

IZB-arts (10)(2e) 0519FR

rood: menselijkheid, 'begripvolle communicatie'

blauw: proces, bijvoorbeeld samenwerking en communicatie onderling

groen: techniek en systemen, ook de analoge informatiestromen

geel: omgaan met verandering

oranje: deskundigheid

dikgedrukt: interessante opmerkingen die illustratief gebruikt kunnen worden

(10)(2e) *is Arts infectieziekten. Zij is 'normaal' samen met haar collega-IZB'ers het team dat de bestrijding van infectieziekten doet. Zij houdt overzicht en is de meest inhoudsdeskundige.*

Het beleid verandert elke 1-2 weken. De manier waarop je BCO doet verandert dus ook regelmatig. Dat heeft te maken met dat het een relatief onbekend virus is. Dus deden we het in het begin heel uitgebreid, belden we ze dagelijks qua monitoring en ook de contacten. We deden het onderzoekend. Naarmate het meer besmettingen waren, deden we dat minder. Je hoefde het niet meer te doen, het kon ook niet. Mensen wisten veel meer en de omgeving van mensen is nu ook zoveel rustiger.

Wij doen alle infectieziekten, dus ook de Covid. We hebben een taakverdeling gemaakt. Onderling is het te groot geworden. Ik doe de contacten met de huisartsen en begeleidt het BCO. Als er straks een strakker plan voor is, doen we omstebeurt weer diensten. Omstebeurt ben je dan Covidarts en help je ook de indicerende artsen en de Belcel, en ben je achterwacht voor de communicatie.

Ik zit sowieso in het IZB-team en de rest helpt ons door op te schalen. We hebben veel collega's van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Tuberculose (TBC) en de SOA-afdeling. Maar ook stagiaires bijvoorbeeld die we inzetten. Het lastige is dat niemand een infectieziekte achtergrond heeft, al hebben wel veel een medische achtergrond.

- *belletje tussendoor, huisarts AZC Sneek belt. Hier was onlangs een grote uitbraak. Ze willen graag nog een keer testen, maar **(10)(2e)** vindt dit onnodig. Ze moeten zich houden aan de richtlijnen en een extra test creëert alleen maar onrust.*
- *tijdelijke break want ze moet even hiermee aan de slag, praten later verder.*

(10)(2e) *Hoe werken de GGD's onderling samen?*

We proberen met name in Noord-Nederland af te stemmen. Je hebt de ROA's en de RONA's (Regionaal Overleg (Niet)-Acute zorg). We werken sowieso al veel samen als Noordelijke regio's, onderling en met het RIVM. Daarmee delen we veel. En dat is ook fijn voor de afstemming naar buiten.

Het overzicht ligt bij ons, bij IZB. Maar ook wij zijn het overzicht een beetje verloren.

We hebben onze taken uit handen gegeven. Er zijn proces coördinatoren die niet per se inhoudskundig zijn, maar wel logistiek een deel oppakken. Het is lastig, maar ook fijn.

Het is te groot om als klein team te behappen. De werkuren zijn toegenomen. We werken nu bijvoorbeeld ook in het weekend. Ja... en dan moet je delen. Het lastige was ook dat er steeds meer nieuwe mensen bijkwamen en dat ze relatief weinig uren in de week werken. Je blijft aan het inwerken. Dat stadium zitten we nog steeds in.

Na 1 juni zijn we ook nog steeds aan inwerken. Ik hoop dat we dan meer in de steigers hebben dan nu. Ik ben ook bezig met een duidelijk inwerkprotocol. Dat doe ik samen met mensen die er al langer zitten. Bijvoorbeeld samen met een arts en een verpleegkundige van IZB. Onder andere de handleiding van Marijke is daar een onderdeel van.

Er is een vacature uitgegaan en er wordt nu actief geworven. Vandaag hebben we geen 1 positieve (er is een processtoring bij het lab waardoor er geen testuitslagen komen). Dat is lastig inwerken als je niets hebt. Er zitten nu allemaal mensen op kantoor die niets doen, maar ze moeten er wel zijn als het wel druk wordt. Ja, het is een beetje stilte voor de storm.

^{(10)(2e)} *Hoe vertalen jullie het landelijke beleid van het RIVM naar de praktijk, hier bij GGD Fryslan?*

We doen het met werkinstructies die we online delen. Er is een coördinatorenoverleg, 2x per week. We hebben veel afstemming onderling. We kijken wat we kunnen copy pasten naar onze situatie en wat verandering behoeft.

Nee, er is eigenlijk niet iets specifiek wat voor ons anders is. Wat landelijk is kunnen we prima hier implementeren. Dat is voor ons goed te doen. Dat komt met name omdat we zo weinig casuïstiek hebben. Als je in Brabant gaat vragen... als je veel casuïstiek hebt, is het lastig het beleid zo gedetailleerd uit te voeren.

Hier kun je prima het protocol zoals het is uitvoeren. De monitoring is nu op dag 7 en 14. Niet alleen bij de huisgenoten, maar ook de overige nauwe contacten. Als je maar een paar casussen hebt, kan dat prima. Als het er heel veel worden, zul je heel veel moeten opschalen. Maar ja... nu zijn we al opgeschaald met 10 mensen, maar die hebben niks te doen. Het is al heel wat om die mensen aan het werk te zetten en gemotiveerd te houden.

In het verleden hebben we bezuinigd op het benaderen van contacten, maar dat zit er nu ook al niet in. Het kost heel veel tijd om iedereen te bellen en in te lichten. Het is zo een half uur per persoon. **Als het er heel veel zijn, dan doe je een waarschuwing light.** Dan laat je de index zijn contacten waarschuwen. Nu is het nog steeds zo dat de index zijn niet nauwe contacten mag mailen, bijvoorbeeld zijn collega's. Deze brief moeten ze dan doorsturen. Dat kan nu nog steeds. **Maar ik kan me voorstellen dat je het straks ook stuurt naar de nauwe contacten, die gaan we niet meer zelf bellen, dat kost de meeste tijd.**

Toen hadden we ook nog niet zoveel mensen als we nu hebben, en dat wordt ook verdubbeld. Nu kunnen we het goed behappen.

(10)(2e) Ik sprak hier ook met (10)(2e) over, hoe je die contacten in kaart brengt en wie een nauwe en niet-nauwe contact is. Het viel me op dat jullie de verantwoordelijkheid voor die indeling bij de patiënt leggen.

Ja, het is een risico afweging. Je mate van blootstelling en de tijd... en de inschatting van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om zijn contacten te informeren.

En met een app... Ja, dat is ook het risico wat iemand heeft opgelopen. Je creëert ook onrust, en is het terechte onrust?

(10)(2e) Wat is het risico dat patiënten zelf hun contacten informeren in plaats van dat jullie het doen?

Dat weeg je af met motivational interviewing. Om in het gesprek erachter te komen in hoeverre mensen gemotiveerd zijn om dat te doen. Je kunt ze niet dwingen.

- Interview gepauzeerd. Gebeld met AZC, gesprek over wel of niet hertesten gaat door.

(10)(2e) Met (10)(2e) sprak ik over de rol van de GGD. Jullie adviseren maar beslissen niet. Er ligt veel verantwoordelijkheid bij mensen zelf en dat zit in jullie hele proces...

Veel scholen en bedrijven hanteren de regels veel strikter dan noodzakelijk. Dat mensen bijvoorbeeld in quarantaine moesten die dat niet hoefden, maar dat hun bedrijf dat adviseerde. Dat doen mensen uit angst, defensief of dat ze goed willen zorgen voor elkaar. Daar adviseren we ook in. We willen ook liever dat scholen naar ons vragen dan dat ze zelf gaan adviseren. Dat wij ze helpen met een brief, bijvoorbeeld.

De rol van de GGD is inhoudelijk adviserend. De gemeente handhaaft. De burgemeester heeft daar de bevoegdheid voor, wij niet.

Ik hoorde trouwens net in een webinar dat de testbaarheid (mensen die zich willen laten testen) 40% is. Dat vind ik heel erg laag. De monitoring van ons zit er ook in om dat aan te moedigen en mensen te motiveren. 'Blijf in quarantaine, laat je toch testen.' Iemand die wel klachten krijgt, maar geen zin heeft want 'dan moet ik nog langer thuis blijven'. Doe het wel. Laat je testen. Het kan zijn dat mensen die last hebben zich niet laten testen. Die zien wij niet. Dat los je ook niet op met een app.

(10)(2e): Zijn er nog dingen die jij belangrijk vindt dat het Ministerie weet over de werkpraktijk?

Het belangrijkste vind ik dat BCO toch lastiger is dan het lijkt. Dan lees ik vaak terug in de media van "nou, leidt mensen snel op, laat ze een webinar doen en een cursus doen, dan leren ze het wel". Maar er gaat nog niets foutloos. Ik moet alles checken en er moet nog zoveel bijgeschaafd worden. Wij zijn inhoudsdeskundig. Ik ben heel benieuwd hoe je dit dan

door een belteam op afstand kunnen doen. Wie zet je daar dan op, wie controleert dan wat ze doen, wat is de kwaliteit?

(10)(2e) *Waar zit volgens jou de kwaliteit in wat je niet zo 1-2-3 kan uitbesteden?*

Het medisch inhoudelijk vragen stellen is moeilijk. Je moet goed doorhebben wie kwetsbaar is en niet. Je moet goed zicht hebben op risicosituaties. En je moet doorhebben wat je uit handen kunt geven en wat je zelf kunt oplossen.

Je moet dit soort gesprekken al gewend zijn. Mensen die weliswaar hoogopgeleid zijn maar toch niet thuis zijn in dit soort gesprekken... Ja, wat is de waarde van dit soort gesprekken dan? Je kunt als regering wel zeggen 'we gaan dit doen', maar wat is de effectiviteit ervan? Ik weet het niet. Niemand weet het. Dat vind ik het meest intrigerende, dat het effect hiervan niet is uitgezocht.