

The background of the top half of the cover is a solid blue color. It features several stylized, light blue illustrations of COVID-19 virus particles, which are spherical with numerous small spikes (receptors) protruding from their surface. Interspersed among these virus particles are several human hands, also rendered in a light blue, textured style. The hands are shown in various orientations, some with fingers spread, others with fingers curled, creating a sense of movement and interaction with the virus.

COVID-19 HERSTELZORG, ZORG EN PREVENTIE IN NEDERLAND: INZICHTEN VOOR NU EN IN DE TOEKOMST

Resultaten uit een QuickScan

oktober 2020



LAN

Long Alliantie Nederland

Colofon

Long Alliantie Nederland, oktober 2020

Dit rapport is tot stand gekomen met medewerking van: Heleen den Besten, Chantal Nijdeken, Tamara Raaijmakers, Harald Roelofs, Emiel Rolink, Lidewij Sekhuis en Els Verschuur.

Met dank aan de vele deskundigen die hebben meegewerkt aan deze QuickScan.

Dit rapport is bedoeld om inzichten te delen. Graag bij overname van informatie deze bronvermelding:

'Long Alliantie Nederland (2020). COVID-19 herstellzorg, zorg en preventie in Nederland: Inzichten voor nu en in de toekomst. Resultaten uit een QuickScan'.

Deze QuickScan is mogelijk gemaakt door ZonMw.



Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Aanbevelingen.....	7
1. Inleiding	9
2. Methode van onderzoek.....	10
3. Onderzoek onder coronapatiënten	13
3.1 Inzicht in langdurige gevolgen van COVID-19 infectie.....	13
3.2 Zorgbehoefte en zorgafhankelijkheid van coronapatiënten	15
4. Vragenlijst onderzoek	20
5. Brainstormsessies.....	27
5.1 Knelpunten	27
5.2 Oplossingen	29
5.3 Overige zaken	31
6. Experts aan het woord	34
6.1 Voorkomen van een nieuwe COVID-19 golf en beheersen van de 'normale' griepgolf	34
6.2 Corona biedt mogelijkheid om efficiëntieslagen in de zorg te maken	35
6.3 Regionale netwerkzorg opzetten en stimuleren	37
6.4 Meer wetenschappelijk onderzoek naar COVID-19 zorg is noodzakelijk	39
6.5 Behoefte aan praktische interdisciplinaire handreikingen.....	39
6.6 Capaciteiten in de zorg	40
6.7 Werk.....	41
Beschouwing	43
Literatuur	49
Bijlagen	51
Bijlage 1 Deelnemers.....	52
Bijlage 2 Vragen vragenlijstonderzoek	54
Bijlage 3 Vragen interviews	56
Bijlage 4 Afkortingenlijst	57

Samenvatting

Deze QuickScan biedt een overzicht van te verwachten knelpunten en mogelijke oplossingen voor COVID-19 herstellzorg en hervatting van de reguliere zorg. Daarnaast zijn er inzichten verkregen voor de Nederlandse (gezondheids)zorg in het algemeen. In totaal hebben meer dan 50 deskundigen aan deze QuickScan deelgenomen. De uitkomsten betreffen de situatie in de periode van juli-september 2020, met een terugblik op de situatie van de eerste coronagolf die in maart 2020 in Nederland uitbrak.

COVID-19 kent diverse symptomen waarvan vele, zeker op de langere tijd, nog niet bekend zijn. Als belangrijkste klachten komen vermoeidheid en kortademigheid naar voren. Opvallend is dat de coronapatiënten die hebben deelgenomen aan vragenlijstonderzoek, relatief jong (gemiddeld tussen 47-53 jaar) zijn en dat het merendeel voor de besmetting met COVID-19 geen ziekten had. Er zijn aanwijzingen dat na verloop van tijd gedeeltelijk herstel kan plaatsvinden, maar ook dat veel mensen langdurig gezondheidsklachten blijven houden als gevolg van COVID-19. Dit geldt tevens voor mensen met aanvankelijk milde klachten waarvoor ziekenhuisopname niet nodig was. Verder komt naar voren dat niet alle behoefte aan zorg medisch van aard is. Coronapatiënten ervaren ook psychosociale en maatschappelijke problemen, zoals moeite met het weer oppakken van dagelijkse activiteiten (onder andere werk). Ook behoefte aan hulp bij persoonlijke verzorging, maanden na de infectie komt uit onderzoek naar voren.

Het is van belang dat zorgverleners zich er bewust van zijn dat mensen die een COVID-19 infectie hebben doorgemaakt (thuis of in het ziekenhuis), nog geruime tijd veel verschillende klachten kunnen ervaren, en dat de zorg hier nog niet goed op is afgestemd. Hierdoor lopen mensen mogelijk langer door met klachten dan gewenst. Omdat veel patiënten in de thuissituatie corona hebben doorgemaakt, is speciale aandacht nodig voor de rol van de eerstelijnszorg.

Tijdens de coronacrisis is er weinig aandacht geweest voor naasten en nabestaanden van coronapatiënten. Het ondersteunen van naasten draagt bij aan goede herstellzorg voor de patiënt. Zo ervaart de patiënt meer steun uit zijn sociale netwerk.

Veel nabestaanden van coronapatiënten zijn, door het ontbreken van een behandelrelatie, uit beeld verdwenen en hebben geen of nauwelijks begeleiding gehad. Voor hoe deze zorg aan beide genoemde groepen invulling kan krijgen, zijn (nog) geen oplossingen voorgedragen. Mogelijk dat de ervaringen van patiënten die op de intensive care hebben gelegen en hun naasten hierbij een aanknopingspunt bieden.

Verder is er weinig bekend over de mogelijke gevolgen op de arbeidsparticipatie bij mensen die COVID-19 hebben doorgemaakt. In de eerste golf is vooral veel aandacht geweest voor het voorkómen dat zorgverleners en andere contactberoepen besmet raken via het werk. Ervaringen vanuit andere infectieziekten zoals Lyme en Q-koorts kunnen als voorbeeld dienen om te komen tot landelijke richtlijnen COVID-19 en arbeid. Mogelijk resulterend in een breder protocol 'arbeid en postinfectieuze klachten'. Aanvullend kan arbeidsexpertise in de zorg zowel patiënten als zorgverleners ondersteunen om meer aandacht voor het werk van coronapatiënten in de (herstel)zorg te krijgen.

Zorgverleners en andere betrokkenen bij COVID-19 herstellzorg signaleren eveneens knelpunten in het professioneel handelen. Onbekendheid met het ziektebeeld, een beperkt inzicht in de impact van COVID-19 zowel fysiek als psychosociaal en op de (middel)lange termijn, en daarmee welke nazorg nodig is, zijn daarbij genoemd. Er is duidelijk behoefte aan meer kennis en scholing over het beloop van de ziekte, om zo te komen tot een betere onderbouwing van het medisch handelen. Een ander genoemd knelpunt is dat een groep patiënten buiten de herstellzorg dreigt te vallen omdat een door een test vastgestelde diagnose ontbreekt.

Door COVID-19 is meer samenwerking tussen zorgverleners tot stand gekomen. Door de diversiteit aan klachten en gevolgen van COVID-19 is een meer integrale en interdisciplinaire aanpak nodig.

Dergelijke multidisciplinaire of interdisciplinaire samenwerking is nog niet vanzelfsprekend. Om dit te bevorderen is regionale coördinatie wenselijk met duidelijke afspraken wie (of welke functie) hierin de coördinerende rol op zich neemt. Integraal opgestelde COVID-19 protocollen kunnen deze regionale zorg en samenwerking ondersteunen. Het geeft ook eenduidigheid in de nazorg omdat nu veel kennis en ervaringen versnipperd aanwezig zijn.

Als belemmering voor multidisciplinaire samenwerking komt een gebrekkige koppeling van zorgsystemen naar voren, waardoor gegevensuitwisseling wordt bemoeilijkt. Ook de hoogte van de vergoeding van multidisciplinair overleg is als onvoldoende benoemd. Als een manier om het multidisciplinair handelen van zorgverleners verder te ondersteunen, komt het inrichten van een centrale kennisbank naar voren.

Een ander punt van zorg is de (over)belasting van zorgverleners. Zorgverleners hebben gedurende de eerste golf een hoge werkdruk en werkstress ervaren. En hebben zich onveilig gevoeld, mede door de angst voor en onwetendheid over het virus, de schaarste in persoonlijke beschermingsmiddelen, wisselende communicatie en veel snelle veranderingen in beleid. Daarnaast voelden zorgverleners zich psychisch belast door de opvang, ondersteuning en begeleiding van patiënten die angstig en geëmotioneerd waren en zich eenzaam voelden.

Velen menen dat zorgverleners nog niet voldoende zijn toegerust om een tweede coronagolf aan te kunnen. Aanwezigheid van psychosociale ondersteuning, aandacht en empathie van collega's en werkgever, een goede werkomgeving en eenduidige informatievoorziening zijn als bevorderende factoren genoemd om (verdere) overbelasting bij zorgverleners zo veel mogelijk te voorkomen. Daarnaast zijn niet alleen voldoende persoonsbeschermende middelen genoemd, maar ook voorlichting over het op een goede manier gebruiken van PBM's, de werking en veiligheid van PBM's en mogelijke vergoeding van persoonsbeschermende middelen.

De coronacrisis heeft inzicht gebracht in mogelijkheden voor andere vormen van zorgverlening. Naar voren kwam dat in sommige situaties digitalisering en e-health, zoals beeldbellen en zelfmonitoring in de thuissituatie, alternatieven kunnen zijn voor persoonlijk fysiek contact. Daarbij is het van belang genoemd dat zowel de zorgverlener als de patiënt over goede digitale vaardigheden beschikken. Uit deze verkenning komt verder naar voren dat steeds een afweging dient plaats te vinden welke zorg beter fysiek/persoonlijk en welke zorg digitaal kan. Digitale en fysieke zorg kunnen elkaar aanvullen en een combinatie van beide vormen van zorg kan de zorg efficiënter maken. Waarbij wel genoemd is dat digitale zorg een gelijkwaardige vergoeding dient te krijgen vanuit de zorgverzekeraar.

Verschillende zorgverleners geven aan dat er tijdens de coronapiek zeker sprake was van uitgestelde planbare zorg. Maar ook dat er verdringing van andere patiëntengroepen door corona heeft plaatsgevonden. Zoals in de geriatrie waarbij capaciteit van bedden en personeel zijn ingezet voor de opname van coronapatiënten. Een evaluatie om na te gaan of digitale, uitgestelde en uitgebleven zorg bij specifieke patiëntengroepen geen nadelige effecten heeft gehad op de gezondheidsstatus van deze patiënten is gewenst.

Wanneer een tweede golf zich voordoet zal naar verwachting het opvangen van een nieuwe golf coronapatiënten zonder daarbij de reguliere zorg af te schalen één van de grootste uitdagingen zijn¹. Voor de verpleeghuiszorg is de bezoekerregeling een belangrijk punt van aandacht. Het sluiten van de verpleeghuizen en woonzorgcentra voor familie, vrienden en vrijwilligers bleek niet veel goed te doen voor de bewoners en hun naasten.

In verband met het omgaan met een nieuwe golf coronapatiënten, zijn regionale in plaats van landelijke maatregelen benadrukt. Op regionaal niveau zal meer en beter inzicht in de beschikbare capaciteit van zorg moeten zijn, waarbij bijvoorbeeld gebruik kan worden gemaakt van capaciteitsmodellen om per regio te monitoren waar zich knelpunten kunnen gaan voor doen.

¹ Noot: op moment van schrijven van dit rapport, eind september 2020, zitten we aan het begin van een tweede coronagolf. Hoewel verschillende maatregelen zijn bedacht zoals het opschalingsplan is er toch al sprake van afschaling van reguliere zorg vanwege het tekort aan zorgpersoneel en dan vooral verpleegkundigen en IC-verpleegkundigen.

Daarnaast kunnen (na)zorgprotocollen meer regionaal invulling krijgen, aangevuld met structurele kennisuitwisseling om zo interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. Regionale samenwerking in de zorg vraagt om visie en investeringen in tijd en geld. Van zorgverleners zelf, maar ook van zorgverzekeraars en de (landelijke) politiek. Deze investeringen zijn ook nodig om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken, om zo het tekort aan zorgpersoneel te ondervangen.

Gezondheidsbeleid vraagt in brede zin om regionaal beleid, komt uit deze verkenning naar voren. Vooral omdat er regionaal al grote verschillen bestaan in gezondheidsuitdagingen, zoals de gezondheidssituatie van migranten in steden en krimp en vergrijzing van de bevolking in andere regio's. Een mogelijkheid is om in bestaande regio-indelingen aandacht voor integraal gezondheidsbeleid in te bedden. Temeer omdat de coronacrisis heeft laten zien dat we niet goed voorbereid bleken te zijn op acute gezondheidsbedreigingen zoals infectieziekten van pandemische aard. De coronacrisis legt een vergrootglas op zaken die al jaren spelen en die onze gezondheidszorg en daarmee de gezondheid van alle Nederlanders bedreigen. Zoals het tekort aan zorgpersoneel, maar ook vergrijzing en het toenemend aantal mensen met overgewicht en obesitas behoren hiertoe. Als we iets leren van de coronacrisis dan is dat het wel dat we juist nu het urgentiebesef kunnen aangrijpen om ons systeem weerbaarder te maken voor huidige en toekomstige gezondheidsbedreigingen. COVID-19 kan een katalysator zijn voor meer preventie.

Aanbevelingen

Uit de QuickScan komen meerdere aanbevelingen op diverse gebieden. Specifiek over herstellzorg COVID-19 en het (hervatten) van de reguliere zorg, maar ook over de Nederlandse zorg in het algemeen. De context van de aanbevelingen betreft de periode waarin deze verkenning heeft plaatsgevonden (juli - september 2020), vanuit een terugblik op de situatie van de eerste coronagolf die in maart 2020 in Nederland uitbrak.

Patiënten en naasten

- Stimuleer verder onderzoek naar het verloop van klachten na COVID-19 infectie, met aandacht voor patiënten met en zonder ziekenhuisopname en de gevolgen van COVID-19 op psychosociale en maatschappelijke aspecten (waaronder arbeidsparticipatie).
- Initieer (meer) onderzoek naar de gevolgen van COVID-19 voor naasten en nabestaanden van coronapatiënten. Waarbij aandacht is voor alle domeinen (fysiek, psychisch, sociaal, welzijn, werk en inkomen etc).
- Maak informatie over gevolgen van COVID-19 beschikbaar op een makkelijk te vinden en centrale plek. Voor zorgverleners maar zeker ook voor patiënten, naasten, nabestaanden en anderen, zoals arbo-professionals en werkgevers.

Zorgverleners en directe zorgverlening

- Ontwikkel handreikingen voor integrale en interdisciplinaire zorg bij COVID-19, zodat kennis vanuit meer disciplines is geïntegreerd in de zorg voor coronapatiënten. Met expliciete aandacht voor implementatie in de praktijk.
- Richt specifiek voor zorg- en hulpverleners een online centrale kennisbank in met daarin kennis ter onderbouwing van het professioneel handelen bij coronapatiënten.
- Digitale en fysieke zorg kunnen elkaar aanvullen en een combinatie van beide vormen van zorg (blended care) kan de zorg efficiënter maken. Overweeg in (zorg)beleid en zorgpaden welke zorg digitaal kan worden geboden en of dit wenselijk is voor de patiënt. Niet elke zorgsituatie is geschikt voor digitalisering.
- Zet verder in op gezond werken in de zorg en op het aantrekkelijk maken van werken in de zorg, om zo het bestaande tekort aan zorgpersoneel verder terug te dringen.

Gezondheidszorg en vergoedingen

- Maak (een hogere) vergoeding van regionale interdisciplinaire samenwerking mogelijk.
- Geef daarbij kaders voor het met elkaar maken van afspraken over de invulling van de regionale coördinatie.
- Borg de kwaliteit van deze netwerkzorg door landelijke kwaliteitsinstrumenten in te zetten (zoals auditering en certificering).

Preventiebeleid van werkgevers, organisaties en zorginstellingen

- Werkgevers en (zorg)organisaties dienen voorbereid te zijn op pandemieën en daar preventief plannen op maken. Zowel ter bescherming van de eigen werknemers als ook eventuele kwetsbare derden zoals klanten, bezoekers, bewoners en patiënten.
- Met een Risico-inventarisatie & -evaluatie (RI&E) die toetst of het preventieve beleid voldoende is, ook over de vraag of COVID-19 tot een risico behoort (als onderdeel van blootstelling aan biologische agentia).
- Binnen dit preventieve beleid horen persoonsbeschermende maatregelen, met voorlichting over goed gebruik, werking en veiligheid van de aangereikte persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's).
- Preventief beleid is ook van belang om de continuïteit van bedrijfs- en zorgprocessen te waarborgen.

Preventie en toekomstige epidemieën

- Voorkom bij nieuwe epidemieën het afschalen en uitstellen van reguliere zorg. En voorkom een lockdown van verpleeghuizen voor bezoek bij een nieuwe golf.
- Evaluer of digitale, uitgestelde en uitgebleven zorg bij specifieke patiëntgroepen geen nadelige effecten heeft gehad op de gezondheidsstatus van deze patiënten. De uitkomsten kunnen richting geven aan het organiseren van de zorg bij volgende uitbraken.
- Ondersteun een meer regionale aanpak, met een regionaal dashboard dat op basis van indicatoren een signalerende functie heeft voor het nemen van lokale en regionale maatregelen.
- Investeer in preventie om zo de burger en de samenleving als geheel weerbaarder te maken voor toekomstige gezondheidsbedreigingen.
- Dit kan in de vorm van landelijke en regionale preventieprogramma's met aandacht voor gezonde leefstijl en een gezonde leefomgeving.

1. Inleiding

Aanleiding

COVID-19 is een nieuw ziektebeeld en nog veel is onbekend over de gevolgen op korte en langere termijn. Zo blijkt er een fors aantal mensen te zijn dat weliswaar is genezen van de besmetting zelf, maar nu nog te kampen heeft met fysieke en psychosociale restklachten (Goërtz, et al., 2020). Deze klachten zorgen onder andere voor verminderde kwaliteit van leven en geringere maatschappelijke participatie.

Het grote aantal patiënten met restklachten en de onbekendheid van het ziektebeeld leiden tot de opgave om te zorgen voor goede behandeling, zorg en begeleiding van deze groep. De opgave wordt groter door de druk op de gezondheidszorg door een 'inhaalslag' in de reguliere zorg en mogelijke nieuwe corona uitbraken in de toekomst.

ZonMw heeft de Long Alliantie Nederland (LAN) opdracht gegeven om inzicht te verkrijgen in knelpunten die kunnen optreden in de zorg voor mensen met restklachten als gevolg van COVID-19. Deze opdracht volgt op de eerdere ontwikkelde 'Handreiking voor de zorg. Behandeling en begeleiding van post-COVID-19-patiënten: het COVID-19 Associated Syndrome' (2020), die door de Long Alliantie Nederland met steun van ZonMw is ontwikkeld.

Een beter zicht op te verwachten knelpunten is van belang om tijdig maatregelen te kunnen treffen. In deze verkenning betrekken we ook knelpunten voor COVID-19 herstellzorg die kunnen ontstaan door de hervatting van de reguliere zorg en mogelijke nieuwe corona uitbraken in de toekomst. Deze verkenning is beperkt in tijd en omvang. Om die reden hebben we deze verkenning aangeduid als QuickScan.

Doel

De QuickScan biedt een eerste overzicht van te verwachten knelpunten en mogelijke oplossingen voor COVID-19 herstellzorg en hervatting van de reguliere zorg. Aangevuld met wat we in het algemeen kunnen leren van de corona crisis voor de zorg in Nederland. De uitkomsten van de QuickScan worden aangeboden aan opdrachtgever ZonMw en besproken in de bestuurlijke stuurgroep herstellzorg na COVID-19 onder voorzitterschap van de Minister voor Medische Zorg en Sport. De uitkomsten van de QuickScan kunnen dienen als input voor dit bestuurlijk overleg en bijdragen aan keuzes over vervolgonderzoek naar knelpunten en of oplossingen.

Vraagstellingen

In dit rapport beantwoorden we op hoofdlijnen de volgende vraagstellingen:

1. Welke knelpunten ervaren coronapatiënten in de herstellzorg COVID-19?
2. Welke mogelijke oplossingen zien coronapatiënten voor knelpunten in de herstellzorg COVID-19?
3. Welke knelpunten signaleren professionals in de herstellzorg COVID-19?
4. Welke mogelijke oplossingen zien professionals voor knelpunten in de herstellzorg COVID-19?
5. Welke knelpunten signaleren professionals in hervatting van reguliere zorg in coronatijd?
6. Welke mogelijke oplossingen zien professionals voor knelpunten in hervatting van reguliere zorg in coronatijd?
7. Welke lessen kunnen we leren uit de coronacrisis voor de Nederlandse gezondheidszorg?

2. Methode van onderzoek

De opdracht was beperkt in tijd en middelen. Om in korte tijd veel deskundigen te betrekken, die vanuit verschillende perspectieven inzichten kunnen bieden, is voor een QuickScan-opzet gekozen. In totaal hebben meer dan 50 mensen deelgenomen aan deze QuickScan. De QuickScan bestond uit de volgende onderdelen: analyse van data uit coronapatiëntenonderzoek, brainstormsessies met (zorg)professionals en interviews met experts. Een overzicht van de deelnemers is, met toestemming, te vinden in bijlage 1.

Om inzicht te verkrijgen in knelpunten in herstellende zorg COVID-19 en hervatten reguliere zorg, en mogelijke oplossingen hiervoor, zijn in de verkenning verschillende methoden ingezet:

1. Analyse van data uit onderzoek onder coronapatiënten
2. Vragenlijst onderzoek onder organisaties/(zorg)professionals betrokken bij herstellende zorg COVID-19
3. Brainstormsessies met een gevarieerde groep (zorg)professionals
4. Semi-gestructureerde interviews met experts vanuit diverse vakgebieden
5. Validatie van eerste uitkomsten op hoofdlijnen hoofdlijnen

Analyse van data uit onderzoek onder coronapatiënten

In deze verkenning staat de vraag centraal welke knelpunten coronapatiënten ervaren in de zorg en of zij mogelijke oplossingen voor deze knelpunten zien. Gezien de scope en reikwijdte van deze verkenning maken we hiervoor gebruik van onderzoek dat is uitgezet onder coronapatiënten die zich op het Coronalongplein hebben aangemeld. Het Coronalongplein is ontwikkeld door het Longfonds samen met de Long Alliantie Nederland en is begin mei 2020 gelanceerd². Het is een digitaal platform dat coronapatiënten informatie biedt en hen de mogelijkheid geeft tot lotgenotencontact. Een andere functie van het Coronalongplein is het betrekken van coronapatiënten in onderzoek om zo meer zicht te krijgen op de fysieke en psychosociale gevolgen op de langere termijn door corona³. Vanuit het Longfonds is nauw contact met de Facebook-groepen van coronapatiënten in Nederland en Vlaanderen. Ook deze coronapatiënten zijn betrokken bij onderzoek naar COVID-19 klachten en herstellende zorg.

In de periode 4-11 juni 2020 is via digitaal vragenlijstonderzoek bij ruim 2.000 coronapatiënten data verkregen. De populatie betrof patiënten aangemeld op het coronalongplein (in totaal circa 1.200 patiënten, situatie juni 2020) en patiënten via de Facebookgroep Nederland (in totaal circa leden, situatie juni 2020), en de Facebookgroep Vlaanderen (circa 1.200 leden, situatie juni 2020). Kennis- en behandelcentrum Ciro, Maastricht University en Longfonds hebben dit onderzoek uitgevoerd, in samenwerking met andere zoals de universiteit van Hasselt.

De uitkomsten van onderzoek met behulp van dit databestand, zijn verschenen in twee wetenschappelijke publicaties:

1. Het eerste artikel betreft aanhoudende COVID-19 klachten drie maanden na de infectie onder 2.113 coronapatiënten (Goërtz, et al., 2020).
2. Het tweede artikel betreft de mate van zorgafhankelijkheid onder 1.837 coronapatiënten die niet in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest (Vaes et al., 2020).

Deze twee publicaties vormen de bron van ervaren knelpunten vanuit patiëntenperspectief voor dit rapport. Het betreft zelf gerapporteerde data, ook waar het de diagnose COVID-19 betreft. Een groot deel van de mensen is besmet geraakt bij de start van de corona uitbraak in Nederland (maart/april 2020) en heeft thuis de infectie doorgemaakt zonder hierop getest te zijn of zonder vaststelling van diagnose door een arts.

² www.coronalongplein.nl

³ Voor een indruk van vragen aan coronapatiënten: <https://vragenlijst.dezorgvraag.nl/corona-longfonds/>

In het onderzoek dat tot nu toe via het coronalongplein en bij de Facebookgroepen is uitgevoerd, zijn de patiënten niet expliciet bevraagd op oplossingen die zij zien voor herstellende zorg COVID-19. Dat deel staat nog open voor nader onderzoek.

Op moment van schrijven staat nieuw vervolgonderzoek uit onder coronapatiënten van het Coronalongplein en de twee Facebook-groepen in Nederland en Vlaanderen. De resultaten van deze analyses worden najaar 2020 verwacht.

Vragenlijst onderzoek onder organisaties / (zorg)professionals betrokken bij herstellende zorg COVID-19

Een groot aantal organisaties en of (zorg)professionals is betrokken geweest bij de ontwikkeling van de handreiking voor herstellende zorg COVID-19 die onder leiding van de LAN tot stand is gekomen⁴. De betrokken organisaties bij deze handreiking en enkele andere relevante organisaties vanuit het perspectief van herstellende zorg COVID-19, zijn in de periode juli-augustus 2020 uitgenodigd een korte vragenlijst in te vullen. Het doel was om vanuit een brede vertegenwoordiging van patiënten, zorgverleners en andere stakeholders inzicht krijgen in knelpunten en oplossingen herstellende zorg COVID-19, die bij voorkeur geformuleerd is vanuit hun achterban. In bijlage 2 is de vragenlijst opgenomen. De uitkomsten zijn weergegeven aan de hand van de drie belangrijkste items van de vragenlijst: post COVID-19 zorg, hervatting reguliere zorg, (over)belasting zorgverleners en nieuwe infecties.

Brainstormsessies met een gevarieerde groep (zorg)professionals

Er hebben zes brainstormsessies plaatsgevonden met in totaal 22 deelnemers. De grootte van de brainstormgroep varieerde van 3-6 deelnemers, waarbij de deelnemers op basis van hun beschikbaarheid in een groep zijn ingedeeld. De deelnemers hadden verschillende achtergronden zoals: arts, verpleegkundige, bedrijfsarts, logopedist, diëtist, fysio- en ergotherapeut, maatschappelijk werker, bestuurskundige, onderzoeker, en vertegenwoordiging vanuit farmacie en geneesmiddelenbranche.

Het doel van de sessies was om in een interactief en gezamenlijk brainstorm te komen tot inzicht in relevante knelpunten met bijbehorende oplossingsrichtingen. Tijdens de brainstormsessies stonden de volgende drie vragen centraal:

1. Waar bent u bevreesd over als u kijkt naar de toekomst betreffende COVID-19 herstellende zorg en over hervatting reguliere zorg?
2. Op basis van genoemde belangrijkste knelpunten: welke oplossingen ziet u hiervoor?
3. Welke andere zaken wilt u meegeven over COVID-19 herstellende zorg en hervatting reguliere zorg en mogelijke nieuwe uitbraken?

Deze sessies zijn in samenvatting vastgelegd en per vraag geanalyseerd op (overkoepelende) thema's. De brainstormsessies hebben plaatsgevonden in juli en augustus 2020.

Semi-gestructureerde interviews met experts vanuit diverse vakgebieden

Experts uit diverse vakgebieden zijn gevraagd hun visie te verwoorden op het vraagstuk van te verwachten knelpunten, de meest prominente risico's en mogelijke oplossingen voor COVID-19 herstellende zorg en hervatting van de reguliere zorg. Het gaat daarbij ook om hun (toekomst)beelden over de organisatie van de nazorg nu en in de toekomst, in relatie tot uitbraken van pandemieën zoals COVID-19. Het gaat hierbij nadrukkelijk om persoonlijke visies op dit vraagstuk, vanuit de context van het vakgebied waarin de geïnterviewden werkzaam zijn.

In bijlage 3 is de topiclist opgenomen, die is gebruikt tijdens de semigestructureerde interviews. Per interview is een samenvatting geschreven. Deze samenvattingen zijn thematisch geanalyseerd. De interviews hebben plaatsgevonden in augustus en september 2020.

⁴Voluit is de naam: 'Handreiking voor de zorg. Behandeling en begeleiding van post-COVID-19-patiënten: het COVID-19 Associated Syndrome'. <http://www.longalliantie.nl/nieuws/handreiking-voor-herstellende-zorg-covid-19>

Validatie van uitkomsten op hoofdlijnen

Alle uitkomsten zijn ter validatie voorgelegd aan de deelnemers aan de QuickScan. Hiervoor is op 24 september 2020 een online sessie georganiseerd. De sessie kende in totaal 26 deelnemers.

In deze sessie zijn de samenvatting en aanbevelingen van de QuickScan gepresenteerd met de vraag of de deelnemers zich daarin herkennen en of ze nog zaken missen. Als achtergrond kregen de deelnemers ook de inleiding, methode van onderzoek en de resultaten van het vragenlijstonderzoek toegestuurd. De overige delen waren nog in ontwikkeling.

Na afloop van de sessie hebben alle deelnemers aan de QuickScan het volledige conceptrapport gehad, met de mogelijkheid om nog een laatste keer op de uitkomsten te reageren. De uitkomsten van zowel de sessie als van de feedbackronde zijn in de definitieve rapportage verwerkt.

3. Onderzoek onder coronapatiënten

Om te komen tot aanbevelingen voor herstell zorg COVID-19, is het van belang zicht te hebben op de klachten en knelpunten die coronapatiënten ervaren op zowel korte als op langere termijn. Voor deze QuickScan is gebruik gemaakt van data die zijn verkregen uit onderzoek onder coronapatiënten die zich hebben aangemeld op het Coronalongplein.nl, alsook bij coronapatiënten die aangesloten zijn bij de Nederlandse en Vlaamse Facebook-groep voor mensen die langdurige klachten houden na een COVID-19 besmetting. Van analyses op deze data zijn tot nu toe twee wetenschappelijke publicaties verschenen: één publicatie over langdurige gevolgen na COVID-19 besmetting (Goërtz et al., 2020) en één publicatie over mate van zorgafhankelijkheid na COVID-19 infectie (Vaes et al., 2020). Deze twee publicaties vormen de basis van dit onderdeel over ervaren klachten door coronapatiënten in deze QuickScan. Inzicht naar mogelijke oplossingen voor COVID-19 herstell zorg vanuit patiëntenperspectief staat nog open voor nader onderzoek.

3.1 Inzicht in langdurige gevolgen van COVID-19 infectie

Patiëntpopulatie

In totaal zijn van 2.113 coronapatiënten data geanalyseerd over hoe zij met verschillende klachten herstellen na een doorgemaakte infectie met COVID-19 (Goërtz et al., 2020). In deze analyse was een vergelijking mogelijk tussen vier groepen: 1) patiënten met ziekenhuisopname (geen IC), 2) patiënten zonder ziekenhuisopname positief getest op COVID-19⁵, 3) patiënten zonder ziekenhuisopname met een diagnose COVID-19 bevestigd door arts aan hand van symptomen en 4) patiënten zonder ziekenhuisopname met een vermoeden op doorgemaakte COVID-19.

Patiëntkenmerken

De gemiddelde leeftijd van de steekproef-deelnemers was 47 jaar. Van alle respondenten was 85% (n=1.830) vrouw. De gemiddelde Body Mass Index (BMI) was 25. Meer dan de helft van de patiënten (n=1.293, 61%) rapporteerde dat ze geen pre-existente ziekten hadden voordat ze besmet raakten met COVID-19. Ruim een kwart (n=541) had één ziekte voor de besmetting met COVID-19. Vijfentachtig procent (n=1.799) van de patiënten kwalificeerde de eigen gezondheid voorafgaand aan de infectie als 'goed'. Zie tabel 1 voor de gegevens. Zoals aangegeven, zijn er vier patiëntgroepen onderzocht. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de vier groepen wat betreft de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, BMI en pre-existente ziekte.

Ervaren klachten

Bij analyse van het totaal aantal klachten die patiënten ervoeren, bleek dat 14 klachten het vaakst als aantal naar voren kwam (mediaan). Waarbij 97% van de patiënten meer dan vijf klachten heeft genoemd. De klachten die het meest vaak naar voren kwamen, zijn vermoeidheid (n=2.006, 95%) en kortademigheid (n=1.892, 89%). Zie tabel 1 voor enkele andere veelgenoemde klachten.

⁵ De test bestond uit *reverse transcription polymerase chain reaction* (RT-PCR test) en of bevestiging van symptomen via *computed tomography* (CT -scan van de thorax)

Tabel 1. Resultaten uit vragenlijstonderzoek ingevuld door 2.113 patiënten naar langdurige klachten COVID-19: patiëntkenmerken en ervaren klachten*

	n=2.113 (%)
Vrouw	1.830 (85,3)
Leeftijd – gemiddelde (range)	47 jaar (39-54 jaar)
Body Mass Index (BMI) - gemiddelde	25,2
Zelf gerapporteerde pre-existente ziekte	
- Geen	1.293 (61,2)
- 1 ziekte	541 (25,6)
- 2 of meer ziekten	279 (13,2)
Zelf gerapporteerde gezondheid voor coronaklachten	
- Goed	1.799 (85,1)
- Gemiddeld	301 (14,2)
- Slecht	13 (0,6)
Aantal klachten – mediaan	14
Symptomen – enkele veel voorkomende:	
- Vermoeidheid	2.006 (94,9)
- Kortademigheid (dyspneu)	1.892 (89,5)
- Hoofdpijn	1.605 (76,0)
- Druk op de borst	1.588 (75,2)
- Hoesten	1.438 (68,1)
- Spierpijn	1.367 (64,7)

*Overgenomen uit: Goërtz, et al., 2020

Zorggebruik tijdens en na de start van coronaklachten

Bekeken is welke zorg patiënten hebben ontvangen tijdens en na de start van de coronaklachten. Naar voren kwam dat 61% (n=1.285) van de in totaal 2.113 onderzochte patiënten in deze periode zorg heeft ontvangen van een huisarts. Eén op de vijf (n=432, 20,4%) bezocht een fysiotherapeut en 17% (n=366) een medisch specialist. Verder is zorg ontvangen van een psycholoog (n=112, 5,3%), een diëtist (n=78, 3,7%), een verpleegkundige (n=63, 3,0%) en van een ergotherapeut (n=25, 1,2%). Zie tabel 2 voor het overzicht.

Tabel 2. Resultaten uit vragenlijstonderzoek ingevuld door 2.113 patiënten naar langdurige klachten COVID-19: ontvangen zorg tijdens en na de start van coronaklachten*

	n=2.113 (%)
Ontvangen zorg tijdens en na de start van de coronaklachten	
- Huisarts	1.285 (60,8)
- Fysiotherapeut	432 (20,4)
- Medisch specialist	366 (17,3)
- Psycholoog	112 (5,3)
- Diëtist	78 (3,7)
- Verpleegkundige	63 (3,0)
- Ergotherapeut	25 (1,2)

*Overgenomen uit: Goërtz, et al., 2020

Verloop van klachten over de tijd

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan of en hoe klachten als gevolg van COVID-19 besmetting over de tijd veranderden. In een periode van gemiddeld genomen drie maanden (79 dagen, standaarddeviatie ± 17 dagen) na de infectie nam het aantal klachten significant af bij vrijwel alle patiënten: met zo'n 7 klachten als meest voorkomende daling per patiënt.

Van alle patiënten bleek slechts 0,7% (n=15) symptoomvrij 79 dagen na de infectie, en 2% (n=43) gaf aan dat zij meer klachten ervaren dan kort na of gedurende de infectie zelf. Alle coronapatiënten gaven aan dat ze hun gezondheid nu slechter vinden dan voor de doorgemaakte infectie.

Samenvattend

Uit dit onderzoek komt naar voren dat na een COVID-19 infectie gedeeltelijk herstel van klachten kan plaatsvinden, maar ook dat veel mensen lange tijd klachten blijven houden. Dit geldt voor zowel patiënten met als voor patiënten zonder ziekenhuisopname. De onderzoekers geven aan dat dit opmerkelijke resultaten zijn, vooral omdat de groep ondervraagde coronapatiënten met een gemiddelde leeftijd van 47 jaar jong is en voorafgaand aan de infectie met COVID-19 een goede gezondheid had.

3.2 Zorgbehoefte en zorgafhankelijkheid van coronapatiënten

Patiëntpopulatie

Met een steekproef uit dezelfde database van ruim 2.000 coronapatiënten (patiënten via het Coronalongplein en twee Facebook-groepen van coronapatiënten met langdurige klachten) is onderzoek gedaan naar de mate waarin coronapatiënten zorg behoeven. De analyse betrof een periode van gemiddeld genomen drie maanden (79 dagen, standaarddeviatie ± 17 dagen) na de infectie. Hierbij zijn twee analyses gemaakt: van de gehele onderzoekspopulatie op globale data van zorggebruik. En een nadere analyse bij de Belgische Facebook-groep die vragen heeft gekregen over zorggebruik, waarbij de mate van zorgafhankelijkheid is onderzocht met de Care Dependency Scale (CDS). Van de coronapatiënten geworven via het coronalongplein en de Nederlandse Facebook-groep waren geen data beschikbaar over zorgafhankelijkheid. In totaal zijn data van 1.837 coronapatiënten geanalyseerd. Het betrof bij alle analyses coronapatiënten die zonder ziekenhuisopname een COVID-19 infectie hebben doorgemaakt.

Patiëntkenmerken

De mediane leeftijd van de gehele steekproef was 47 jaar. Van de respondenten was 86,1% (n=1.581) vrouw. De gemiddelde Body Mass Index (BMI) was 25,1.

Bijna 62% (n=1.132) had geen pre-existente ziekten voor de COVID-19 infectie. Ruim een kwart (n=465) had één ziekte voor de besmetting met COVID-19. Zie tabel 3 voor de gegevens.

De nadere analyse van zorgafhankelijkheid betreft de aanvullende data verkregen bij vragenlijstonderzoek onder de Facebook-groep uit Vlaanderen. Om die reden zijn de kenmerken van de Belgische Facebook-groep eveneens weergegeven in tabel 3. De vermelde data zijn niet beschikbaar van de Nederlandse Facebook-groep.

Sociale situatie

Bij de mate van ervaren zorg, is het van belang om inzicht te hebben in de sociale situatie van patiënten. Van de totale groep coronapatiënten was 71% (n=1.308) getrouwd of samenwonend met een partner, en ruim de helft (n=949, 51,7%) had thuiswonende kinderen.

Bij de Belgische coronapatiënten was 70% (n=147) getrouwd of samenwonend, en had 56% (n=118) thuiswonende kinderen. Zie tabel 3 voor het overzicht.

Tabel 3. Resultaten uit vragenlijstonderzoek ingevuld door 1.837 patiënten naar zorgbehoefte bij COVID-19: patiëntkenmerken*

Kenmerk	Alle patiënten (n=1.837)	Belgische Facebookgroep (n=201)
Geslacht – vrouw, n (%)	1.581 (86,1)	184 (87,6)
Leeftijd – jaren – mediaan (IQR)**	47,0 (38-0-54,0)	44,0 (37,0-52,3)
BMI, kg/m ²	25,1 (22,5-28,7)	25,1 (22,2-28,6)
Burgerlijke status – getrouwd/samenwonend met partner, n (%)	1.308 (71,2)	147 (70,0)
Thuiswonenden kinderen, ja, n (%)	949 (51,7)	118 (56,2)
1 kind	310 (32,7)	30 (25,4)
2 kinderen	480 (50,6)	69 (58,5)
3 kinderen	131 (13,8)	14 (11,9)
4 of meer kinderen	28 (2,9)	5 (4,2)
Diagnose COVID-19		
Door RT-PCR/CT-test vastgesteld**	319 (17)	
Medische diagnose	820 (45)	
Geen diagnose	698 (38)	
Co-morbiditeit voor COVID-19, n (%)		
Geen	1.132 (61,6)	129 (61,4)
1 ziekte	465 (25,3)	49 (23,3)
2 of meer ziekten	240 (13,1)	32 (15,2)

* Overgenomen uit Vaes et al., 2020

** IQR interquartile range

***RT-PCR reverse transcription polymerase chain reaction, CT computed tomography CT computed tomography

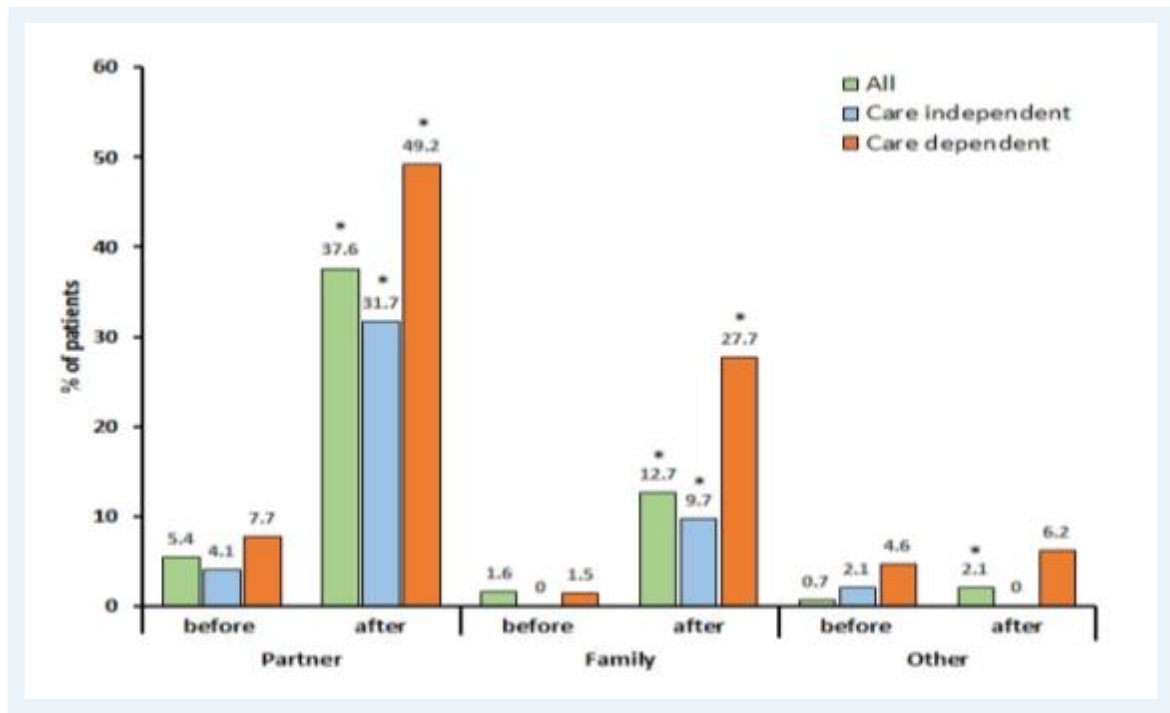
Mate van zorgafhankelijkheid: gehele steekproef

De mate van zorgafhankelijkheid is onderzocht met de Care Dependency Scale (CDS). De totale score van CDS gaat van 15 (erg slecht) naar 75 (erg goed). Patiënten met een CDS score van gelijk aan of minder dan 68 punten (CDS ≤68) worden gezien als zorgafhankelijk (care-dependent, CD). Patiënten met een score van 69 of hoger als zorgonafhankelijk (care-independent, CI).

Vóór de COVID-19 infectie, had 7,7% (n=141) van alle onderzochte coronapatiënten hulp nodig bij de persoonlijke verzorging. Deze behoefte aan hulp nam significant toe na de infectie. Meer dan de helft van de coronapatiënten (52,4%, n=962) was afhankelijk geworden van hulp van de partner, familie of van anderen na de COVID-19 infectie (Zie figuur 1).

Bij de groep die als zorgafhankelijk is gekenmerkt (CDS ≤68) had 13,8 (n=9) behoefte aan hulp van partner, familie of van anderen vóór de COVID-19 infectie. Na de infectie was dit 83,1% (n=54).

Van de niet van zorgafhankelijke groep had voor de infectie met COVID-19 6,2% (n=9) behoefte aan hulp van partner, familie of van anderen voor de COVID-19 infectie. Na de infectie was dit 41,4% (n=60).



Mate van zorgafhankelijkheid en op welk vlak hulp nodig: Belgische coronapatiënten

Aan de subgroep van Belgische Facebook-groep patiënten (n=210) zijn aanvullende vragen gesteld over zorgafhankelijkheid. Dit maakte een nadere analyse mogelijk op welk vlak er sprake is van zorgafhankelijkheid. De mate van zorgafhankelijkheid is afgeleid met de Care Dependency Scale (CDS). De totale score van CDS gaat van 15 (erg slecht) naar 75 (erg goed). Patiënten met een CDS score van ≤ 68 punten worden gezien als zorgafhankelijk (care-dependent, CD). Patiënten met 69 of hoger aantal punten als zorgonafhankelijk (care-independent, CI).

De subgroep bestond voor 87,6% (n=184) uit vrouwelijke patiënten, met een mediane leeftijd van 44 jaar (zie Tabel 4). De gemiddelde BMI was 25,1. De grootste groep (n=129, 61,4%) had geen pre-existente ziekten voor besmetting met COVID-19. Van de coronapatiënten was 70% (n=147) getrouwd of samenwonend met een partner, en meer dan de helft (n=118, 56,2%) had thuiswonende kinderen.

Bijna een derde (n=65, 31%) had een CDS score van 68 punten en werd daarmee beschouwd als zorgafhankelijk. Ruim twee derde (n=145, 69%) had een score van 69 of hoger op CDS en werd daarmee aangemerkt als niet zorgafhankelijk.

Tabel 4 geeft inzicht in patiëntkenmerken van de groep zorgafhankelijke coronapatiënten en de niet zorgafhankelijke groep. De groep zorgafhankelijke coronapatiënten was significant jonger (41 jaar versus 45 jaar) en ervoeren minder vaak een goede of gemiddelde gezondheid vóór de COVID-19 infectie dan de patiënten die niet als zorgafhankelijk zijn gekenmerkt.

De zorgafhankelijke groep gaf aan vaak (n=26, 40%) of regelmatig (n=21, 32,3%) steun te ervaren van familie. Bij de groep die niet als zorgafhankelijk is gekenmerkt, was dit respectievelijk 31% (n=45) en 33,1% (n=48).

Van de zorgafhankelijke groep had 13,8% (n=9) vóór de infectie hulp nodig bij persoonlijke verzorging. Bij de zorgonafhankelijke patiënten was dit 6,3% (n=9).

Na de infectie met COVID-19, rapporteerden beide groepen (zorgafhankelijk en niet zorgafhankelijk) een significante stijging in behoefte aan hulp met persoonlijke verzorging. Waarbij de toename in behoefte aan hulp bij de zorgafhankelijke patiënten na de COVID-19 infectie significant hoger was dan die van de niet zorgafhankelijke patiënten (Zie Tabel 4).

Tabel 4. Patiëntkenmerken gestratificeerd naar mate van zorg afhankelijkheid*.

	Zorgafhankelijk CDS Score ≤ 68 punten (n=65)		Niet van zorg afhankelijk CDS score > 69 punten (n=145)	
Geslacht – vrouw, n (%)	56 (86,2)		128 (88,3%)	
Leeftijd, jaren – mediaan (IQR)	41,0 (33,5-51,0)		45,0 (38,5-53,0)	
BMI, kg/m ² – mediaan (IQR)	25,1 (21,9-29,0)		25,1 (22,5-28,5)	
Burgerlijke status/samenwonend met partner	45 (69,2)		102 (70,3)	
Thuiswonende kinderen, ja, n (%)	29 (44,6)		89 (61,4)**	
1 kind	9 (31,0)		21 (23,6)	
2 kinderen	14 (48,3)		55 (61,8)	
3 kinderen	3 (10,3)		11 (12,4)	
4 of meer kinderen	3 (10,3)		2 (2,2)	
Co-morbiditeit voor COVID-19, n (%)				
Geen	39 (60,0)		90 (62,1)	
1 ziekte	13 (20,0)		36 (24,8)	
2 of meer ziekten	13 (20,0)		19 (13,1)	
Ervaren gezondheid voor en na infectie, n (%)	Voor	Na	Voor	Na
Goed	48 (73,8)	1 (1,5)	127 (87,6)**	14 (9,7)**
Gemiddeld	17 (26,2)	29 (44,6)	18 (12,4)**	108 (74,5)**
Slecht	-	35 (53,8)	-	23 (15,9)**
Hulp nodig bij persoonlijke verzorging, voor en na infectie, n (%)	Voor	Na	Voor	Na
Partner	5 (7,7)	32 (49,2)	6 (4,1)	46 (31,7)**
Familie	1 (1,5)	18 (27,7)	0,0	14 (9,7)**
Verpleegkundige	1 (1,5)	2 (3,1)	0,0	0,0
Anders	2 (3,1)	2 (3,1)	3 (2,1)	0,0
Ervaren steun van familie, n (%)				
Vaak	26 (40,0)		45 (31,0)	
Regelmatig	21 (32,3)		48 (33,1)	
Af en toe	13 (20,0)		44 (30,3)	
Zelden tot nooit	4 (6,2)		6 (4,1)	
Niet van toepassing	1 (1,5)		2 (1,4)	

* Overgenomen uit Vaes et al, 2020

** p < 0,05 versus voor infectie

De groep zorgafhankelijke patiënten (n=65) en niet zorgafhankelijke patiënten (n=145) werd nader onderzocht op verschillende items van de Care Dependency Scale. Zoals dagelijkse activiteiten, contact met anderen, communicatie en mobiliteit.

Naar voren kwam dat de zorgafhankelijke patiënten significant op alle items lager scoorden dan de patiënten die niet zorgafhankelijk waren, met uitzondering van (in)continentie. Daar zat geen verschil tussen de groep zorgafhankelijke en niet zorgafhankelijke coronapatiënten.

Uit een vergelijking tussen de CDS scores van zorgafhankelijke en van niet zorgafhankelijke patiënten kwam naar voren dat de verschillen tussen deze twee groepen het grootst waren voor:

- Mobiliteit: zorgafhankelijke patiënten 67,7% (n=44) hulp nodig versus zorgonafhankelijke patiënten 7,6% (n=11);
- Activiteiten in de vrije tijd: zorgafhankelijke patiënten 80% (n=52) hulp nodig versus zorgonafhankelijke patiënten 21,4% (n=31);
- Leermogelijkheden: zorgafhankelijke patiënten 76,9% (n=50) hulp nodig versus zorgonafhankelijke patiënten 20,7% (n=30).

Verder kwam naar voren dat 41,4% (n=60) van de coronapatiënten die niet zorgafhankelijk waren, aangaven toch in enige mate beperkt te zijn in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten na de infectie met COVID-19.

Samenvattend

Naar voren komt dat een groep coronapatiënten die geen ziekenhuisopname heeft gehad enkele maanden na de COVID-19 infectie nog steeds klachten ervaart, en behoefte heeft aan hulp vanwege functionele beperkingen. Meer dan de helft van de coronapatiënten was na infectie afhankelijk geworden van hulp van de partner, familie of van anderen. Ook ervaren alle coronapatiënten (zowel zorgafhankelijk als niet zorgafhankelijk) een verlaging van de ervaren gezondheid na een COVID-19 infectie.

De gevonden resultaten zijn nog sterker voor mensen die voor de infectie te kenmerken zijn als zorgafhankelijk. Maar ook de coronapatiënten die niet afhankelijk waren van zorg voor de infectie, gaven aan toch in enige mate beperkt te zijn in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten door de infectie met COVID-19.

Volgens de onderzoekers is dit het eerste onderzoek naar de mate van zorgafhankelijkheid van coronapatiënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen en die drie maanden na de eerste COVID-19 gerelateerde symptomen klachten houden.

4. Vragenlijst onderzoek

Om inzicht te krijgen in knelpunten en oplossingen over herstellzorg COVID-19 is aan een vertegenwoordiging van patiënten, zorgverleners en andere stakeholders een korte vragenlijst gestuurd. In totaal zijn 70 vragenlijstuitnodigingen verstuurd, waarvan 33 ingevuld zijn teruggekomen; een respons van 47,1%. De helft van de respondenten (n=17, 51,5%) zijn zorgverleners met verschillende achtergronden (zie Tabel 1).

Tabel 1. Uitkomsten van n=33 respondenten op de QuickScan

	n=33 (%)
De respondent is een zorgverlener	
- Ja	17 (51,5)
- Nee	16 (48,5)
Functie van de respondent	
- diëtist	7 (21,2)
- arts	5 (15,2)
- (klinisch) psycholoog	1 (3,0)
- (bedrijfs-)maatschappelijk werker	3 (9,1)
- beleidsadviseur/-medewerker/-coördinator	5 (15,2)
- manager/directeur/bestuurder	10 (30,3)
- verpleegkundige/verpleegkundig specialist	1 (3,0)
- onbekend	1 (3,0)
Vragenlijst beantwoord	
- op persoonlijke titel	12 (38,7)**
- namens de organisatie	19 (61,3)
Voorziet u <u>in het algemeen</u> knelpunten in de zorg voor post-COVID-19 patiënten?	
- Ja	29 (87,9)
- Nee	4 (12,1)
Voorziet u <u>voor uw eigen werkveld</u> knelpunten in de zorg voor post-COVID-19 patiënten?	
- Ja	25 (78,1)*
- Nee	7 (21,9)
Veel zorgverleners hebben zich (in de eerste besmettingsgolf) overbelast gevoeld. Geldt dat ook voor zorgverleners van uw beroepsgroep?	
- Ja	17 (58,6)***
- Nee	9 (31,1)
- Zowel ja als nee	3 (10,3)

* missing n=1; ** missing n=2; *** missing n=4

Post-COVID-19 zorg

Van de 33 respondenten hebben 29 (87,9%) respondenten aangegeven dat zij in het algemeen knelpunten voorzien in de zorg voor post-COVID-19 patiënten (zie Tabel 1). Er zijn veel (uiteenlopende) knelpunten genoemd. Zo werd door meerdere respondenten onbekendheid met het virus/ziektebeeld, de beperkingen in de nazorg (afstemming en multidisciplinaire samenwerking), de beperkingen van de huidige vergoedingen en een beperkt inzicht in psychosociale impact op middellange en lange termijn genoemd; als 'losse' onderdelen, maar ook in samenhang met elkaar.

Op dit moment is nog onvoldoende duidelijk welke 'rest-problemen' patiënten na COVID-19 hebben, zowel op fysiek als op psychosociaal gebied. Naar verwachting is dit zeer divers en

complex, ongeacht of patiënten in het ziekenhuis waren opgenomen of thuis verbleven. Er is nog onvoldoende inzicht in de behoefte aan nazorg en wat nodig is (zorg op maat en zorg op de juiste plaats), en men constateert een versnippering van de nazorg.

'Beperkt inzicht welke behoeftes er zijn op gebied van nazorg. Nazorg kan maar beperkt gegeven worden waardoor ook inzicht op behoefte moeilijk is in te schatten. Net als we onbekendheid met het virus hebben, hebben we dat ook met wat de gevolgen zijn' (R019)

Meerdere respondenten hebben aangegeven dat patiënten niet of nauwelijks weten wat een COVID-19 besmetting inhoudt en de ernst van de problematiek wordt niet altijd gezien. Ze pleiten voor (psycho-)educatie en voorlichting over het beloop, het herstel en de behandelopties, om zo klachten op langere termijn te verminderen. Ze gaven aan dat patiënten neigen zorg te mijden en als ze klachten hebben niet naar de huisarts gaan.

'In de eerste lijn blijven patiënten met klachten ook weg, gaan in zelfquarantaine en melden dit niet altijd aan de huisarts; zij ervaren wel herstelproblemen en komen nu met deze klachten van slecht herstel bij de huisarts' (R013)

Psychosociale nazorg bij COVID-19 patiënten is een extra probleem, omdat over het algemeen bekend is dat vragen op psychosociaal gebied pas na enige tijd ontstaan. Patiënten zijn eerst opgelucht over hun herstel en ze zijn gericht op een spoedig ontslag naar huis. De gevolgen op langere termijn, zowel lichamelijk als psychosociaal, zijn nog niet duidelijk. Gezien de impact van COVID-19 besmetting op het leven van patiënten (en naasten) wordt verwacht, dat op de langere termijn een behoefte aan psychosociale ondersteuning ontstaat. Psychosociale nazorg kan vaak niet worden gegeven door ziekenhuis, revalidatie of verpleeghuis⁶. Lotgenotencontact zou kunnen helpen, maar elkaar echt ontmoeten is door de coronamaatregelen vanuit de overheid niet mogelijk.

Eén respondent vroeg extra aandacht voor naasten van patiënten die op een IC hebben gelegen, en gaf aan dat deze naasten een extra hoog risico hebben op Post Intensive Care Syndroom⁷, gezien de extreme COVID-19 omstandigheden. Dit geldt echter ook voor naasten van patiënten die in een andere zorgsetting verbleven. Ook naasten zijn zeer getroffen en hebben geen behandelrelatie met longartsen, intensivisten, revalidatieartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Actieve begeleiding bijvoorbeeld door de huisarts en eerstelijns psychische zorg is hier cruciaal.

Bijna elke respondent benadrukt het belang, maar tegelijkertijd ook de beperkingen van multidisciplinair samenwerken. Daar waar het in de tweede lijn veelal gebruikelijk is om met meerdere disciplines te overleggen en af te stemmen, is dat voor de eerste lijn geen vanzelfsprekendheid. Ook is de hoogte van de vergoeding van multidisciplinair overleg in de eerste lijn als onvoldoende benoemd⁸.

Gezien de complexiteit van de problematiek is multidisciplinair overleg en afstemming wenselijk: het bevordert de continuïteit van behandeling en zorg. Tevens bevordert het een tijdige verwijzing naar de juiste zorgprofessional en voorkomt doorverwijzing naar duurdere vormen van (multidisciplinaire) zorg. Het is dan ook van belang dat dat structurele multidisciplinaire samenwerking tot stand komt, dat dit wordt gecoördineerd en dat duidelijk wordt afgesproken wie of welke functie de coördinerende rol op zich neemt. Het moet voor patiënten (snel) duidelijk zijn waar zij met hun hulpvraag terecht kunnen.

⁶ Noot: Patiënten dienen zelf contact op te nemen met bijvoorbeeld POH-GGZ.

⁷ Naasten kunnen ook PICS ontwikkelen, dat wordt het Post Intensive Care Syndroom Familie genoemd, of PICS-F. Dit bestaat uit psychische problemen, zoals een angststoornis, depressie, posttraumatische stress stoornis of, wanneer de patiënt is overleden, een gestoorde rouwverwerking bij de naaste.

⁸ Noot: Er is geen aparte betaaltitel voor Multi Disciplinair Overleg (MDO). MDO is een onderdeel van de eerstelijnsprestaties en (vrije) tarieven, maar is niet apart declarabel (Bron: NZa).

'Daarbij is het belangrijk om rondom een patiënt af te spreken wie actief de zorgcoördinatie op zich neemt gezien de veelheid aan zorgverleners in eerste, tweede en derde lijn voor de COVID-19 IC-patiënten en naasten die de COVID-19 IC-patiënten zullen begeleiden' (R022)

Er is draagvlak en commitment vanuit het gehele zorgveld nodig, maar zeker van professionals die een sleutelpositie in de nazorg vervullen. Wie die professionals zijn, is nog onvoldoende duidelijk en is waarschijnlijk afhankelijk van de behoefte aan zorg. Echter, de noodzaak voor multidisciplinaire samenwerking, waar nodig over lijnen heen, wordt door meerdere respondenten gevoeld; vooral in het kader van juiste zorg op de juiste plek.

Voor (ex-)patiënten is eveneens zorg op maat nodig bij hun werkhervatting; hier is nog onvoldoende aandacht voor: wanneer kan men weer aan het werk, hoeveel kan men aan (opbouw van uren en belasting) en welk aanpassingen zijn nodig? Een respondent gaf als knelpunt aan dat op dit moment nog weinig begrip en empathie voor de ex-COVID-19 patiënt is op de werkvloer; immers men is toch weer beter?

'Ook zal er aandacht binnen het algemene publiek en bij werkgevers moeten worden gegenereerd dat kritieke ziekte en IC-behandeling tot jaren later tot substantiële problemen kan leiden bij de patiënt en naasten' (R022)

Er is nog geen eenduidig behandelbeleid en organisatie van de zorg voor COVID-19 patiënten. Verschillende richtlijnen en handreikingen worden door verschillende beroepsverenigingen en vanuit verschillende perspectieven ontwikkeld, in korte tijd en met herziening op basis van ervaringen.

'Er is sprake van een tweestrijd tussen enerzijds gewenste snelheid in uitvoering en anderzijds grote dilemma's en onzekerheden. Het risico hiervan is dat de juiste (na)zorg voor een deel van de post-COVID-19 patiënten niet of te laat plaatsvindt' (R030)

In totaal hebben 25 (78,1%) respondenten aangegeven dat zij in hun eigen werkveld knelpunten voorzien in de zorg voor post-COVID-19 patiënten (zie Tabel 1).

Meerdere respondenten noemen de geringe mate van doorverwijzing naar (voornamelijk) paramedici als knelpunt. Door de onbekendheid van de ziekte is onvoldoende duidelijk of eerst nog meer diagnostiek moet worden gedaan, of spontaan herstel optreedt, wat het beste moment van de doorverwijzing is en naar welke discipline dit het beste kan.

'De vraag is wanneer en naar wie. Direct naar de fysio? Eerst diagnostiek in de tweede lijn en zo ja, wanneer? Hoe lang mag je wachten op spontaan herstel? Patiënten zijn ongerust of hebben klachten en willen snel geholpen worden. Een deel zal spontaan herstellen, een deel alleen met specialistische hulp na specialistische diagnostiek.

De vraag is daarbij hoelang je mag afwachten en of het realistisch is te verwachten dat patiënten die bang zijn om kortademig te worden uit zichzelf opknappen' (R027)

De gedachte bestaat dat patiënten met restklachten zich niet of nauwelijks melden bij de huisarts, waardoor verwijzing naar ergo- en fysiotherapie dan ook niet plaatsvindt. Daarnaast ervaart men de beperkingen in vergoedingen van met name paramedici. Men vreest dat dat advies van het Zorginstituut Nederland (Noot: advies is inmiddels gepubliceerd) een bureaucratische regeling zal worden met een complexe tijdrovende uitvoering. De angst bestaat dat patiënten hierdoor niet snel zijn geholpen en alsnog de zorg zelf moeten betalen.

Een aantal respondenten noemt de quarantaine als knelpunt. Gedurende de langdurige opname in het ziekenhuis zijn patiënten in quarantaine geweest en bij overplaatsing naar bijvoorbeeld revalidatiecentrum of verpleeghuis moeten ze weer (5 dagen) in quarantaine. Deze quarantaine was, zeker in het verpleeghuis, voor zowel verpleging als patiënt erg vervreemdend, belastend en intensief. In verpleeghuizen bleek familieparticipatie en ondersteuning van de familie bemoeilijkt door de overheidsmaatregelen.

De late effecten van COVID-19 op de arbeidsparticipatie zijn nog niet bekend. Het is niet duidelijk of we te maken hebben met een doorgemaakte ernstige ziekte met (volledig) herstel of met een uiteindelijk chronische aandoening. Indien dit laatste, wat betekent dit dan voor de maatschappelijke participatie? Kennisontwikkeling en deze kennis delen is daarbij van belang.

'Afstemming tussen de curatieve sector en de bedrijfsgeneeskunde is van groot belang en gezamenlijke richtlijn ontwikkeling daarbij' (R006)

Op de vraag aan niet-zorgverleners 'Wat verwacht u: Op welke zorgsector zullen de meeste post-COVID-19 patiënten een beroep doen?', gaf men zeer uiteenlopende antwoorden. Veelal werden zorgverleners uit de eerste lijn genoemd (huisarts, fysiotherapie, ergotherapie, POH GGZ, psychosociale ondersteuning), maar ook revalidatiezorg.

Aan zorgverleners is de vraag gesteld hoeveel post-COVID-19 patiënten uit de eerste besmettingsgolf naar verwachting een beroep zullen doen op de eigen zorgdiscipline en hoeveel dat zal zijn van iedere 100 post-COVID-19 patiënten. De antwoorden hierop waren zeer divers en varieerden van respectievelijk 2 tot 8.500 patiënten en 2% tot 100%, zoals Tabel 2 laat zien. Aan niet-zorgverleners werd een vergelijkbare vraag gesteld: hoeveel post-COVID-19 patiënten uit de eerste besmettingsgolf zullen een beroep doen op de zorg? Ook hier waren de antwoorden zeer uiteenlopend en varieerden van 21 tot 5.000 patiënten (zie Tabel 2).

Tabel 2. Aantal patiënten die een beroep doen of zullen doen op eigen discipline en zorg in het algemeen; antwoorden van n=33 respondenten

Zorgverleners	Frequentie
Hoeveel post-COVID-19 patiënten (uit de eerste besmettingsgolf) zullen een beroep doen op <u>uw zorgdiscipline</u> ?	
- Geen schatting gedaan/mogelijk	16
- Absolute aantallen	
o 2-4 patiënten	1
o 8 patiënten	1
o 19 patiënten	1
o 25 patiënten	2
o 49 patiënten	1
o 50 patiënten	1
o < 50 patiënten	1
o 50-80 patiënten	1
o 91 patiënten	1
o 8500	1
- Percentages	
o 2%	1
o 20%	1
o 25%	1
o 30-50%	1
o 40-50%	1
o 80%	1
Wat verwacht u: Van iedere 100 post-COVID-19 patiënten: hoeveel mensen doen een beroep op <u>uw zorgdiscipline</u> ?	
- Geen schatting gedaan/mogelijk	12
- 2 patiënten	2
- 5-10 patiënten	1
- 10 patiënten	1
- 20 patiënten	3
- 25 patiënten	2
- 25-50 patiënten	1
- 40-50 patiënten	2
- 50 patiënten	1
- > 57 patiënten	1
- 75-100 patiënten	1
- 80 patiënten	1
- 90-95 patiënten	1
- 90 patiënten	1
- 100 patiënten	3
Niet-zorgverleners	
Wat verwacht u: Hoeveel post-COVID-19 patiënten (uit de eerste besmettingsgolf) zullen een beroep doen op de zorg?	
- Geen schatting gedaan/mogelijk	27
- Absolute aantallen	
o 21 patiënten	1
o > 57 patiënten	1
o 3000 patiënten	1
o 5000 patiënten	1
- Percentages	
o 15-20%	1
o 20-50%	1

Hervatting reguliere zorg

Als belangrijkste knelpunt bij het hervatten van de reguliere zorg wordt wel de angst voor besmetting genoemd; infectie bij zowel patiënten als bij zorgverleners. Meerdere respondenten gaven aan dat patiënten uit angst voor besmetting zorg zullen mijden; niet naar het ziekenhuis willen voor poliklinische consulten, niet naar de huisarts willen en niet willen worden opgenomen in ziekenhuis of verpleeghuis. Dat laatste vooral omdat familie/naasten hen dan niet mogen bezoeken. Ook wordt een toename en verergering van klachten verwacht, wat kan leiden tot een toename van acuut handelen, meer zorg en een langer behandeltraject dan nodig zou zijn.

'Toch wordt niet altijd een toename in verwijzingen ervaren [...] de vraag is dan ook waar blijven deze mensen en welke (complexe) hulpvragen ontwikkelen zich in de loop der tijd' (R003)

Angst voor besmetting voor zorgverleners zit hem voornamelijk in het niet weten of een patiënt al dan niet besmet is en de beschikbaarheid van voldoende persoonbeschermende middelen.

Een tweede knelpunt is het (opnieuw) organiseren van zorg met in acht neming van de overheidsmaatregelen, in het bijzonder de 1,5 metermaatregel. Het gaat dan om vragen als:

- Is (fysieke) zorg nog wel of wel weer mogelijk?
- Is er voldoende ruimte in wachtkamers?
- Moeten werkprocessen worden aangepast?
- Is een andere logistiek nodig en kunnen looproutes worden uitgezet?
- Hoe kunnen we wachttijden verminderen of lopen die juist op?
- Hebben we voldoende capaciteit/personeel en deskundigheid (voorkomen van overbelasting van zorgverleners)?
- Wat te doen met patiënten die de regels negeren of niet begrijpen (omgaan met agressie/conflicten)?

Een aantal respondenten noemt de (nog bestaande) tekortkomingen in de multidisciplinaire samenwerking, zowel in eigen setting als in de keten. Ook zijn tekortkomingen en/of onduidelijkheid genoemd van vergoedingen. Dit gaat dan bijvoorbeeld over andere vormen van zorg zoals beeldbellen en digitalisering van gegevensuitwisseling tussen onder andere eerste- en tweede lijn.

Tot slot over werken in de zorg. Zorgverleners hebben over het algemeen de neiging om met lichte klachten toch door te werken. Bij besmetting kunnen deze zorgverleners uitvallen door langdurig ziekteproces (bij ernstige klachten), door de 14 dagen quarantaine (bij lichte klachten en positieve test) of door lange wachttijden voor behandeling en ingrepen voor andere dan COVID-19 gerelateerde gezondheidsproblemen. Dit heeft invloed op de werkdruk en werkomstandigheden bij collega's. Voor de werkende zelf kan het impact hebben op psychosociaal welbevinden. Ook is er een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid, doordat het langer duurt voordat zij weer volledig kunnen functioneren.

'Voor velen betekent dat langere duur van de arbeidsongeschiktheid met alle gevolgen van dien, zoals ontslagdreigingen, minder salaris in het tweede ziektejaar en hogere kosten voor werkgevers' (R006)

Als gevolgen (of mogelijk extra knelpunten) bij hervatting van de reguliere zorg in relatie tot de zorg voor post-COVID-19 patiënten worden de volgende knelpunten genoemd: overbelasting en uitval van (deskundig) zorgpersoneel, beperkingen bij het hervatten van de reguliere zorg en een toename van het aantal patiënten met daardoor een grotere druk op de wachtlijsten.

Patiënt gerelateerde factoren zijn een langer durende behandeling dan normaal (door alle beperkingen en knelpunten die hierboven zijn genoemd), het organiseren van goede nazorg op maat (post-IC, post-ziekenhuis opname, post COVID-19 algemeen) en ondersteuning van naasten genoemd.

(Over)belasting zorgverleners

Door de meeste respondenten (n=17; 58,6%) is aangegeven dat veel zorgverleners zich (in de eerste besmettingsgolf) overbelast hebben gevoeld; 3 respondenten (10,3%) hebben zowel een ja als een nee als antwoord gegeven (zie Tabel 1).

Veelal werd de hoge werkdruk en de ervaren werkstress genoemd. Zorgverleners hebben zich onveilig gevoeld, mede door de angst voor en onwetendheid over het virus, de schaarste in persoonlijke beschermingsmiddelen, wisselende communicatie en veel snelle veranderingen in beleid.

Andere factoren die hierbij een rol hebben gespeeld zijn:

- Gedurende een lange periode werken in een crisissituatie
- Werken in veranderende werksituaties en onzekere omstandigheden
- Inzet op COVID-19 afdelingen, ongeacht specialisme of specialisatie, ervaring of deskundigheid
- Meer op afstand moeten werken; veel telefonisch of via beeldbellen
- Extra uren 'draaien' en langere diensten
- Geen/weinig tijd en ruimte voor vakanties en ontspanning
- Hoger verzuim door zorgverleners met verkoudheidsklachten (druk op de personele bezetting)

De mentale druk of de psychische belasting die men heeft gevoeld, werd vooral gerelateerd aan de opvang, ondersteuning en begeleiding van patiënten die angstig en zeer geëmotioneerd waren en de eenzaamheid van patiënten.

'Gebrek aan bezoek zorgde bij een deel van de cliënten voor veel emoties en eenzaamheid, waar medewerkers op moesten inspringen' (R017)

Een aantal respondenten (n=9; 31,1%) heeft zich niet overbelast gevoeld, omdat voor hen de reguliere zorg bijna volledig is weggefallen.

De vraag wat nodig is om (verdere) overbelasting te voorkomen bleek een lastige. Over het algemeen werd aangegeven dat er ruimte en tijd nodig zijn om de werkzaamheden weer op te pakken en een pas-op-de-plaats zou welkom zijn. Echter, de blijvende aanwezigheid van het virus zorgt voor veel onzekerheid en het is de vraag of en op welke wijze overbelasting in de nabije toekomst of bij een tweede besmettingsgolf kan worden voorkomen. Aanwezigheid van psychosociale ondersteuning, aandacht en empathie van collega's, aandacht en empathie van de werkgever, een goede werkomgeving, voldoende persoonsbeschermende middelen en eenduidige informatievoorziening werden als bevorderende factoren genoemd om (verdere) overbelasting bij zorgverleners zo veel mogelijk te voorkomen.

*'Psychosociale ondersteuning op de werkvloer, draagvlak creëren dat niet iedereen op dezelfde wijze kan omgaan met de afgelopen stressvolle periode.
Ondersteuning van teams, en wellicht ook psycho-educatie voor leidinggevenden' (R001)*

*'Erkenning voor de verantwoordelijkheden en enorme flexibiliteit die ze hebben laten zien....'
(R014)*

Nieuwe infecties

In geval van een tweede golf van COVID-19 besmettingen geven de meeste respondenten vergelijkbare knelpunten aan als hierboven staan beschreven. Er bestaat wel zorg over de 'rek' en flexibiliteit bij zorgverleners; in hoeverre is men hersteld van de stressvolle periode van de eerste golf en is er voldoende capaciteit en middelen om een tweede golf op te vangen. Het zal zwaarder worden om opnieuw de energie volledig in te moeten zetten.

'Veel werknemer hebben tijdens de coronacrisis blootgestaan aan infectiegevaar en hoge psychosociale arbeidsbelasting door werken met patiënten, met ouderen, terwijl zij thuis een kind hadden wat les moest krijgen etc. etc. De effecten merken we nu nog. [...]
Als deze mensen opnieuw geconfronteerd worden daarmee kan dat grote effecten hebben' (R006).

De grootste uitdaging zal zijn om een nieuwe golf op te vangen, zonder daarbij de reguliere zorg af te schalen. Echter, de angst bestaat bij veel respondenten dat (reguliere) zorg weer wordt uitgesteld, met alle gevolgen van dien voor patiënt en naaste, zorgverleners, organisaties, het zorgsysteem en de zorgkosten.

'Het lijkt me een drama. De druk op de zorg wordt groter en de geldpot wordt kleiner' (R012)

Ook is er zorg over het aantal beschikbare IC-bedden en het benodigd aantal opgeleide IC-verpleegkundigen. Daaraan gekoppeld speelt het ethische dilemma rondom opnames op IC's; wie wel en wie niet. Een discussie die ook in de media veel aandacht heeft gehad.

Voor de verpleeghuiszorg is de bezoeksregeling een belangrijk punt van aandacht. Deze mag niet meer zo strikt worden gehanteerd en de menselijke maat moet uitgangspunt zijn.

Op regionaal niveau zal meer/beter inzicht in de beschikbare capaciteit moeten zijn, waarbij gebruik kan worden gemaakt van capaciteitsmodellen om per regio te monitoren waar zich knelpunten voor gaan doen.

Tot slot

Tot slot een aantal aanvullende opmerkingen over onderwerpen die niet of onvoldoende in de QuickScan aan de orde zijn geweest.

Een respondent gaf aan dat er veel aandacht is voor post-COVID-19 zorg in de reguliere sector. Maar belangrijk is ook te onderzoeken wat de lange termijneffecten zijn op de maatschappelijke participatie en specifiek voor arbeid voor post-Covid-19 patiënten. Hoe groot is deze groep ex-patiënten? Wat zijn de langetermijneffecten? Weke kennis is er en hoe wordt de juiste kennis gedeeld? Waar kan men terecht voor deze specifieke kennis?

Een opmerking van een andere respondent betreft de betrokkenheid en ondersteuning van de naasten. Naasten hebben vaak een belangrijke rol bij steun en slagen van zorg en behandeling. Zij hebben ook support nodig om de stressvolle periode van opname en behandeling door te komen. Door naasten goed te ondersteunen, wordt bijgedragen aan de behandeling van de patiënt en wordt het steunnetwerk van de patiënt sterk/stabiel gehouden. Dit is vooral belangrijk na opname en herstelperiode. Volgens deze respondent wordt in zijn algemeenheid wel naar praktische oplossingen gekeken, maar is er te weinig aandacht voor het welzijn van mensen als gevolg van de ziekte.

Dezelfde respondent gaf ook aan dat in de landelijke publiciteit steeds meer aandacht komt voor psychisch lijden in de samenleving breed. Niet alleen van ex-patiënten en hun naasten maar algemeen ten gevolge van de overheidsmaatregelen. Echter, er wordt volgens deze respondent teveel naar de GGZ-zorg gekeken, terwijl vanuit sociaal werk in brede zin, in ziekenhuizen, in bedrijven en in de wijken veel kan worden gedaan. Juist om te voorkomen dat psychische belasting uitmondt in ernstig psychisch lijden. Sociaal werkers werkzaam in de gezondheidszorg zijn bij uitstek gespecialiseerd in de begeleiding bij intensieve levensgebeurtenissen zoals COVID-19 is of kan zijn. Zij zijn gericht op versterking en eigen kracht hervinden en ze hanteren een geïntegreerde aanpak met aandacht voor het hele systeem en de context.

Tenslotte merkte een respondent op dat de waardering voor zorgpersoneel overweldigend was en soms ook wat te veel van het goede. Echter, deze waardering was even snel verdwenen als het gekomen was.

5. Brainstormsessies

Er zijn zes brainstormsessies georganiseerd met in totaal 22 deelnemers vanuit verschillende vakgebieden. De deelnemers hebben verschillende achtergronden zoals: arts, verpleegkundige, paramedicus, bestuurskundige, onderzoeker, en vertegenwoordiging vanuit farmacie en geneesmiddelenbranche. Op basis van beschikbaarheid zijn de deskundigen ingedeeld in de verschillende sessies. De grootte van de brainstormgroep varieerde van 3-6 deelnemers. De inzichten zijn op hoofdlijnen in thema's gebundeld aan de hand van de drie vragen die tijdens de sessies centraal stonden

1. Waar bent u bevreesd over als u kijkt naar de toekomst betreffende COVID-19 herstellzorg en over hervatting reguliere zorg?
2. Op basis van genoemde belangrijkste knelpunten: welke oplossingen ziet u hiervoor?
3. Welke andere zaken wilt u meegeven over COVID-19 herstellzorg en hervatting reguliere zorg en mogelijke nieuwe uitbraken?

5.1 Knelpunten

Deze paragraaf gaat in op de vraag: Waar bent u bevreesd over als u kijkt naar de toekomst betreffende post-COVID-19 zorg en over hervatting reguliere zorg?

Onvoldoende zicht op epidemiologie en klachtenpatroon ex COVID-19 patiënten

Verschiedende deskundigen gaven aan dat er onvoldoende zicht is op de epidemiologie van COVID-19 patiënten. Dit komt mede omdat (in de eerste golf) veel mensen thuis COVID-19⁹ hebben doorgemaakt en niet geregistreerd zijn. Er is een divers klachtenpatroon bij COVID-19 patiënten (zoals vermoeidheid, duizeligheid, aanpassingsproblemen). Door onwetendheid lopen mensen lang door met klachten zonder hulp te zoeken. Er is daarom nog veel onderzoek nodig, komt naar voren.

Ook zijn inzichten nodig zoals wat voor effect COVID-19 heeft op specifieke patiëntengroepen. Zo werd als voorbeeld genoemd dat het goed is om te weten hoe longproblemen zich ontwikkelen bij longfibrose patiënten die COVID-19 hebben gehad. Om dat beloop te kunnen vastleggen zijn meerdere jaren onderzoek nodig. Ook bestaan er nog onduidelijkheden over de risico's bij kinderen en tieners.

Patiënten met restklachten onvoldoende gesignaleerd

COVID-19 is een multi-systeem probleem en kan op meerdere terreinen problemen geven. Zo gaven deskundigen aan dat het risico bestaat dat klachten zoals vermoeidheid en verwerking pas later zichtbaar worden. Hierdoor worden restklachten niet goed gesignaleerd omdat de behandeling is gestopt. De zorg is geuit dat het onduidelijk is of bij vage klachten (zoals vermoeidheid) mensen adequate zorg en doorverwijzing krijgen vanuit de eerste lijn. Het gevaar bestaat dat mensen tussen wal en schip geraken als niet goed wordt samengewerkt. Deze groep valt dan buiten de herstellzorg en het is lastig om voor deze groep erkenning te krijgen. De vereniging van bedrijfsartsen (NVAB) heeft een poll gehouden onder bedrijfsartsen waarbij naar voren komt dat er veel niet gediagnostiseerde (niet geteste) patiënten zijn die verhoudingsverwijs lang klachten blijven houden.

Onvoldoende nazorg

De nazorg voor COVID-19 patiënten is versnipperd en ook de vraag of er voldoende nazorg is, kwamen als knelpunten naar voren. De nazorg is momenteel geen vast onderdeel van het reguliere zorgtraject. Het verschilt per ziekenhuis hoe de nazorg is georganiseerd: in sommige ziekenhuizen komen mensen nog een keer terug, andere niet. Omdat de nazorg niet vergoed wordt zijn er ook ziekenhuizen die het niet bieden⁹.

⁹ Noot: Sinds 18 juli 2020 is de tijdelijke aanspraak paramedische herstellzorg in werking. Hierbij kunnen patiënten met beperkingen in fysiek functioneren aanspraak doen op deze zorg vanuit de basiszorgverzekering. Bestaande uit fysio-/oefentherapie, ergotherapie, logopedie en/of diëtik.

In deze gevallen is het van belang dat de huisarts adequaat handelt en de juiste zorg inschakelt. Ook gaven deskundigen aan dat de nazorg nu te veel medisch is gericht, terwijl juist aandacht nodig is voor psychosociale aspecten (zoals depressie en emotionele verwerking). Daarbij is genoemd dat psychologen een wachttijd van zeven maanden hebben. Diëtisten noemden dat coronapatiënten te weinig worden doorverwezen naar een diëtist voor voedingsbegeleiding. Dit is bij herstellende coronapatiënten van belang: de behoefte aan energie en vooral eiwitten is sterk verhoogd, een diëtist kan ondersteuning bieden bij herstel en of verbetering van de voedingstoestand en spiermassa van de patiënt. Ook kunnen groepsgesprekken worden aangeboden, maar dit is niet bij alle zorgverleners bekend, is de indruk. Om adequate nazorg te kunnen leveren ontbreekt er een goede sociale kaart en of samenwerking, komt naar voren. Het aanwezige aanbod aan zorg is niet bij alle zorgverleners bekend. Dit heeft volgens deelnemers te maken met onvoldoende regie in de herstellzorg. Zorgverleners zijn allemaal bezig om nazorg te verrichten, maar er is onderling weinig afstemming en coördinatie.

Maatschappelijke consequenties COVID-19

COVID-19 heeft ook maatschappelijke consequenties voor mensen zoals op het gebied van werk en sociale activiteiten (en vrijwilligerswerk). Zo gaat bij langdurende restklachten van COVID-19 infectie re-integreren moeizaam. Voor mensen met lage SES, vaak werkzaam via uitzendbureaus, kunnen tijdelijke contracten niet worden verlengd als dit niet snel en goed opgepakt wordt.

Voordat verwijzing, erkenning van diagnose plaatsvindt, kunnen mensen al ontslagen zijn, is het beeld van de deelnemers. En kwetsbare groepen raken eerder uit beeld, bijvoorbeeld door minder goede gezondheidsvaardigheden. Ook zijn er veel patiënten die door het stilleggen van reguliere zorg (bijvoorbeeld knieoperatie) voor een langere periode niet kunnen werken. Daarnaast zijn er veel ZZP'ers die als economisch gevolg van de coronacrisis hun inkomen verliezen en daardoor mogelijk gezondheidsproblemen krijgen.

Naast gevolgen op werkgebied, heeft COVID-19 impact op de gezondheid en het welzijn van andere groepen in de samenleving. Vanuit de kinderartsen is ingebracht dat er meer kindermishandeling plaatsvindt en dat kinderen uit beeld raken. Daarnaast is benoemd dat er niet of onvoldoende oog is voor naasten en nabestaanden van coronapatiënten.

Capaciteitsproblemen en wachtlijsten

Bij diverse zorgverleners kunnen er capaciteitsproblemen ontstaan, gaven de deskundigen aan. Daardoor kunnen wachtlijsten ontstaan voor patiënten in de reguliere zorg (zoals bijvoorbeeld in de ergotherapie). Deze situatie komt door overvraag voor behandeling en herstellzorg van coronapatiënten. Zo zijn er bij logopedisten capaciteitsproblemen als gevolg van de toegenomen vraag naar begeleiding bij slikproblemen (90% van de COVID-19 patiënten heeft na ziekenhuisopname slikproblemen).

Capaciteitsproblemen zijn er ook omdat mensen na een COVID-19 besmetting lang over het herstel doen en daarom lang in zorg blijven. Daar kan bij een tweede golf een nieuwe groep coronapatiënten bovenop komen die primaire zorg nodig heeft.

Voor een groep patiënten is de reguliere zorg grotendeels gestopt gedurende de eerste golf. Zoals van astma en COPD-patiënten. Bij mensen met astma en COPD zijn ook inhalatie-instructies veelal niet gegeven: dat kan leiden tot meer verkeerd gebruik en daardoor grotere kwetsbaarheid en meer ziekenhuisopnamen voor longaanvallen. Ook voor andere patiëntengroepen kan wegvallen of uitstellen van zorg ertoe leiden dat de gezondheidstoestand voor sommige mensen achteruit is gegaan. Ook is een stuwmeer aan nog niet uitgevoerde diagnostiek ontstaan. Dit alles maakt dat de achterstand niet zomaar is in te lopen en er wachtlijsten kunnen ontstaan. Bijkomend knelpunt is dat er een groot tekort is aan verpleegkundigen. Dit gaat ten koste van motivatie en saamhorigheid en maakt dat er veel vermoeidheid is bij professionals.

De deelnemers geven ten tijde van de brainstormsessies aan dat de reguliere zorg nog niet volledig in gang is gezet. Enerzijds komt dit omdat sommige zorgverleners het nog niet oppakken. Zo wordt aangegeven dat maatschappelijk medewerkers nog niet alle zorg kunnen verlenen. Denk aan groepswerk waarbij het lastig is om de 1,5 m afstand te bewaren. Anderzijds omdat patiënten zelf angstig zijn om naar een zorgverlener te gaan vanwege een mogelijke COVID-19 besmetting.

Onzekerheid over beschikbaarheid beschermende maatregelen

Enkele deelnemers gaven aan dat er zorgen zijn bij zorgverleners of er tijdens zorgverlening voldoende beschermende maatregelen zijn en of aerosolen tot besmetting kunnen leiden. Er is onzekerheid of de triage vooraf voldoende risico inschatting biedt aangezien men daarbij afhankelijk is van de eerlijke antwoorden van patiënten. Ook het uitvoeren van bepaalde handelingen, zoals een longfunctietest waarbij patiënten lucht uitblazen met mogelijk virusdeeltjes, is meer risicovol waardoor bij sommige zorgverleners angst bestaat voor gebrek aan persoonlijke bescherming.

5.2 Oplossingen

In deze paragraaf komt de volgende vraag aan de orde: Op basis van genoemde belangrijkste knelpunten: welke oplossingen ziet u hiervoor?

Multidisciplinaire samenwerking

Gezien het diverse klachtenpatroon dat coronapatiënten hebben, is het van belang dat er goed multidisciplinair wordt samengewerkt. Verschillende deskundigen gaven hierbij aan dat de communicatie tussen zorgverleners beter moet. COVID-19 heeft laten zien dat samenwerken mogelijk is. Daarom is de coronacrisis een uitgelezen kans om uit te vinden hoe zorgverleners ook in de toekomst kunnen samenwerken. Hierbij dient er goed oog te zijn voor wie waar expertise in heeft. Hierbij gaat het verder dan medische zorg alleen. Vanuit de eerste lijn is meer samenwerking nodig met bijvoorbeeld thuiszorg en verzorgingshuizen. Een integrale aanpak en een netwerkstructuur van zorgaanbieders is nodig, zodat men elkaar makkelijker vindt. Ook een (hogere) vergoeding zou samenwerking moeten stimuleren. De vergoeding die zorgverleners voor samenwerking ontvangen ontbreekt of is te laag, aldus de deelnemers.

Regie in nazorg

Bij multidisciplinaire samenwerking is het noodzakelijk dat er meer regie is in de herstellzorg van coronapatiënten. Om versnippering in zorg te voorkomen moet er een centraal aanspreekpunt zijn. Duidelijk moet zijn wie welke rol in neemt in zorgproces. Daarbij is verschillende malen genoemd dat de huisarts hierin een aangewezen persoon kan zijn, maar tegelijkertijd verwacht men dat deze niet de tijd heeft hiervoor. Uitgezocht moet worden wie deze coördinerende rol zou kunnen oppakken in de begeleiding van de patiënt en wie daar capaciteit voor heeft.

Implementeren handreiking COVID-19 Associated Syndrome CAS

In juni 2020 is door de LAN de 'Handreiking voor de zorg COVID-19 Associated Syndrome (CAS)' uitgebracht. Deze handreiking biedt aanbevelingen voor zorgverleners hoe zij zorg kunnen verlenen aan de patiëntengroep die klachten en beperkingen heeft overgehouden aan een corona- infectie: het COVID-19 Associated Syndrome (CAS). Deskundigen uit de sessies gaven aan dat deze handreiking niet wordt benut in veel regio's in Nederland. Er is bij huisartsen niet altijd bekendheid en of animo om de handreiking in te zetten. Hierdoor krijgen patiënten die niet opgenomen zijn geweest vaak geen nazorg. Van belang is om de komende tijd in te zetten op de implementatie van de handreiking. Hiervoor is een kartrekker nodig en is het van belang om gezamenlijk prioriteit te geven. Huisartsenpraktijken zouden hier mogelijk een belangrijke rol in kunnen spelen om dit in gang te zetten. Het communiceren naar eerstelijns zorgverleners is hierbij van belang. Als suggestie voor een succesvolle implementatie gaf één van de deskundigen aan dat we kunnen leren van andere ziektebeelden waar nazorg nodig is (zoals bijvoorbeeld het Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname).

Opsporen COVID-19 patiënten met restklachten

Een grote groep mensen heeft thuis een COVID-19 infectie doorgemaakt. Geopperd is dat huisartsen een zoekstrategie kunnen uitzetten om na te gaan welke zorg deze groep patiënten krijgen en nodig hebben.

Inzet digitale zorg

Diverse malen kwam in de sessies aan bod dat meer inzet op digitale begeleiding nodig is. Dit geldt voor zowel coronapatiënten als voor andere groepen patiënten, zoals COPD-patiënten. En digitale zorg is niet alleen in de huidige situatie met corona van belang, maar ook voor de toekomst.

Eén van de deskundigen gaf aan dat we niet moeten willen proberen om weer naar de oude situatie te gaan. Als voorbeeld wordt genoemd dat veel COPD-patiënten niet eens naar het ziekenhuis willen; ze zijn bang voor besmetting bij fysieke zorg. Daarnaast kost ieder ziekenhuisbezoek veel reistijd. Een ander voordeel van e-health is dat zorgverleners sneller en beter kunnen monitoren. Deskundigen in de sessies gaven aan dat digitale zorg geen eis moet worden omdat het voor sommige patiëntengroepen (zoals sommige ouderen) niet haalbaar is. Daarbij is in het in sommige situaties wél noodzakelijk om iemand in levende lijve te zien voor de 'klinische blik'.

Een nadeel van e-zorg is dat het een verarming kan zijn in de communicatie. Zorg daarom voor 'blended care', benadrukten de deskundigen: "Zorg die je digitaal kunt doen moet je digitaal doen, andere zorg fysiek." Deze combinatie kan elkaar versterken.

Eén van de deskundigen onderstreepte dat voor het mogelijke maken van digitale zorg, deze zorg door verzekeraars hetzelfde beloond dient te worden als fysieke zorg. Daarnaast is kennis en scholing van zorgverleners nodig. Zorgverlener moet vaardigheden hebben om om te gaan met e-health. Webinars kunnen zorgverleners hierin opleiden met tips. Voor zorgverleners is het ook handig om te weten welke e-health toepassingen veilig en behulpzaam zijn, kwam naar voren in de gesprekken.

Borgen van reguliere zorg

De reguliere zorg moet ook bij een tweede golf doorgaan. Om andere gezondheidsproblemen te voorkomen, maar ook om problemen op andere gebieden te voorkomen, zoals werk. Daarbij gaf één van de deskundigen aan dat we in alle te nemen maatregelen rationeel en realistisch moeten blijven: naast coronapatiënten zijn er ook veel andere patiëntengroepen met een grote ziektelast. Om te borgen dat de reguliere zorg blijft doorlopen bij een eventuele tweede golf, moet je ervoor zorgen dat coronapatiënten naar één plek gaan, zowel in eerste- als tweede lijn. En dat er ook plaatsen zijn die speciaal worden vrijgehouden voor mensen die COVID-19 zorg behoeven. De indruk is dat we nu meer ervaring hebben opgedaan en zaken beter onder controle hebben dan tijdens de eerste golf. Het is van belang om goed in de gaten te houden waar pieken ontstaan. IC's moeten bijvoorbeeld goed doorverwijzen en samenwerken om zo de capaciteit te spreiden en ervoor te zorgen dat andere (reguliere) zorg ook geborgd is.

Oplossen van tekorten verpleegkundigen en borgen goede arbeidsvoorwaarden

Longverpleegkundigen noemden dat de knelpunten als gevolg van tekorten aan verpleegkundigen moet worden opgelost. Het is daarnaast van belang dat iedereen in de zorg met plezier moet kunnen werken en fysiek en emotioneel goed toegerust is voor het werk. Dit betekent bijvoorbeeld goede arbeidsvoorwaarden en dat verpleegkundigen betrokken zijn in besluitvorming. Daarbij is aangegeven dat zeggenschap over hoe de kwaliteit van zorg gewaarborgd kan blijven van belang is.

Vergoedingen van zorg

Verschillende keren kwam in de sessies aan bod dat vergoedingen nodig zijn om adequate zorg te kunnen leveren aan coronapatiënten. Zo is genoemd dat paramedische zorg niet alleen moet worden vergoed vanuit het basispakket voor patiënten met ernstige klachten maar ook voor patiënten die milde COVID 19 hebben gehad. Juist zij behouden lang last van klachten, is de ervaring. Dit betekent ook dat niet al te moeilijk moet worden gedaan over een diagnose als mensen zorg nodig hebben. Er is meer generalistische en specialistische zorg nodig, met vergoeding vanuit de zorgverzekering, kwam naar voren. Zo zou revalidatie na een doorgemaakte COVID-19 infectie beschouwd moeten worden als specialistische zorg waar specifieke expertise voor nodig is.

Daarnaast gaven deskundigen aan dat een financiële stimulans nodig is om samenwerking daadwerkelijk van de grond te krijgen. Overleg is nodig om goed met elkaar te kunnen afstemmen over welke zorg patiënten nodig hebben. Nu vindt overleg plaats in eigen tijd. Vergoeding van dit overleg zal ervoor zorgen dat overleg meer kan plaats vinden. Zonder te verzanden in een vergadercultuur, is daarbij als wens opgemerkt. Organisatie van zorg en netwerken dragen bij aan kwaliteit van zorg, dat moet financieel vergoed worden en wetgeving moet daarin faciliterend zijn, is daarbij benoemd.

Ook voor de reguliere wijkverpleging is genoemd dat er een financiële stimulans moet zijn om bijvoorbeeld meer huisbezoeken te kunnen doen. Door een aantal deskundigen is de vrees uitgesproken dat er signalen zijn dat zorgverzekeraars conclusies trekken dat de zorg met minder budget zou kunnen. Genoemd is dat dit ongegrond zou zijn vanwege de uitzonderlijke situatie van de afgelopen periode. Eén van de deskundigen is van mening dat zorgverzekeraars het systeem hebben uitgekleeft, door de inzet van preferentiebeleid en ziekenhuisbudgetten. Zorgverzekeraars moeten nu in deze crisissituatie de grote opgebouwde reserves inzetten, zoals het betalen van beademingsapparatuur van ziekenhuizen of de inhuur van extra ZZP'ers in de zorg, is aangegeven. Daarbij onderstreepte één van de deskundigen dat een gezamenlijk beleid van zorgverzekeraars nodig is zodat niet elke zorgverzekeraar een eigen beleid voert.

5.3 Overige zaken

In deze paragraaf komt de volgende vraag aan de orde: Welke andere zaken wilt u meegeven over herstell zorg COVID-19, hervatting reguliere zorg en mogelijke nieuwe uitbraken?

Tijdige voorbereiding op tweede golf en bieden van support aan zorgverleners

Deskundigen noemden dat het belangrijk is om ons goed voor te bereiden op een tweede golf. Verschillende suggesties zijn daarvoor aangedragen. We weten nu meer over het ziektebeeld dan tijdens de eerste golf. Zorgverleners moeten daar nu al in worden opgeleid, voordat de drukte van de tweede golf begint. Nu al dient een buffer met personeel te worden opgebouwd, is daarbij benoemd. Zorgverleners kunnen tijdens de eerste golf heftige dingen hebben meegemaakt. Van belang is om hen support te bieden zoals het inschakelen van een psycholoog en maatschappelijk werk voor zorgprofessionals. In een eventuele tweede golf is het belangrijk om beschermingsmiddelen breder in te zetten zodat alle zorgverleners hiervan gebruik kunnen maken en dat er voldoende en tijdig getest kan worden.

Richtlijnen, kennisuitwisseling en scholing

Het scholen van zorgverleners is belangrijk, gaven deskundigen aan. Webinars zijn een goede manier om op snelle manier zorgverleners te scholen. Ook zijn er diverse e-learnings die nog beter geïmplementeerd kunnen worden. Er bestaan verschillende handreikingen hoe om te gaan met COVID-19 patiënten. Het KNGF heeft bijvoorbeeld een specifieke handreiking opgesteld voor fysiotherapeuten voor behandeltrajecten bij coronapatiënten. En er is een handreiking Ergotherapie bij COVID-19 in de herstelfase met webinars voor ergotherapeuten.

Naar voren kwam dat het van belang blijft om de verschillende informatie die er is binnen het zorgdomein goed te stroomlijnen. Kennisuitwisseling tussen de verschillende partijen (zoals bijvoorbeeld farmacie en ziekenhuizen) is daarbij van belang. Eén van de deskundigen noemde daarbij het meenemen van de uitgangspunten van de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist (HASP) in deze kennisontwikkelingen.

Verlies kwaliteitsnormen van zorg niet uit het oog

Kwaliteitsnormen voor zorg dienen niet uit het oog dienen te worden verloren, is één van de zaken die naar voren kwam in de sessies. In de eerste golf was er een focus op het aantal IC bedden. Maar ook thuiszorg en verpleeghuiszorg leveren belangrijke zorg. Genuanceerder dient te worden omgegaan met een eventuele landelijke lockdown. Ga goed na wat echt nodig is en wat eventueel anders kan zoals bijvoorbeeld toch huisbezoek door maatschappelijk werk bij een groep patiënten waar dit echt noodzakelijk voor is.

Regionale zorg en centrale aansturing

Ook gaven deskundigen aan dat het belangrijk is om op regionaal niveau beleid vorm te geven. Door plaatselijk of regionaal te inventariseren wat nodig is, kan reguliere zorg doorgang blijven vinden ook voor andere groepen (zoals bijvoorbeeld niet álle verpleeghuizen sluiten).

Maak ook gebruik van een landelijk dashboard met signaalwaarden zoals capaciteit van beschikbaar bedden: ook na COVID-19 is het welkom dat er landelijk meer inzicht komt waar bedden leeg staan. Daarnaast is aangegeven dat centraal gestuurd moet worden op de capaciteit voor ernstig zieke mensen. Verder is centrale regie nodig voor testen, medicatie en voorraadbeheer. Het is welkom als versneld testen mogelijk wordt om goed zicht te houden op COVID-19 besmettingen. Zo zou in iedere zorginstelling een snel-test beschikbaar moeten zijn, is geopperd.

Post Intensive Care Syndroom (PICS)

De problemen die coronapatiënten kunnen ervaren na IC opname, gelden ook voor andere patiënten die op IC hebben gelegen en lijden aan het Post Intensive Care Syndroom (PICS). De coronasituatie kan worden aangegrepen om duidelijk te maken hoe ingrijpend het is om op IC te liggen. En te komen tot oplossingen voor een bredere groep met post IC klachten.

Leren van andere ziekten voor arbeidsparticipatie

Deskundigen noemden dat gekeken moet worden hoe wordt omgegaan met mensen die langer ziek blijven. Hierbij kan geleerd worden van eerdere ervaringen met Q-koorts patiënten, hier bleef ook een substantiële groep langer ziek.

Sociaal domein als vangnet

Het sociaal domein is een belangrijk vangnet, gaven deskundigen aan. Het is daarbij van belang om de link tussen ziekenhuis, huisarts en gemeente/sociaal domein/maatschappelijk werk te verbeteren. Psychosociale zorg en begeleiding vanuit zowel gezondheidszorg (zoals door gezondheidszorg maatschappelijk werk) als vanuit sociaal domein dient op een goede wijze vergoed te worden. Tussen regio's bestaan er verschillen hoe dit georganiseerd is of kan worden. Dit is mede afhankelijk van de beschikbare capaciteit per regio.

Aandacht voor naasten

Aandacht voor naasten is van belang (bijvoorbeeld mantelzorgers) komt naar voren. Het is belangrijk om hen goed te betrekken bij de zorg. Dat helpt bij de verwerking. Hier zou een protocol voor kunnen worden opgesteld. En naasten kunnen nabestaanden worden. Juist dan kan er een probleem zijn voor goede (kortdurende) ondersteuning en verwijzing voor deze groep omdat een behandelrelatie ontbreekt en vergoeding van deze zorg niet mogelijk is.

Leren uit het buitenland en internationale samenwerking

Van belang is om te leren uit het buitenland en internationaal samen te werken op het gebied van nazorg COVID-19. Het te voeren beleid in Nederland kan hiermee beter vorm krijgen.

Meer aandacht voor preventie

Verschillende deskundigen noemden dat inzet op preventie belangrijk is voor de toekomst, met als veronderstelling dat als mensen fitter zijn, ze minder bevattelijk voor COVID-19 zijn en de kans groter is dat ze herstellen. De overheid moet meer aandacht geven aan leefstijlprogramma's en promoten dat leefstijlinterventies in het basispakket zit, is daarbij één van de genoemde adviezen. Aangegeven wordt dat om dit te bereiken, in de communicatie COVID-19 aangeduid kan worden als een katalysator voor de inzet op preventie. COVID-19 kan als aanleiding worden gebruikt richting de Nederlandse bevolking dat gezonder leven minder risico geeft op infectieziekten als COVID-19. Preventie van obesitas, hoge bloeddruk (hypertensie) en roken komt de gezondheidsstatus van de Nederlandse bevolking ten goede. Het RIVM en de overheid zijn leidende organen in de corona crisis: zij kunnen deze boodschap en het belang van preventie naar buiten brengen, is daarbij aangegeven.

Het thema preventie speelt ook in het domein werk. Werkgevers moeten zich bewust zijn dat infectieziekten in zijn algemeenheid blijvend zullen zijn in deze maatschappij. Het is van belang om goed beleid te voeren in de omgang met medewerkers. Reeds bestaande instrumenten zoals de Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) en Preventief medische Onderzoek (PMO) kunnen werkgevers hiervoor inzetten. Bedrijfsartsen spelen hierin een rol door werkgevers hierover te informeren en hen te stimuleren ook infectierisico's mee te nemen in het bedrijfsbeleid. Ook is in dit werkverband gewezen op de website www.kiza.beroepsziekten.nl. Deze site biedt informatie over infectieziekten in relatie tot werk en werkomstandigheden.

6. Experts aan het woord

Met zes experts uit uiteenlopende vakgebieden zijn semi-gestructureerde interviews gehouden over te verwachten knelpunten, welke risico's het grootst worden geacht en mogelijke oplossingen voor herstellende COVID-19 en hervatting van de reguliere zorg. Het gaat daarbij ook om (toekomst)beelden die de geïnterviewden hebben over de organisatie van nazorg en zorg in Nederland, nu en in de toekomst, in relatie tot uitbraken van pandemieën zoals COVID-19.

De geïnterviewde experts zijn:

- Prof. dr. Wilco Achterberg, specialist ouderengeneeskunde Topaz en hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde LUMC;
- Drs. Meike van Halm-Walters, adviseur vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland;
- Dr. Jaap Maas, bedrijfsarts-klinisch arbeidsgeneeskundige, Amsterdam UMC, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten;
- Prof. dr. Jochen Mierau, hoogleraar Economie vd Volksgezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen en Wetenschappelijk Directeur Aletta Jacobs School of Public Health;
- Dr. Jiska Snoeck-Stroband, huisarts, praktijk eigenaar, voorzitter CAHAG en bestuurslid LAN;
- Prof. dr. Geertjan Wesseling, longarts en Hoofd afdeling Longziekten Maastricht UMC+.

Meerdere onderwerpen zijn diverse malen aan bod gekomen in de afzonderlijke gesprekken. Inzichten zijn daar waar mogelijk gebundeld in onderstaande knelpunten, risico's en of kansen. Aangezien het een weergave is van meningen en visies hoeven niet alle experts en of alle beroepsverenigingen bij behorend vakgebied het eens te zijn met de onderstaande bevindingen.

6.1 Voorkomen van een nieuwe COVID-19 golf en beheersen van de 'normale' griepgolf

Door handhaving van coronamaatregelen

Verschillende experts geven aan dat het van groot belang is dat de maatschappij regionaal maatregelen blijft nemen om een tweede COVID-19 golf zo goed als mogelijk te voorkomen. Maatregelen als handen wassen en 1,5 meter afstand houden hebben succes. De maatregelen voorkomen een tweede COVID-19 golf, maar hebben ook effect op de 'gewone' griepgolf die in de herfst en winter opspeelt. Wel dienen deze maatregelen op regionaal vlak genomen te worden.

Landelijke maatregelen, waaronder het geen bezoek mogen ontvangen in verpleeghuizen of het niet aanwezig mogen zijn bij overlijden van een dierbare, zijn te schadelijk voor de betrokkenen en naasten, komt naar voren. Daarnaast heeft een totale lockdown nadelige gevolgen voor de Nederlandse economie en voor de samenleving als geheel.

Door veelvuldig en vroegtijdig te testen

Een ander belangrijk onderdeel voor het voorkomen van een tweede golf, is het vroegtijdig testen van potentiële coronapatiënten. De eerstelijns zorg (huisartsenzorg) heeft een belangrijke rol hierbij. Huisartsen zijn – zeker bij een tekort aan testmogelijkheden – de deskundige bij uitstek om met klinische blik vast te stellen of iemand wel of niet besmet zou kunnen zijn. Daarnaast fungeren zij als poortwachter naar de rest van de zorg.

Door het scheiden van patiëntenstromen brandhaarden te voorkomen in huisartspraktijken

Huisartspraktijken hebben verschillende manieren ontwikkeld om potentiële coronapatiënten te 'scheiden' van de 'gewone' patiënt, waardoor er geen brandhaarden ontstaan in huisartspraktijken waar in verhouding veel risicopatiënten komen. Een belangrijk onderdeel hierbinnen is triage aan de telefoon.

Heeft de patiënt corona-klachten, dan dient er eerst een test te worden gedaan. Dit kan bij de GGD test-straten, maar in de afgelopen periode (bij gebrek aan testmogelijkheden) zijn in veel regio's aparte posten voor potentiële coronapatiënten opgericht. Was dit onmogelijk in een regio, dan verdeelde een huisartsenpraktijk zijn ruimte in 'schone' en 'besmette ruimten'.

Ook zijn er regio's (bijvoorbeeld Den Haag) waar een pool van huisartsen met persoonlijke

beschermingsmiddelen en kleding corona-patiënten thuis opzocht. Hierdoor was de kans kleiner dat andere huisartsen besmet raakten en konden huisartsen toch patiënten bedienen die te ziek, zwak en of angstig waren om op een COVID-19 post langs te komen.

De verwachting is dat delen van dit beleid (waaronder de triage-vragen) zullen blijven bestaan, ook na corona aangezien zij van nut kunnen zijn bij onder andere de gewone griepgolf. Eveneens de maatregelen zoals afstand houden als iemand niest of hoest.

Door een actievere houding van de bevolking en door de rol van sociale media

Door de coronacrisis zijn longziekten in bredere zin veel beter op de agenda gekomen, ook van het grote publiek. Dit is een grote winst voor de maatschappij en voor longpatiënten in het bijzonder. Te denken valt aan meer aandacht voor zaken als luchtvervuiling. (Sociale) Media hebben daar een belangrijke bijdrage aan geleverd. Zo ook bij patiënten met zorgmijdend gedrag. Zij durven nu veel eerder aan de bel te trekken bij huisartsen als ze klachten ervaren.

Verbeteren van de algemene gezondheid van de bevolking door goed voorbereid te zijn op de toekomst

Eén van de experts geeft aan dat corona gezien kan worden als '1 van de 7 plagen' die op ons gezondheidssysteem afkomen. We waren niet goed voorbereid op corona. Zoals we ook niet goed voorbereid zijn op andere 'plagen', zoals vergrijzing, obesitas en een reeds bestaand tekort aan zorgpersoneel die al jaren spelen. Er is onvoldoende aandacht voor deze plagen omdat ze sluipend en niet urgent zijn zoals corona. De coronacrisis brengt deze plagen beter voor het voetlicht. Deze expert pleit er dan ook voor om juist nu het door corona ontstaande urgentiebesef aan te grijpen om ons systeem weerbaarder te maken voor huidige en toekomstige gezondheidsbedreigingen.

Door preventie beter op de kaart te zetten en door voorbeeldgedrag van belangrijke spelers

Een gezondere bevolking zorgt voor minder ziekten en een weerbaardere bevolking tegen virussen als corona. Daarom dient zowel op politiek niveau - landelijk, regionaal en lokaal -, als op individueel niveau aandacht geschonken te worden aan preventie. De politiek moet daar waar zij kunnen een (verplicht) duwtje in de rug geven. Zoals de verplichting tot rookvrije speeltuinen en het niet mogen roken in een straal van 100 meter daaromheen. De rookvrije generatie is een goede start, maar het is nu vrijblijvend. Om te komen tot preventie dienen ook leraren, werkgevers én zorgverleners het goede voorbeeld te geven van een gezonde leefstijl. De zorg kan patiënten ook ondersteunen om te werken aan een gezonde leefstijl. Op dit moment belemmert het ontbreken van vergoedingen het om actief aan de slag te gaan met preventieve zorg, komt naar voren.

Door bewindsvoerders verantwoordelijk te maken voor gezondheidsstatus bevolking

Uit één van de gesprekken komt een sterk pleidooi voor het ter verantwoording kunnen roepen van regionale en nationale bewindsvoerders indien de resultaten op publieke gezondheid achterblijven. Daar zouden harde normen voor opgesteld kunnen worden. Denk bijvoorbeeld aan de totale kosten aan zorg, maar ook zaken als het aantal ziekenhuisopnames en het aantal mensen met obesitas in een bepaalde regio. Alleen op deze manier worden de uitdagingen omtrent gezondheidszorg op politiek niveau serieus genomen, aldus deze expert.

6.2 Corona biedt mogelijkheid om efficiëntieslagen in de zorg te maken

Door een belangrijkere rol te geven aan zelfmonitoring

Patiënten kunnen (met digitale hulpmiddelen) zelf hun gezondheid beter in kaart brengen. Voorbeeld hiervan is het meten van de bloeddruk, het invullen van vragenlijsten (zoals de ziektebelastingmeter) en het meten van de longfunctie. Hierdoor worden eerder klachten opgespoord, kan verergering van klachten voorkomen worden en kan er eerder (digitaal) contact zijn.

En mogelijk leidt het tot kostenbesparing door bijvoorbeeld minder ziekenhuisopnames. De coronacrisis laat zien dat deze vormen van zelfmonitoring goed kunnen en mogelijk ook een blijvend onderdeel van de zorg vormen.

Door nieuwe (digitale) werkvormen te omarmen

Tijdens de coronaperiode hebben veel artsen en verpleegkundigen (noodgedwongen) hun patiëntbezoeken moeten vervangen door telefonische gesprekken en beeldbellen. Dit bleek in verschillende gevallen een prima alternatief te zijn, bijvoorbeeld voor standaard controles. Wel geven zorgverleners aan dat digitaal contact zoals beeldbellen an sich lastig kan zijn. Het vraagt om een verandering van werkwijze bij zorgverleners, maar ook bij de patiënten zelf.

Je moet als zorgverlener redelijk digitaal vaardig zijn om ook je patiënten te kunnen helpen die zelf problemen hebben met digitale communicatie. Daarnaast moet je het als zorgverlener ook willen en moet de afspraak zich er wel toe lenen. Zo kan fysiek de klinische blik van de zorgverlener noodzakelijk zijn en kan er sprake zijn van patiënten die hun klachten al gauw bagatelliseren. Verder zijn de systemen van zorgverleners niet automatisch gekoppeld, waardoor gegevensuitwisseling moeilijk blijft. Zo hebben huisartsen bijvoorbeeld niet vanzelfsprekend toegang tot foto's van het ziekenhuis. Het is belangrijk deze nieuwe (digitale) werkvormen te evalueren (wanneer wel/niet, effecten, etc.) voordat het de nieuwe norm wordt.

Door digitale communicatie tussen zorgverleners onderling te verbeteren

Er is veel meer digitale communicatie mogelijk dan eerder verwacht. De communicatie tussen zorgverleners onderling verloopt niet altijd goed, maar is in veel gevallen tijdens de coronacrisis verbeterd. We zijn er alleen nog niet. Voor een echte efficiëntieslag moet deze communicatie nog stukken beter. Ook is gebleken dat digitale communicatie goed inzetbaar is voor kennisoverdracht. Korte webinars blijken veel zorgverleners te trekken, die normaliter niet aanwezig zouden zijn op symposia.

Door kritisch te kijken welke zorg noodzakelijk is

Veel zorg kán telefonisch of via beeldbellen, is gebleken. Sterker nog, je kan je zelfs afvragen of alle zorg noodzakelijk is. Een voorbeeld hiervan zijn de controles op stabiele COPD- patiënten. Deze patiënten zijn in de afgelopen coronaperiode niet in het ziekenhuis geweest. Dit heeft niet geleid tot aanzienlijk meer sterfgevallen. Het is geen uitzondering dat deze patiënten alleen de polikliniek belden voor een herhaalrecept. Je kunt je dan afvragen of het wel zo reëel is om deze patiënten te (blijven) zien in de tweede lijn. In de longzorg wordt circa dertig procent van de capaciteit besteed aan deze stabiele patiënten. Als deze stroom wegvalt, is er naar verwachting meer ruimte voor herstellende zorg COVID-19, verlichting van de wachtlijsten bij longzorg en meer tijd voor de tijd die multidisciplinaire samenwerking en Multi Disciplinair Overleg (MDO) vraagt. De geïnterviewde die dit aangeeft, benadrukt dat de longarts wel op verzoek van andere zorgprofessionals 'on demand' in te zetten moet zijn. Dat is nog zeker niet in elke regio goed georganiseerd en/of gefinancierd.

Daarnaast wordt in meer gesprekken benadrukt dat er een serieuze evaluatie dient te komen of uitgestelde/uitgebleven zorg bij specifieke patiëntengroepen ook daadwerkelijk geen nadelige effecten heeft gehad op de gezondheidsstatus bij patiënten. Dit geldt niet alleen voor de tweede lijn, en huisartsen, maar ook zeker voor de gehele eerste lijn. Door de toenemende overheidsmaatregelen, de intelligente lockdown en het toenemend aantal besmettingen was er druk op de eerstelijns zorg, waardoor de continuïteit van zorg (voor de gehele bevolking) in het gedrang is gekomen. Huisartsen werden overvraagd, patiënten konden hun benodigde fysiotherapeutische zorg niet meer krijgen en kwetsbare ouderen verdwenen van de radar. Het negatieve effect van uitgestelde zorg en alle consequenties van dien in de praktijk, dient duidelijk in kaart te worden gebracht. Ook om te voorkomen dat de zorg die wel noodzakelijk blijkt te zijn, wegbezuinigd wordt.

Door een algemene betere organisatie van de zorg

De zorg is door de urgentie die COVID-19 met zich meebracht ook beter georganiseerd. Een voorbeeld hiervan is de werkwijze van de praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (POH'ers GGZ). Door corona zijn er veel meer psychische vragen van patiënten gekomen, die zonder tussenkomst van de huisarts worden gecoördineerd en beantwoord door de POH GGZ. Daarnaast kan de POH GGZ 'corona-angst' en zorgmijdend gedrag detecteren en deze patiënten overtuigen om naar het spreekuur te komen om zo ergere klachten te voorkomen.

Het belang van een goede diagnosestelling en voldoende aandacht aan nazorg om de herstell zorg COVID-19 en de reguliere zorg in betere banen te leiden (triage)

Het systeem dat in Nederland de patiënt eerst de huisarts belt voordat deze een doorverwijzing krijgt naar de medisch specialist, en daarmee fungeert als 'eerste buffer voor het ziekenhuis,' werkt in het algemeen goed, komt naar voren. Juist bij COVID-19 (en het komende griepseizoen) is deze triage door de eerste lijn zeer belangrijk. Alleen op deze manier kunnen de ziekenhuizen de druk van patiënten aan. Zo krijgen longartsen na een aantal maanden alle patiënten te zien die zijn opgenomen geweest voor corona. In deze controles kunnen longartsen eventuele restklachten in kaart brengen en behandelen. Sommige klachten zijn echter onduidelijk en meerdere vervolgafspraken zijn noodzakelijk. Daarnaast is er de stroom van patiënten die zijn doorverwezen naar de longarts door de huisarts voor goede diagnose en behandeling van restklachten. Door een goede eerste selectie van de eerste lijn wordt het kaf van het koren gescheiden. Dit maakt een groot verschil en het maakt dat longartsen specifiekere kunnen kijken naar patiënten die geïndiceerd zijn met potentiële COVID-19 restklachten, en patiënten die klachten hebben vanwege andere ziekten. Dit bespaart veel tijd en geld. Zo hoeven de standaard triagevragen en - onderzoeken niet opnieuw gesteld en/of uitgevoerd te worden. En de klinische blik blijft van belang om mogelijk andere klachten niet over het hoofd te zien.

Om goede kwaliteit van nazorg te bieden

De afgelopen periode is er voornamelijk aandacht geweest voor de acute zorg rond COVID-19 en het voorkomen van een tweede golf. De komende periode dient de focus meer te liggen op de benodigde nazorg, is een gedeelde visie. Zowel voor patiënten die zijn opgenomen geweest in een ziekenhuis, als de patiënten die COVID-19 thuis hebben doorgemaakt en met aanzienlijke restklachten kampen. Daar ligt een behoorlijke klus: hoe zorg je ervoor dat beroepsgroepen straks wel goed aan de slag kunnen met goede persoonlijke bescherming, maar ook met duidelijke richtlijnen die aangeven welke nazorg noodzakelijk is?

6.3 Regionale netwerkgroep opzetten en stimuleren

De uitvoering van de eerste te stellen vragen bij een verdenking van een corona besmetting (triage) is geen *rocket science*, aldus een geïnterviewde. De eerste inventarisatie van klachten kunnen veel zorgverleners uitvoeren en kan daardoor prima in de eerste lijn en of bij de GGD plaatsvinden. Diverse ziekenhuizen hebben eigen coronaprotocolen. Bekeken zou moeten worden of dergelijke protocollen meer regionaal invulling kunnen krijgen en dat er onderling kennis wordt gedeeld.

Goede interdisciplinaire samenwerking is dan wel een vereiste. Bij onduidelijkheden of vragen moet het ziekenhuis (longarts, geriater of andere specialist) goed te bereiken zijn door bijvoorbeeld huisarts of andere eerstelijns zorgverlener. Dit moet op voorhand goed geregeld zijn in de zorgsystemen, zodat daar eveneens tijd, ruimte en vergoedingen voor beschikbaar zijn.

De invoering van een 'Carrousel post-COVID-19' naar analogie van 1,5 lijnszorg zou hier een goede oplossing voor zijn¹⁰. COVID-19 zorg zou dan ingekocht worden door de eerste lijn. Huisartsen huren dan medisch specialisten in voor een gezamenlijk spreekuur voor lastig te diagnosticeren patiënten. Dit systeem zorgt zowel voor minder kosten (minder doorverwijzingen), als voor deskundigheidsbevordering.

Bovendien is het een belangrijke stimulans om op andere gebieden beter samen te werken. Voor de bekostiging kan er dan een keten DBC opgezet worden, die vergelijkbaar is voor andere ziekten zoals diabetes of astma, is genoemd.

¹⁰ Als voorbeeld is daarbij Maastricht UMC+ Carrousel Gezamenlijke Consulten genoemd:
<https://www.mumc.nl/verwijzers/regionale-samenwerking/carrousel-gezamenlijke-consulten>

Enkel deze zal wat uitgebreider moeten zijn, aangezien COVID-19 zorg nog meer dan de andere ziekten interdisciplinaire zorg en samenwerking vraagt¹¹.

Betere samenwerking vraagt investeringen van zorgverleners, zorgverzekeraars en politiek

Goede samenwerking begint bij een goed gesprek en het gezamenlijk afspraken maken. De handreiking voor de zorg voor behandeling en begeleiding van COVID-19 patiënten van Long Alliantie Nederland (2020) is een goed startpunt om te komen tot betere samenwerking en organisatie van de zorg, geeft een van de experts aan. En het is juist nú van belang om organisaties samen te brengen en elkaars werkwijzen af te stemmen.

Als voorbeeld van een verbeterde samenwerking is de afstemming over ontslagen patiënten genoemd. Er is te weinig samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen revalidatiecentra en verpleeghuizen. Uiteraard is er sprake van terugkoppeling, maar het samen opstellen van een plan van aanpak ontbreekt, is de toelichting. Deze slechte communicatie maakt het voor huisartsen veel lastiger om goede nazorg te geven. Zeker als je nu ook niet bij de mensen thuis kunt komen of de patiënt in de praktijk. Telefonisch is het lastig erachter te komen wat noodzakelijk is. Handvatten en protocollen die hierbij behulpzaam kunnen zijn, zijn niet voorhanden, aldus deze experts.

Om te komen tot een basis voor betere samenwerking en afstemming zijn investeringen in tijd en geld nodig. Van zorgverleners zelf, maar ook van zorgverzekeraars voor vergoeding van tijd en structuren voor samenwerking en afstemming. Daarmee is ook draagvlak vanuit de politiek nodig.

Gezondheidszorg is per definitie netwerkzorg

Een ander punt is dat gezondheidszorg bij uitstek netwerkzorg is, zoals een expert het verwoordt. Waarbij verpleeghuiszorg een essentiële schakel is. Verpleeghuizen hebben jaarlijks onder meer 50.000 revalidanten, 120.000 langdurige zorg cliënten, en ze bieden thuiszorg. Het is nodig dat de zorg regionale aansturing krijgt, zonder hiërarchie, waarin ieder onderdeel van zorg een belangrijke schakel vormt. Zo'n regionaal zorgnetwerk moet afgedwongen, gehandhaafd en erkend worden door bijvoorbeeld de inzet van regio partners en landelijke audits (vergelijkbaar met audits binnen zorgnetwerken zoals ParkinsonNet en Netwerk Palliatieve Zorg). Er zijn allerlei instrumenten beschikbaar voor het beoordelen van de kwaliteit van ketenzorg.

Regionale coördinatie gezondheidsbeleid

Verder vraagt gezondheidsbeleid in brede zin om regionaal beleid, aangezien er regionaal al grote verschillen bestaan. Zo kampt het noorden van Nederland met krimp, een tekort aan zorgpersoneel en armoede, waar grote steden meer uitdagingen kennen rond de gezondheid van migranten. Belangrijke onderdelen van gezondheidsbeleid zijn nu doorgeschoven naar gemeenten, maar zij zijn niet groot genoeg om deskundigheid op dit gebied op te bouwen. Bovendien zullen aaneensluitende gemeenten met vergelijkbare problemen kampen, maar toch niet samenwerken omwille van de wens om eigen beleid te maken, aldus één van de experts. Samenwerking komt daardoor niet tot stand.

Een mogelijkheid zou daarom zijn om een indeling te maken van enkele regio's en daarbij met integraal gezondheidsbeleid (waarbij ook nadrukkelijk aandacht is voor preventie) aan te sluiten bij reeds bestaande regio's, zoals die van de GGD, veiligheidsregio's of de regio's die zijn ingericht rond Antimicrobiële resistentie (AMR).

¹¹ Noot: De Nederlandses Zorgautoriteit (NZa) zet in op experimenten met bekostiging van herstellzorg COVID-19. De NZa verwacht dat een keten-DBC geen passende bekostigingsoptie is voor herstellzorg bij COVID-19. Onder meer omdat er nog geen landelijke overeenstemming is over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden en het een grote wijziging van de landelijke bekostiging betekent. De NZa zet in op bekostigingsexperimenten voor regionaal maatwerk, zie ook Memo Capaciteit en bekostiging eerstelijns herstellzorg na COVID-19, Nederlandse Zorgautoriteit, 10 augustus 2020.

6.4 Meer wetenschappelijk onderzoek naar COVID-19 zorg is noodzakelijk

Behoefte aan meer kennis over COVID-19

Er is nog veel onduidelijk over COVID-19. Zowel ter preventie, qua behandeling als wat betreft de restklachten van coronapatiënten.

Behoefte aan onderbouwing voor (medisch) handelen

Restklachten van COVID-19 zijn vaak 'vaag' en 'ingepakt' in reeds bestaande problematiek, zeker bij oudere mensen die veelal te maken hebben met meer chronische aandoeningen. Ook lijken de klachten veel op klachten van andere aandoeningen. Want hoe maak je bijvoorbeeld onderscheid tussen corona en normale longklachten? Dit maakt het bepalen van de juiste zorgkeuze ook extra lastig.

Er is duidelijk behoefte aan meer kennis, die zorgt voor een betere onderbouwing van het handelen. Daarnaast dient de opgedane kennis onderdeel te zijn van (regionaal) COVID-19 beleid.

Centraal overzicht van onderzoek en kennis

Er is meer landelijke sturing nodig omtrent de lopende onderzoeken. Er zijn een hoop initiatieven die ofwel overlap hebben of complementair aan elkaar zijn. Alleen weet men dit niet van elkaar. Zelfs binnen academische instituten en kennisinstellingen is er onduidelijkheid wie welk onderzoek precies uitvoert, laat staan landelijk. Een goed overzicht van lopend en startend COVID-19 onderzoek ontbreekt tot nu toe, ook over welke onderzoeken financiering krijgen en van wie. Een andere behoefte die is geuit, is een centrale plek waar alle opgedane kennis over COVID-19 te vinden is, bijvoorbeeld in de vorm van een centrale online kennisbank.

Leer van kennis uit het buitenland en behoefte aan kennisdeling

Er wordt te weinig naar de opgebouwde kennis gekeken uit andere landen. Nederland is op veel gebieden prima te vergelijken met het buitenland, geeft een expert aan. Er hoeft daarom niet gewacht te worden op ervaringen uit eigen land om deze kennis uit andere landen in een vroeg stadium te gebruiken in eigen land.

6.5 Behoefte aan praktische interdisciplinaire handreikingen

Veel eendimensionale handreikingen en geen overzicht

De afgelopen periode zijn er veel handreikingen en protocollen geschreven door afzonderlijke beroepsverenigingen. Hierdoor is de kennis versnipperd en is er geen overzicht van hoe diverse zorg met elkaar samenhangt. De opgestelde handreikingen zijn vaak gebaseerd op andere ziekten, welke in zorg en of restklachten veel gelijkenis tonen met COVID-19. Te denken valt aan de ziekte van Lyme, Q-koorts en Post Intensive Care Syndroom (PICS).

Het is benoemd dat een meer integrale en interdisciplinaire aanpak juist bij COVID-19 zorg van belang is, door de diversiteit aan klachten en gevolgen. Dit vraagt een invalshoek vanuit alle domeinen. Daarbij valt te leren van de geriatrische zorg waarbij men gewend is om interdisciplinair en ook regionaal te werken.

Landelijk zijn er initiatieven om overstijgende handreikingen op te stellen, geeft één van de experts aan, maar de uitvoering blijft lastig. Vaak wordt er wel kennis opgehaald uit de verschillende disciplines, maar wordt deze nog niet goed verweven tot een interdisciplinaire regionale aanpak.

Richtlijnen gebaseerd op schaarste zorg

Tijdens de afgelopen periode was er de neiging om bij richtlijnen (zoals over gebruik van mondkapjes) uit te gaan van de schaarste van dat moment. Dit komt niet overeen met de beste beschrijving van de zorg, is onderstreept in één van de gesprekken. Daarnaast was er met name aandacht voor de medisch specialistische zorg. Voor een volgende uitbraak moet er een goed evenwicht komen in aandacht voor 'cure' en 'care' binnen alle sectoren, bij het opstellen van toekomstige handreikingen en richtlijnen, door het betrekken van experts op het gebied van de bredere zorg.

6.6 Capaciteiten in de zorg

Reeds bestaande ondercapaciteit staat nog verder onder druk

Alle geïnterviewden geven aan dat er voorafgaand aan corona reeds een duidelijk capaciteitsprobleem was en dat deze door de coronacrisis is uitvergroot. Er is over de gehele linie van zorg een zware vermoeidheid onder het personeel te bemerken. Er is nog onvoldoende rust geweest om een volgende corona- of griepgolf op te vangen, is de veronderstelling. Hoe gaan we dit opvangen bij het komende griepseizoen? Daarnaast hebben de zorgen om voldoende goede beschermingsmiddelen, de corona-bezoekregelingen en het geen doorgang vinden van bewonersactiviteiten in verpleeghuizen (te) veel belasting opgeleverd voor personeel, benadrukt één van de experts. Ook de bezuinigingsronde die tijdens de coronacrisis is ingevoerd bij verpleeghuizen en betrekking hebben op de langdurige en geriatrische zorg, zullen extra personele druk geven. In verpleeghuizen wordt de inzet van personeel voornamelijk ingezet op bedbezetting, terwijl er niet gekeken wordt naar de zwaarte van de zorg (deze is bij coronapatiënten hoog). Dit heeft als gevolg dat mensen overbelast worden, zich niet serieus genomen voelen, uitgeput raken, het risico op fouten vergroot wordt en mensen uiteindelijk 'genoeg' hebben van werken in de zorg en zullen uitstappen, is de verwachting.

Tekorten aan longverpleegkundigen en praktijkondersteuners

Longverpleegkundigen geven aan dat er nu al in verschillende regio's onvoldoende longverpleegkundigen beschikbaar zijn in de eerste lijn. Hetzelfde geldt voor praktijk-ondersteuners. Stel dat coronapatiënten een nieuwe patiëntengroep vormen en de longverpleegkundigen/ praktijkondersteuners daarbij een belangrijke centrale rol krijgen, dan is er een flink tekort in de eerstelijnszorg, is de voorspelling.

Werken in de zorg weer aantrekkelijk maken en medezeggenschap

Dit alles maakt dat het werken in de zorg weer aantrekkelijk moet worden gemaakt, is een visie die meerdere keren naar voren komt in de gesprekken. Denk daarbij bijvoorbeeld aan goede arbeidsvoorwaarden, waaronder medezeggenschap, loopbaanperspectief en een goede financiële beloning.

Uitgestelde zorg en effecten op andere ziekten

Verschillende zorgverleners geven aan dat er tijdens de coronapieak zeker sprake was van uitgestelde planbare zorg. Deze zal enkel nog verder oplopen bij een tweede griepgolf. Zo geven longarts, huisarts en longverpleegkundigen aan dat reguliere zorg als astmacontroles en het meten van de longfunctie niet werden uitgevoerd gedurende de eerste golf. De wachtlijst voor bijvoorbeeld een longfunctie zal alleen maar verder oplopen bij een tweede golf, aangezien door de corona-maatregelen er meer tijd nodig is voor de hygiëne-maatregelen, is de verwachting. Longverpleegkundigen geven aan bij een groep patiënten achteruitgang in de gezondheidstoestand te zien door uitstel van deze reguliere zorg. Uitstel door de beperkte toegankelijkheid van de zorg zelf, maar ook vanuit angsten bij de patiënten om naar de huisartsenpraktijk te komen.

Ook in de verpleegzorg heeft de reguliere zorg aan geriatrische patiënten te lijden gehad onder de coronadruk. Zo werden er in verpleeghuizen veel corona-patiënten opgenomen om ziekenhuizen verder te ontlasten. Dit heeft geleid tot verdringing van geriatrische patiënten. Ook heeft corona een belangrijk effect gehad op het gedrag van mensen met dementie, zowel negatief als positief. Negatief is het isolement en de eenzaamheid door de lockdown. Positief is dat mensen met dementie door minder prikkels minder agitatie hadden. Het is zoeken naar een juiste balans van prikkels, licht één van de experts toe. Dit heeft ook te maken met het blijven aanbieden van activiteiten voor bewoners en bezoek van vaste contactpersoon gedurende corona-uitbraken.

Zorg voor naasten en of nabestaanden

Tijdens de coronacrisis is er weinig aandacht geweest voor naasten en nabestaanden. Zij komen slecht in beeld. Welke angsten hebben zij? Hoe overbelast zijn zij? Daarnaast is door zorgverleners aangegeven dat zij angst hebben om corona door te geven aan hun naasten. Dat brengt opzichzelf ook al spanningen met zich mee.

Verder is er geen of te weinig oog voor de (mentale) nazorg van nabestaanden. Voor corona zijn er – met name bij verpleeghuizen en hospice – veel programma's die juist helpen bij het verlies van een naaste (bijvoorbeeld 'Oog voor naasten' en rituelen als met familie door de voordeur afscheid nemen als zorgpersoneel). Dit soort gebruikelijke activiteiten konden geen doorgang krijgen.

Ook is het moeilijk om in crisisperiode hier goede alternatieven voor te vinden. Een belletje of e-health bieden hierin weinig soelaas, aldus één van de geïnterviewden. Bij een nieuwe coronapiek en/of toekomstige andere pandemie dient er altijd rekening gehouden te worden met de medisch- ethische aspecten van maatregelen. Zoals de balans tussen veiligheid en kwaliteit van leven en kwaliteit van sterven.

6.7 Werk

In de interviews is het thema werk en re-integratie op verschillende manieren ter sprake gekomen. In de zin van COVID-19 als beroepsziekte via besmetting op het werk, aandacht voor werk in herstellende zorg COVID-19, in bredere zin als economisch gevolg van corona op het werk en de belasting van de zorgverleners door het werk. Dit laatste aspect is reeds eerder toegelicht in dit hoofdstuk.

Preventie van COVID-19 besmetting op de werkvloer

Werkgevers hebben vanuit de Arbouw de plicht om te zorgen voor goede arbeidsomstandigheden zodat werknemers op een veilige en gezonde manier hun werk kunnen uitvoeren. Dit betekent ook dat mensen die werkzaam zijn in sectoren met cliënten en patiënten, waarbij de 1,5 meter niet altijd kan worden geëerbiedigd, zoals zorgverleners, over goede beschermingsmiddelen dienen te beschikken om zo een COVID-19 besmetting via het werk te voorkomen. In de afgelopen periode hebben zich verschillende situaties voorgedaan waarin werknemers achteraf onvoldoende beschermd waren. Van belang hierbij is om te realiseren dat slechte arbeidsomstandigheden in dit geval niet alleen een risico vormen op het werk zelf, maar ook voor de anderen (cliënten en patiënten) en publieke gezondheid. Werknemers kunnen na het werk anderen besmetten buiten de werksituatie.

Onderrapportage melding COVID-19 als beroepsziekte

Als het werk de oorzaak van de coronabesmetting is, dan is er sprake van een beroepsziekte. Bedrijfsartsen zijn dan verplicht om COVID-19 te melden als beroepsziekte bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Op dit moment is er waarschijnlijk echter sprake van onderrapportage bij COVID-19 vergelijkbaar met andere beroepsziekten. Volgens het RIVM wordt ongeveer 10% van de mensen besmet tijdens het werk.

Preventie door goede inzet van Risico-inventarisatie & -evaluatie (RI&E)

Ieder bedrijf dient een Risico-inventarisatie & -evaluatie (RI&E) uit te voeren. Bedrijven nemen in algemene zin in deze RI&E in onvoldoende mate blootstelling aan biologische agentia op. Speciaal voor COVID-19 heeft SZW aangekondigd hierop meer te gaan handhaven. Voor werkgevers is er momenteel te veel vrijblijvendheid om te kunnen bepalen welke risico's worden vastgelegd in de RI&E. Een mogelijke oplossing hiervoor zou zijn om te verplichten dat een onafhankelijke groep experts bepalen welke risico's per sector of branche aandacht behoeven in een RI&E. De medische expertise van bedrijfsartsen dient hierin actief betrokken te worden, aldus één van de experts.

Ook dient actief te worden ingezet op gebruikmaking van PAGO (Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek) en PMO (Preventief Medisch Onderzoek). Deze al reeds bestaande tools zijn juist in tijden van corona van belang voor kwetsbare medewerkers die blootstelling kennen aan stoffen of door hun chronische aandoening een verhoogd risico lopen.

Aandacht voor werk in herstellende zorg COVID-19

Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar post covid-19 herstellende zorg, maar dat heeft nog niet geresulteerd in landelijk geldende werkgerelateerde richtlijnen (situatie 4 september 2020). Wel zijn er lokale initiatieven.

Zo zijn er afspraken gemaakt tussen de afdeling interne geneeskunde van het Amsterdam UMC en de interne arbodienst om medewerkers met postcovid-19 te verwijzen, licht één van de experts toe. Ook hebben enkele verpleeghuizen hun geriatrische revalidatieafdelingen, en COVID-GRZ programma's gevraagd zich open te stellen voor revalidatie van eigen personeelsleden (Florence en Laurens). Dat lijkt succesvol, licht een andere expert verder toe.

Leren van lessen van andere infectieziekten

Geleerd kan worden van andere infectieziekten en hoe patiënten daarbij begeleid worden op het gebied van werk. Voorbeelden hiervan zijn lopende pilots zoals arbocuratieve samenwerking bij ziekte van Lyme vanuit het Radboudumc en ervaringen met Q-koorts en werk. Deze ervaringen kunnen leiden tot een breder protocol 'werken met post infectieuze klachten' dat ook van toepassing kan zijn voor werken na COVID-19 besmetting.

Kennisverspreiding over werken met COVID-19

Voor bedrijfsartsen is informatie over hoe om te gaan met COVID-19 en werk van belang. De NVAB, de beroepsvereniging voor bedrijfsartsen speelt daarin een belangrijke rol. Net als de COVID-19 kennisnieuwsbrieven van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) en het online Kennissysteem Infectieziekten en Arbeid (KIZA).

Vragen naar werk vanuit de zorg en mogelijk arbeidsexpertise op de poli

COVID-19 kan gevolgen hebben voor het kunnen blijven werken. Daarom is het wenselijk dat zorgverleners bij (corona)patiënten in ieder geval vragen naar hun werksituatie, om zo patiënten te wijzen op mogelijke begeleiding die de bedrijfsarts van de werkgever kan bieden.

Toch blijft een groep werkende mensen die nu geen of lastig toegang hebben tot een bedrijfsarts buiten beeld, ook met COVID-19 klachten. Denk aan zelfstandig werkenden, werknemers met een flexibel contract of arbeidsmigranten. Om deze groep werkenden en daarmee alle werkenden met COVID-19 goed te kunnen ondersteunen op het gebied van werk, is meer arbeidsexpertise op de poli als wens naar voren gekomen. Zo zijn er klinisch arbeidsgeneeskundigen werkzaam in ziekenhuizen: dit zijn bedrijfsartsen die zich gespecialiseerd hebben in een bepaald ziektebeeld zoals oncologie, niet-aangeboren hersenaandoeningen en Parkinson, en werkzaam zijn in het ziekenhuis. Deze professionals zijn voor iedere werkende te benaderen. Enkele klinisch arbeidsgeneeskundigen met als specifiek kennisgebied COVID-19 of postinfectieuze klachten opleiden is een wenselijke optie, bepleit één van de experts. En het is een actie die relatief weinig investering behoeft, is daarbij de opmerking.

Beschouwing

In maart 2020 werd Nederland geconfronteerd met een virus waar nog niets of weinig over bekend was; COVID-19. Dit rapport is een eerste verkenning van te verwachten knelpunten, de meest prominente risico's en de daarbij mogelijke oplossingen voor COVID-19 herstelzorg en hervatting van de reguliere zorg. Gebruik makend van verschillende methodes, hebben we antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Welke knelpunten ervaren coronapatiënten in de herstelzorg COVID-19 en waar zien zij mogelijke oplossingen?
- Welke knelpunten signaleren professionals in de herstelzorg COVID-19 en welke mogelijke oplossingen zien zij om deze knelpunten te adresseren?
- Welke knelpunten signaleren professionals in hervatting van reguliere zorg in coronatijd en waar liggen mogelijke oplossingen?
- Welke lessen kunnen we trekken uit de coronacrisis voor de Nederlandse gezondheidszorg?

Samenvattend kunnen de uitkomsten worden onderverdeeld in 5 thema's: 1) klachten en ervaringen van patiënt en naasten; 2) ervaringen van zorgverleners en directe zorg gerelateerde onderwerpen; 3) gezondheidszorg en financiering; 4) preventie; en 5) maatschappelijke gevolgen.

Klachten en ervaringen van patiënt en naasten

Een grote groep patiënten is getroffen door COVID-19 (rivm.nl). Ten tijde van de eerste golf werden dagelijks cijfers bekend gemaakt van aantal besmettingen, aantal ziekenhuisopnames en aantal IC opnames. De gedragingen van het virus waren nog onbekend, laat staan dat er een gerichte behandeling voorhanden was en is. De symptomen waren vooral koorts, hoesten en vermoeidheid, maar in ernstige gevallen *[zonder volledig te zijn]* ook ernstige benauwdheid, orgaanfalen en ademhalingsproblemen, dusdanig dat langdurige beademing op IC noodzakelijk was. Veel mensen hebben dit niet overleefd (cbs.nl). In die tijd was het testen nog geen gemeengoed en mensen met milde klachten hebben dit niet altijd herkend als COVID-19. Er is dan ook geen zicht op hoeveel mensen nu echt zijn besmet (geweest) met COVID-19 gedurende de eerste golf.

Intussen ging het land gedeeltelijk op slot (intelligente lockdown), was ziekenhuisbezoek van naasten niet meer mogelijk en ook verpleeghuizen sloten hun deuren. Dit heeft veel eenzaamheid en emotionele en angstige momenten veroorzaakt bij zowel patiënten/bewoners als bij hun naasten. Mensen zijn in alle eenzaamheid overleden; mensen hebben in alle eenzaamheid gerouwd.

In tijden van crisis is wellicht geen ruimte voor nazorg, maar als 'alle stof is neergedaald', is het van belang te kijken naar welke klachten en problemen coronapatiënten en naasten hebben en hoe de (persoonsgerichte) nazorg eruit zou moeten komen te zien. Uit een eerste peiling in mei 2020 onder mensen die zich hadden aangemeld bij het Coronalongplein, bleek dat veel mensen (82%) met COVID-19 of verdenking van COVID-19 niet opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis (Long Alliantie Nederland, 2020). Zij hadden tijdens hun ziekzijn ernstige tot zeer ernstige klachten, met name verminderd uithoudingsvermogen, hoesten en benauwdheid. Uit wetenschappelijk onderzoek onder mensen van het Coronalongplein en Facebook-groepen voor mensen die langdurige klachten bleken de volgende klachten de meest voorkomende: vermoeidheid (94,9%), kortademigheid (89,5%), hoofdpijn (76%), druk op de borst (75,2%), hoesten (68,1%) en spierpijn (64,7%) (Goërtz, et al., 2020). Meer dan de helft van de coronapatiënten (52,4%) was na de infectie met COVID-19 afhankelijk van zorg geworden en had hulp van de partner, familie of van anderen nodig bij de persoonlijke verzorging (Vaes et al., 2020). Dit bleek het geval te zijn voor zowel coronapatiënten die vóór de infectie zorgafhankelijk waren, als voor coronapatiënten die voor de infectie met COVID-19 geen zorg nodig hadden. Deze uitkomsten laten opnieuw een grote impact van COVID-19 op het dagelijks functioneren zien, zelfs maanden na infectie bij een relatief jonge en gezonde steekproef van coronapatiënten (Vaes et al., 2020).

Uitkomsten uit deze onderzoeken (Goërtz et al., 2020; Vaes et al., 2020) laten zien dat revalidatie en nazorg niet alleen nodig is voor coronapatiënten na ziekenhuisopname, maar ook voor coronapatiënten die thuis de infectie hebben doorgemaakt. En dat er sprake kan zijn van langdurige klachten. In een periode van gemiddeld drie maanden nam het aantal klachten significant af bij vrijwel alle patiënten, echter van alle patiënten bleek slechts 0,7% symptoomvrij (Goërtz et al., 2020). In een Italiaanse studie naar post-COVID klachten bleek dat 12,6% van de patiënten na gemiddeld 60 dagen geheel klachtenvrij was (Carfi et al., 2020). De meest genoemde klachten in deze studie waren (na 60 dagen) vermoeidheid en benauwdheid. Beide studies geven enig inzicht in klachten op de middellange termijn, maar het is nog onbekend wat de lange termijn klachten van COVID-19 zijn. En recent onderzoek onder coronapatiënten van het Coronalongplein laat zien dat zelfs 6 maanden na infectie een behoorlijke groep klachten houdt. Dit zijn vooral mensen die in de thuissituatie corona hebben doorgemaakt (publicatie in oktober).

Toekomstig onderzoek is nodig om beter zicht te krijgen in het profiel van individuele behoeften van COVID-19 patiënten, die niet in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest om zo behandelstrategieën vast te stellen voor deze nu nog vaak onderbelichte groep. Het is van belang dat zorgverleners zich er bewust van zijn dat mensen die een COVID-19 infectie hebben doorgemaakt (thuis of in het ziekenhuis), nog geruime tijd veel verschillende klachten kunnen ervaren, en dat de zorg hier nog niet goed op is afgestemd. Met als gevolg dat mensen mogelijk langer doorlopen met klachten dan wenselijk is. Omdat veel patiënten in de thuissituatie corona hebben doorgemaakt, is speciale aandacht nodig voor herstellende zorg COVID-19 in de eerste lijn. Dit geldt ook voor kwetsbare groepen die niet in beeld zijn bij zorgverleners, omdat ze geen zorg hebben gehad of de weg naar de zorg niet weten.

In het onderzoek van Goërtz et al., (2020) en Vaes et al., (2020) is voornamelijk gekeken naar klachten en problemen op fysiek gebied. Nog onbekend is welke gevolgen een doorgemaakte COVID-19 infectie heeft op psychosociaal gebied. Het is over het algemeen bekend dat vragen op dit gebied de zogenaamde trage vragen¹² zijn (Agora, 2016). Na het overleven van een crisis en de focus op herstel, volgt vaak later het besef wat er allemaal is gebeurd. Het is bekend dat eerdere traumatische ervaringen van invloed kunnen zijn op het psychisch welbevinden (ARQ.org)¹³. Daarnaast is bekend dat na opname op intensive care een Post Intensive Care Syndroom kan ontstaan, bij zowel patiënten als hun familie (connect.nl). Om patiënt en naasten goed te kunnen helpen, met andere woorden om persoonsgerichte nazorg te verlenen, is het van belang om goed na te gaan welke klachten en problemen zij hebben op fysiek, psychisch, sociaal en existentieel gebied, met oog voor kwaliteit van leven. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van de ziektebelastingmeter (zie website Maastricht University).

Er is inmiddels meer kennis beschikbaar dan ten tijde van de eerste golf, echter er ontbreekt ook nog veel kennis. Zo is er nog onvoldoende zicht op wat COVID-19 doet met specifieke patiëntengroepen, zoals nier(dialyse)patiënten, hartpatiënten en andere patiëntengroepen met chronische aandoeningen. Ook hebben we nog onvoldoende zicht op de gevolgen van het afschalen en/of uitstellen van de reguliere zorg. In de media wordt hier verschillend over bericht. Zo lijkt het dat uitstel van bezoek aan huisarts of ziekenhuis kan leiden tot minder medische ingrepen; sommige klachten bleken na verloop van tijd vanzelf over te gaan. Er zijn echter ook minder positieve geluiden, zoals uitstel van oncologische diagnostiek en behandeling met nog onduidelijk wat hiervan de gevolgen voor patiënten zijn (zie website IKNL), meer voet- en onderbeenamputaties bij mensen met diabetes (zie website Nationale Zorggids); blijvende gezondheidsschade door het wegvallen van fysiotherapeutische behandelingen bij chronisch zieken; en de zogenaamde 'zorgmijders', mensen die uit angst om besmet te worden, niet naar huisarts, ziekenhuis of andere zorgverleners durven; met alle gevolgen van dien.

¹² Trage vragen zijn vragen waar geen 'snel en concreet' antwoord voor is, zoals 'Waarom overkomt mij dit?' en 'Hoe moet dit nu verder?'. Veel mensen blijven hier in stilte mee worstelen.

¹³ ARQ en RIVM hebben in opdracht van ministerie van VWS <https://www.steunpuntcoronazorgen.nl/> ontwikkeld.

Ervaringen van zorgverleners en directe zorg gerelateerde onderwerpen

COVID-19 heeft eerst Noord-Brabant, maar al snel heel Nederland overvallen. Niemand heeft kunnen bevroeden welke gevolgen de pandemie zou hebben voor de directe zorg. Veel kennis ontbrak en de kennis die werd opgedaan werd direct toegepast in zorg en behandeling; tijd voor grondige evaluatie en reflectie kon (nog) niet worden vrijgemaakt. Er was nog geen eenduidig behandelbeleid en organisatie van de zorg voor COVID-19 patiënten. Verschillende richtlijnen, handreikingen en scholingen werden door verschillende beroepsverenigingen en vanuit verschillende perspectieven ontwikkeld. Mooie ontwikkelingen, maar met ook wel een aantal kanttekeningen: wat is de kwaliteit van deze richtlijnen, handreikingen en scholingen? In hoeverre heeft interdisciplinaire afstemming plaatsgevonden? In hoeverre is gebruik gemaakt van de snelgroeiende evidence uit wetenschappelijk onderzoek (en was dit onderzoek wel goed uitgevoerd)? Zijn zorgverleners die de (voornamelijk online) scholingen hebben gevolgd hierdoor voldoende gekwalificeerd om het geleerde in de zorg toe te passen in hun praktijk?

De eerste golf heeft veel gevraagd van zorgverleners: gedurende langere periode werken in een crisissituatie, in snel veranderende werksituaties en onzekere omstandigheden. En dat in langere diensten. Zorgverleners werden op speciaal ingerichte COVID-19 afdelingen ingezet, ongeacht specialisme of specialisatie, ervaring of deskundigheid. Afdelingsverpleegkundigen, operatieassistenten en anesthesiemedewerkers kregen een 'spoedcursus' om bij te kunnen springen op de intensive care. En zorgverleners werden geconfronteerd met angstige en geëmotioneerde patiënten, eenzaamheid, onverwacht en snel overlijden en agressie van familieleden. Het is dan ook de vraag in hoeverre zorgverleners voldoende zijn hersteld van de stressvolle eerste golf om een naderende tweede golf op te kunnen vangen; hoeveel flexibiliteit en energie is er om zich weer volledig in te zetten?

De grootste uitdaging is het opvangen van een nieuwe golf COVID-19 besmettingen, zonder daarbij de reguliere zorg af te schalen. Maar kunnen we deze uitdaging wel aan? Ondanks de kennis en ervaringen die zijn opgedaan; bij een tweede golf met een vergelijkbare omvang bestaat de kans dat de (reguliere) zorg weer behoorlijk onder druk komt te staan, met alle gevolgen van dien. Om een tweede golf af te vlakken is een aantal maatregelen van groot belang: naleven van de landelijke maatregelen van RIVM en de overheid, vroegtijdig en veelvuldig testen, voldoende testcapaciteit, voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel, voldoende persoonsbeschermende middelen (met voorlichting over juist gebruik ervan), het consequent scheiden van besmette en niet besmette patiëntenstromen en preventie (hoe maken we onze samenleving weerbaarder).

De eerste golf COVID-19 heeft ook positieve ontwikkelingen met zich meegebracht. Zo werd kritischer beoordeeld of alle routinematige behandelingen en consulten bij stabiele patiënten echt noodzakelijk zijn, of routinematige poliklinische controles niet kan worden overgedragen aan huisarts of POH-er, en of alle contacten altijd live moeten. Veel consulten zijn noodgedwongen telefonisch, via beeldbellen of via andere digitale hulpmiddelen gedaan; soms naar tevredenheid en soms niet naar tevredenheid van patiënt en zorgverlener. Digitalisering zal niet voor elke situatie geschikt zijn, maar het lijkt de moeite waard om uit te zoeken voor welke situaties wel en voor welke situaties beslist niet. Daarbij, inzet van digitale hulpmiddelen vraagt van zowel zorgverleners als van patiënten de benodigde vaardigheden. Niet elke zorgverlener en zeker niet elke patiënt is daarvoor voldoende toegerust.

Gezondheidszorg en vergoedingen

Zoals hierboven beschreven zijn in korte tijd verschillende richtlijnen en handreikingen ontwikkeld en is veel onderzoek geïnitieerd en uitgevoerd. Er is dus al veel ontwikkeld en onderzocht, maar wellicht te gehaast, te gefragmenteerd en veel onderzoek blijkt onderpowered. Dit pleit voor een gedegen en meer gestructureerde aanpak van richtlijnontwikkeling bijvoorbeeld volgens het AQUA-advies (Zorginstituut Nederland, 2019), en een landelijke coördinatie ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek, waarbij coronapatiënten en zorgverleners nadrukkelijk worden betrokken. Alle verzamelde en/of ontwikkelde kennis moet dan toegankelijk zijn voor zowel zorgverleners als zorgvragers en ondergebracht in een centrale plek.

Een mooi voorbeeld van zo'n centrale plek is Q-support (Q-support.nu). Q-support is een expertisecentrum voor Q-koorts waar zowel patiënten als (medische) professionals een beroep op kunnen doen. Q-support fungeert als steun- en adviespunt en als vraagbaak voor patiënten en voor alle professionals die een rol spelen bij het adviseren en begeleiden van Q-koortspatiënten. Op verzoek van het kabinet opent Q-support met ingang van 01 oktober 2020 C-support; een platform voor coronapatiënten die tussen wal en schip dreigen te vallen en voor zorgverleners (Kamerbrief VWS, 2020b; www.c-upport.nu).

Tijdens zowel de brainstormsessies en de interviews als uit de uitkomsten uit de vragenlijst bleek dat interdisciplinaire samenwerking en samenwerking tussen verschillende zorgsettings nodig en wenselijk is; in crisis, maar ook in rustiger tijden. Daar waar multidisciplinair overleg in veel ziekenhuizen steeds vanzelfsprekender wordt, is dat in de eerste lijn nog niet. Ook afstemming tussen de eerste, tweede en derde lijn is niet overal vanzelfsprekend. Het uitwisselen van (patiënt-)gegevens kent nog de nodige belemmeringen zoals gebruik van verschillende systemen (HIX, HIS, EPIC, ISIS, en zo voort), afspraken ten aanzien van inzage-recht en de eisen vanuit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Naast structurele afstemming, samenwerking en gegevensuitwisseling zou ook veel meer aandacht moeten zijn voor regionale organisatie en coördinatie van COVID-19 (herstel-)zorg. Daarbij is het van belang te onderscheiden wat landelijk moet en wat regionaal kan; dit laatste bij voorkeur in aansluiting op al bestaande structuren en samenwerkingsverbanden, zoals GHOR, ROAZ, netwerken palliatieve zorg en regionale ouderennetwerken. Daarnaast moeten de kaders en bevoegdheden duidelijk zijn en wie of welke functionaris of beroepsgroep de coördinatie oppakt; dit kan per regio verschillen.

Dan zijn er nog zaken die spelen over vergoeding van COVID-19 herstellzorg. Recentelijk is door de minister van Medische zorg het advies van het Zorginstituut overgenomen om eerstelijns paramedische herstellzorg voor patiënten die ernstige klachten hebben ten gevolge van COVID-19 tot het basispakket toe te laten (Kamerbrief VWS, 2020a). Ook dit is een mooie ontwikkeling, met daarbij een aantal kanttekeningen: in de brief gaat het alleen om patiënten met ernstige klachten; het maximaal aantal uren dat mag worden ingezet ligt vast, wat een persoonsgerichte behandeling op maat in de weg kan staan. Ook is er onduidelijkheid over de wijze van declareren. En in het besluit van de minister is bekostiging van eerstelijns maatschappelijk werk niet opgenomen.

Preventie

Tot de COVID-19 risicogroepen behoren (kwetsbare) ouderen van 70 jaar en ouder en volwassenen met onderliggend lijden. Het gaat dan voornamelijk om mensen met chronische luchtweg- of longproblemen, hartproblemen, diabetes, nierziekte, leverziekte, verminderde weerstand en mensen met zeer ernstig overgewicht (rivm.nl). Een aantal van deze aandoeningen wordt ook wel welvaartziektes genoemd omdat ze samenhangen met leefstijl. Ook uit deze QuickScan kwam regelmatig de noodzaak tot preventie en meer aandacht voor leefstijl naar voren met als centrale vraag: hoe maken we Nederland weerbaar voor volgende epidemieën? Daarbij is vooral de rol van de overheid benoemd om dit te initiëren. Het Centraal Plan Bureau berekende al in 2013 dat investeren in preventie niet alleen voor de burger, maar ook voor de overheid loont (CPB, 2013). In eerste plaats zijn de baten van gezond leven voor het individu zelf: één jaar langer leven levert een welvaartswinst op die gelijk staat aan 1 tot 3% van het inkomen over de gehele levensloop. Voor de economie draagt investeren in gezond leven bij aan een daling van de jaarlijkse kosten voor zorg en ziekteverzuim en de baten dat gezonde mensen gemiddeld langer doorwerken.

Eerder kwamen al kwetsbare groepen naar voren. Uit het rapport van CPB volgt dat juist preventie en een gezonde leefstijl bij kwetsbare groepen een aandachtspunt is. Belangrijke oorzaken van een ongezonde leefstijl zijn gebrek aan financiële middelen, onvoldoende informatie, sociale normen en kortzichtig gedrag, waarbij mensen de gezondheidswinst in de toekomst onvoldoende gewicht geven. En dat versterkt de sociale kloof: mensen met een betere opleiding en hogere inkomens investeren gemiddeld meer in gezondheid dan mensen met een lagere opleiding (CPB, 2013).

Toch zijn de uitgaven aan preventie relatief laag in vergelijking met de totale uitgaven aan zorg: in 2015 werd 12,5 miljard euro (1,8% van het bruto binnenlands product) uitgegeven aan preventie: 2,4 miljard aan ziektepreventie (18,8%), 0,6 miljard aan gezondheidsbevordering (5,2%) en 9,5 miljard aan gezondheidsbescherming (76%). Dit is 17% minder dan er in 2007 is uitgegeven, het laatste jaar dat een dergelijk onderzoek is uitgevoerd (van Gils et al., 2020). Hoewel er nu een Preventie Akkoord is dat ondersteund wordt door vele partijen, blijft verantwoordelijkheid voor uitkomsten op preventie op landelijk, regionaal of gemeentelijk niveau uit. Of zoals één van de experts het heeft verwoord: 'Niemand draagt verantwoordelijkheid' (Zorgvisie, 2020).

Hij bepleit dat de politiek harde targets moet stellen voor volksgezondheid, waarvoor de minister en wethouders politiek verantwoordelijk zijn. En dat Nederland opgedeeld wordt in regio's die verantwoordelijk zijn voor integraal volksgezondheidsbeleid. Dit kan een antwoord zijn op hoe we ervoor kunnen zorgen dat de Nederlandse bevolking zo weerbaar en gezond mogelijk is en blijft. Met het stevig inzetten op interventies die de gezondheid bevorderen, zoals leefstijlprogramma's gericht op gezonde voeding, stoppen met roken en meer bewegen, die bij voorkeur onderdeel uitmaken van verzekerde zorg; ondersteund door een gezonde woon- en leefomgeving met aandacht voor zaken als schone lucht en die uitnodigt tot gezond gedrag (denk aan een groene omgeving om in te bewegen).

Maatschappelijke gevolgen

COVID-19 heeft naast gevolgen voor de (gezondheids-)zorg ook maatschappelijke gevolgen. Over het geheel genomen is nog onvoldoende duidelijk wat deze gevolgen van COVID-19 voor de samenleving zijn. Wel is bekend dat er sprake is van meer kindermishandeling, kinderen die 'uit beeld' zijn geraakt en leerachterstanden oplopen door de sluiting van scholen (Dekkers, z.d.).

Jongvolwassenen missen vrienden en andere sociale contacten, studenten moeten zich online binden aan medestudenten en studie; ze zijn beperkt in alles wat ze behoren te doen en wat bij hun ontwikkeling en hun levensfase hoort.

Ook de kwetsbaren in onze samenleving lopen risico om buiten beeld te geraken; te denken valt aan dak- en thuislozen, mensen met minder goede gezondheidsvaardigheden, alleenstaanden met geen of een klein sociaal netwerk.

Verder heeft COVID-19 gevolgen op het gebied van werk en inkomen. Door de economische crisis als gevolg van corona, zijn veel mensen niet zeker van werk en inkomen. Met name de groep ZZP'ers zijn getroffen. Zij hebben veel problemen om aan het werk te blijven, krijgen geen nieuwe opdrachten en lopen risico dat al lopende opdrachten worden gecancelled. Om die reden heeft de Rijksoverheid voor die groep een financieel noodmaatregelpakket ingesteld.

Ook mensen met (tijdelijke) contracten zijn niet zeker van hun baan. Door de economische situatie hebben veel bedrijven moeite om zich staande te houden.

En juist de werkenden die door de coronacrisis economisch hard worden geraakt, zelfstandigen en flexwerkers, hebben vaak geen toegang tot een bedrijfsarts of een expert op het gebied van werken. Ook niet in geval ze besmet raken met COVID-19. Om die reden is in deze QuickScan onder meer bepleit voor arbeidsexpertise op de polikliniek, waardoor elke werkende toegang heeft tot bedrijfsgeneeskundige zorg. Uit onderzoek is gebleken dat de behoefte aan een dergelijke klinische arbeidsgeneeskundige op het gebied van infectieziekten groot is, maar dat ontbrekende financiering hiervan een belemmering is (Tamminga et al., 2015).

Bedrijven dienen tevens meer beleid te maken op infectieziekten en toekomstige uitbraken, komt uit deze QuickScan naar voren. Door de vele coronabesmettingen is het ziekteverzuim binnen organisaties ook hoger dan normaal (cbs.nl), wat direct gevolgen heeft voor de werkvloer. Met name in de zorg, met alle tekorten die er al zijn, is dit direct voelbaar. Ook de late effecten van een doorgemaakte COVID-19 infectie op de arbeidsparticipatie zijn nog niet bekend. Het is niet duidelijk of we te maken hebben met een doorgemaakte ernstige ziekte met (volledig) herstel of met een uiteindelijk chronische aandoening (Goërtz et al., 2020). Terugkeer na een doorgemaakte COVID-19 infectie vraagt om extra aandacht van werkgevers.

Daarnaast is er noodzaak tot preventief beleid: hoe voorkom ik dat mijn medewerkers COVID-19 besmet raken door het werk? Met speciale aandacht voor contactberoepen waaronder zorgverleners. Bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) zijn afgelopen maanden al honderden meldingen door bedrijfsartsen van COVID-19 als beroepsziekte binnengekomen.

Tot slot

In dit rapport zijn verschillende en uiteenlopende onderwerpen en knelpunten geadresseerd. Veel van deze knelpunten zijn niet nieuw, maar zijn extra of pijnlijk naar voren gekomen tijdens de COVID-19 crisis van de eerste golf. De COVID-19 crisis is als het ware een vergrootglas van problemen die er al lang waren. COVID-19 kan, zoals een expert aangaf, gezien worden als '1 van de 7 plagen' die op ons gezondheidssysteem afkomen. Nederland was niet goed voorbereid op dit virus, en evenmin op andere 'plagen', zoals vergrijzing, obesitas en een reeds bestaand tekort aan zorgpersoneel die al jaren spelen. Er is onvoldoende aandacht voor deze plagen, omdat ze sluipend en niet urgent zijn zoals COVID-19. Echter, COVID-19 en de crisis die we het afgelopen half jaar hebben doorgemaakt kan een katalysator zijn om de (gezondheids-)zorg anders te beschouwen en anders, beter, patiëntgericht, meer interdisciplinair en regionaal in te richten.

Literatuur

Agora. De wereld van de trage vragen. Geestelijke begeleiding in de palliatieve zorg thuis, knelpunten en verbetervoorstellen. Bunnik. 2016

Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. Research letter. JAMA. 2020. Online doi:10.1001/jama.2020.12603

Centraal Planbureau. Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg. Maart 2013, ISBN 978-90-5833-589-0
<https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-boek-7-toekomst-voor-de-zorg.pdf>

Dekkers M. Corona: leerachterstand door afstand? Geraadpleegd op 01 oktober 2020 op <https://www.onderwijsvanmorgen.nl/corona-leerachterstand-door-afstand/>

Gils van P., Suijkerbuijk, A., Polder, J. et al., Nederlandse preventie-uitgaven onder de loep. TSG Tijdschr Gezondheidswet 98, 92–96 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00258-8>

Goërtz YMJ, van Herck M, Delbressine JM, Vaes AW, Meys R, Machado FVC, Houben-Wilke S, Burtin C, Posthuma R, Franssen FME, van Loon N, Hajian B, Spies Y, Vijlbrief H, van 't Hul AJ, Janssen DJA, Spruit MA. Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? ERJ Open Res 2020; in press (<https://doi.org/10.1183/23120541.00542-2020>)

Mierau JO (2020). Gereed voor de tweede golf, Gereed voor de toekomst: Lessons Learned uit de eerste golf. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/08/31/documenten-lessons-learned-corona---position-papers-effecten-voor-kwetsbare-groepen>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief dd. 16 juli. Kenmerk 1720835-208092-Z. Den Haag. 2020a

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief dd. 20 september. Kenmerk 1748207-210577-PG. Den Haag. 2020b

Long Alliantie Nederland (2020). Handreiking voor de zorg. Behandeling en begeleiding van post-COVID-19-patiënten: het COVID-19 Associated Syndrome.

Tamminga S, Maas J, ter Steeg J, Boschman J, van der Molen H, Frings-Dresen M. (2015). Borging en versterking van expertise op het gebied van infectieziekten en arbeid.

Vaes AW, Machado FVC, Meys R, Delbressine JM, Goertz YMJ, Van Herck M, Houben-Wilke S, Franssen FME, Vijlbrief H, Spies Y, Van 't Hul A, Burtin C, Janssen DJA, Spruit MA. (2020). Care Dependency in Non-Hospitalized Patients with COVID-19. Journal of Clinical Medicine, 2020, 9, 2946; doi:10.3390/jcm9092946 (www.mdpi.com/2077-0383/9/9/2946/pdf)

Zorginstituut Nederland. Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA). Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. Versie 1. 8 december 2014 (Addenda toegevoegd 1 maart 2017; 1 november 2017; 1 maart 2019). Den Haag

Websites

<https://www.beroepsziekten.nl/content/bijna-zeshonderd-covid-19-meldingen-drie-maanden>

<https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/ziekteverzuim>

<https://www.c-support.nu/https://icconnect.nl/na-de-ic/post-intensive-care-syndroom/>

<https://iknl.nl/covid-19>

<https://www.nationalezorggids.nl/>

<https://www.q-support.nu/>

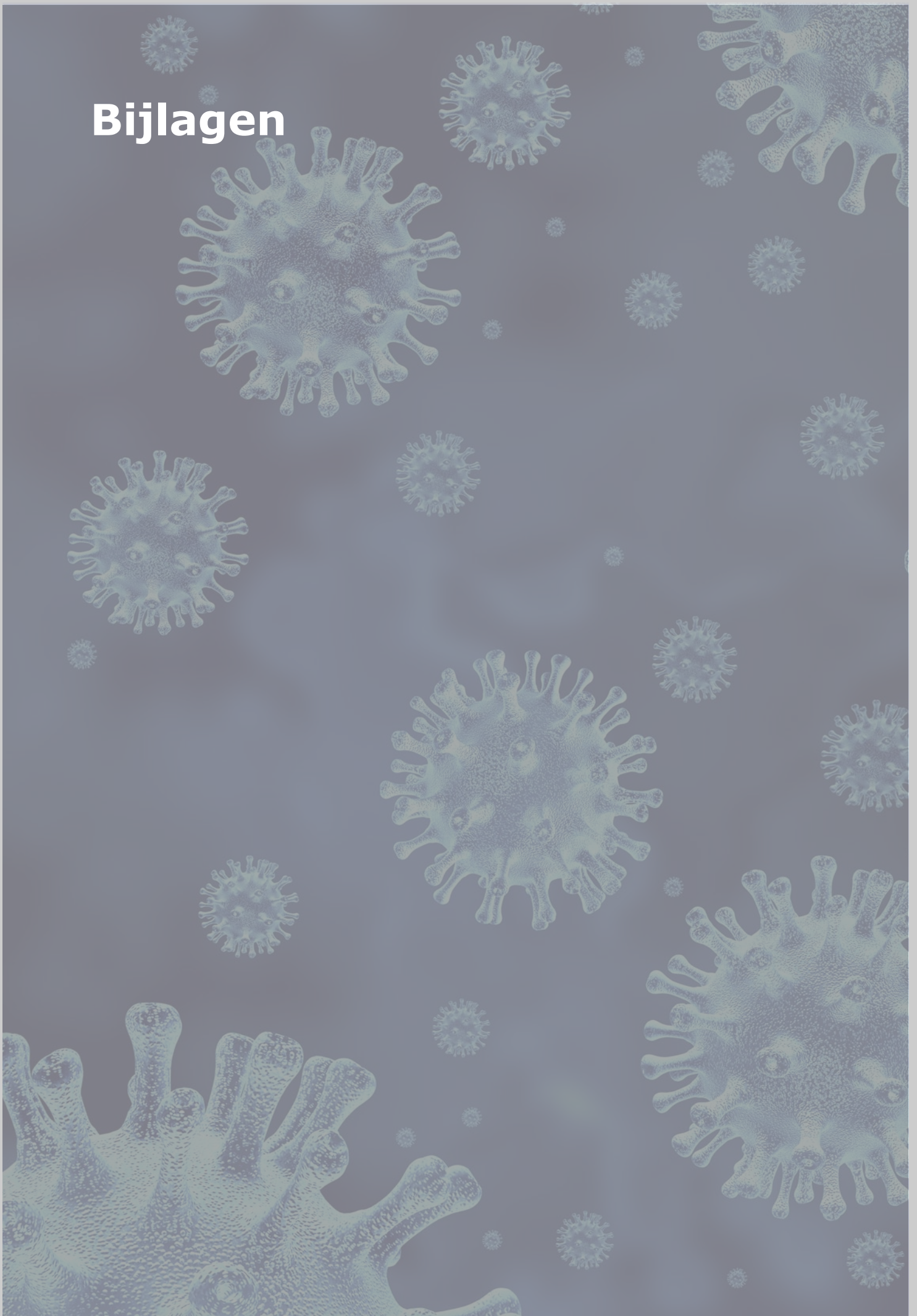
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/08/31/documenten-lessons-learned-corona---position-papers-effecten-voor-kwetsbare-groepen>

<https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen>

<https://software.memic.maastrichtuniversity.nl/ziektelastmeter/>

<https://www.zorgvisie.nl/mierau-niemand-draagt-verantwoordelijkheid-voor-volksgezondheid/>

Bijlagen



Bijlage 1 Deelnemers

Hieronder de deelnemers en of organisaties van wie we toestemming hebben om hen te vermelden. Bij de vragenlijst hebben we specifiek gevraagd of deelnemers deze op persoonlijke titel of namens de organisatie hebben ingevuld. Dit betreft de toevoeging bij de namen. Een deel van de respondenten heeft de vragenlijst ingevuld zonder daarbij vermeld te willen worden in het rapport.

- Wilco Achterberg, specialist ouderengeneeskunde Topaz en hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde LUMC
- Hans Bart, Programmamanager PROMs bij Patiëntenfederatie Nederland & Nierpatiënten Vereniging Nederland
- Caroline Brackel, kinderarts, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde(SLK-NVK). Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Marianne Brackel, voorzitter IC Connect. Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Jeanine Brink, beleidsadviseur Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Fionatrie (NVLF). Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Jacques Buis, Medical Lead Respiratory Benelux & Nordics, Teva Pharmaceuticals
- Ying Chan, adviseur bedrijfsvoering, ministerie BZ. Vragenlijst ingevuld op persoonlijke titel
- Ingrid de la Combe, hoofd diëtetiek, ergotherapie, logopedie, Rijnstate Ziekenhuis. Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Gerben Davelaar, national key accountmanager, ALK
- Joost Derwig, bestuurslid voorzitter Landelijke Vereniging Medische Psychologie (LVMP) en de sectie Psychologen Algemene Ziekenhuizen (PAZ) Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Femke Driehuis, projectleider externe richtlijnen & implementatie, projectleider beroepsprofielen, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Kors van der Ent, kinderlongarts en hoogleraar kinderlongziekten, UMC Utrecht en bestuurslid Long Alliantie Nederland (LAN)
- Brenda Fibicher, manager verpleging, Reade
- Annemieke de Groot, directeur-bestuurder, Q-support en C-support. Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Meike van Halm-Walters, beleidsadviseur vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Ad Hendriks, sales & marketing director, Vivisol
- Antoinette Houtkooper, hoofd functieafdeling duikmedisch Centrum, klinisch epidemioloog, longfunctieanalist, bestuurslid LAN, bestuurslid Nederlandse Vereniging van Longfunctieanalisten (NVLA) en bestuurslid Long Alliantie Nederland (LAN)
- Marlo van den Kieboom–de Groen, bedrijfsarts, Projectleider NVAB
- Gea Kusters, maatschappelijk werker, stafmedewerker ondersteuning leden beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW). Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Jos Kuijs, medical director, Boehringer Ingelheim
- Marion Kuijvenhoven, beleidsmedewerker, Laurens. Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Ilse Lanser, medisch maatschappelijk werker, Jeroen Bosch Ziekenhuis. Vragenlijst ingevuld op persoonlijke titel
- Jaap Maas, bedrijfsarts-klinisch arbeidsgeneeskundige, Amsterdam UMC, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
- Jochen Mierau, hoogleraar Economie van de Volksgezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen en Wetenschappelijk Directeur Aletta Jacobs School of Public Health
- Margo van Mol, Postdoc onderzoeker, Psycholoog, IC-verpleegkundige Erasmus Medisch Centrum. Vragenlijst ingevuld namens de organisatie FCIC
- Marian Masuger, manager vernieuwing en kwaliteit, Brabantzorg
- Loes Moors, diëtist, Ciro. Vragenlijst ingevuld op persoonlijke titel
- Anoeska Mosterdijk, directeur InEen. Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

- Joyce Neijenhuis, BMW voor elkaar. Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Alfons Olde Loohuis, Huisartsenopleiding Nijmegen, medisch adviseur Q-support en C-support. Vragenlijst ingevuld op persoonlijke titel
- Saskia van Os, diëtist, Eet-wijzer. Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Hans Redeker, strategisch adviseur, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Vragenlijst ingevuld namens de organisatie
- Henk Willem Otten arts Beleid & Advies, Adviserend Geneeskundige Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Betty Ouwendijk Strategisch Beleidsadviseur Thuiszorg Woonzorgconcern IJsselheem en V&VN
- Hans Paalvast, Programma manager Zinnige Zorg, Zorginstituut Nederland (ZIN)
- Willems Pieters, longarts Elkerliek Ziekenhuis, medisch adviseur C-support
- Lyan de Roos, specialist ouderengeneeskunde, Brabantzorg
- Michael Rutgers, bestuurder/algemeen directeur, Longfonds
- Liesbeth Sikken, specialist ouderengeneeskunde, Brabantzorg
- Marjory Smiers, Manager Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ), De Zorgcirkel
- Jiska Snoeck-Stroband, huisarts, praktijk eigenaar, voorzitter Stichting COPD en Astma Huisartsen Adviesgroep (CAHAG) en bestuurslid Long Alliantie Nederland (LAN)
- Yvonne Spies, programmadirecteur impact realisatie, Longfonds
- Rob Thurkow, regional accountmanager, Covis Pharma
- José Tiebie, diëtist, Dieet Compleet Diëtistenpraktijk West Friesland en Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Cora Treuren-van Utrecht, beleidsmedewerker Ergotherapie Nederland
- Eline bij de Vaate, longarts en medisch manager, Merem medische revalidatie, namens Kenniscentra Complex Chronische Longaandoeningen (KCCL)
- Anne-Loes van der Valk, fysiotherapeut en bestuurslid Long Alliantie Nederland (LAN)
- Ellen Venema- Rommens, longverpleegkundige, Stichting Icare Zwolle/ Kampen en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Geertjan Wesseling, longarts en hoofd afdeling Longziekten, Maastricht UMC+
- Brigitte Wieman, beleidsmedewerker Kwaliteit, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Peter Wognum, bestuurder, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en bestuurslid Long Alliantie Nederland (LAN)

Bijlage 2 Vragen vragenlijstonderzoek



QuickScan post-COVID-19 zorg

Doel van deze QuickScan

Uw organisatie speelt een belangrijke rol in de zorg voor mensen met soms ernstige en aanhoudende klachten na besmetting met COVID-19.

Om die reden willen we u graag betrekken bij dit onderzoek naar knelpunten die kunnen optreden in de zorg voor deze mensen; mede in relatie tot de hervatting en inhaalslag van de reguliere zorg en mogelijke nieuwe besmettingsgolven in de toekomst.

Het doel van deze QuickScan is inzicht verkrijgen in niet alleen knelpunten, maar ook in mogelijke oplossingen voor deze knelpunten. De uitkomst van de QuickScan zal in een rapport worden aangeboden aan de opdrachtgever ZonMw, aan de Minister van VWS en aan alle organisaties die hebben bijgedragen aan deze QuickScan.

Toelichting

U kunt uw antwoorden in dit Word document onder de vraag invullen. Wij verzoeken u het ingevulde document –graag uiterlijk 17 augustus aanstaande– te mailen naar Tamara Raaijmakers, coördinator Long Alliantie Nederland: raaijmakers@longalliantie.nl

VRAGENLIJST

Algemeen

Invuldatum:

Uw naam:

Uw functie:

Uw organisatie:

U vult deze vragenlijst in (geef aan wat van toepassing is):

- ☐ Op persoonlijke titel
- ☐ Namens mijn organisatie

Ik ga akkoord dat mijn naam en de naam van mijn organisatie wordt vermeld in de bijlage van het rapport (geef aan wat van toepassing is):

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Post-COVID-19 zorg

1. Voorziet u in het algemeen knelpunten in de zorg voor post-COVID-19 patiënten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien ja: wat zijn voor u de drie belangrijkste knelpunten?

2. Voorziet u voor uw eigen werkveld knelpunten in de zorg voor post-COVID-19 patiënten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien ja: welke knelpunten? En welke oplossingen ziet u voor deze knelpunten?

3. Voor zorgverleners:

- Wat verwacht u: Hoeveel post-COVID-19 patiënten (uit de eerste besmettingsgolf) zullen een beroep doen op uw zorgdiscipline? (bij benadering)
- Wat verwacht u: Van iedere 100 post-COVID-19 patiënten: hoeveel mensen doen een beroep op uw zorgdiscipline?

3b. Voor niet-zorgverleners:

- Wat verwacht u: Hoeveel post-COVID-19 patiënten (uit de eerste besmettingsgolf) zullen een beroep doen op de zorg? (bij benadering)
- Wat verwacht u: Op welke zorgsector zullen de meeste post-COVID-19 patiënten een beroep doen?

Hervatting reguliere zorg

4. Wat zijn de belangrijkste knelpunten in het algemeen bij de hervatting van de reguliere zorg?
5. Wat zijn de belangrijkste knelpunten voor uw eigen werkveld bij de hervatting van de reguliere zorg? En welke oplossingen ziet u hiervoor?
6. Welke gevolgen (of mogelijk extra knelpunten) verwacht u bij hervatting van de reguliere zorg in uw eigen werkveld in relatie tot de zorg voor post-COVID-19 patiënten?

(Over)belasting zorgverleners

7. Voor zorgverleners:

Veel zorgverleners hebben zich (in de eerste besmettingsgolf) overbelast gevoeld. Geldt dat ook voor zorgverleners van uw beroepsgroep?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Graag uw toelichting?

7b. Voor niet-zorgverleners:

Veel zorgverleners hebben zich (in de eerste besmettingsgolf) overbelast gevoeld. Wat is uw perceptie over de overbelasting van zorgverleners?

8. Voor zorgverleners: Wat heeft u en uw beroepsgroep nodig om (verdere) overbelasting te voorkomen?

Voor niet-zorgverleners:

Wat is nodig om (verdere) overbelasting van zorgverleners te voorkomen?

Nieuwe infecties

9. Stel dat in het najaar of op een ander moment een tweede golf van COVID-19 besmettingen uitbreekt, wat zijn dan voor de gezondheidszorg als geheel de drie belangrijkste knelpunten die u verwacht?
10. Bij een tweede golf, wat zijn dan de belangrijkste knelpunten voor uw eigen werkveld? En welke oplossingen ziet u voor deze knelpunten?

Tot slot

11. Heeft u nog aanvullende zaken die in deze QuickScan niet aan de orde zijn geweest, maar die u wilt meegeven?

Bijlage 3 Vragen interviews

Algemeen

Naam, functie, organisatie

Herstelzorg covid-19:

- Hoe bent u betrokken bij **herstelzorg COVID-19**
- Wat vindt u *nu* het belangrijkste knelpunt in de **herstelzorg bij COVID-19**
- Heeft u ook een idee van een oplossing voor dit knelpunt
- Wat vindt u *nu* de belangrijkste knelpunten in het hervatten van de **reguliere zorg**
- Welke oplossing ziet u voor deze knelpunten in hervatten van de reguliere zorg

In de toekomst

- Welke rol speelt uw vakgebied in de toekomst bij **herstelzorg COVID-19**
- Wat verwacht u dat het grootste knelpunt wordt in de **toekomst** bij:
 - o Herstelzorg COVID-19
 - o Hervatten reguliere zorg bij nieuwe uitbraak
- Heeft u ook een idee van een oplossing voor deze knelpunten

Organisatie van nazorg

- Wat leert COVID-19 ons over de organisatie van **nazorg** in Nederland
- Wat kunnen we verbeteren in de organisatie van **nazorg** in Nederland
- Kent u buitenlandse voorbeelden ter inspiratie van de organisaties van **nazorg COVID- 19** in Nederland

Aanbevelingen gezondheidszorg

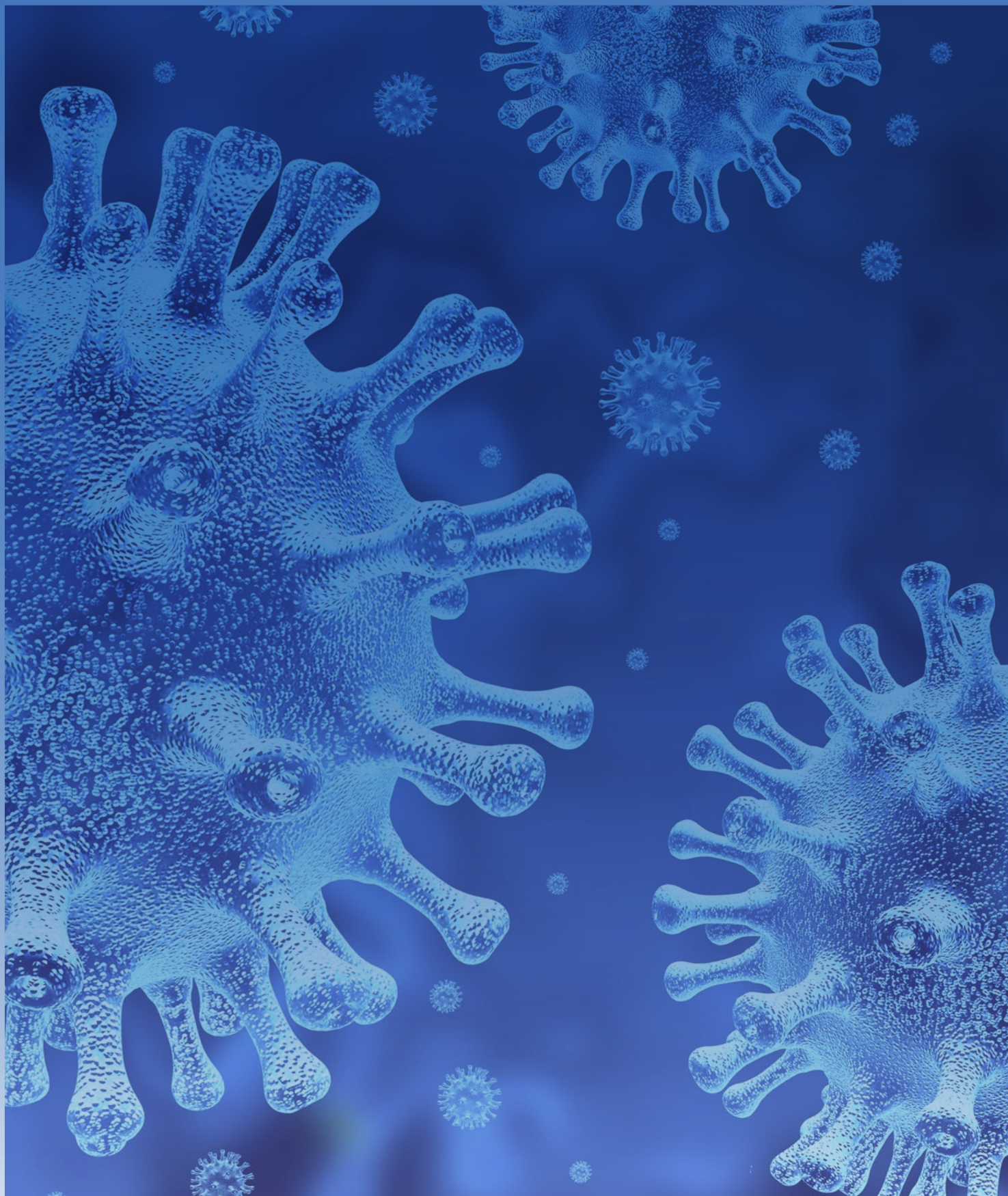
Door de corona uitbraak worden mogelijk problemen in de Nederlandse gezondheidszorg extra uitvergroot. Welke bredere aanbevelingen heeft u voor de **Nederlandse gezondheidszorg**?

Overige zaken

Wat is niet aan bod gekomen dat u graag nog wilt meegeven

Bijlage 4 Afkortingenlijst

AMR	Antimicrobiële resistentie
BMI	Body Mass Index
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
COVID-19	'CO' staat voor de virusgroep corona waartoe de nieuwe ziekte behoort, 'VI' verwijst naar virus, 'D' is voor disease (ziekte) en 19 duidt op het jaartal waarin het nieuwe virus uitbrak. Een andere benaming is severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 infectie, gekort als: SARS-CoV-2
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio IC Intensive Care
GRZ	Geriatrische Revalidatie Zorg
IC	Intensive Care
MDO	Multidisciplinair Overleg
PBM	Persoonlijke Beschermingsmiddelen
PICS	Post Intensive Care Syndroom
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
ZZP	Zelfstandigen Zonder Personeel



LAN

Long Alliantie Nederland

Long Alliantie Nederland

Stationsplein 125

3818 LE Amersfoort

T 033-4218418

E info@longalliantie.nl

www.longalliantie.nl

Triodos Bank

IBAN NL17 TRIO 0390 2279 19

De QuickScan 'COVID-19 herstelzorg, zorg en preventie in Nederland: Inzichten voor nu en in de toekomst' is mogelijk gemaakt door steun van ZonMw