

Effecten generieke lockdown – 5.1.2e – RUG & AJSPH

### Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19

Naam: 5.1.2e ( 5.1.2e @rug.nl) 1

1 Met dank aan 5.1.2e en 5.1.2e 5.1.2e voor aanvullend commentaar.

2 <https://www.regioatlas.nl/>

3 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/12/kamerbrief-over-maatschappelijke-rol-umcs-medische-centra-umc%E2%80%99s>

Functie: 5.1.2e Aletta Jacobs  
School of Public Health (AJSPH)

Organisatie: Rijksuniversiteit Groningen

Datum (uiterlijk 4 augustus): 4/08/2020

Onderwerp expert-tafel: **Effecten generieke lockdown**

*Wat is het perspectief van waaruit u kijkt (bijvoorbeeld, wetenschap, praktijkdeskundige, en welke achtergrond)? Wetenschappelijk perspectief vanuit volksgezondheid en economie.*

*Wat zou u, met de kennis van nu, adviseren om – op het gebied van generieke lockdownmaatregelen anders, of nieuw te doen – om een opleving te voorkomen of, mocht hij komen, snel in te dammen? En waarom?*

Een volgende lockdown zou moeten uitgaan van de lokale en regionale situatie, waar elke verspreiding immers begint, proportioneel aan de regionale epidemiologische situatie en regionale demografie en zorgstructuur maatregelen nemen en regionale kennisinstellingen en maatschappelijke organisaties betrekken. Dit is belangrijk om de economische impact van de crisis te beperken en om het draagvlak onder de bevolking voor het naleven van de maatregelen te verhogen.

Nederland is een lappendeken van regio's - o.a. 25 Veiligheidsregio's (via de GGD verantwoordelijk voor bestrijding van infectieziekten), 32 Zorgkantoorregio's (verantwoordelijk voor (gedeelte van) de langdurende zorg), 42 Jeugdzorgregio's en 11 Regionale Overleggen Acute Zorgketen. Voor goed corona beleid is afstemming tussen deze verschillende bestaande regio's cruciaal, hetgeen met zoveel verschillende regio's een grote uitdaging is.<sup>2</sup>

Bestuurlijk gezien zou de inrichting van 6 á 7 **gezondheidsregio's** die elk verantwoordelijk zijn voor het regionale corona beleid helderheid kunnen brengen over waar welke besluiten genomen worden en wie waarvoor verantwoordelijk is. Elke gezondheidsregio beslaat dan 2 á 3 miljoen mensen, is voldoende groot om regionale kleuring te geven aan landelijk beleid, kan regiospecifieke (kennis)vragen oppakken en kan putten uit regionaal beschikbare (aanvullende) gegevensverzamelingen ter ondersteuning van beleidsvorming en -evaluatie. Tegelijkertijd is de omvang voldoende groot om niet een wirwar van beleid te creëren, is er voldoende massa voor deskundigheidsontwikkeling bij beleidsmakers en kunnen er regionale statistieken worden gegenereerd. Indachtig de brief van voormalig minister Bruins (12/07/2019) ten aanzien van de maatschappelijke en regionale rol van UMCs ligt het voor de hand om UMCs in hun gezondheidsregio's hun rol als aanjager van netwerkvorming en academische motor van de regio te laten realiseren.<sup>3</sup>

Een mogelijk startpunt zijn de reeds 2017 door VWS vastgestelde ABR-zorgregio's, die de bestrijding van antibioticaresistentie, dus een ander infectie-probleem tot doel hebben. Hier zitten met behulp van VWS-financiering alle infectierelevante partners uit curatieve, langdurige en **Effecten generieke lockdown** – 5.1.2e – RUG & AJSPH

publieke zorg van meerdere provincies aan tafel om de eigen regio veilig te houden. De opdracht aan deze zorgregio's, die aan de ROAZ zijn gekoppeld en daarmee alle zorginstellingen in een regio omvatten zou door de preventie en diagnostiek van COVID-19 infecties kunnen worden verbreed tot COVID-19 response regio's. Door deze te combineren met regionale fora met meer regionale partners (e.g., Preventie Overleg Groningen) te verrijken kunnen de COVID-19 response regio's binnen de gezondheidsregio's worden geïntegreerd.

Voor de vorming van deze gezondheidsregio's is geen wetswijziging nodig. De verschillende bestaande regio's kunnen, elk met hun eigen verantwoordelijkheden, verleid worden tot samenwerking door het beschikbaar stellen van zogenaamde **rolling grants** die fondsen vrijmaken voor, o.a., netwerkcoördinatoren, een aantal onderzoeksprojecten, kennismakelaars, het opschalen van data-infrastructuren etc. onder de voorwaarde dat binnen een voldoende grote regio wordt samengewerkt. Elke keer als er een tussentijdse doelstelling behaald wordt komen er additionele middelen vrij voor de inrichting van het regionale corona beleid. Deze fondsen kunnen snel vrijgemaakt worden en in afwachting van en gedurende de tweede golf kan dan een steeds hechtere regionale samenwerkingsorganisatie worden opgebouwd. Ook zouden de reeds toegezegde budgets voor de AMR-zorgregio's ook voor de bestrijding van COVID-19 kunnen worden gebruikt. Door met name in te zetten op het financieren van zaken die voor de verschillende bestaande regio's niet uit reguliere financiering komt wordt het aantrekkelijk om samen te werken en worden bestaande middelen geëfficientieerd omdat (i.i.g. na verloop van tijd) ontdubbeling plaatsvindt.

Vanuit de gezondheidsregio's kan worden samengewerkt met **maatschappelijke organisaties** in de specifieke regio's. Waar in de eerste golf de aandacht sterk uitging naar de "harde" zorg in de ziekenhuizen en de ICs, is het nu duidelijk dat de pandemie en de maatregelen een sterke impact hebben op de samenleving in de hele breedte. Om mensen buiten de zorg te ondersteunen is het van belang om regionale burger-, wijk- en dorpsverenigingen (e.g., Healthy Ageing Network Noord Nederland en Stichting Groninger Dorpen) te betrekken bij het nemen van maatregelen.

Alle gezondheidsregio's creëren **regionale Corona Datacentra**, verzamelen dezelfde basisset aan gegevens (aantal tests en besmettingen op postcode 4 niveau, ziekenhuisopnames etc.) en vullen deze aan met dataverzamelingen die wellicht alleen in hun regio gedaan wordt. De data die worden verzameld kunnen worden aangevuld met gegevens uit reguliere registraties (CBS, VEKTIS, NIVEL, GGD) en ontsloten worden voor onderzoek en beleidsonderbouwing zodat *real-time* kan worden ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen. Regionale infectie-gerelateerde data en gegevens, die uit de GGD-teststraten komen, moeten regionaal met data uit de 1de, 2de en 3de lijn worden gekoppeld, weergegeven op **regionale Corona Dashboards** en regionaal ter beschikking worden gesteld om eigen analyses te kunnen doen voor regionaal aangepast beleid. Hiervoor is het belangrijk dat in elke regio voldoende capaciteit voor microbiologische diagnostiek ter beschikking staat. Hierdoor kunnen bottleneck situaties, die tot schaarste van diagnostiek in sommige delen van het land hebben gevoerd worden vermeden. Van belang is tevens dat bij een volgende uitbraak naast "harde" gegevens over het virus en het zorgstelsel beter rekening wordt gehouden met de maatschappelijke impact van de maatregelen (bijv. Lifelines Corona Research - [www.coronabarometer.nl](http://www.coronabarometer.nl)). Voor de vorming van regionale Corona Datacentra kan worden aangesloten bij lopende initiatieven als Health RI. **Effecten generieke lockdown** – 5.1.2e – RUG & AJSPH

Data zijn echter nog geen inzicht daarom moet elke regio een of meerdere **kennismakelaar(s)** instellen die kennishiaten identificeert en deze kort-cyclisch uitzet bij de regionale kennisinstellingen die, afhankelijk van de bestaande literatuur, of een kennissynthese produceren of zelf onderzoek uitvoeren. Op deze manier kunnen opkomende vraagstukken (zoals rond asymptomatische besmetting of mondkapjes) sneller worden beslecht.

Landelijk worden er afspraken gemaakt over het **pallet aan maatregelen** dat kan worden genomen op regionale basis en bij welke situaties de maatregelen in werking treden op basis van regionale Corona dashboards. De besmettingsgraad, het aantal ziekenhuisopnames en de beschikbare (regionale en landelijke) zorgcapaciteit is hierbij leidend. Op basis van de regionale situatie kan een regio vervolgens overgaan tot lokale maatregelen (bij een geclusterde uitbraak) of regiobrede maatregelen (bij een bepaald aantal losse uitbraken). De bewoners en ondernemers van elke regio kunnen de cijfers voor hun regio bijhouden in het **regionale Corona dashboard** en weten op basis van welke drempelwaarden, na welke periode welke maatregelen genomen worden.

Een regionale aanpak maakt het gemakkelijker om **regiospecifieke uitdagingen** centraler te stellen. Concreet is bijvoorbeeld voor **grensregio's** van belang om afstemming met hun evenknieën in Duitsland en België te zoeken, voor mensen langs de grens kan het vaak belangrijker zijn om even de grens over te kunnen – zeker bij grenspendlers - dan om naar de andere kant van het land te reizen. Ook epidemiologisch gezien, kan het voor de grensregio veel belangrijker zijn te weten, dat net over de grens een COVID-19 uitbraak gaande is, dan of er een toename aan de andere kant van het land is. Tevens ligt het voor de hand dat in vergrijzende krimpgebieden andere beleidsnuances gegeven worden dan in relatief jongere verstedelijkt gebied.

Om te communiceren kan gebruikt gemaakt worden van een regionaal **stoplichtmodel** dat gekoppeld is aan de regionale Corona dashboards en bepaalde maatregelen, die specifiek zijn voor elke kleuren-code. Door een simpele methode te gebruiken weten bewoners en ondernemers waar ze toe zijn en wat voor verschillende maatregelen binnen elke code minimaal van toepassing moeten zijn en welke niet. Binnen gezondheidsregio's kan gekozen worden om ook op lokale schaal stoplichten in te voeren bij geclusterde uitbraken.

Een beperkt aantal omvangrijke gezondheidsregio's creëert de noodzakelijke infrastructuur om **beleidsexperimenten** uit te voeren ten aanzien van vraagstukken waar veel maatschappelijke en wetenschappelijke discussie over bestaat. Denk hierbij aan het generen van inzichten over veel besproken vraagstukken uit de eerste golf:

1. Het nut van testen van mensen die wel in aanraking zijn geweest met een besmet persoon maar geen symptomen vertonen. Dit zou betekenen dat een search & contain strategie ook hier van toepassing kan zijn. Aanwijzingen uit Duitsland lijken te tonen dat hiermee de tweede golf uitgesteld kan worden. Laat nu een (aantal) gezondheidsregio's testen "op zijn Duits" en de rest zoals gewoon en we kunnen zien wat de effecten zijn.
2. Het nut van mondkapjes buiten de zorg.
3. Het nut van de Corona-app en maatregelen die bijdragen tot snelle acceptatie.