

**TAKE AWAYS LUXEMBURG:  
CONFERENCE ON COVID-19 LESSONS  
LEARNED**

---

European Health & Security Conference

22-23 november 2022



## DAG 1 – POLITIEK & INSTITUTIES

- 

5.1.2e

- SANTE, HERA, EMA, ECDC, WHO, G7

- Lessen en ervaringen uit:

**Portugal, Slovenië, Frankrijk, Zweden, Luxemburg, Denemarken, Italië**

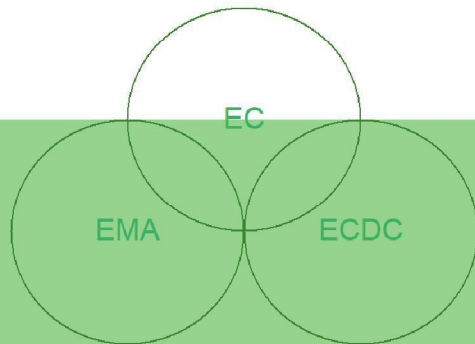
# “KEY LESSONS”

1. Samenwerken en coördinatie binnen de EU + Behoeftte aan een sterk Europees gezondheidsframework
  1. Sterkere instituties → Mandaat EMA en ECDC, oprichting HERA
  2. Sterkere wettelijke kaders ernstige gezondheidsbedreigingen + gecentraliseerd in de EU in tijden van crisis
  3. EU global health strategy (development vs security)
2. Ontwikkeling: Research & Development + beschikbaarheid (met name de focus op medische goederen → vaccinatie ontwikkeling)
  1. Belang van de beschikbaarheid van geld, data, mensen, goederen (medische middelen die nodig zijn geweest in covid tijd)
  2. Digitalisering van de gezondheidssystemen
3. Globale samenwerking
  1. Inequality: ongelijkheid binnen landen, tussen landen in EU, buiten de EU
  2. Diplomatieke platforms
  3. Pandemic treaty: 'fight for the greater good'
4. Transparantie & vertrouwen van burgers in de overheid
  1. Eerlijke- en transparante communicatie
  2. Accountability: toegang tot data en documenten

“Preparedness mode versus Crisis mode”

## SANTE, HERA, EMA, ECDC

3 pilaren:



Versterken van EU's mogelijkheid om te voorkomen, ontdekken en reageren op grensoverschrijdende gezondheids crisis/bedreigingen. (meer dan COVID)

- EC: DG SANTE & HERA werken samen op het gebied van ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen incl. voorbereiding op toekomstige pandemieën – *beleidscontext + farmaceutische strategie*
- DG SANTE: neemt de leiding in het opstellen van de 'global health security agenda' – coördinerende rol
- HERA: nieuw DG; ingericht om 'beschikbaarheid medische tegenmaatregelen' binnen EU in crisissituaties te borgen
- EMA-mandaat uitbreiding: monitoren & mitigeren van problemen rondom medicijn tekorten in een crisis → Emergency Task Force → een nieuwe rol in data-verzameling (IT platform) + clinical trials coördination
- ECDC-mandaat uitbreiding: ontwikkeling van snellere + kwalitatief hoogstaandere surveillance systemen → scenario's en modelleren: lange termijn scenario's moeten verder uitgewerkt en versterkt worden. EU Health Task Force ('hands on support')

Aandachtspunten volgens 5.1.2e: *HERA is onvoldoende onafhankelijk; te weinig wetgevende macht; er is meer geld nodig (emergency funds); transparantie is nodig en internationale samenwerking is cruciaal.*

## CONCRETE LESSEN UIT LANDEN

- Portugal: we moeten **lessen** 'sneller' met elkaar delen; 'cross-border simulations' uitvoeren; oproep om niet mee te werken aan 'work force drain' bij andere landen
- Slovenië: **pan-EU network**; we moeten meer gaan inzetten op **technologie** & gezondheid **surveillance**; **vertrouwen** = belangrijk om snel te kunnen handelen
- Frankrijk: versterken van het 'national response plan'; cross-border samenwerken; AMR; oproep tot 'operational one health approach' op EU niveau
- Zweden: belang van **context-afhankelijkheid** in internationale samenwerking; **proportionaliteit** (sociale kosten-baten analyse); **surveillance** → vertalen van '**science**' naar '**beleid**' (intern + richting de burger)
- Luxemburg: surveillance: extreem veel testen & **kennis** over virus. Door vroeg grootschalig testbeleid snel zicht op post-covid problematiek (prospectief studiecohort vanaf mei 2020)
- Denemarken: **modelleren**: gebruik van surveillance data om een risico analyse te maken. Sterke **scheiding tussen data analyse & politieke besluitvorming**
- Italië: **we hebben 'betere' modellen nodig**: meer data, hogere kwaliteit van data & grotere toegang tot data

*“We are a community. Feelings need to be respected and we do not know everything and should be honest about that”*

## AANDACHTSPUNTEN

**EQUITY** – Te weinig focus verschillen binnen EU (gezondheids crisis vergroot ongelijkheid in de samenleving, maar ook hulp bieden ‘buiten Europa’. EC: insteek Pandemic Fund moet zijn om gaten in IHR (2005) implementatie te dichten.

**TRUST & EMPATHY** – vertrouwen in overheden + gezondheidssystemen daalt: hier moet de komende jaren flink op worden ingezet; evaluaties zijn een belangrijk onderdeel hiervan. ECDC: nationale pandemische paraatheid plannen moeten hoofdstuk over community engagement bevatten.

**SCIENCE** – als we snel willen reageren op een crisis moet er meer data + toegang tot data komen. Wetenschappelijke basis/begrip onder bevolking neemt af.

**RECOGNISE UNKNOWNNS** – open communiceren over wat we niet weten; en actief handelen hiernaar.

**WHO**: ambitie is “7-1-7” → bij een nieuwe uitbraak: binnen 7 dagen is een uitbraak gedetecteerd en geanalyseerd, dan is er binnen 1 dag over gerapporteerd, en binnen 7 dagen daarna is actie ondernomen.

**COMMUNITY** – we moeten gezamenlijk optrekken; leren van elkaar en een gezamenlijke aanpak voor de toekomst maken (rekening houdend met verschillen in context & samenleving): “we are as good as the weakest link”

## DAG 2 – SPECIFIEKE THEMA'S

*"Our collective memory is short. Therefore it is important to learn from COVID-19"*

**Post-Covid**

**Mentale Gezondheid**

**Uitgestelde zorg (Kanker)**

**Gezondheidsongelijkheden**

**Vliegverkeer**

**Desinformatie & risico communicatie**

**Waakzaam blijven**

# POST-COVID

(ONDERZOEK UIT LUXEMBURG)

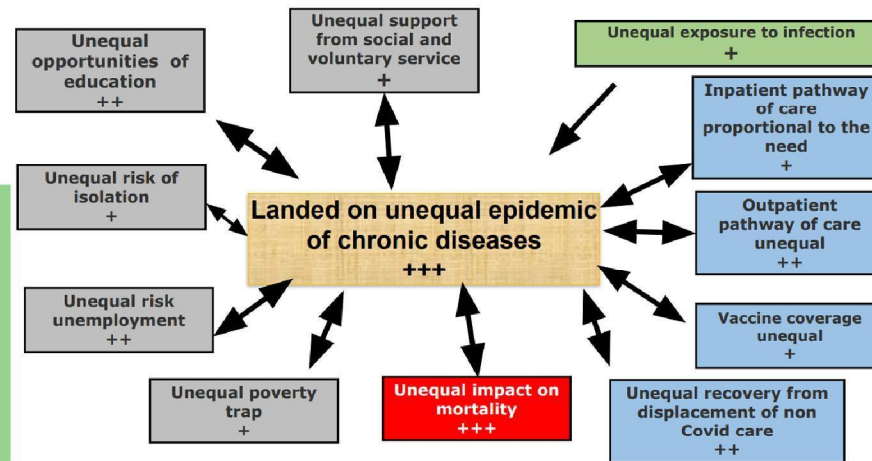
- Symptomen: vermoeidheid, hoofdpijn, verlies van smaak en reuk
- Conclusies:
  - wanneer je na 20 weken nog steeds symptomen hebt, zal je de symptomen ook nog na 50 weken ervaren**
  - Wanneer je milde klachten had tijdens COVID, is de kans op post-covid kleiner**
- Grote uitdagingen rondom post-covid: moeilijk uit te leggen.
- Belang dat mensen 'serieus genomen' worden!

# ONGELIJKHEID GEZONDHEID

(ONDERZOEK UIT ITALIË)

- Ongelijkheden in gezondheid worden duidelijk + groter door COVID
- Dit was te verwachten gezien soortgelijke data influenza
- Voorbeelden:

- ❖ Risico op blootstelling aan virus groter onder lagere socio-economische status
- ❖ Impact van lockdowns op ontwikkeling kinderen: armere kinderen minder mogelijkheden voor educatie en thuisscholing → resulteert in grotere leerachterstanden
- ❖ Herstel na COVID = ongelijk verdeeld: minder geld voor goede nazorg; meer 'last' van langdurige effecten
- ❖ Vaccinatiegraad hoger bij hogere inkomensgroepen



*“Resilience stems from the community, not the individual”*

## MENTALE GEZONDHEID

- COVID heeft geresulteerd in meer mentale problemen onder verschillende groepen (o.a. jongeren)
- Het narratief rondom mentale gezondheid moet veranderen: stigma: probleem = zwakte
- Het gevoel van het hebben van een ‘safety net’ is cruciaal in de behandeling van mensen met mentale problemen
- Intersectionaliteit → mentale gezondheidsproblemen zijn gebaseerd op diverse problemen/barrières. De oplossing is dus ook nooit eenzijdig.
- Hoe moeten we mentale gezondheid verbeteren post covid tijd?
  - Educatie
  - Gemakkelijkere beschikbaarheid
  - ‘community based care’: sociale inclusie en fijnmazigheid

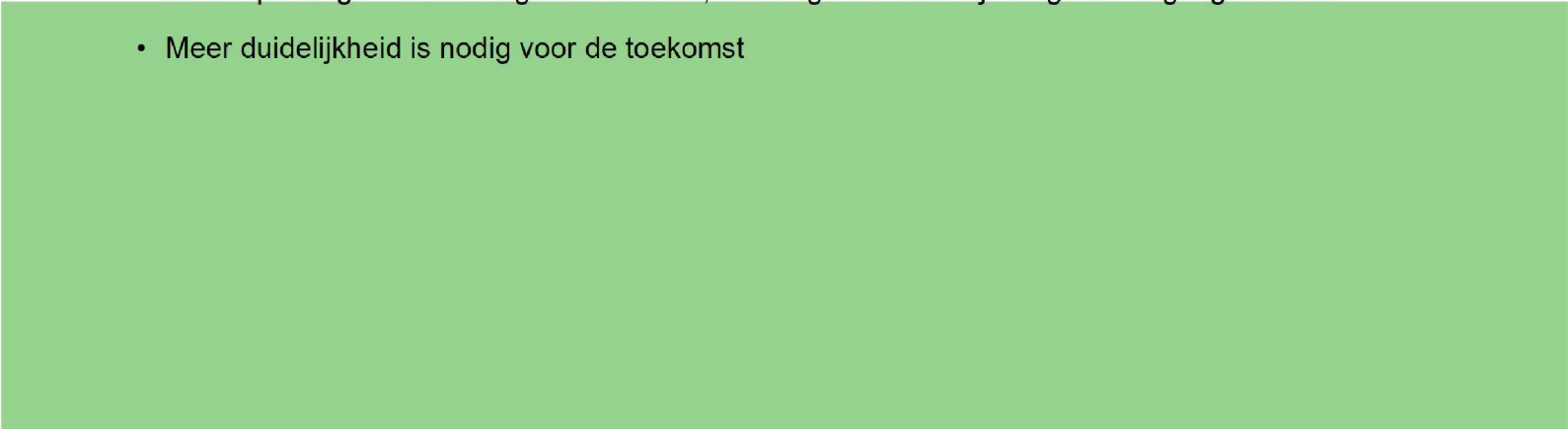
## UITGESTELDE ZORG (KANKER)

(EUROPEAN CANCER FEDERATION)

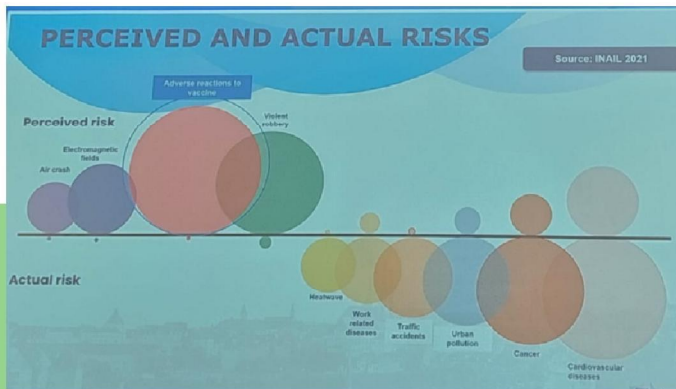
- Schatting: +- 1 miljoen kanker patiënten zijn door COVID niet gediagnostiseerd
- Reden:
  - **Mensen waren banger voor COVID dan voor kanker**
  - **Publieke boodschap: blij thuis – zonder uitzonderingen**
  - **Capaciteiten binnen de gezondheidszorg waren niet ruim genoeg (of covid of kankerpatienten)**
- Gebruik van 'real time' data om mensen alsnog snel en goed te kunnen helpen + de achterstanden in te halen

# **VLIEGVERKEER**

## **( VERTEGENWOORDIGER VAN VLIEGVELDEN )**

- Impact van COVID-19 op vlieg-branche = groot
  - Te weinig uniformiteit in de Europese Unie
  - Reisbeperkingen waren ongecoördineerd, onnodig en schadelijk volgens vliegtuigbranche
  - Meer duidelijkheid is nodig voor de toekomst
- 

# DESINFORMATIE & RISICO COMMUNICATIE



- Eerlijkheid & duidelijkheid = key.
- Informatie moet op verschillende plekken opgehaald worden: onderzoeken, ECDC, landelijk, EU niveau
- Vertrouwen = cruciaal
- "Perception of risks" → niet iedereen ervaart risico op dezelfde manier
- Fijnmazigheid in aanpak richting verschillende doelgroepen is belangrijk.
- Wetenschappelijke communicatie: uitlegbaar & vanuit een autoriteit.
- Betrekken van zorgmedewerkers in communicatie rondom infectieziektes
- De media speelt een cruciale rol
- Omgang met desinformatie is een strategische uitdaging voor de EU (platform EU versus desinformatie)
- Bereiken van groepen die lastig te bereiken zijn
- Onderwijzers + dokters inzetten o.b.v. autoriteit en kunde
- Evaluatie = belangrijk in openheid over wat goed ging en wat anders moet

## WAAKZAAM BLIJVEN

- Belang van het aanpassen van de klassieke surveillance modellen (van *eerste 100 cases* naar continue surveillance)
  - 'early warnings'
  - Integreer data uit eerste en tweede lijn → maar maak het makkelijk (geen administratieve last)
  - Sociale aspecten zijn minstens even belangrijk → 3C interventie model: Communicatie, Context, Controleren
  - Meer focus op de 'waarom'
- 
- ❖ Uitdaging = vinden van 'maatregelen' die nog geaccepteerd worden: hoe meten we de impact?
  - ❖ Impact van COVID op gender ongelijkheid
  - ❖ Er zijn geen homogene groepen

## R&D VOOR MEDISCHE TEGENMAATREGELEN

- mRNA techniek biedt mogelijkheden voor nieuwe vaccins en behandelingen
- Publieke-private samenwerking is nodig voor vaccin R&D
- We moeten waken voor *vaccin nationalism* (Voorbeeld China die in Afrika vaccins aanbod in ruil voor strategische grondstoffen zoals lithium)
- Moeten breed en langdurig investeren in R&D voor infectieziekten (EC agenda en WHO SAGE aanpassing)
- Coördinatie in R&D is van belang: data delen, clinical trials netwerk, GloPiD-R netwerk