

Beste (10)(2e)

Dank voor de mogelijkheid tot terugkoppeling n.a.v. de lessons learned sessies, dd. 23 september. Je gaf aan dat als we concrete voorstellen hadden voor bepaalde zaken die we gisteren bespraken, we dit proactief naar je moesten mailen.

Ik had een aantal aandachtspunten aangekaart, te weten:

1. *Reguliere zorg te allen tijde toegankelijk houden.* Laten we zorgdagen dat bij een volgende besmettingsgolf waarbij wellicht weer strengere maatregelen moeten worden genomen (bv. partiële lock downs), de reguliere, niet-COVID-19 zorg door blijft gaan, in alle sectoren: eerste, tweede, derde en nulde lijn. Het overgrote deel van patiënten/cliënten contacten, -bezoeken, -opnames en -sterfte is en blijft niet-COVID-19 gerelateerd, ook tijdens de piekgolven. Deze reguliere zorg moet te allen tijde toegankelijk en ingericht blijven. Focus niet alle zorg-aandacht op Corona.
2. *Extra 'call centra' bemand met deskundigen.* GGDs zijn overbelast zowel wat betreft de testaanvragen als goede uitvoer van BCO. Ontlast hen door z.s.m. andere call centra, bemand door medici (bv. basisartsen of 5^e/6^e jaars GNK studenten die nu veelal toch geen co-schappen kunnen lopen), die deze GGD taken ook kunnen overnemen. Doe dit snel, want deze call centra kunnen ook direct ingezet worden als straks CoronaMelder (CM) wordt uitgerold, om mensen die CM-waarschuwing krijgen te woord te staan en verder te helpen. Een dergelijk call centrum is door het UMC Utrecht, voor de provincie Utrecht in no time ingericht en na 1 a 2 weken up and running toen de CoronaCheck (voorheen Luscii) app in Utrecht werd uitgerold. Dit is ook in andere regio's gebeurd. App gebruikers die obv ingevulde klachten een alert krijgen bellen dan het call center waar zij door een medisch geschoolde getriageerd wordt voor de volgende stap.

Concrete propositie. Ik heb bij UMC Utrecht geïnformeerd of dergelijke call centra ook ingezet kunnen worden voor GGD-achtige taken zoals het reguliere BCO ondersteunen en voor triageren van CoronaMelder-gewaarschuwden. Ik kreeg hierop een positief antwoord. Het grote voordeel is dat er al een aantal van die centra bestaan, en de GGD direct wordt ondersteund. Ik kan VWS eenvoudig koppelen aan de UMC Utrecht verantwoordelijke, of beter nog, via mijn HiNL netwerk en functie, aan de NFU en eventueel ook de STZ om dit traject breder uit te rollen. Bij de landelijke introductie van CM hebben we extra call centra heel hard nodig. Ze kunnen ook helpen het huidige testprobleem deels op te lossen. Nu wordt iedereen met ook maar de lichtste verkoudheidsklachten (en dat zijn heel veel mensen in deze periode) direct doorverwezen naar een test. Dat is wellicht niet doelmatig. Laat mensen bellen en laat de medici in die centra helpen triageren of ze acuut getest moeten worden of wellicht nog niet.

3. *Sneltesten.* De ene na de andere sneltest wordt ontwikkeld en komt ons land binnen. Ook vanuit TNO. De accuratesse van die testen is nog niet echt bekend en ze vallen onder de MDR. Als we weten dat deze testen accuraat genoeg zijn kunnen we een gefundeerd besluit nemen om ze op grote schaal in te voeren. Daartoe moeten we die sneltesten snel maar zeker ook wetenschappelijk robuust evalueren op hun waarde, en m.n. op hun aantal fout-negatieve en fout-positieve uitslagen t.o.v. de huidige gouden standaard (de PCR). Dergelijke onderzoekstrajecten moeten we niet alleen snel en robuust laten doen maar vooral ook door onafhankelijke onderzoekers (belangenverstrengeling voorkomen). Indien accuraat genoeg, kunnen we die sneltesten ook direct inzetten bij CoronaMelder-alerts, voordat symptomen optreden. Voor 1 test is inmiddels HiNL reeds ingeschakeld.

Concrete propositie. VWS heeft contact (begreep ik) met verschillende aanbieders. Sommige tests zijn zelfs al aangeschaft. Ik kan garanderen dat wij voor elke sneltest heel snel een onderzoeksprotocol kunnen opstellen, METC goedkeuring regelen (is verplicht in dezen), faciliteren in de uitvoer, en de data analyse en rapportage uitvoeren. Het enige wat moet gebeuren, is sneltest-aanbieders heel snel in contact met ons brengen. Zij hebben zelf vaak niet de benodigde expertise of ingangen. Wij doen de rest. Zo'n evaluatietraject – van protocol, tot metc goedkeuring, tot rapportage, kan met de huidige dagelijkse test aantallen (waarbij in een proefperiode zowel de sneltest als de PCR test uitgevoerd wordt, in een voldoende grote steekproef) in korte tijd plaatsvinden. Ik kan zelfs verschillende sneltesten tegelijk (laten) onderzoeken. Daarna kan direct bepaald worden of en welke sneltest geschikt zijn voor grootschalige implementatie. Evaluatie van sneltesten is onze specialisatie.

4. *Data data data in een Living healthcare system.* Data Data Data (en niet zozeer testen testen) is de slogan om de komende pieken te lijf te gaan. Het virus is razendsnel, en we lopen (nog) steeds vaak achter feiten aan. Dat moet anders. We moeten vaak sneller beslissingen nemen en nieuwe innovaties invoeren dan we gewend zijn. We hebben eenvoudig niet de tijd om alles steeds grondig uit te zoeken en met alle evidentie te onderbouwen zoals we normaliter doen voordat we ze implementeren en opschalen. Dit betekent dat we dus moeten leren 'while we are doing' – een zogenaamd living healthcare systeem. Er is inmiddels zoveel COVID-19 gerelateerde data tijdens de routine zorgprocessen (tijdens het 'doing') verzameld. Laten we die snel bij elkaar brengen (koppelen) en analyseren, zodat we beter voorbereid zijn op de COVID-19 zorg die gaat komen. We kunnen daarmee veel voorspelmodellen ontwikkelen. Er is in Nederland heel veel data en ervaring in dezen. We moeten alleen die data durven koppelen. Ga dit mogelijk maken – dit kan en ook AVG ofwel privacy proof. Er zijn verschillende informed consent methoden mogelijk. Exploreer die heel snel. Bijvoorbeeld, uitgaande van de OSIRIS-database, gaan we die niet alleen koppelen aan CBS (overlijdensdata zoals nu wordt gedaan) maar ook aan ziekenhuisdata, huisartsendata, zorgverzekeraarsdata, en andere bronnen. Dat lijkt eng, maar het is zeker AVG-technisch mogelijk. Zo creëren we een Living healthcare system met data, data, data als sleutel.

Concrete propositie. Willen we kunnen leren, voorspellen wat er gaat gebeuren, en ons Covid-19-beleid verbeteren voor de komende 2^e, 3^e, 4^e en 5^e golf, dan zullen we echt zoveel mogelijk data moeten durven koppelen voor onderzoeksdoeleinden, zonder dat we privacy (AVG) schenden. Met de NFU en Health-RI hebben we dit gesprek al gestart, en verschillende soorten van informed consent voor gebruik van (uiteraard) geanonimiseerde data geëxploreerd. Graag zouden wij – om te beginnen met NFU en Health-RI afgevaardigden, in gesprek gaan met AVG experts van VWS, de AP en wellicht andere stakeholders. We moeten dit traject zo spoedig mogelijk bewandelen om ervoor te zorgen dat we niet opnieuw achter feiten aan blijven lopen. Het virus is sneller dan wij.