

De corona pandemie heeft in sneltreinvaart getoond wat vanwege de demografische en epidemiologische transitie en onze collectieve leefstijl in slow-motion op ons af komt. Een zorginfarct, tekorten aan medisch personeel en hulpmiddelen, een gebrek aan mantelzorgers, een sterke interactie tussen leefstijl, leefomgeving en gezondheid zijn in veel recente rapporten geschetst maar niets heeft deze toekomstbeelden beter weergegeven dan het afgelopen voorjaar. Corona heeft de knelpunten van het gezondheidsstelsel getoond, door te leren van de eerste golf, en te leren van andere landen kunnen we nu het stelsel beter inrichten, zijn we gereed voor de tweede golf en gereed voor de uitdagingen die onveranderd voor ons liggen.

De corona pandemie is een volksgezondheidsuitdaging met een klinische component, niet andersom. Dat betekent dat we de pandemie te lijf moeten gaan vanuit een **populatieperspectief** waarbij een klein effect bij een grote groep een grotere impact kan hebben op de volksgezondheid dan een groot effect bij een kleine groep – de preventieparadox. Een waardevolle aanpak hiervoor is het zogenaamde **translational public health**¹ waar doorlopende korte en lange cycli van monitoring & evalueren, kennisontwikkeling en interveniëren plaatsvinden (zie afbeelding aan het eind). Zo'n aanpak waarborgt dat beleid zo goed mogelijk **evidence-based** is waardoor het voldoet aan Artikel 3.1 van de Comptabiliteitswet, in tegenstelling tot het executive-experience-based beleid dat in de eerste golf een aantal keer naar voren kwam.² Translationeel beleid faciliteert onzekerheidsreductie waardoor nieuwe inzichten doorlopend in beleid, en daaruit afgeleide interventies, worden opgenomen. Hiervoor is het van belang om aanvullend op individuele maatregelen, vooral te beschouwen *hoe* tot nieuwe maatregelen gekomen wordt.

1. *Regionaal beleid* In Nederland hebben we in de eerste golf erg vastgehouden aan landelijk beleid met weinig aanpassingen aan de regionale context. In Duitsland, Spanje, Engeland en België wordt nu geëxperimenteerd met regionaal beleid. Zo'n aanpak ligt ook voor Nederland voor de hand waarbij het indelen van het land in **6 á 7 gezondheidsregio's van zo'n 2 á 3 miljoen mensen** het beleid meer in lijn kan brengen met de daadwerkelijke situatie in de regio en rekening kan houden met de regionale context (denk aan grensgebieden, krimpregio's, dichtbevolkte grootstedelijke gebieden etc.). Op zo'n schaal kan met de regionale kennisinstellingen aan kennisontwikkeling gedaan worden voor beleidsoptimalisatie, kan afgestemd worden met maatschappelijke organisaties en kunnen regionale voorzieningen (e.g. testlabs) optimaal benut worden. Nederland is nu lappendeken van regio's die iets met gezondheid doen, en op de korte termijn zouden de regio's middels *rolling-grants* verleid kunnen worden tot samenwerking.

Actie: Instellen van rolling-grants ter bevordering van integraal, regionaal, corona beleid.³

¹ Ogilvie, David et al. "A translational framework for public health research." BMC Public health vol. 9 116. 28 Apr. 2009.

² Denk aan de persoonlijke ervaring van Jaap van Dissel ten aanzien mondkapjes. In principe is er niks tegen het gebruik van persoonlijke ervaring bij het maken van beleid, zo lang deze vervolgens maar getoetst worden aan de stand van kennis. Ze kunnen dus bijdragen aan het vormen van hypothesen.

³ Gezien de regionale rol die voormalig Minister Bruins voor UMCs zag (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/12/kamerbrief-over-maatschappelijke-rol-umcs-medische-centra-umc%E2%80%99s>) ligt het voor de hand om UMCs hun rol van netwerk aanjager en academische motor waar te maken bij de totstandkoming van de gezondheidsregio's.

2. *Monitoring & Dashboards* Monitoring begint bij welke gegevens verzameld worden. In Duitsland wordt bijvoorbeeld veel **laagdrempeliger getest** waardoor zowel symptomatische als asymptomatische gevallen gebruikt kunnen worden voor de monitoring. Dit zou ook in Nederland wenselijk zijn omdat dan enerzijds mensen sneller in quarantaine kunnen en anderzijds een beter beeld ontstaat van (aankomende) clusters. Omdat de pandemie nu al even aan de gang is, is het goed om ook **op grote schaal serologische testen** af te nemen. IJsland en Bergamo hebben dat op grote schaal gedaan en in Nederland gebeurt het incidenteel door Sanquin. Aanvullend op de “harde” medische data is het van belang om ook doorlopend bij te houden hoe de fysieke, mentale en sociale gesteldheid is van de mensen aangezien de impact van de pandemie (veel) verder reikt dan de gevolgen van een besmetting. Voor de integrale monitoring zou veel meer gebruikt gemaakt kunnen worden van de **biobanken** zoals Lifelines, het Nederlandse Tweeling Register en de Rotterdam Studie. Het grote voordeel van deze biobanken is dat ze reeds vele jaren aan gegevens beschikbaar hebben waardoor de additionele metingen beter geduid kunnen worden. In de eerste golf is hier een voorzet mee gedaan die te volgen is op www.coronabarometer.nl.

De gegevens die worden verzameld voor monitoringsdoeleinden kunnen vervolgens op **regionale Corona Dashboards** worden weergegeven en gebruikt worden voor het inrichten van regionaal beleid. Naast de weergave van de data, en daaruit afgeleide indicatoren, is het van belang dat gegevens en modellen, met inachtnaam van privacyregels, zoveel mogelijk vanuit de dashboards kunnen worden gedownload. De samenleving heeft immers het recht om te weten op basis van welke gegevens en modellen vrijheden beperkt worden.

Actie: Inrichten regionale Corona Datacentra en Dashboards met mogelijkheden tot aanvullende monitoring van sociale dynamiek.⁴

3. *Samen onderzoek doen* De eerste golf heeft aangetoond hoe belangrijk een nauwe interactie tussen wetenschap en beleid is. Tegelijkertijd is ook het belang van het verschil tussen **kennisintensieve organisaties** (o.a. RIVM en GGDen) en **kennisinstellingen** (HBO's, Universiteiten en UMCs) duidelijk geworden. Immers wanneer de wetenschappelijke onderbouwing en het beleidsadvies door dezelfde organisatie gedaan wordt (denk aan de mondkapjes), kan een vermoeden van belangenverstremming ontstaan waardoor de onderbouwing van het beleid in aanzien verliest. Een goed voorbeeld van de interactie tussen kennisintensieve organisaties en kennisinstellingen vond plaats in Engeland waar de Royal Society samen met de British Academy op aanvraag van het Government Office for Science een kennissynthese heeft uitgevoerd van het gebruik van mondkapjes dat vervolgens door het Engelse kabinet is aangegeprepen om een mondkapjesplicht in te voeren.⁵

Idealiter werken het RIVM en de GGDen ook vanuit kennissynthesen (zgn. systematic reviews) welke door kennisinstellingen worden ontwikkeld (al dan niet op aanvraag van het RIVM of een GGD). Mocht voor een bepaald vraag onvoldoende kennis aanwezig is, of is de bestaande kennis onvoldoende toepasbaar op de Nederlandse context, dan is het zaak om een kennisinstelling in stelling te brengen om aanvullend fundamenteel of toegepast onderzoek te doen. Hiermee wordt tevens beter gebruik gemaakt van de duizenden

⁴ Samenwerking met Health-RI ligt voor de hand bij de vorming van de regionale Corona Datacentra.

⁵ <https://www.ox.ac.uk/news/2020-07-08-oxford-covid-19-study-face-masks-and-coverings-work-act-now>

onderzoekers in Nederland die op de een of andere manier een bijdrage kunnen leveren aan de pandemie.

Om zo'n proces in Nederland in te richten zou het wenselijk zijn om op landelijke en regionale schaal **kennismakelaars** in te zetten die openstaande kennisvragen identificeren en deze bij kennisinstellingen kort-cyclisch uitzetten om ofwel met een kennissynthese te komen dan wel met een onderzoeksopzet om het vraagstuk te beantwoorden. Deze uitkomsten kunnen vervolgens door het RIVM of een GGD naar beleidsaanbevelingen worden vertaald die het kabinet of de veiligheidsregio dan al of niet kan overnemen.

Actie: Toevoegen van kennismakelaars aan landelijke en regionale Corona beleidsteams en openstellen van budgetten voor verdiepingsvraagstukken.

4. Welke interventies worden uitgevoerd? In de komende golf krijgen we te maken met een overlap tussen interventies die nodig zijn om het virus (weer) te bestrijden en interventies voor mensen die vanwege de eerste golf reguliere, non-covid, zorg hebben uitgesteld. Voor het eerste type interventies is het van belang om de steeds groter wordende internationale aanwijzingen dat kwetsbare groepen onevenredig hard geraakt worden door het virus in acht te nemen. Hierbij ligt het voor de hand dat bij het maken van beleid bijzondere aandacht besteed wordt aan, onder andere, groepen met een lage sociaaleconomische status (SES). Tegelijkertijd wordt niet iedereen in lage-SES-groepen hard geraakt en het fenomeen van de *healthy poor* ofwel mensen in achterstand die bijzonder weerbaar zijn moet beter in acht worden genomen. Juist door te bepalen wat de eigenschappen zijn van mensen die ongeacht hun sociaaleconomische positie heel weerbaar zijn, kunnen we lessen trekken om de rest van de groep weerbaarder te maken. Voor het tweede type interventie moeten we met de lessen uit de eerste golf goed inzetten door het opschalen van regionale projecten die behandeling op afstand inzetten als zorg op locatie niet kan of niet wenselijk is (o.a. TRAIN in Noord-Nederland).

Actie: Aandacht en kennisontwikkeling over lage-SES-groepen en mensen die te maken hebben met uitgestelde zorg

5. Ontsnappen aan de hectiek v/d dag: Ter afronding, de eerste golf was gekenmerkt door veel hectiek en stress. Waar tijdens de eerste golf met name op adrenaline is gevaren moeten we accepteren dat voorlopig corona het nieuwe normaal is. Het zal nog een paar jaar duren (ook als er een vaccin is) voordat we weer kunnen wennen aan een virusvrije samenleving. Dat betekent dat we moeten streven naar het inbedden van de pandemie respons in reguliere processen waar tijd en ruimte is voor reflectie en bezinning. Dit betekent enerzijds een meer institutionele (ipv crisis) aanpak en anderzijds op de korte termijn de ruimte voor een derde-golf-team dat zich los van de hectiek van de dag bezighoudt met hoe we in het voorjaar van 2021 met het virus omgaan, dat team wordt dan het vierde-golf-team etc.

Actie: Instellen van een derde-golf-team.

ADVIES CORONA BELEID DE TWEEDE GOLF



Aletta Jacobs
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
ADVIES VAN
PROF. DR. JOCHEN MIERAU
ILLUSTRATIE ANNE STALINSKI
TEKENAAR PLEKKE.NL