

**VWS**

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werkt aan een gezond, fit en veerkrachtig Nederland. VWS is stelselverantwoordelijk en vanuit die rol zet VWS zich onder andere in voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg en ondersteuning voor iedereen. Het is belangrijk dat zorg voor mensen met post-COVID passend en integraal wordt georganiseerd, waarbij expertise wordt opgebouwd en direct gedeeld kan worden met betrokken behandelaren. Het is primair aan de zorgpartijen zelf om met elkaar goede zorg rondom de patiënt te organiseren. VWS wil het gesprek hierover aanjagen en faciliteren, onder andere met de bijeenkomst op 29 februari 2024. Vanuit VWS zullen beleidsmedewerkers aanwezig zijn vanuit verschillende beleidsdirecties, zodat zij vanuit hun kennis van (partijen binnen) het zorgstelsel kunnen meedenken over oplossingsrichtingen voor eventuele belemmeringen die in de praktijk worden ervaren in de organisatie van integrale ondersteuning voor mensen met post-COVID.



## C-support in een notendop

**C-support is een nazorg-organisatie voor mensen met post-COVID. Ze biedt hen erkenning, advies en ondersteuning. Daarnaast is C-support een vraagbaak voor (zorg)professionals, biedt ze scholing en adviseert ze bij beleidsvorming en onderzoek.**

### Achtergrond

C-support is een zusterorganisatie van Q-support. Dé nazorgorganisatie voor Q-koortspatiënten die sinds eind 2013 actief is. Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is met dezelfde uitgangspunten als Q-support in oktober 2020 C-support opgericht voor de begeleiding en ondersteuning van mensen met post-COVID.

### Doelgroep

Ruim 28.000 patiënten met post-COVID hebben zich inmiddels bij C-support aangemeld. Dit zijn allen patiënten die kampen met langdurige klachten na een COVID-19 infectie en die niet met hun vragen terecht kunnen binnen het reguliere circuit. Sinds november 2021 ondersteunt C-support op verzoek van het ministerie van VWS ook mensen met langdurige klachten na vaccinatie. Daarvan hebben zich er inmiddels ruim 800 bij C-support aangemeld. De ondersteuning aan hen vindt plaats volgens dezelfde uitgangspunten als voor de mensen met post-COVID.

### Dienstverlening

Nazorgadviseurs, Medisch adviseurs maar ook deskundigen op het gebied van bijvoorbeeld Arbeid en Juridische zaken vormen het hart van de dienstverlening bij C-support. Zij werken volgens het bio-psychosociaal model. Dat wil zeggen dat zij de problemen die mensen ervaren na een besmetting met COVID-19 in breed verband bezien. Afhankelijk van de situatie en het stadium van de ziekte heeft een patiënt namelijk niet alleen medische vragen waarmee hij of zij niet terecht kan in het reguliere circuit. Ook vragen over werk en inkomen of vraagstukken op psychosociaal vlak spelen een belangrijk rol.

Naast het integraal werken via het bio-psychosociaal model is de academische trias een andere belangrijk uitgangspunten van C-support. De academische trias houdt in dat zorg, onderzoek en scholing onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Zonder onderzoek immers geen scholing en zonder scholing geen zorg en ondersteuning. Hieruit vloeit ook het aanbod voor professionals voort. C-support biedt (na)scholingen aan uiteenlopende professionals zoals bijvoorbeeld huisartsen, verzekerings- en bedrijfsartsen, paramedici en thuiszorgmedewerkers. Daarnaast biedt C-support hen advies en informatie en collegiaal (nodig multidisciplinair) overleg.

### Toekomst

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft C-support in 2023 een toekomstvisie geschreven waarin is voorzien dat Q-support en C-support in 2027 zijn opgegaan in een mogelijk 'P-support' (werktitel). P-support is een toekomstbestendige organisatie die fungeert als Kennis- en Informatiecentrum op het gebied van postinfectieuze aandoeningen. Daarnaast is het tevens een organisatie die vanuit de actuele kennis klaar staat om bij nieuwe uitbraken van infectieziekten de mensen met langdurig klachten (zogenoemde postinfectieuze ziekten) terzijde te staan met advies en begeleiding.

## Inbreng NFU post-COVID tbv bijeenkomst 29 februari 2024

Door 5.1.2e

[Vraag vanuit VWS tbv bijeenkomst 29 februari: De rollen en taken van uw organisatie toelichten en hoe die zich verhouden tot de organisatie en het verbeteren van zorg voor patiënten met post-COVID.](#)

### Rollen en taken umc's in Nederland

De umc's hebben drie publieke taken: zorg voor topreferente patiënten, verrichten van wetenschappelijk onderzoek en het opleiden van zorgprofessionals. De inbedding van wetenschap en opleiding in de meest complexe zorg onderscheidt de umc's van topklinische en algemene ziekenhuizen (Bron: <https://www.nfu.nl/nfu/over-de-umcs>).

### Visie ten opzichte van post-COVID:

Post-COVID is een post-acuut infectie syndroom (PAIS). PAIS bestaat altijd al, maar kreeg tot voor kort weinig aandacht. Mensen met PAIS kunnen ernstig geïnvalideerd raken. Er is nog weinig bekend over hoe infecties leiden tot PAIS en hoe dit behandeld of voorkomen kan worden. De umc's zetten zich op dit moment (gezaamenlijk) in voor grootschalig onderzoek om de zorg voor mensen met post-COVID te verbeteren. In 2023 is vanuit VWS onderzoeksgeld beschikbaar gesteld welke beheerd en verdeeld wordt door ZonMW. Inzet op onderzoek is van belang omdat er nu nog (te) weinig bekend is over de oorzaken en behandeling van post-COVID. Dit onderzoek vertaalt zich op termijn naar kennis waarmee zorgaanbieders behandelingen kunnen aanbieden waar post-COVID patiënten mee geholpen kunnen worden. De umc's hebben ook een rol bij het vertalen van het huidige, beste, beschikbare bewijs naar richtlijnen voor de huidige behandeling van patiënten. Die richtlijnen dienen ter ondersteuning van zorg volgens de nieuwste en beste kennis.

### Knelpunten post-COVID zorg:

- Een grote groep mensen met post-COVID heeft ernstige klachten, is aan het huis gekluisterd en krijgt geen adequate zorg. De geboden zorg is ontoereikend, helpt niet, maakt de klachten soms zelfs erger. Daarbij komt dat de *'Richtlijn Langdurige klachten na post-COVID'* niet actueel is.
- In ons zorgsysteem worden behandelingen alleen vergoed indien de kosteneffectiviteit voldoende overtuigend is aangetoond met wetenschappelijk onderzoek. Daardoor kunnen veelbelovende, nieuwe behandelingen alleen onderzocht worden indien daarvoor betaald wordt in het kader van onderzoek.
- Het is nu een **'niemandland' voor de kosten van deze zorg.**
  - o Het is voor ziekenhuizen een te grote investering om deze zorg in te richten, zonder dat daar aan de basis afdoende vergoeding tegenover staat.
  - o Er is nog geen bestaande betaaltitel of DBC voor patiënten met post-COVID. Het ziektebeeld is domeinoverstijgend, in tegenstelling tot de beschikbare betaaltitels. Hierdoor valt de post-COVID zorg nergens duidelijk onder. Daarom wordt deze op dit moment nog niet volledig vergoed door de verzekeraar. Het ontwikkelen van zorgpaden kost tijd, die niet direct patiëntgebonden is en dus geen inkomsten genereert.
  - o Het toevoegen van een grote extra stroom patiënten zal een overschrijding van de toegestane groei geven (macro-beheersinstrument). Hierdoor zullen ziekenhuizen minder bereid zijn om deze zorg te starten ivm mogelijk gekort worden op het kader.

Patiënten met post-COVID zijn het meest gediend met een aantal expertisecentra waar medisch specialisten met behulp van een uniform zorgpad de noodzakelijke zorg leveren. Op die manier kan onnodige diagnostiek en onnodig verwijzen worden verminderd. De recent vrijgekomen middelen kunnen daar een belangrijke impuls aan geven. Wij zijn van mening dat deze zorg het beste multidisciplinair kan plaatsvinden met een instandhouding van de gebruikelijke contacten tussen tweede en derde lijn voor consultatie en onderzoek. In samenwerking met de academische centra kan specialistische kennis worden opgebouwd en kan maximale afstemming gecreëerd worden voor klinisch onderzoek met off-label medicatie.

Vanuit de umc's is bereidheid mee te denken en we roepen VWS op om hier een leidende rol in te nemen en samen met de betrokken partijen de zorg en onderzoek rondom post-COVID te organiseren.

## Bijlage

### Opzetten expertisezorg en begeleiding voor Long-COVID patiënten

#### WAAROM KAN DIT NIET ZONDER AANVULLENDE FINANCIERING VANUIT VWS TOT STAND KOMEN?

##### INZICHTEN VANUIT HET MEDISCH SPECIALISTISCHE VELD

Hoewel er zeer indringende vraag is naar dit expertise long-COVID zorg vanuit patiënten, er in het buitenland ook goede ervaringen mee zijn, én de zorgprofessionals in Nederland ook noodzaak hiertoe onderschrijven komt dit in Nederland vooralsnog niet vanuit de grond. De nadrukkelijke hulpvraag om hierin te ondersteunen gaat nu uit naar het ministerie van VWS alsmede de Tweede Kamer.

Hoewel gesteld wordt dat deze poliklinieken “vanuit het veld moet komen” en gewoon “passen binnen de reguliere kaders”, blijkt uit het feit dat dit de afgelopen 4 jaar niet gebeurd is reeds het tegendeel. Daarnaast adviseerde de gezondheidsraad al in 2018 het opzetten van soortgelijke poliklinieken voor het aan long-COVID verwante ME/ CVS (Kernadvies Gezondheidsraad | Nr. 2018/07). Ook deze poliklinieken zijn nooit van de grond gekomen, ondanks de zeer hoge nood en lijdensdruk onder patiënten. De poliklinieken in diverse academische ziekenhuizen die er tijdelijk wél waren zijn juist gesloten om meerdere redenen, overwegend vanwege praktische (zeer uitgebreide bureaucratie) en financiële barrières in het systeem (geen adequate betaaltitel omdat de zorg niet in één specialistisch domein valt), alsmede de te hoge zorgvraag in combinatie met voornoemde problemen.

Dat deze zorg niet van de grond komt is schijnend. Echter, er is voor de ziekenhuizen een te grote investering nodig om deze zorg in te richten, zonder dat daar aan de basis afdoende vergoeding tegenover staat voor deze inrichtingskosten. Dit maakt dat er op dit moment géén incentive is voor ziekenhuizen om deze hoognodige poliklinieken in te richten, en dat centrale facilitering om deze zorg op te starten een essentiële randvoorwaarde is om dit gedaan te krijgen.

Hieronder enkele praktische zaken die de complexiteit van het opzetten en leveren van deze zorg illustreren, de prijs van de zorg verzwaren én de noodzaak tot investering duidelijk maken om deze zorg daadwerkelijk op hoogwaardige manier van de grond te krijgen in Nederland.

#### **Opzetten nieuwe vorm van zorg en inrichten zorgpaden**

Dit is geen uitbreiding van bestaande zorg; maar geheel nieuwe zorg die verder ingericht en opgeschaald moet worden. Dat kan dus niet geleidelijk ingebed worden in reguliere zorg, maar vraagt om een echte transformatie. Omdat het ziektebeeld meerdere orgaansystemen omvat, valt het niet binnen één specialisme. Dit betekent dat er diverse soorten generalistisch werkende specialisten samen nodig zullen zijn om deze zorg op te zetten en te draaien. Er zijn maar weinig specialisten in Nederland nu echt goed op de hoogte van de stand van de wetenschap en daarmee er is nu weinig centrale expertise, wat maakt dat er (generalistisch werkende) specialisten opgeleid moeten worden en gaandeweg ervaring moet groeien. Het is dus nodig om hier specifiek personeel voor aan te trekken, voor langere tijd, die bovendien primair geschoold moeten worden. Dit vraagt een flinke investering en kost tijd. Tijd die niet direct voor zorg ingezet kan worden. Ook de specialisten die de scholing en kennisdeling doen zullen dit niet naast reguliere zorg kunnen leveren, en zullen tijdelijk vervangen moeten worden in hun primaire taken. Ook dit vraagt dus eenmalige investeringen.

Ook zullen op basis van de huidige inzichten nieuwe zorgpaden in de tweede en derde lijn ingericht moeten worden, waarbij er goed wordt afgewogen welke patiënten primair gezien moeten worden (stepped care, juiste patiënten op de juiste plek). Het ontwikkelen van deze zorgpaden kost tijd, die niet direct patiëntgebonden is en dus geen inkomsten genereert. Binnen Europa is reeds veel ervaring waardoor e.e.a. relatief snel ingericht kan worden; we kunnen lering trekking uit werkbezoeken naar expertisecentra in bijv. Duitsland, Frankrijk, Oostenrijk en Zwitserland.

Vanuit het expertise netwerk post-COVID is reeds geoordeeld dat het inrichten van een specifieke persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) voor deze patiëntengroep een belangrijke rol kan krijgen in de zorg voor deze patiënten. Hiermee kan ze gezondheidstoestand vooraf multidimensionaal op afstand in kaart gebracht worden. Daardoor kan de zorgvraag en behoefte ingeschat worden, wat kan helpen bij triage van patiënten, maar ook de consulten kan verkorten en doelgerichter kan maken. Ook kunnen patiënten zo over tijd gevolgd worden, wat veel kan leren over bijv. de prognose, zorgconsumptie en het effect van behandelingen. Tot slot draagt dit bij aan zicht op aantallen en ziektelast van deze groep patiënten in Nederland. Het inrichten van dit PGO zal gekoppeld zijn aan de zorgpaden en vraagt investeringen.

Ondanks dergelijke voorbereiding is de verwachting op basis van de huidige ervaring dat consulten veel (d.w.z. veel meer dan gemiddeld bij andere zorgvragen) tijd kosten vanwege de hoge ziektelast, de meerdere klachten, de lage belastbaarheid en het managen van verwachtingen, behandelingen en bijwerkingen. Dit sluit aan bij de ervaringen uit het buitenland.

Er zullen verder gezien het domein overstijgende karakter en de complexiteit van de aandoening multidisciplinaire overleggen (MDO's) moeten worden ingericht. Dit zal in de eerste periode meer tijd in beslag nemen, voor een groter aantal specialisten om de nodige expertise op te doen en uit te wisselen. Deze MDO's zullen gaandeweg steeds doelmatiger worden. De zorgpaden zullen gaandeweg aangepast worden op geleide van de opgebouwde ervaring, ook dit kost weer tijd.

De zorg moet voldoende grootschalig opgezet worden om te voorzien in de behoefte van deze grote groep patiënten. Daarmee moet wel opgemerkt worden dat het niet realistisch is om de hele groep patiënten binnen afzienbare termijn te bedienen, nadat er jarenlang geen zorg geleverd is. Ook het uitbreiden van deze zorg naar overige postinfectieuze aandoeningen zal dus niet direct mogelijk zijn, maar zal ambitie zijn op de middellange termijn.

### **Wat levert het patiënten op?**

Het opzetten van deze zorg is een nadrukkelijke wens vanuit patiënten. Het zal erkenning opleveren, een plaats waar ze terecht kunnen voor de up-to-date expertise, integrale zorg op 1 plek, de meest up-to-date symptoomgerichte en etiologische behandeling en onderzoek. Desalniettemin zal verwachtingen management nodig blijven; genezen is nog niet mogelijk, last verlichten, steunen en voorzichtig perspectief wel. Hopelijk brengt het voor velen van hen een einde aan hun jarenlange zoektocht in de zorg.

### **Nooit los te zien van onderzoek**

Er zijn continue ontwikkelingen op gebied van long-COVID. Op basis van (inter)nationaal onderzoek komen er meer inzichten in de pathogenese, die tot nieuwe behandelinzichten zullen leiden. Deze behandelingen zullen primair off-label zijn, totdat ze nader onderzocht zijn in rigide studies (RCTs). Gezien de lijdensdruk van de patiënten is het echter niet humaan om te wachten tot de kennis zich via de evidence based medicine heeft vertaald naar richtlijnen. Daarnaast zijn behandelstudies nog amper gestart. Ook kan het langer laten bestaan van klachten zonder de juiste adviezen en behandeling in veel gevallen leiden tot verdere verslechtering en slechtere prognose. Wél zal er een zorgvuldige afweging gemaakt moeten ten aanzien welke behandeling voldoende rationale hebben voor toepassing, en tegelijk voldoende beschikbaar, betaalbaar en veilig zijn, volgens de regels van het off-label voorschrijven in Nederland. Er zal consensus bereikt moeten worden onder de expertisecentra. Door de zorg te bundelen in expertisecentra kan deze consensus ook snel bereikt worden ten aanzien van de ratio versus risico's, en zal deze zorg daarmee uniform beschikbaar zijn.

Er is een onderscheid te maken tussen behandelingen gericht op symptoomverlichting, daarvan zijn reeds vele voorbeelden beschikbaar en nieuwere behandelingen (vaak met bestaande veilige middelen) die direct aangrijpen in het ziekteproces, waarvan er nu nog veel minder beschikbaar zijn.

Directe evaluatie van deze ingezette behandelingen is cruciaal: Waar in Duitsland diverse off-label behandelingen worden toegepast zonder goede zorgevaluatie, leidt dit blijvende onzekerheid over de effectiviteit en veiligheid. Dit willen we in Nederland voorkomen, door de ingezette zorg continue te evalueren. Als alle patiënten meegenomen worden in een zorg-evaluatie programma is dit enerzijds initieel kostbaarder, anderzijds wordt dan sneller duidelijk wélke zorg doelmatig en passend is en bespaart dit kosten voor niet-effectieve zorg op langere termijn. Ons inziens zou het leveren van expertise zorg daarom nooit los gezien moeten worden van zorgevaluatie onderzoek. Om dit op te zetten is echter wel aanvullende startfinanciering nodig.

Het opbouwen van deze expertise is extreem waardevol, omdat zo de kennis en behandeling voor de patiënten verbeterd kan worden, en uiteindelijk vertaald kan worden naar betere praktische adviezen en leidraden ten aanzien van de relatief eenvoudigere voor artsen en paramedici die buiten de expertise centra werken (passende zorg) en zo breder toegepast kunnen worden.

Hoewel onderzoek primair vanuit andere geldstromen loopt en daarom steeds losgekoppeld wordt van zorg, zou hier ons nadrukkelijke advies zijn dit voor dit onderwerp te voorkomen. Er kan nauw worden samengewerkt met het expertise-netwerk voor post-COVID (ZonMW), die het opzetten van dergelijke poliklinieken voor zorg nadrukkelijk steunen. Inclusies en logistiek rondom de reeds gehonoreerde projecten binnen het post-COVID expertisenetwerk (zoals de platformtrial en de biobank) zullen bovendeel sterk vergemakkelijkt worden als de zorg op specifieke locatie geclusterd is.

### **Logistieke uitdagingen**

Ziekenhuizen zijn over het algemeen reeds maximaal bezet in het zeer efficiënte Nederlandse zorgsysteem (qua fysieke ruimte, spreek/wacht kamers). Het inbedden van een dergelijke stroom vraagt dus creatieve oplossingen. Daarnaast zijn deze patiënten zijn vaak erg ziek en extreem prikkelgevoelig. Dat vraagt tevens om infrastructuur zoals prikkelarme wachtruimtes, en mogelijkheden tot liggend wachten. Ook zal er extra ingezet moeten worden op digitale zorg zoals telefonische en videoconsulten en het zal vaker dan gemiddeld nodig zijn om consulten uit te stellen

indien de toestand van de patiënt daarom vraagt. Het inrichten van een specifieke PGO om patiënten in kaart te brengen, over tijd te volgen zal helpen in het doelmatiger inrichten van de zorg.

Overige logistieke uitdagingen betreft ondersteunend personeel, wat nodig is de zorg in goede banen te leiden. Er zal voldoende (secretariële) ondersteuning nodig zijn om medische gegevens van elders te verzamelen en medische dossiers compleet te krijgen, maar tevens te verwachten vele vragen over verwijzing/ wachttijd te adresseren. Ook zal er daarnaast zal voldoende ondersteunende telefonische triage nodig zijn door gespecialiseerd verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten, om de te verwachten vele vragen over klachten en bijwerkingen op te vangen, vragen van apotheken over de specifieke medicatie te beantwoorden en

### **Bijzondere diagnostiek**

De verwachting is niet dat de aanvullende diagnostiek binnen expertisecentra een significante kostenpost zal zijn. . Op dit moment is er maar weinig diagnostiek aantoonbaar bijdragend. Wél is het in de eerste plaats essentieel dat de diagnose correct is; en dat alternatieve, vaak beter behandelbare, aandoeningen worden uitgesloten. Hiertoe zal eerder verrichte diagnostiek moeten worden opgevraagd, en vaak basis laboratoriumonderzoek en soms andere radiodiagnostiek of functie-onderzoek nodig zijn. Dit past binnen de reguliere specialistische zorg, en vraagt geen extra middelen.

Wel relevant is aanvullende specifieke diagnostiek, met name naar bijvoorbeeld autonome dysregulatie/ orthostatische intolerantie, waar tot 40% van de patiënten mee kampt. Deze diagnostiek is heel specifiek (passieve-leun-test i.c.m. herhaalde bloeddrukmetingen en of kanteltafeltest), en valt momenteel níet binnen de mogelijke betaaltitels. Wel is het extreem relevant omdat de bijbehorende klachten betrekkelijk goed symptomatisch behandeld kunnen worden, en hiervoor ook internationale leidraden zijn. Deze diagnostiek zal dus standaard onderdeel moeten worden binnen expertisecentra, en uiteindelijk in de betaaltitel opgenomen moeten worden. Hierbij gaan de kosten echter voor de baten uit voordat dit met alle partijen gerealiseerd kan worden.

### **Grote stromen patiënten**

Vanwege de grote aantallen patiënten met primair ernstige klachten die nu al jaren tussen wal en schip vallen zal er zeer veel vraag naar deze zorg zijn. Het zal ten minste maanden kosten de zorg in te richten, personeel aan te trekken en op te leiden. Daarna kan vlot gestart worden; Doch het is niet realistisch aan te nemen dat direct alle patiënten gezien kunnen worden. De zorg moet voldoende grootschalig opgezet worden om te voorzien in de behoefte van deze grote groep patiënten. Daarmee moet wel opgemerkt worden dat het niet realistisch is om de hele groep patiënten binnen afzienbare termijn te bedienen, nadat er jarenlang geen passende zorg voor hen beschikbaar is geweest. Ook het uitbreiden van deze zorg naar overige postinfectieuze aandoeningen zal dus niet direct mogelijk zijn, maar zal ambitie moeten zijn zo snel als dit haalbaar zou zijn.

### **Medische verklaringen**

Geschat wordt dat er momenteel zo'n 90.000 patiënten met long-COVID zijn die hier last van hebben in hun dagelijks functioneren én ten aanzien van arbeid. De meesten van hen zijn geheel of grotendeels niet meer in staat te werken. Een zeer groot deel van deze patiënten krijgt daarom te maken met keuringstrajecten bij het UWV of met hun arbeidsongeschiktheidsverzekering, of kampt met

schoolverzuim. Het aantal verzoeken om medische verklaringen van is daarom zeer fors bovengemiddeld. Deze medische verklaringen zijn daarnaast complexer dan gemiddeld omdat het om een beschrijvende diagnose gaat, waarbij de overwegingen met betrekking tot behandelperspectieven en prognose voorzichtig geformuleerd moeten worden. Dit is vele malen complexer dan bijvoorbeeld een medische verklaring voor patiënten met een terminale kankerdiagnose. Hoewel er vergoeding voor dit soort verklaringen wordt geboden, is dit niet toereikend gezien de aantallen/ complexiteit. Dit komt bovenop de reeds complexe zorgvraag.

### **Euthanasie aanvragen**

Gezien de zeer grote ziektelast van deze aandoening in combinatie met ontbreken van perspectief op dit moment lopen er reeds meerdere euthanasie aanvragen. Dat is schrijnend. Door het bieden van meer perspectief is de hoop dat toekomstige verzoeken voorkomen kunnen worden. Euthanasie is al langer een thema onder patiënten met ME/CVS waarvoor een steeds groter aantal patiënten daadwerkelijk euthanasie verstrekt krijgt. De verwachting is dat het aantal euthanasie aanvragen de komende jaren kan stijgen. Deze zorgvraag zal ook grotendeels bij de expertise centra voor zorg komen te liggen, en vragen zorgvuldige overweging, veel gesprekken en veel tijd. Ook dit brengt extra kosten met zich mee, die onvoldoende gedekt zijn qua aantallen/ complexiteit.

### **Betaaltitel**

De betaaltitel die nu gebruikt kan worden is om meerdere redenen knellend. Zoals aangegeven is het ziektebeeld domein overstijgend, in tegenstelling tot de beschikbare betaaltitels. Daarnaast is de zorg voor al deze patiënten bovengemiddeld complex en zwaar, waardoor de vergoeding (gebaseerd op gemiddelde complexiteit) te laag uitvalt. Hierbij gaan de kosten voor de baten uit; de vergoeding door verzekeraars kan pas achteraf onderhandeld worden voor de volgende jaren, ervan uitgaande dat dit deze onderhandeling überhaupt slaagt. Ook valt bepaalde ziekte-specifieke diagnostiek niet binnen de betaaltitel. In eerdere gesprekken over deze problemen werd geen noodzaak tot aanpassen gevoeld, en werd aangegeven dat dit een zeer langdurig proces is wat werd ontraden. Een oplossing zal echter noodzakelijk zijn om deze specifieke zorg kostendekkend en structureel te kunnen leveren.

### **Macro-beheersingsinstrument zorg**

Er is de afgelopen jaren afgesproken dat de zorg als geheel hooguit beperkt budgettair mag groeien. Op basis van het macro-beheersinstrument multidisciplinaire zorg, zullen ontstane overschrijdingen op het budgettair kader zorg achteraf kunnen worden geredresseerd (gekort, niet vergoed). Het toevoegen van deze grote extra stroom patiënten zal een overschrijding van de toegestane groei geven voor de ziekenhuizen die bereid zouden zijn dergelijke zorg te starten, omdat het initieel bovenop de reeds bestaande zorg komt. Hiervoor zal dringend een oplossing gevonden moeten worden om de ziekenhuizen bereid te vinden deze zorg op te starten binnen hun instellingen.

### **Aantallen zullen verder oplopen**

Naar schatting zijn er op dit moment 100.000en mensen in Nederland kampen die in enige mate kampen met long-COVID. Hiervan betreft het naar schatting 90.000 patiënten waarbij het hun dagelijks leven en werk ernstig beïnvloed. Sommigen van hen zullen herstellen, met name in het eerste jaar na ontstaan van klachten, maar een groter deel zal naar verwachting langdurige klachten houden tenzij er belangrijke biomedische doorbraken komen. Tegenover het (spontaan) herstel van sommigen, staat dat er nog altijd nieuwe long-COVID patiënten bijkomen. Door vaccinatie en eerder verkregen immuniteit is dit risico lager, maar bestaat het nog altijd. Hoewel het lastig is om inschattingen te maken is de verwachting van experts dat zonder verdere COVID-mitigatie maatregelen het aantal long-COVID patiënten de komende jaren eerder zal stijgen dan afnemen en er veel zeer langdurig zieke patiënten blijven. Dat maakt dat de noodzaak voor deze expertise zorg zeer hoog is en blijft.

### **Kostenbesparing op langere termijn**

Qua perspectief kan deze zorg ook veel opleveren. In de eerste plaats voor patiënten. Erkenning alsmede symptoomverlichting of zelfs etiologische behandeling kan veel bijdragen aan hun kwaliteit van leven en sommige patiënten zelfs weer terugbrengen in hun sociale rollen en het arbeidsproces. De kostenbesparing hiervan moet niet onderschat worden. Daarnaast is er meer passende zorg beschikbaar, waardoor patiënten niet meer naar vele verschillende medisch specialisten hoeven zoals nu vaak gebeurt. De zorg zal doelmatiger ingezet worden en daarmee zal op de langere termijn mogelijk zelfs kostenbesparing bereikt worden.

### **Wat is er samenvattend nodig:**

- Centrale regie/ kwartiermaker om het proces te begeleiden en te zorgen dat dit volgens de nieuwste inzichten wordt ingericht
- Een aantal topklinische centra én een aantal academische centra die bereid zijn tot bieden van deze zorg verspreid door het land, waarvan ten minste 1 ook gericht zal zijn op kinderen (volwassenen zorg en kindzorg zijn te verschillend om te verwachten dat dit in elk ziekenhuis voor beide groepen ingericht kan worden.)
- Aanvullende financiering vanuit VWS voor ten minste de eerste twee jaar om de randvoorwaarden te scheppen om deze zorg op te zetten; het past niet binnen de bestaande kaders
- Het aantrekken van dedicated specialisten en ander personeel, voor langere tijd die deze zorg samen z.s.m. inrichten in combinatie met zorg-evaluatie onderzoek en digitale technologie
- Ondersteuning van VWS, NZa en verzekeraars om de beschreven knelpunten op te lossen
- De ambitie om deze zorg (zo snel als mogelijk is ) uit te breiden naar overige postinfectieuze aandoeningen, waar de ziektelast minstens net zo hoog is en in lijn met het advies van de gezondheidsraad
- Urgentiegevoel en daadkracht



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

## Long-covid zorg

Geschat wordt dat er momenteel zo'n 90.000 patiënten met long-COVID zijn die hier last van hebben in hun dagelijks functioneren én ten aanzien van arbeid. Vanuit patiënten en zorgprofessionals is er een dringende behoefte en noodzaak om expertiseczorg en begeleiding voor Long-covid patiënten te organiseren. Hoewel gesteld wordt dat deze poliklinieken "vanuit het veld moet komen" en gewoon "passen binnen de reguliere kaders", lukt het vooralsnog niet om goede zorg te realiseren. Het opzetten en leveren van deze zorg is zeer complex. In de bijlage een uitgebreide toelichting op enkele praktische zaken die deze complexiteit illustreren.

## Wat doen de Federatie Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen?

Vanuit de Federatie Medisch Specialisten zijn meerdere wetenschappelijke verenigingen betrokken bij de zorg voor Long-covid patiënten, zoals de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Vereniging Revalidatieartsen (VRA). Zij worden bij het opzetten van onderzoek en de ontwikkeling van richtlijnen ondersteund door het [Kennisinstituut](#) van de Federatie.

De Federatie is in 2023 gestart met een expertiseteam onder leiding van Leon van den Toorn (vz NVALT) en Herman Holtslag (VRA). Dit expertiseteam gaat met 2 taken aan de slag:

1. Post-COVID onderzoek gericht op behandeling van patiënten (welke behandeling is mogelijk ?) – kennisagenda opstellen
2. Verzamelen en duiden van beschikbare (internationale) evidence over behandeling van post-COVID, dit voortdurend opnieuw inventariseren en bijwerken zoals in COVID-tijd ook voortdurend gedaan is voor de behandeling van COVID zelf. (richtlijnen voor diagnostiek en behandeling up-to-date houden)

De (NIV) heeft in 2020 een multidisciplinaire wetenschapscommissie COVID-19 opgericht. Het doel van deze wetenschapscommissie is het initiëren en coördineren van samenwerking tussen specialismen en instellingen met betrekking tot COVID-19 gerelateerd onderzoek. Deze commissie heeft in juni 2022 een 3e Kennisagenda COVID-19 gepubliceerd. De COVID-hiaten op gebied van infectiepreventie, vaccinatie en prognose en nazorg zijn waar mogelijk ondergebracht bij lopende studies en/of bij betreffende ZonMw-programma's.

De Federatie Medisch Specialisten maakt deel uit van het platform van ZonMw, waarin wordt gewerkt aan een overkoepelende kennisagenda voor post-COVID met relevante partijen. Betreft onder meer advies over welke behandelingen kansrijk lijken, en waar meer onderzoek gewenst is, en het formuleren van de belangrijkste kennishiaten die beantwoord dienen te worden in de vorm van een overkoepelende kennisagenda.

De FMS/Kennisinstituut is lid van de kerngroep van het Kennisplatform Post-COVID dat door C-support en Long Alliantie Nederland is opgericht.

## Wat is nodig voor het opzetten van long-covid zorg?

Centrale regie/ kwartiermaker om het proces om te komen tot expertiseczorg voor Long-covid patiënten, te begeleiden en te zorgen dat dit volgens de nieuwste inzichten wordt ingericht. Belangrijke aspecten:

- Investing in tijd en geld voor het opzetten van nieuwe vormen van zorg en nieuwe zorgpaden.
- (zorgevaluatie) onderzoek.
- Logistieke organisatie van Long-Covid zorg: infrastructuur in het ziekenhuis, personeel, gegevensbeschikbaarheid.
- Bekostiging van zorg: het gaat hier om nieuwe domeinoverstijgende zorgvormen en nieuwe diagnostiek.
- Organiseren van de patiëntenstroom en van administratieve verzoeken (keuringen bijvoorbeeld).



## Memo

**Aan**

Ministerie van VWS, t.a.v.

**Van**

NZa, [REDACTED] 5.1.2e

**Onderwerp**

Bekostiging postcovidzorg

**Datum**

2 februari 2024

In het kader van de door het ministerie van VWS (VWS) te organiseren bijeenkomst over postcovid-zorg, is de NZa gevraagd om kort de rol van de NZa in het stelsel te schetsen, en welke bekostigingsmogelijkheden er zijn.

De NZa stelt prestaties en tarieven vast, om (medisch specialistische) zorg in Nederland te vergoeden via de landelijke bekostigingssystematiek (dbc systematiek). Een uitgangspunt daarbij is een aanspraak vanuit de basisverzekering. Een ander, dat het om patiëntgebonden zorgkosten gaat. Dus geen netwerkbekostiging of onderzoek. Daarnaast controleert de NZa of zorgaanbieders zich aan wet- en regelgeving houden.

De NZa ziet het belang van een goede zorgverlening aan postcovid-patiënten in Nederland. Er kunnen in principe dbc's voor de (nazorg) aan covid-patiënten worden geregistreerd en gedeclareerd, afhankelijk van de onderliggende problematiek, behandelend specialisme en geleverde zorg. Voor deze dbc's geldt een vrij onderhandelbaar tarief. Het beeld bestaat, dat postcovid-zorg nu gefragmenteerd wordt geleverd en de doelgroep en het zorgaanbod bovendien (nog) niet eenduidig omschreven zijn. Als de huidige bekostigingsmogelijkheden niet toereikend zijn, is het vooral belangrijk inzicht te krijgen waar het knelpunt zit.

Als er een aanpassing van de bekostiging nodig is, bestaat er een aantal mogelijkheden, hierna geschetst. In alle gevallen is het van belang dat het de zorg onder de Zvw valt (voldoet aan Stand wetenschap en praktijk).

### Reguliere bekostiging (dbc systematiek)

*Landelijk, aanspraak vanuit ZVW (SWP), patiëntgebonden.* Dbc's opgenomen in het systeem zijn voor iedereen die de omschreven zorg kan leveren toegankelijk en te gebruiken. De landelijke bekostigingssystematiek vergoedt patiëntzorg.

Voor het maken van een aparte dbc is een essentiële voorwaarde dat er een eenduidig zorgconcept (met in-/exclusie) bestaat waarover bekostigingsafspraken te maken zijn tussen aanbieders en verzekeraars. En wie verantwoordelijk is voor deze zorg.

Concreet: veel ziekenhuizen leveren zorg aan deze patiënten. Moet iedereen een 'postcovid dbc' kunnen declareren en, vooral, wat wordt daarmee vergoed?

Wanneer evident is dat (een aanpassing in) de reguliere systematiek niet passend is voor deze vorm van zorg dan kan er gekeken worden naar andere mogelijkheden.

### **Beleidsregel innovatie (BRI)**

Wanneer het zorgconcept nog niet uniform is uitgekristalliseerd, kan eventueel een experiment in het kader van de beleidsregel innovatie (BRI) worden overwogen. Daarbij kan een bepaalde zorgaanpak worden geëvalueerd (aan de hand van een 'PICO'), en ook de best passende bekostigingsvorm nader worden bepaald. Belangrijk is dat het hierbij om verzekerde patiëntenzorg gaat. En dat experiment door verzekeraars en aanbieders wordt gedragen (c.q. aangevraagd)

Zie ook: [Informatiekaart Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

[Informatiekaart bekostiging van innovatie en preventie in de medisch-specialistische zorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

[Innovatie | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

### **Facultatieve prestatie**

Voor *lokale* knelpunten in de bestaande bekostiging kunnen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder samen een facultatieve prestatie (FP) aanvragen. De facultatieve prestatie kan daarbij alleen worden gebruikt voor al bestaande (medisch specialistische) Zvw-zorg, door gecontracteerde centra. Voor een FP is dus een schriftelijke afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, over o.m. inhoud en tarief, verplicht.

Zie ook: [Informatiekaart facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Tot slot. In eerdere gesprekken is aangegeven, mede vanuit het consortium, wordt gewerkt aan meer uniformering van deze zorg, borging van kwaliteit en het neerzetten van een betere organisatie en eventueel concentratie van deze zorg. Wat hopelijk ook tot meer eenduidige, effectieve en doelmatige behandeling voor deze patiënten zal leiden. En waaraan de bekostiging ondersteunend kan zijn.

## Rol van Zorgverzekeraars Nederland bij organisatie en financiering van PostCovid zorg

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de branchevereniging van de zorgverzekeraars in Nederland. ZN behartigt de belangen van alle zorgverzekeraars en heeft als doel hen te ondersteunen bij hun missie: het realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven.

ZN verbindt de zorgverzekeraars met elkaar, en met de politiek, zorgverleners en patiëntenorganisaties. Als constructieve partner ondersteunt ZN zorgverzekeraars zo om de zorg toekomstbestendig te maken.

ZN staat niet aan het bed of op de stoep van de verzekerde, maar kent de praktijk. Bij ZN komen de kennis, data en ervaring van de zorgverzekeraars en zorgkantoren samen. ZN overziet daardoor het totale Nederlandse zorgstelsel. Dit helpt om mee te denken over de toekomst en de gesprekken en discussies hierover binnen de branche aan te jagen.

Samenwerking op het gebied van de reguliere zorginkoop is in de meeste gevallen niet toegestaan op grond van de mededingingswetgeving.

Als vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars kan ZN wel op verzoek van de leden in gesprek met andere brancheorganisaties in de MSZ (oa NVZ, NFU, FMS) en overheidsorganen als het ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit. Bijvoorbeeld om een prestatie te maken waarmee zorg gedeclareerd kan worden ten laste van de zorgverzekeringwet.

ZN vindt het belangrijk dat er kennis wordt gebundeld in expertisecentra en dat er snel effectieve behandelingen komen voor deze doelgroep die binnen de zorgverzekeringwet door zorgverzekeraars vergoed kunnen worden. We signaleren echter dat er geen overeenstemming is over wat passende zorg is bij de behandeling van post-covid klachten, en dus ook niet welke zorg hiervoor door ziekenhuizen en umc's geleverd kan worden.

Deze duidelijkheid over passende zorg is nodig om een prestatie te maken waarmee zorg gedeclareerd kan worden ten laste van de zorgverzekeringwet.

De zorgprofessionals zijn degene die, mogelijk samen met het zorginstituut, tot deze duiding van passende zorg moeten komen. Zodra de medisch specialistische post-covid zorg goed kan worden vastgesteld kan een wijzigingsverzoek bij de NZa ingediend worden waaraan de zorgverzekeraars hun medewerking zullen verlenen.

De medisch specialistische post-covid zorg wordt op dit moment dus bekostigd met de bestaande, niet op Covid toegesneden, zorgproducten die gebruikt worden voor veel meer zorg dan alleen post-covid zorg. In de onderhandelingen tussen ziekenhuizen/umc's en zorgverzekeraars wordt afgesproken welke prijzen voor welke producten gelden. In die onderhandelingen worden ook tussen de ziekenhuizen/umc's en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de totale omvang van de door de zorgaanbieder te leveren zorg. De zorgverzekeraars houden bij het maken van deze afspraken rekening met alle ontwikkelingen die zich voordoen waaronder de introductie van nieuwe zorg, het stoppen met niet passende zorg, het verplaatsen van zorg en dus ook de groeiende zorg aan post-covid patiënten. Dit is allemaal onderdeel van de reguliere zorginkoop die onder de mededingingswet valt en waarover dus geen landelijke afspraken gemaakt kunnen worden.

Belangrijk is te memoreren dat zorgverzekeraars daarbij ook de door de overheid gestelde budgettaire kaders proberen te handhaven waarin door VWS geen extra groei is opgenomen voor post-covid zorg. De consequentie van die keuze van de overheid is dat de groeiende zorg voor post-covid patiënten ten koste gaat van andere zorg.

Gezien voorgaande voert ZN op dit moment geen actief beleid, maar volgt de initiatieven zowel binnen als buiten de branche.



Sparrenheuvel 16  
 Postbus 520  
 3700 AM Zeist  
 5.1.2e  
 5.1.2e zn.nl  
 www.zn.nl

## Zorgverzekeraar CZ

In aanvulling op de uiteenzetting van ZN zou ik willen aangeven dat CZ voorstander is van een klein aantal expertisecentra die zich richten op de begeleiding en symptoombestrijding van patiënten met ernstige vormen van PCS, naast de huidige en zich ontwikkelende oplossingen in de eerstelijns. Het gaat dan wat ons betreft om begeleiding en symptoombestrijding, niet om oorzakelijk onderzoek en we vinden het niet nodig dat deze centra gelieerd zijn aan de academische ziekenhuizen.

Meerwaarde van centra kan zijn dat opgedane kennis rondom begeleiding en symptoombestrijding van post-covid ook zoveel als mogelijk beschikbaar komt voor mensen met vergelijkbare klachten voortkomend uit bijv. ME of CVS. Hierbij zijn nog diverse zaken die aandacht behoeven, zoals inclusiecriteria, de wijze van betaling gedurende de eerste twee jaar en financiering daarna. Het is de vraag of het aanvragen van een innovatieve prestatie haalbaar en wenselijk is, wellicht is beter dat de NZa hier zelf een prestatie voor aanmaakt. Ook is onze voorkeur om eerst inclusiecriteria/omvang/spreiding in beeld te krijgen en van daaruit een beperkt aantal centra met goede in- /door- en uitstroomafspraken vorm te geven.

LHV

## Achtergrondinformatie

t.b.v. voorbereiding werkconferentie post-covid op 29 februari a.s.

### Algemeen

Organisatie van zorg volgt uit de inhoud en dan worden (financiële) belemmeringen en knelpunten duidelijk.

### Rol van de huisarts

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt met langdurige klachten. De huisarts is poortwachter en heeft verwijfsfunctie voor multidisciplinaire zorg in de tweede lijn. Vaak zijn de wachtlijsten voor verwijzingen lang (denk aan: post-covid poli's, revalidatie, GGZ). Ook zijn er niet overal goed lopende MDO's / post-covid poli's.

De rol van de huisarts in de post-covid zorg wordt beschreven in de NHG standaard *Langdurige klachten na COVID-19*.

### NHG richtlijn *Langdurige klachten na COVID-19* (maart 2022)

De NHG richtlijn [Langdurige klachten na COVID-19 | NHG-Richtlijnen](#) beschrijft de diagnostiek en het beleid voor volwassen patiënten die langer dan 4 weken klachten houden na infectie met SARS-CoV-2. In [Aanpak van langdurige klachten na COVID-19 | Huisarts & Wetenschap \(henw.org\)](#) wordt de standaard nader toegelicht.

### Samenvatting richtlijn

- Uit de nu beschikbare gegevens (van ongevaccineerde patiënten) blijkt dat ongeveer de helft van alle patiënten, die COVID-19 doorgemaakt hebben, na 3 maanden nog niet geheel klachtenvrij is. Precieze frequenties variëren enorm per onderzoek en zijn grotendeels afhankelijk van de onderzochte populatie en het tijdstip na infectie.
- Hoewel er momenteel geen gegevens beschikbaar zijn over langdurige klachten na COVID-19 bij gevaccineerden, mogen we aannemen dat iedereen die COVID-19 heeft doorgemaakt langdurige klachten kan ontwikkelen. De belangrijkste klachten zijn vermoeidheid, verminderde inspanningsintolerantie, spierzwakte, dyspneu, cognitieve klachten en reuk- of smaakstoornissen. Ook hebben veel patiënten last van angst en slaapproblemen.
- In de eerste 3 maanden na de acute infectie zien we de grootste daling van het aantal klachten bij patiënten. Daarna verloopt de afname van de klachten (zowel in aantal als intensiteit) minder snel. Patiënten met een ernstiger beloop van de acute infectie of meer klachten ten tijde van de acute infectie lijken een hoger risico te lopen op langdurige klachten.
- Bij de behandeling wordt aandacht besteed hierbij aan de biologische, psychologische en sociale aspecten van de klachten.
- Bepaal in samenspraak met de patiënt of behandeling gewenst is of dat in eerste instantie kan worden afgewacht. Er is geen bewijs dat medicamenteuze behandeling het herstel van langdurige klachten bevordert.

- De eerste 6 weken na COVID-19 ligt de nadruk op leefstijl-adviezen. Na 6 weken kan de huisarts in overleg met de patiënt besluiten om een paramedicus bij de behandeling te betrekken.
- De huisarts kan in overleg met de patiënt overwegen om de patiënt te verwijzen naar een medisch specialist wanneer de patiënt ondanks eerstelijnsbehandeling onvoldoende herstelt.

#### *Uit de NHG richtlijn – verwijzen – multidisciplinaire zorg*

- Overweeg een multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn bij matig ernstige samenhangende klachten die  $\geq 6$  weken na COVID-19 aanhouden, waarbij op basis van de gestelde doelen interventies op elkaar worden afgestemd en zo nodig (gezamenlijk) worden geëvalueerd.
  - Maak hierbij zoveel mogelijk gebruik van bestaande samenwerkingsverbanden.
  - Bepaal in onderling overleg wie de behandeling coördineert. In de eerste lijn is dit vaak de huisarts. Deze houdt overzicht over alle bij de behandeling betrokken zorgverleners en signaleert stagnatie van herstel.
  - Betrokken zorgprofessionals zijn zelf verantwoordelijk voor onderlinge afstemming over behandeldoelen en evaluatie van het ingezette beleid. Mocht het ingezette beleid onvoldoende blijken, dan is het aan de signalerende zorgprofessional hiernaar te handelen, en indien nodig in overleg met en op verwijzing van de behandelend huisarts andere zorgprofessionals bij de behandeling te betrekken.
- Overweeg verwijzing naar de tweede lijn voor een multidisciplinair overleg bij:
  - onvoldoende herstel van matige ernstige samenhangende klachten > 6 maanden behandeling in de eerste lijn
  - grote complexiteit van klachten
  - diagnostische twijfel of de combinatie van klachten en het beloop passend zijn bij herstel na COVID-19

#### Aanvullend:

- Multidisciplinair overleg waar patiënten met langdurige klachten na COVID-19 worden besproken in de tweede lijn is nog niet overal gerealiseerd.
- Indien regionaal beschikbaar; benader voor verwijzing het aanspreekpunt of verwijsloket binnen het betreffende ziekenhuis.
- Indien nog niet regionaal beschikbaar; verwijs naar de meest voor de hand liggende medisch-specialist.
- In sommige gevallen kan het zinvol zijn paramedische zorg (bijvoorbeeld diëtist) al eerder in te zetten dan de hierboven beschreven 6 weken.

### **Beantwoording vragen werkconferentie**

#### **Wat is nodig?**

#### *Waar lopen patiënten en zorgverleners tegenaan?*

- Lange wachtlijsten voor vervolgbehandeling in de tweede lijn (post-COVID poli's, gespecialiseerde revalidatiezorg, GGZ)
- Veel vragen van patiënten over nog niet onderzochte behandelingen

- Onbekendheid van patiënten met de adviezen behorend bij de NHG standaard langdurige klachten na COVID-19 (<https://www.thuisarts.nl/lang-klachten-na-corona>)
- Onvoldoende kennis van welke ondersteuning/zorg/behandeling voor welke klachten bij welke patiënt het meest effectief is.

*Wat verstaan we onder goede integrale ondersteuning?*

- Er is een hoofdbehandelaar / eerste aanspreekpunt aanwezig voor patiënten met post-COVID klachten.
- Wanneer de behandeling met name in de eerste lijn plaatsvindt, is dit de huisarts.
- Wanneer er sprake is van complexe problematiek of ernstige klachten en patiënt onder behandeling/begeleiding is bij een post-covid poli / revalidatiezorg, zal hier de coördinatie logischerwijs plaatsvinden.

*Hoe kan de zorg die reeds wordt geleverd beter aansluiten op de wensen van de patiënt?*

- Verkorten van wachtlijsten
- Focus op persoonsgerichte zorg in zowel de eerste als de tweede lijn

**Hoe kunnen we dit organiseren?**

*Hoe kan de ondersteuning en zorg voor post-COVID patiënten beter worden georganiseerd?*

- onderzoek naar welke ondersteuning/zorg/behandeling voor welke klacht (en bij welke patiënt) meest passend is,
- regionale netwerken van zorgverleners met speciale expertise (ParkinsonNet)
- onderzoek naar nieuwe behandelingen en zorgprocessen, kennisdisseminatie

*Welke partijen moeten hierbij betrokken worden?*

Onder andere huisartsen, paramedici, medisch specialisten, GGZ, patiëntenorganisaties, verzorgenden, VWS (ZonMW), UMC's en sociale domein

*Wat zijn randvoorwaarden bijvoorbeeld waar het gaat om bekostiging en financiering?*

- bekostiging van overlegtijd en afstemming tussen zorgverleners
- financiering van intercollegiale consultatie
- Verder: geen extra administratieve lasten voor de huisarts en zijn/haar team en arbeidsneutraliteit.

*En welke goede ervaringen zijn er al?*

De effecten van o.a. opgezette zorgpaden worden momenteel onderzocht in wetenschappelijk onderzoek gefinancierd vanuit het ZonMw Long Covid programma. We pleiten ervoor dat er eerst duidelijke aanwijzingen voor meerwaarde uit onderzoek moet blijken voordat nieuwe behandelingen of zorgpaden landelijk worden uitgerold.

**NVZ**

De NVZ is een brancheorganisatie die zich inzet voor de zorg in Nederland. Dit doen we samen met onze ruim 100 leden: algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en categorale zorginstellingen. We willen niet alleen kwalitatief de beste zorg bieden. Maar ook zorg die persoonlijk, toegankelijk en betaalbaar is. Meer dan ooit is duidelijk dat we goede zorg alleen samen kunnen leveren. Samen met andere zorgverleners in de regio, zodat patiënten zorg op de juiste plek krijgen, vandaar het moto van de NVZ: goede zorg doen we samen.

## **NVAB**

De Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) zet zich via haar leden, de bedrijfsartsen in Nederland, in voor de ondersteuning en bevordering van de gezondheid en het welzijn van werkenden. Dat geldt zeker ook voor werknemers met postcovid. Deze aandoening, gekenmerkt door aanhoudende symptomen na een acute COVID-19-infectie, heeft significante implicaties voor de kwaliteit van leven en het werkvermogen van werkenden. Hieronder beschrijven we hoe de NVAB bijdraagt aan de zorg voor werkenden met postcovid.

### **1. Voorlichting en Bewustwording**

De NVAB heeft in 2022 een leidraad opgesteld en educatief materiaal ontwikkeld voor zowel werkgevers als werknemers over de impact van postcovid op de werkvloer.

### **2. Kennisdeling en Scholing**

De NVAB participeert in verschillen initiatieven op het terrein van wetenschappelijk onderzoek en kennisdisseminatie.

### **3. Arbocuratieve Samenwerking**

Bedrijfsartsen spelen een sleutelrol in de samenwerking met huisartsen, specialisten en andere zorgverleners rondom de werkende patiënt. Door deze samenwerking kunnen ze:

- Een integrale en wetenschappelijk verantwoorde aanpak bieden voor de diagnose, behandeling en begeleiding van werknemers met postcovid.
- Zorgen dat nog werkende werknemers met postcovid in het werkproces blijven.
- Zorgen voor een gestroomlijnde communicatie tussen de gezondheidszorg en de werkplek.
- Bijdragen aan een beter begrip van de impact van postcovid op het werkvermogen en de noodzakelijke aanpassingen op de werkplek.

### **4. Rol bij Long COVID Expertise Centra**

Bedrijfsartsen kunnen een actieve rol spelen in postcovid expertise centra door:

- Actieve deelname aan multidisciplinaire teams, waarbij zowel medische als arbeidsaspecten worden meegenomen.
- Hun expertise in te brengen over de impact van postcovid op het werk en de werkomgeving.
- Te adviseren over preventieve maatregelen om te voorkomen dat, nog werkende medewerkers met postcovid, niet onnodig uitvallen
- Te adviseren over werkgerelateerde re-integratieplannen en aanpassingen op de werkplek.
- Bij te dragen aan onderzoek naar postcovid en de verspreiding van kennis over effectieve interventies en begeleidingsstrategieën binnen de arbeidscontext.

### **5. Monitoring en Follow-up**

Een systematische monitoring en verslaglegging door de bedrijfsarts van medewerkers met postcovid is cruciaal om de voortgang van werknemers met postcovid te beoordelen.

Dit niet alleen als er al sprake is van verzuim, maar ook als er sprake is van dreigend verzuim. Indien nodig kan de bedrijfsarts dan aanpassingen in de behandeling en/of de werkplek adviseren.

Dit omvat een laagdrempelige toegang tot het preventieve spreekuur van de bedrijfsarts, het evalueren van het arbeidsvermogen, het monitoren van symptomen en het bieden van ondersteuning bij de re-integratie in het arbeidsproces.

<https://nvab-online.nl/content/herstel-re-integratie-covid19-pasc>

<https://nvab-online.nl/corona>