

Inge Vossenaar
Duo DG Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

AMC, Meibergdreef 9, Amsterdam
Afdeling Public and Occupational Health
Prof.dr. N.S. Klazinga
Tel: +(0)31(0)20 - 566 4602
Fax: +(0)31(0)20 - 566 9264
n.s.klazinga@amsterdamumc.nl

Datum: 3 augustus 2020

Geachte mevrouw Vossenaar,

Graag voldoe ik aan Uw verzoek een bijdrage te leveren aan het proces van meedenken met het kabinet over welke lessen uit buitenlandse ervaringen getrokken kunnen worden voor de bestrijding van het SARS-CoV-2 virus en de gerelateerde ziekte COVID-19 in Nederland. Zoals de informatie over de huidige verspreiding van het virus in landen die een eerste golf van besmettingen grotendeels hebben weten te onderdrukken laat zien, blijft continue alertheid en monitoring nodig. Het gaat derhalve niet alleen om het identificeren van maatregelen om een eventuele tweede golf te voorkómen als wel om het continu afstemmen van de druk van lokale en landelijke interventies op de reële aanwezigheid en verspreiding van het virus en het daaruit resulterende gebruik van Covid-19 gerelateerde en alle andere reguliere zorg. Juiste en tijdige informatieverstrekking aan burgers, zorgverleners, bestuurders en beleidsmakers speelt hierin een cruciale rol en in deze reactie stel ik dan ook het versterken van de mogelijkheden hiertoe in Nederland centraal.

Zoals U bekend zal zijn hebben diverse internationale en nationale organisaties de afgelopen maanden via rapporten en websites internationaal vergelijkende informatie verstrekt over de wijze waarop in verschillende landen de pandemie wordt bestreden. Ook in de Nederlandse media wordt als onderdeel van het publieke debat veelvuldig verwezen naar buitenlandse initiatieven en voorbeelden. Om goed te kunnen beoordelen of deze ook passend zijn voor de Nederlandse situatie dient met de volgende karakteristieken van het Nederlandse gezondheid(zorg)systeem rekening te worden gehouden:

- In Nederland bestaat een duidelijke scheiding tussen het systeem van publieke gezondheid (GGD-en, veiligheidsregio's) en het zorgsysteem (Zvw, WLZ, WMO). Binnen het zorgsysteem komt sturing via de wisselwerking tussen een veelheid aan private (not-for) profit partijen en verzekeraars en gemeenten tot stand. Enerzijds opgezet vanuit het sturingsprincipe van een gereguleerde markt, anderzijds vanuit het principe van territoriale decentralisatie.
- Regionale oriëntatie en ordening in het zorgsysteem is, in vergelijking tot bijvoorbeeld Denemarken en Zweden, minder aanwezig.
- Besluitvorming vindt veelal plaats in een poldermodel waarbinnen overheid en koepelorganisaties via deelsector specifieke instituties participeren (corporatistisch model).
- De Nederlandse cultuur leunt sterk op een combinatie van eigen verantwoordelijkheid, pragmatisme en gemeenschapszin.

- De ondersteunende informatie-infrastructuur weerspiegelt bovenstaande structuur en laat in vergelijking met veel andere landen een sterk gesegmenteerde situatie zien met veel verschillende databronnen (i.e. landelijke registraties, administratieve datasystemen, elektronische cliëntendossiers, bevestigingen via vragenlijsten). Koppelingen tussen de verschillende datasystemen zijn tot op heden relatief beperkt.

Tijdens de eerste fase van de pandemie is in OESO verband gebleken dat landen die een meer samenhangende en geïntegreerde data-infrastructuur in de zorg hebben (bijvoorbeeld Finland en Zuid-Korea) aangaven in staat te zijn de effecten van Covid-19 op bijvoorbeeld de reguliere zorg beter zorgbreed en tijdig te kunnen monitoren. Ter vergelijking, in Nederland zijn de betreffende rapportages van het RIVM grotendeels gebaseerd op door koepelorganisaties en wetenschappelijke verenigingen gerapporteerde cijfers. Data uit administratieve databases hebben veelal, door hun langere doorlooptijd, maar een beperkte waarde voor signalering van acute ontwikkelingen in de zorg.

De afgelopen maanden hebben laten zien dat zowel voor het monitoren van de verspreiding van het virus, het gebruik van zorg door Covid-19 patiënten (ICU-capaciteit) als voor het monitoren van ontwikkelingen binnen de reguliere zorg, zorgbrede en tijdige informatie een basisvereiste is voor zowel het realiseren van een intelligente lockdown als een functionerend lerend zorgsysteem. Partijen hebben laten zien productief te kunnen samenwerken maar hebben ook kunnen ervaren welke beperkingen de huidige data-infrastructuur heeft wanneer het aankomt op het inspelen op snel veranderende omstandigheden.

Het lijkt zinvol het huidige momentum aan te grijpen om de sturing van de zorg in Nederland een sterkere regionale impuls te geven met versterking van de link tussen de verschillende publieke en private partijen en bovenal het versnelt werken aan een data infrastructuur die Nederland beter in staat stelt om niet alleen infectie risico's continue te monitoren maar vooral het gericht op- en afschalen van cruciale zorg functies, met in acht name van de gevolgen voor de toegankelijkheid, gebruik en kwaliteit van de rest van het regionale zorgsysteem.

Mijn algemeen advies is derhalve om voor de kerst te komen met een plan van aanpak om de data-infrastructuur van het Nederlandse gezondheids(zorg)systeem te versterken en “fit for purpose and use” te maken voor zowel het monitoren en evalueren van de aanpak van de pandemie als het vergroten van het adaptief vermogen van de zorg als geheel. Dit advies sluit aan bij de pleidooien voor “resilience” en “responsiveness” van zorgsystemen zoals gedaan door o.a. WHO, EU en OESO. Bij het ontwikkelen van een dergelijk plan van aanpak kan het inbrengen van ervaring uit andere landen zeker van nut zijn.

Concrete specifieke adviezen mede op basis van initiatieven in het buitenland:

- Voor de komende maanden is een effectieve “test-track-trace” aanpak van lokale potentiële infectieclusters essentieel. Daartoe dient de toegang laagdrempelig te zijn en de doorlooptijd van het aanvragen van een test tot het afronden van het contactonderzoek zo kort mogelijk. Informatie over de doorlooptijd van het test-

track-trace traject per veiligheidsregio en idealiter per gemeente zou voor sturing en publieke rapportage op het landelijke dashboard van het RIVM beschikbaar dienen te komen. Nu in Nederland nog geen sprake is van het gebruik van een app is publiek vertrouwen in de effectiviteit van de “test-track-trace” aanpak van groot belang.

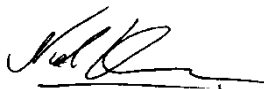
- Naast testen op medische gronden zal de vraag naar “assurance testen” (testen om zekerheid te verkrijgen dat iemand niet besmet is zonder dat er klachten zijn) de komende maanden alleen maar toenemen. Deze vraag komt zowel van werkgevers, zorgorganisaties als individuen. Een landelijke regie hierop is gewenst, gedacht kan worden aan bijvoorbeeld een openbare website die kan fungeren als marktplaats om vraag en aanbod gecontroleerd bij elkaar te brengen. Wanneer een en ander als een publieke functie wordt opgezet, zoals bijvoorbeeld in Denemarken, dienen voldoende lokale testmogelijkheden voorhanden te zijn die ook gebruikt kunnen worden voor het twee- of vier-wekelijks testen van zorgverleners die met risicopatiënten omgaan, zoals de huidige Deense richtlijnen aangeven.
- Met de komst van influenza de komende winter lijkt het verstandig tijdig afstemming te zoeken tussen de thans vigerende COVID-19 systematiek (grotendeels onder regie van de GGD-en) en de bestaande structuur voor de aanpak van influenza (met een sterke rol voor de huisarts inclusief vaccinatie). Uitgangspunt hierbij zou moeten zijn om de rol van de eerste lijn te versterken omdat hier het meeste contact plaatsvindt met de risicogroep. Een eenduidige aanpak van luchtwegklachten vanuit de eerste lijn is van belang om de vraag naar testen en verwijzingen beheersbaar te houden.
- Het belang van kennis uit de gedragswetenschappen om lokale, regionale en landelijke interventies effectief te kunnen uitvoeren, zal de komende maanden alleen maar toenemen. De gedragsunit vanuit het RIVM neemt hier sinds enkele maanden goede initiatieven. Deze inzichten verdienen versterking en borging in de besluitvorming.
- Het huidige dashboard van het RIVM concentreert zich op verspreiding van het virus en aantallen ziekenhuisopnames en sterfte van COVID-19 patiënten. Medio maart heeft WHO/EURO aangegeven dat voor het beheersen van de transitie fase van de pandemie kennis uit vier velden van belang is; de epidemiologische informatie, de informatie vanuit de gedragswetenschappen over de reactie van de bevolking, de impact op de rest van het zorgsysteem en de sociaaleconomische gevolgen. Overwogen zou kunnen worden hoe en door wie “dashboard” informatie in Nederland op de aanvullende drie velden op een systematische en continue wijze publiek wordt gemaakt.
- NZa en ROAZ-regio’s zijn gevraagd de ontwikkelingen in de zorg in eerste instantie te monitoren en coördineren. Nagegaan zou kunnen worden welke informatie de ROAZ hier momenteel voor gebruikt, welke informatie wenselijk zou zijn om beter te functioneren en welke zorgsectoren door de sterk ziekenhuis/acute zorg gefocuste opzet van de ROAZ dienen te worden toegevoegd om alle relevante ketenpartners

(inclusief GGZ, thuiszorg, jeugdzorg) te betrekken om tot een brede regionale samenhang, sturing en beheersing te komen

- Voldoende deskundig zorgpersoneel vormt een voorwaarde voor het veilig en effectief kunnen opschalen van zorg in tijden van crisis. Nagegaan dient te worden hoe het mobiliseren van extra hulpverleners voor de nabije toekomst kan worden geïnstitutionaliseerd (landen/steden met eerdere SARS ervaring lijken de afgelopen maanden hier relatief snel op te hebben kunnen reageren), hoe met waarborging van persoonlijke veiligheid substitutie tussen zorgverleners kan plaatsvinden (o.a. een taak voor colleges en registratie commissies van de verpleegkundige en medische beroepen) en hoe familie en vrijwilligers actiever betrokken kunnen worden bij het vormgeven en uitvoeren van de coronamaatregelen in verpleeghuizen. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en ruime beschikbaarheid tot testen voor zorgverleners en bewoners zijn hierbij een voorwaarde.
- In veel landen wordt nagegaan of bepaalde sociaaleconomische of etnische groepen disproportioneel worden getroffen door COVID-19. Door het grotendeels ontbreken van dit type informatie in de Nederlandse datasystemen kan deze analyse niet worden gemaakt. Nagegaan zou kunnen worden hoe deze verschillen ook in de Nederlandse situatie zichtbaar gemaakt kunnen worden.
- Bij uitvoering van wetenschappelijk onderzoek waarbij COVID-19 patiënten worden geworven zou, waar mogelijk, bij de gegevensverzameling dienen te worden aangesloten bij de reguliere gegevensvastlegging in EPD's, registraties en administratieve data. Het nu grootschalig opzetten van nieuwe separate onderzoekgerichte datasystemen rond COVID-19 verzwakt de mogelijkheden de reguliere data-infrastructuur te versterken en is minder efficiënt omdat veel patiënten juist diverse andere (chronische)aandoeningen hebben waarvan de informatie al is/wordt vastgelegd. Op bestaande data-verzameling gebaseerde effectiviteitsstudies kunnen op korte termijn dan ook kennis opleveren die gebruikt kan worden voor continue verbetering en leren in de zorg.

In het vertrouwen dat bovenstaande reflecties behulpzaam zijn en graag tot nadere toelichting bereid,

Met vriendelijke groet,



Niek Klazinga

N.S. Klazinga
Hoogleraar sociale geneeskunde
Amsterdam UMC - locatie AMC
n.s.klazinga@amsterdamumc.nl