dan moet een telefoonnummer opgezocht worden) en (b) men moet gemotiveerd zijn (dus de angst anderen te besmetten benadrukken, want dat vindt 90% van de Nederlanders). Samenwerken met huisartsen (zoals 5.1.2e zegt moeten ze dan wel betrokken worden want levert werk op) en mbv een keuzehulp op Thuisarts.nl (want wordt vaak bezocht) is een goed idee. Wel Thuisarts.nl in een vroeg stadium er bij betrekken want ze hebben voorwaarden.

Wellicht kan de OLVG app gebruikt worden of moet die omgebouwd worden als keuzehulp. Of anders kan PatientPlus of vergelijkbaar bedrijfje een keuzehulp maken. De epidemiologische informatie (symptomen, risicofactoren etc) is immers al bekend.

Mbt thuisisolatie: Ook hier zou iemand een bewust plan moeten maken conform Gollwitzer implementation intentions: wat zijn obstakels, barrières en hoe gaat iemand daar mee om (oplossen ervan - coping). De literatuur laat zien dat dit erg helpt om gedrag te implementeren.

Dit klinkt heel rationeel, maar zo wordt wel duidelijk voor welke groepen en wanneer thuis isolatie een uitdaging is. Voor een ondernemer die aanwezig moet zijn bij zijn take-away restaurant of een kapper is het anders dan voor een kwetsbare oudere etc. Dus tips etc voor verschillende doelgroepen lijken me handig. Bij voorkeur de doelgroep zelf erbij betrekken. Immers ondernemers kunnen veel beter zelf bedenken wat de obstakels zijn en hoe deze op te lossen. etc . Idem andere groepen (ook die 5.1.2e heeft genoemd). Je kan mensen uit verschillende groepen vragen mee te denken.

Heel veel nuttige theoretische en praktische suggesties hieronder, die ik alleen maar kan onderschrijven.

Om qua "framing" nog een accent aan te brengen, en poging tot versimpeling. Met het grote risico dat ik op paar theoretische tenen ga staan, werkt het in mijn ervaring vaak goed om het kort door te bocht terug te brengen tot willen (motivatie) en kunnen (en doorzetten bij thuisisolatie), of determinanten daarvan.

Bij willen heb ik nog de term "positieve beloning/motivators" gemist. Dit kunnen praktische, sociale en affectieve, etc. motivators zijn. En wat mensen aanspreekt zal niet one size fits all zijn.

("steekproef" in mijn eigen kleine huishouden leverde qua de "contact met ggd/huisarts opnemen vraag" op dat men dit zou doen als men bij bellen wegens klachten een corona test krijgt om ongerustheid weg te nemen (is dat zo?), en uiteraard bij positieve test is er dan tijdige medische behandeling. Maar helemaal eens met het door anderen al genoemde dat anderen niet besmetten ook een positieve stimulans is).

Veertien dagen quarantaine willen (volhouden) is wel een uitdaging. Wat zijn hiervan de motivators? Heel goed communiceren waarom dat nuttig is, ook nog op dag 10 als niemand in het huishouden (meer) klachten heeft.

Bij kunnen wil ik alleen nog even het door anderen al genoemde onderstrepen dat voor concrete problemen duidelijke en uitvoerbare oplossingen moeten worden gegeven (bv. hoe kom je aan eten als je de deur niet uit mag [en geen netwerk hebt]? Financiële overwegingen, etc.)

Terecht is hieronder meermaals aan de orde gesteld dat (determinanten van) van willen en kunnen enorm verschillen tussen subgroepen. Dat vraagt om doelgroep-gerichte communicatie.

Als Den Haag goed wil communiceren moet men scherp hebben hoe de subgroepen van burgers het willen en kunnen zelf zien. Behalve verzamelen van onze verstandige meningen, is daarom snel empirisch onderzoek essentieel, in dit geval bv. onderzoeken welke type positieve motivaties die van invloed zijn op gewenste gedrag het meest voorkomen in de bevolking, en welke barrières zij ervaren. De in eerdere mails genoemde theoretische modellen (bv. Com-B en Prime van [5.1.2e](#)), maar ook het gedragsmodel van onze eigen coronagedrag unit geven dan nuttige haakjes voor mogelijke factoren.

Voor massamediale communicatie kan er de neiging zijn te kiezen voor de grootste gemene deler, maar dat is naar mijn mening niet per definitie beste aanpak. Onderzoek suggereert dat een flink aantal burgers de adviezen van de overheid wel zal gaan opvolgen. Die groep moet men natuurlijk wel blijven meenemen in het proces, maar mijn advies zou zijn om communicatie qua inhoud en stijl ook te richten op beïnvloeden van positieve stimuli van de groep die dit niet zoiezo doet, maar wel te overtuigen is met op hen afgestemde communicatie (ik denk hierbij ook altijd graag aan artikel van Fishbein en Cappella, 2006, in Journal of Communication: richt communicatie op relevante gedragsdeterminanten die niet de gewenste score hebben, maar wel te veranderen zijn).

Tot slot, zoals denk ik deze week de berichtgeving in de media over ruimer worden maatregelen wel illustreert. De uitdaging is om ondanks alle nuances de communicatie toch simpel en duidelijk te houden. Geef mensen geen ruimte voor eigen interpretatie want die zullen ze nemen. Dit geldt denk ik zeker voor het meer complexe gedrag van 14 dagen thuisisolatie, maar toch ook wel bij het relatief simpelere melden bij symptomen (je wilt noch een stortvloed aan onnodige meldingen, noch mensen met relevante klachten missen).

Ik sluit me aan bij de suggesties hieronder. Hoewel het niet onze taak is om directe beleidsadviezen te geven, zou ik vanuit gedragsperspectief willen zeggen dat het mensen zo gemakkelijk mogelijk gemaakt moet worden om juist te handelen bij symptomen en thuisisolatie. In dat opzicht verdient optie 4 die [5.1.2e](#) eerder noemde (mensen die verdacht worden van coronasymptomen dagelijks laten bellen door medewerkers van de GDD) de voorkeur. Dat is ook het beleid in andere landen (oa Duitsland) en, zoals uit het document dat [5.1.2e](#) meestuurde over de situatie in de VS, weliswaar relatief tijdrovend en omslachtig maar uiteindelijk efficiënter en goedkoper omdat daarmee een adequatere monitoring ontstaat die niet afhankelijk is van individuele motivatie en/of adequaat

kunnen handelen. Ook vanuit het doelgroepenperspectief waarover al veel gezegd is door andere mensen in de adviesraad lijkt me dit een goede aanpak: mensen die het niet goed begrijpen/niet goed weten wat ze moeten doen/zorgen hebben of onzeker zijn, hebben op die manier een dagelijks contactmoment waarop ze dit kunnen inbrengen.

Verder is de opmerking over de overvloed aan tekstuele informatie en het ontbreken van eenvoudige visuals me uit het hart gegrepen. Niet alleen voor laag geletterden, maar voor iedereen zou het enorm helpen als ze op eenvoudige en aansprekende wijze informatie en concrete voorbeelden krijgen aangereikt waardoor het beter voorstelbaar wordt wat de impact is van jouw individuele gedrag op de curve (zowel als je het 'goed' doet als wanneer je het nalaat). Op sociale media (ook de serieuze) wemelt het intussen van dat soort filmpjes en animaties. Het moet toch niet zo moeilijk zijn om op specifieke onderwerpen ook dit soort aansprekende filmpjes te maken die de informatie op de RIVM website ondersteunen.

In aanvulling daarop nog het volgende. Ik heb begrepen dat de RIVM website goed bezocht wordt door mensen die op zoek zijn naar informatie over wat ze moeten doen, maar niet iedereen wil of kan op eigen initiatief op zoek naar informatie. Om mensen van goede 'cues to action' te voorzien, zou er best wat meer aan outreach activiteiten gedaan kunnen worden zoals bijvoorbeeld spotjes op televisie. Is dat ooit overwogen? Ik zie op de Belgische tv met enige regelmaat van dit soort spotjes langskomen maar op Nederlandse tv zien we alleen maar talking heads van deskundigen voorbij komen die heel verstandige dingen zeggen maar waarbij je als eenvoudige burger voor de lastige opgave staat de concrete adviezen uit een lang verhaal te destilleren.

Even een korte reactie. Ik heb via de linkjes de informatie op de RIVM website gelezen over besmetting van huisgenoten etc. De informatie is vrees ik voor veel mensen niet toegankelijk. Ook de RIVM als vindplaats is niet voor iedereen laagdrempelig. Ik heb geen overzicht over andere communicatiekanalen die nu ingezet worden, echter ik denk dat het belangrijk is om in de communicatie creatiever samen te werken met 'unusual suspects' die niet direct aan de gezondheidszorgsystemen gebonden zijn, zoals informele leiders, social influencers, mensen (jongeren) in creatieve sectoren (muziek, dans, theater, etc). Uit het social media onderzoek van mijn promovendus kwam naar voren dat de informatie vanuit de gezondheidszorg community veelal binnen die community blijft en andere communities niet of nauwelijks bereikt.
