

GEDRAGSWETENSCHAP GEBRUIKEN

OM DE COVID-19-ZORG VOOR
HOOGRISICOGROEPEN TE VERBETEREN



Voorwoord

De COVID-19-pandemie heeft zowel de sterke als de kwetsbare kanten van zorgstelsels wereldwijd zichtbaar gemaakt. Hoewel de meeste mensen tegenwoordig zonder ernstige gevolgen herstellen van COVID-19, lopen bepaalde groepen nog steeds een verhoogd risico op ziekenhuisopname, langdurige complicaties en slechtere gezondheidsuitkomsten. Het gaat onder meer om ouderen, mensen met een chronische aandoening, zwangere vrouwen, mensen met een beperking en mensen die belemmeringen ervaren bij de toegang tot zorg.

Het blijft daarom van groot belang dat zorgprofessionals deze risico's herkennen en er passend op reageren. Klinische kennis alleen is echter vaak niet voldoende. Effectieve zorg is ook afhankelijk van communicatie, besluitvorming, betrokkenheid van patiënten, tijdig handelen en inzicht in de gedragsmatige, sociale en culturele factoren die gezondheidsuitkomsten beïnvloeden.

Deze uitgave is ontwikkeld om zorgprofessionals te ondersteunen bij het herkennen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden van COVID-19 bij hoogrisicogroepen. De modules zijn gebaseerd op gedragswetenschappelijke principes en bieden praktische, wetenschappelijk onderbouwde strategieën die in de dagelijkse klinische praktijk kunnen worden toegepast. De inhoud richt zich op veelvoorkomende uitdagingen voor zorgprofessionals, zoals het herkennen van patiënten die mogelijk over het hoofd worden gezien, het stimuleren van tijdige behandeling, het ondersteunen van gedragsverandering, het omgaan met de langetermijngevolgen van COVID-19 en effectieve communicatie in uiteenlopende culturele contexten.

De vijf modules zijn gezamenlijk ontwikkeld door een internationaal team van gedragswetenschappers, klinici, onderzoekers en docenten uit Europa, Azië, Australië en Noord-Amerika. Elke module combineert actuele wetenschappelijke kennis met praktische aanbevelingen die bruikbaar zijn in verschillende zorgomgevingen en bij uiteenlopende beschikbare middelen. De bijbehorende infographics geven beknopte visuele samenvattingen ter ondersteuning van het leren en de toepassing in de praktijk.

Dit trainingsprogramma maakt deel uit van een breder initiatief om de gelijkwaardige toegang tot wetenschappelijk onderbouwde COVID-19-zorg te verbeteren met cultureel passende, meertalige scholing. Het materiaal is ontwikkeld met het oog op vertaling en aanpassing aan verschillende talen en situaties. Daarbij is rekening gehouden met het feit dat zorgprofessionals diverse gemeenschappen bedienen, met uiteenlopende behoeften, ervaringen en niveaus van gezondheidsvaardigheden.

Hoewel de modules zich richten op COVID-19, zijn veel van de beschreven gedragswetenschappelijke principes ook toepasbaar op andere aandoeningen. De benaderingen kunnen communicatie, betrokkenheid, therapietrouw en persoonsgerichte zorg ondersteunen bij een breed scala aan gezondheidsproblemen.

Wij hopen dat deze modules het vertrouwen van zorgprofessionals vergroten, de klinische praktijk versterken en hen ondersteunen bij het bieden van tijdige, meelevende en effectieve zorg aan de mensen die het grootste risico lopen.



A/Prof Gill ten Hoor

Maastricht University, the Netherlands



A/Prof Dominika Kwasnicka

University of Melbourne, Australia

Mede namens de module-auteurs, vertalers en anderen die een bijdrage hebben geleverd.

Inhoud

Module 01	Worden COVID-19-patiënten met een hoog risico gemist Verbetering van vroege identificatie in de praktijk	4
	Leerdoelen: - Risico-indicatoren herkennen bij patiënten die waarschijnlijk een ernstig beloop van COVID-19 zullen hebben. - Bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor vroege behandeling en welke belemmeringen daarbij een rol spelen. - Screeningsprotocollen bepalen en toepassen, vooral bij minderheidsgroepen en hoogrisicogroepen. - Bewustwording vergroten van impliciete vooroordelen en de invloed daarvan op de toegang tot zorg.	
Module 02	Vroeg handelen betere uitkomsten Het belang van vroege COVID-19-interventie bij hoogrisicopatiënten	9
	Leerdoelen: - Begrijpen waarom de behandeling snel moet worden gestart. - De voordelen van een passende behandeling duidelijk uitleggen aan patiënten die twijfelen, vooral wanneer zij een hoog risico lopen. - Zorgpaden voor vroege behandeling integreren in de reguliere zorg voor volwassenen met een hoog risico. - Gerichtte communicatiestrategieën effectief toepassen om terughoudendheid ten aanzien van behandeling te verminderen.	
Module 03	COVID-19-complicaties bij hoogrisicopatiënten voorkomen door gedragsverandering Op basis van comorbiditeiten anticiperen op mogelijke complicaties.	16
	- Strategieën toepassen om vermijdbare ziekenhuisopnames te verminderen. - Passende gedragsveranderingstechnieken gebruiken om proactief te handelen bij patiënten met een risico op ernstige complicaties. - De kosten voor het zorgsysteem herkennen van een te late of ontoereikende interventie.	
Module 04	Leven na COVID-19: Omgaan met langdurige gezondheidseffecten	20
	Leerdoelen: - Met meer vertrouwen aandacht vragen voor de langetermijneffecten van COVID-19. - De brede verscheidenheid aan complicaties na de acute fase van COVID-19 herkennen. - Aandacht voor long COVID integreren in de zorg voor chronische aandoeningen. - Duurzame zorgplannen voor herstel na COVID-19 ontwikkelen, vooral voor oudere patiënten.	
Module 05	Gedragswetenschap gebruiken ter ondersteuning van COVID 19-diagnose en behandeling bij hoogrisicogroepen	25
	Leerdoelen: - De gedragsmatige, culturele en psychologische belemmeringen herkennen die de diagnose en behandeling van COVID-19 bij hoogrisicopatiënten beïnvloeden. - Een COVID-19-diagnose op een respectvolle manier bespreken, defensieve reacties verminderen en misinformatie bespreken. - Technieken uit de motiverende gespreksvoering toepassen om de motivatie voor behandeling te versterken, vooral bij mensen met een hoog risico. - Therapietrouw bij hoogrisicopatiënten ondersteunen met een praktisch, persoonlijk actieplan.	

MODULE

01

Worden COVID-19-patiënten met een hoog risico gemist? Verbetering van vroege identificatie in de praktijk



Door **Astin Sokang**, Universitas Kristen Krida Wacana, Indonesië; **Triana Kesuma Dewi**, Universitas Airlangga, Indonesië; **Yuhang Zhu**, Shandong Second Medical University, China; **Gill ten Hoor**, Maastricht University, Nederland

Voor veel volwassenen veroorzaakt COVID-19 slechts milde klachten, zoals **vermoeidheid, hoesten of lichte koorts**. Bij mensen met bepaalde gezondheidsproblemen kan een infectie echter leiden tot ziekenhuisopname of ernstige complicaties. Vroege identificatie van deze patiënten is daarom essentieel, omdat behandelingen het meest effectief zijn wanneer zij kort na het begin van de symptomen worden gestart.

Recente gegevens tonen consequent aan dat het risico op ernstige COVID-19 toeneemt met de leeftijd en met onderliggende aandoeningen zoals hart- en vaatziek-

ten, diabetes, obesitas, chronische longaandoeningen, kanker en immunosuppressie. Ouderen en mensen met meerdere gezondheidsproblemen zijn bijzonder kwetsbaar voor ernstige uitkomsten.

Hoewel antivirale therapieën het meest effectief zijn in het voorkomen van ernstige ziekte wanneer zij binnen vijf dagen na het begin van de symptomen worden gestart, blijft snelle identificatie van hoogrisicopatiënten essentieel. Ook vertraagde behandeling kan namelijk nog voordelen bieden voor kwetsbare groepen met langdurige virale replicatie.

Waarom patiënten met een hoog risico soms over het hoofd worden gezien

Ondanks duidelijke klinische richtlijnen worden geschikte patiënten niet altijd tijdig geïdentificeerd om vroegtijdige behandeling te ontvangen. Zorgprofessionals richten zich vaak meer op de ernst van de symptomen dan op onderliggende risicofactoren. Patiënten met milde symptomen krijgen daardoor niet altijd direct een verdere beoordeling, zelfs wanneer zij risicofactoren hebben die de kans op complicaties vergroten.

Daarnaast ontstaat risico vaak door meerdere matige risicofactoren in plaats van één duidelijke hoogrisicoconditie. **Richtlijnen** benadrukken dat het aantal onderliggende aandoeningen het risico op ernstige ziekte aanzienlijk verhoogt. Daarom is het belangrijk om het totale risicoprofiel te beoordelen — bijvoorbeeld hoge leeftijd, hypertensie en overgewicht samen — in plaats van aandoeningen afzonderlijk te bekijken.

Tijdsdruk in drukke zorgomgevingen speelt eveneens een rol. Zorgverleners moeten vaak beslissingen nemen op basis van beperkte informatie, zoals onvolledige patiëntgeschiedenissen of dossiers waarin relevante risicofactoren niet duidelijk zichtbaar zijn. Daardoor kunnen belangrijke signalen worden gemist.

Structurele en gedragsmatige barrières beïnvloeden ook wie tijdig zorg ontvangt. **Onderzoek tijdens de pandemie** liet zien dat etnische minderheidsgroepen en sociaal-economisch kwetsbare populaties hogere percentages COVID-19-infecties, ziekenhuisopnames en sterfte kenden. Deze verschillen hangen deels samen met ongelijkheid in toegang tot zorg en behandeling.

Ook patiënten zelf stellen het zoeken van zorg soms uit. Veel mensen gaan ervan uit dat milde symptomen een laag risico betekenen, of weten niet dat behandelingen het meest effectief zijn wanneer zij vroeg worden gestart. Zonder duidelijke uitleg van zorgprofessionals melden deze patiënten zich soms te laat voor effectieve behandeling.

Daarnaast kan veranderde risicoperceptie in de loop van de tijd een rol spelen. In het begin van de pandemie leidde een hoger risicobewustzijn tot voorzichtiger handelen. Nu de situatie verbeterd lijkt, kunnen milde gevallen minder urgent aanvoelen, waardoor zowel patiënten als zorgverleners minder gemotiveerd raken om risico's systematisch te beoordelen.

Hoe gedragswetenschap betere identificatie kan ondersteunen

Op het eerste gezicht lijkt dit vooral een klinische uitdaging. Gedragswetenschap biedt echter praktische hulpmiddelen waarmee zorgprofessionals hoogrisicopatiënten consistentere kunnen identificeren. Zorgverleners werken vaak onder hoge cognitieve belasting. Het vereenvoudigen van besluitvorming via herinneringen en checklists kan helpen om minder afhankelijk te zijn van geheugen en intuïtie, doordat belangrijke risicofactoren systematisch worden nagegaan. Elektronische patiëntendossiers kunnen, waar beschikbaar, vroegtijdige identificatie ondersteunen. Automatische meldingen voor patiënten met bekende risicofactoren — zoals leeftijd, chronische ziekte of immunosuppressie — kunnen zorgverleners stimuleren om snel de behandelgeschiktheid te beoordelen.

Duidelijke communicatie over risico's en het belang van vroegtijdige behandeling kan eveneens bijdragen aan tijdige identificatie. Wanneer patiënten hun risico begrijpen,

nemen zij mogelijk sneller contact op met zorgverleners na een positieve test, in plaats van te wachten tot de klachten verergeren.

Gerichte vragen stellen, zoals: "Wat zou het voor u moeilijk maken om snel behandeling te krijgen?", of aandacht tonen voor mogelijke barrières in toegang tot zorg, kan verborgen problemen zichtbaar maken. Een algemene boodschap zoals "U zou een arts moeten raadplegen" is vaak minder effectief dan concrete begeleiding zoals: "U kunt deze week een afspraak maken bij uw huisartspraktijk; indien nodig kan ik u helpen een geschikte locatie te vinden."

Reflectieve praktijkvoering kan ook helpen om impliciete vooroordelen te verminderen. Eenvoudige reflectievragen, zoals of dezelfde behandeling of hetzelfde advies zou worden gegeven aan een andere patiënt met hetzelfde klinische profiel, kunnen onbedoelde verschillen in zorg verminderen.

Praktische aanbevelingen

1



Gebruik een korte risicoscreeningschecklist tijdens COVID-19-consulten.

Beoordeel tijdens elk consult of preconsult met een patiënt die positief test of symptomen vertoont snel veelvoorkomende risicofactoren zoals hoge leeftijd, hart- en vaatziekten, diabetes, obesitas, chronische longaandoeningen, kanker of immunosuppressie. Dit kan helpen kwetsbare patiënten niet te missen, vooral tijdens drukke spreekuren.

2



Kijk naar het cumulatieve risico in plaats van naar afzonderlijke aandoeningen.

Patiënten hebben vaak meerdere matige risicofactoren in plaats van één duidelijke hoogrisicoconditie. Houd bij de beoordeling voor antivirale behandeling rekening met het totale risicoprofiel, inclusief leeftijd, comorbiditeiten en klinische context.

3



Geef prioriteit aan snelle beoordeling binnen het behandelvenster.

Vroege COVID-19-behandelingen zijn het meest effectief wanneer zij kort na het begin van de symptomen worden gestart. Zorg voor duidelijke werkprocessen zodat hoogrisicopatiënten met een positieve test snel beoordeeld kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld via beoordeling op dezelfde dag, speciale triagepaden of automatische meldingen in elektronische patiëntendossiers.

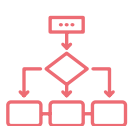
4



Communiceer duidelijk en proactief over risico's.

Patiënten met chronische aandoeningen weten soms niet dat zij een verhoogd risico lopen op ernstige COVID-19. Leg uit hoe specifieke aandoeningen het risico beïnvloeden en moedig patiënten aan om snel contact op te nemen bij een positieve test of symptomen.

5



Standaardiseer behandelbeslissingen.

Gebruik gestandaardiseerde triagepaden en klinische scoresystemen om subjectieve intuïtie en heuristieken te verminderen. Stel uzelf voordat u besluit dat verdere beoordeling of behandeling niet nodig is de vraag: "Zou ik dezelfde beslissing nemen voor een andere patiënt met hetzelfde medische profiel?" Gestructureerde reflectie kan onbedoelde verschillen in zorg verminderen.

Belangrijkste aandachtspunten



Het verbeteren van de identificatie van COVID-19-patiënten met een hoog risico vereist niet noodzakelijk grote systeemveranderingen. Vaak kunnen kleine aanpassingen in klinische werkprocessen, screeningsprocedures en communicatie al een groot verschil maken. Door klinische richtlijnen te combineren met inzichten uit de gedragswetenschap kunnen zorgprofessionals ervoor zorgen dat hoogrisicopatiënten snel worden herkend en tijdig beoordeeld voor behandeling. In de context van COVID-19 en toekomstige infectieziekte-uitbraken kunnen deze kleine verbeteringen ernstige ziekte helpen voorkomen en mogelijk levens redden.

DE VERBORGEN HOOGRISICOPATIËNT

Patiënt A

Ernstige symptomen



Patiënt B

Milde symptomen



HARTAANDOENING



LONGAANDOENING



DIABETES



OBESITAS



LEEFTIJD 65+

**Milde symptomen betekenen niet
dat het risico laag is.**

**Kijk verder dan de symptomen. Controleer het
risicoprofiel.**

Herken de verborgen hoogrisicopatiënt met COVID-19

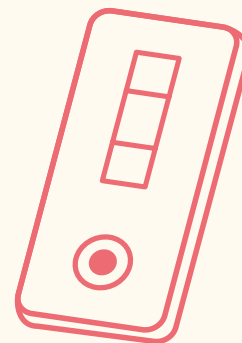
Milde symptomen betekenen niet altijd een laag risico. Vroege identificatie reedt levens.

1 Bevestig COVID-19

Heeft de patiënt COVID-19?

- ✓ Positieve test
- ✓ Symptomen passend bij COVID-19

→ **ZO JA:** Controleer de risicofactoren onmiddellijk



2 Let op indicatoren voor een hoog risico



Leeftijd

- Leeftijd ≥ 60 jaar

Chronische aandoeningen

- Hart- en vaatziekten
- Diabetes
- Obesitas
- Chronische longaandoening
- Kanker
- Chronische nierziekte

Immuunsysteem

- Immuunsuppressie
- Immuunsuppressieve medicatie
- Chemotherapie

Overig risico



- Zwangerschap

3 Onthoud: risico's stapelen zich op

Zelfs als de symptomen mild zijn, verhogen meerdere matige risicofactoren het risico.

Voorbeeld:



Leeftijd 62

+



Hypertensie

+



Overgewicht

30-secondenregel voor zorgprofessionals

Kleine beslissingen die vroeg worden genomen, kunnen ernstige ziekte voorkomen en levens redden.



1

BEVESTIG COVID-19



2

Controleer
risicofactoren



3

Let op cumulatief
risico



4

Beoordeel vroeg of de patiënt
in aanmerking komt voor
behandeling

MODULE

02

Vroeg handelen, betere uitkomsten: Het belang van vroege COVID-19-interventie bij hoogrisicopatiënten



Door **İrem Berna Güvenç Erdoğan**, Middle East Technical University, Turkije; **Iga Palacz-Poborczyk**, SWPS University, Polen; **Olga Perski**, Stockholm University, Zweden; **Sheson Tiwari**, Psyfolks Education, India; **Belgin Ünal**, University of Michigan, VS

COVID-19-progressie en het belang van vroege behandeling

De meeste mensen herstellen van COVID-19 zonder intensieve medische behandeling nodig te hebben. Ondersteunende zorg en symptoombehandeling zijn meestal voldoende. Een deel van de bevolking — met name ouderen, niet-gevaccineerde personen en mensen met bestaande chronische aandoeningen — loopt echter een verhoogd risico op ernstige ziekte. Daarom benadrukt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het belang van vroege behandeling in deze hoogrisicogroepen om ziekenhuisopname, intensieve care opname of overlijden te voorkomen.

Voor bepaalde patiënten wordt antivirale behandeling aanbevolen om het risico op ernstige ziekte aanzienlijk te verminderen. Deze behandeling is het meest effectief binnen de eerste vijf dagen na het begin van de symptomen. Vertragingen in testen, diagnose of behandeling kunnen de effectiviteit van beschikbare therapieën sterk verminderen. Snelle toegang tot zorg, vooral in de eerstelijnszorg, is daarom essentieel om de voordelen van behandeling te maximaliseren en de uitkomsten voor patiënten te verbeteren.

Context-specifiek bewijs voor vroege behandeling

Vroege behandeling vermindert het risico op ziekenhuisopname en overlijden aanzienlijk, vooral bij patiënten met een hoog risico op ernstige ziekte. Om de klinische urgentie goed te begrijpen, moet het bewijs worden geïnterpreteerd binnen de specifieke klinische en populatiecontext. In een grote gerandomiseerde klinische studie uitgevoerd in meerdere landen, waaronder de Verenigde Staten, Brazilië, Zuid-Afrika, India en Mexico, hadden niet-gehospitaliseerde hoogrisico-volwassenen zonder vaccinatie die binnen drie dagen na het begin van de symptomen antivirale behandeling kregen bijna 89% minder kans op ziekenhuisopname of overlijden dan patiënten die placebo ontvingen.

Ook vroege behandeling met Sotrovimab, een doelgerichte antilichaamtherapie, verminderde het risico op ziekteprogressie met 85% tijdens vroege circulerende varianten. De effectiviteit varieerde bij latere varianten, maar de resultaten onderstrepen het belang van vroege interventie bij hoogrisicopatiënten, waaronder ouderen en mensen met onderliggende aandoeningen zoals obesitas of diabetes. Opmerkelijk is dat meer dan

60% van de steekproef afkomstig was uit Hispanic- en Latinx-gemeenschappen, groepen die onevenredig zwaar door de pandemie zijn getroffen, wat wijst op de effectiviteit van vroege behandeling binnen verschillende sociaaldemografische contexten.

Daarnaast liet een systematische review van 18 praktijkstudies uit meerdere landen zien dat vroege behandeling ziekenhuisopname en sterfte significant verminderde, waarbij het grootste voordeel werd gezien wanneer behandeling binnen vijf dagen na het begin van de symptomen werd gestart. Een grote studie uit Hongkong, waarin meer dan 87.000 patiënten werden gevolgd, toonde aan dat behandeling gestart binnen de eerste één à twee dagen na de symptomen leidde tot minder ziekenhuisopnames en sterfte dan behandeling die later begon. Dit patroon was grotendeels consistent over verschillende leeftijds-, geslachts- en vaccinatiestatusgroepen. Samen genomen ondersteunen deze gegevens een eenvoudige maar cruciale conclusie: vroege behandeling werkt, en vertraging vermindert de effectiviteit.

Overzicht van aanbevolen therapieën

Nu duidelijk is dat timing cruciaal is, rijst de vraag welke behandelingen beschikbaar zijn en voor wie.

Voor niet-gehospitaliseerde volwassenen met milde tot matige COVID-19 is antivirale therapie het meest effectief. Momenteel worden drie belangrijke antivirale middelen gebruikt: Remdesivir, Nirmatrelvir/Ritonavir en Molnupiravir. De juiste keuze hangt af van het individuele risicoprofiel van de patiënt, huidige medicatie, toedieningsvormen en lokale beschikbaarheid.

Remdesivir wordt toegediend via een driedaags intraveneus infuusschema en heeft de voorkeur wanneer orale therapie niet geschikt is. In een gerandomiseerde gecontroleerde studie verminderde een driedaagse poliklinische kuur met Remdesivir ziekenhuisopname en sterfte significant vergeleken met placebo. Remdesivir wordt aanbevolen voor gehospitaliseerde COVID-19-patiënten, samen met immunomodulatoren wanneer zuurstofondersteuning nodig is, en als tweedelijnsbehandeling voor hoogrisico-poliklinische patiënten wanneer Nirmatrelvir/Ritonavir niet geschikt is. Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid) wordt doorgaans gedurende

vijf dagen oraal ingenomen en verlaagt het risico op ziekenhuisopname en overlijden significant bij hoogrisicopatiënten zonder vaccinatie. De WHO adviseert Nirmatrelvir/Ritonavir als eerstelijnsbehandeling voor hoogrisico, niet-gehospitaliseerde patiënten.

Molnupiravir wordt eveneens oraal ingenomen en geldt als derdelijns optie voor patiënten die geen toegang hebben tot of intolerant zijn voor de andere behandelingen. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie toonde voordelen aan met een significante vermindering van ziekenhuisopnames en sterfte bij niet-gevaccineerde volwassenen, hoewel het bewijs bij gevaccineerde populaties minder consistent was, wat wijst op meer bescheiden effecten.

De beschikbaarheid van therapieën verschilt per zorgsysteem en middelencontext. Voor alle drie de middelen geldt dat vroege start cruciaal is. Vertraging in testen, diagnose of voorschrijven verkleint direct de kans op een gunstig effect.



Communicatiestrategieën om behandelterughoudendheid te verminderen

Waarom blijft terughoudendheid bestaan, zelfs wanneer de voordelen van behandeling duidelijk zijn? Verschillende factoren dragen bij aan uitstel van besluitvorming. Een veelvoorkomende barrière is de "afwachten en zien"-houding, waarbij patiënten de ernst van COVID-19 onderschatten en behandeling uitstellen. Ook zorgen over bijwerkingen en geneesmiddelinteracties komen vaak voor, vooral bij patiënten die meerdere medicijnen gebruiken.

Daarnaast kan beperkte bekendheid en moeite met het vinden van duidelijke informatie de tijdige behandeling verder vertragen, waarbij studies suggereren dat slechts 54% van de volwassenen vóór de diagnose had gehoord van behandelingen zoals Paxlovid (Nirmatrelvir/Ritonavir). Samen zorgen deze factoren voor onzekerheid, waardoor patiënten aarzelen of behandeling uitstellen.

Wat kan in de praktijk anders?

Ten eerste is het belangrijk te benadrukken dat COVID-19-behandelingen tijdsgevoelige preventieve interventies zijn, en niet alleen symptoombestrijding. **Antivirale middelen moeten worden gepositioneerd als een strategie om ernstige ziekte te voorkomen**, in plaats van enkel als behandeling, zodat patiënten begrijpen dat vroege behandeling het risico op ernstige ziekte en ziekenhuisopname vermindert.

Ten tweede is een directe aanbeveling van een vertrouwde zorgverlener cruciaal. Patiënten zijn veel eerder geneigd een behandeling te accepteren wanneer deze duidelijk wordt aangeraden door een bekende arts, samen met geruststelling over de veiligheid en de compatibiliteit met bestaande medicatie. Gegevens laten zien

dat het aandeel mensen dat bereid is antivirale middelen te nemen **met meer dan 20% toeneemt wanneer deze worden aanbevolen door hun arts, met een acceptatie tot 93% onder volwassenen van 65 jaar en ouder**.

Tot slot zijn proactieve benadering en gestandaardiseerde voorlichting essentieel. Patiënten vragen zelden zelfstandig om behandeling, aangezien studies aangeven dat **minder dan 20% van de in aanmerking komende patiënten zowel voldoende geïnformeerd is als het initiatief neemt om ongevraagd om behandeling te vragen**. Zorgteams zouden daarom snel na de diagnose **contact moeten opnemen met in aanmerking komende patiënten** en beknopte, gestructureerde informatie moeten geven over de voordelen, risico's en vervolgstappen.



Praktische aanbevelingen

1



Prioriteer vroege interventie.

Antivirale middelen zijn het meest effectief binnen de eerste 5 dagen na het begin van symptomen. Wacht niet tot een patiënt zieker wordt voordat er actie wordt ondernomen. Zorg ervoor dat hoogrisicopatiënten thuis tests hebben en weten dat zij op dag 1 van een positieve test contact moeten opnemen om direct met behandeling te kunnen starten.

2



Richt je op kwetsbare groepen.

Focus op volwassenen met diabetes, hart- en vaatziekten, chronische nierziekte of een BMI boven de 30. Deze patiënten voelen zich in het begin vaak "prima", maar lopen het hoogste risico op een plotselinge verslechtering. Vroege behandeling is voor hen de beste bescherming tegen ziekenhuisopname.

3



Identificeer en screen vroegtijdig.

Screen proactief je patiëntenbestand om degenen met het hoogste risico te identificeren en stel een duidelijk "fast-track"-protocol op voor vroege diagnostiek zodra symptomen optreden. Vroege identificatie van geschikte kandidaten vormt de basis voor het voorkomen van klinische verslechtering.

4



Herformuleer als preventie.

Als een patiënt zich vandaag goed voelt, kan medicatie onnodig lijken. Leg uit dat het doel niet alleen is om een hoest te behandelen, maar om een ziekenhuisopname volgende week te voorkomen. Het idee om thuis te kunnen blijven is een krachtige motivator.

5



Minimaliseer vertragingen in voorschrijven.

Beoordeel bestaande medicatie, contra-indicaties en behandelgeschiktheid zo vroeg mogelijk. Eenvoudige voorschrijfroutes en snelle medicatie-reconciliatie kunnen helpen om hoogrisicopatiënten binnen het kritieke vroege behandelvenster te starten met antivirale therapie.

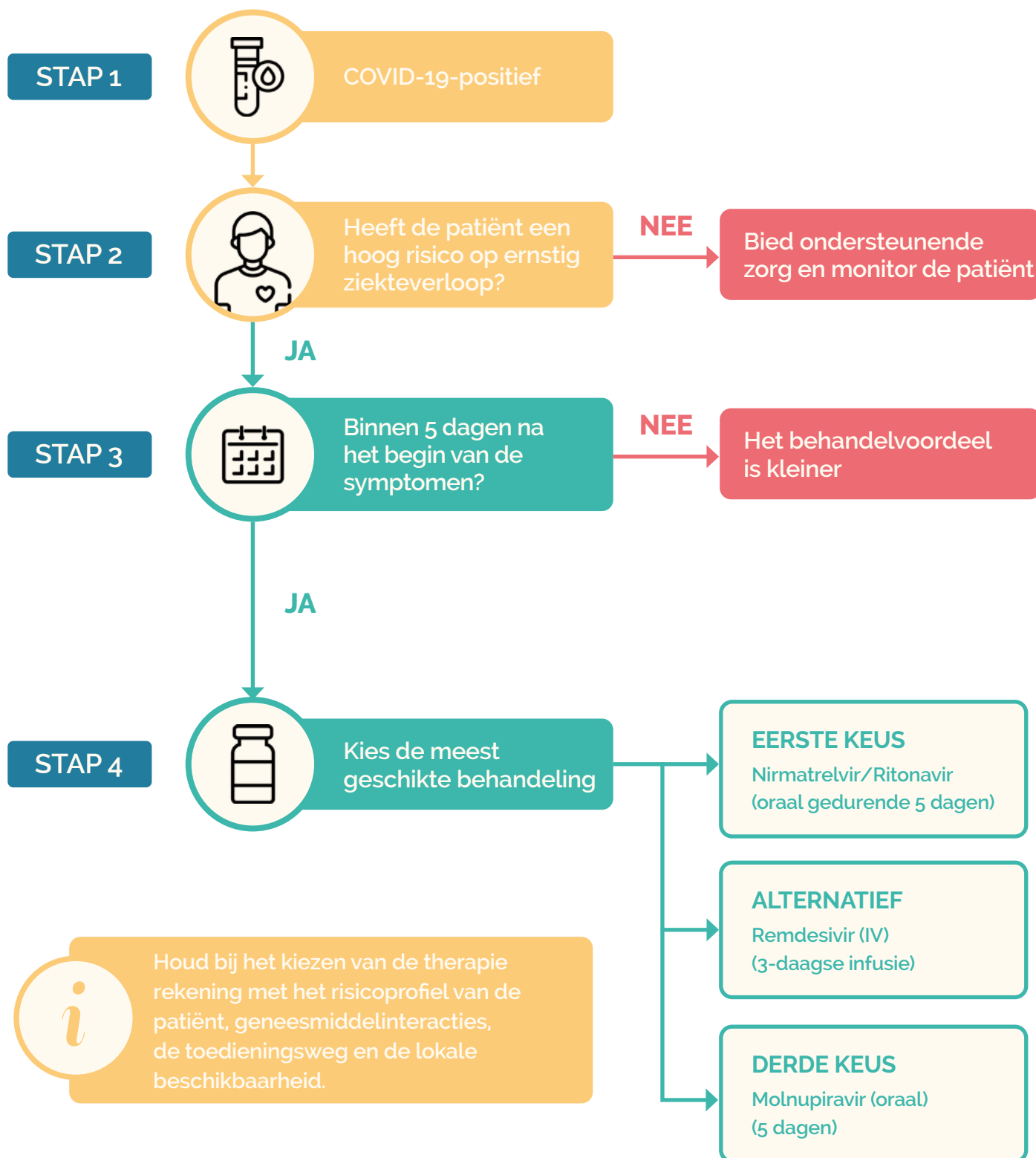
Belangrijkste aandachtspunten



Vroege behandeling van COVID-19 binnen de eerste 5 dagen na het ontstaan van symptomen is van cruciaal belang voor hoogrisicopatiënten, omdat dit het risico op ziekenhuisopname en overlijden aanzienlijk kan verminderen, met sterk bewijs uit klinische studies en praktijkonderzoek dat de effectiviteit ondersteunt. Antivirale therapieën zoals Nirmatrelvir/Ritonavir, Remdesivir en Molnupiravir zijn het meest effectief wanneer ze vroeg worden toegediend, waarbij de keuze van de behandeling afhangt van patiëntkenmerken en toegankelijkheid. Ondanks duidelijke voordelen treden er nog steeds vertragingen op in de behandeling door lage bekendheid en terughoudendheid. Tijdige aanbevelingen van zorgverleners, proactieve benadering en het kaderen van antivirale middelen als preventieve interventies zijn essentieel om de opname en gezondheidsuitkomsten te verbeteren.

WAT TE DOEN NA EEN POSITIEVE COVID-19-TEST

Vroege identificatie. Tijdige behandeling.



Waarom behandeling wordt uitgesteld — en wat helpt

Veelvoorkomende barrières	Wat helpt
 "Afwachten en aankijken"-benadering	 Presenteer antivirale middelen als preventie
 Zorgen over bijwerkingen	 Rechtstreeks advies van een vertrouwde zorgprofessional
 Zorgen over geneesmiddelinteracties	 Geruststelling over veiligheid en verenigbaarheid met andere medicatie
 Beperkte bekendheid	 Benader patiënten die in aanmerking komen proactief
 Moeilijke toegang tot duidelijke informatie	 Beknopte, gestructureerde voorlichting over voordelen, risico's en vervolgstappen



Een aanbeveling van een arts verhoogde de bereidheid om antivirale middelen te nemen met meer dan 20%, tot 93% acceptatie onder volwassenen van 65 jaar en ouder.



MODULE

03

Het voorkomen van COVID-19 -complicaties bij hoogrisicopatiën- ten door gedrags- verandering



Door **David Simons**, Pennsylvania State University; **Ayşegül Bakır**, Hacettepe University, Turkije; **Johanna Nurmi**, University of Helsinki, Finland

COVID-19 wordt vaak beschreven als iets uit het verleden en uitsluitend als een luchtweginfectie. Toch blijft COVID-19 een acute systemische belasting voor de gezondheid, vooral voor hoogrisicopatiënten met bestaande cardiovasculaire, metabole, immunologische of respiratoire aandoeningen. Niet alleen het virus vormt een bedreiging, maar ook de cascade van fysiologische ontregeling die het kan veroorzaken.

Als zorgprofessionals kennen we het klinische verloop. Een patiënt met chronische obstructieve longziekte (COPD) of interstitiële longziekte heeft een sterk ver-

hoogd risico op Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). **Deze kwetsbaarheid wordt versterkt door metabole aandoeningen**; bij patiënten met slecht gereguleerde diabetes of ernstige obesitas zorgen chronische laaggradige ontsteking en bestaande endotheelstoornissen ervoor dat het lichaam sneller een hyperinflammatoire reactie ontwikkelt. Hierdoor kan de systemische ontsteking veroorzaakt door COVID-19 leiden tot gedecompenseerd hartfalen, uitgebreide microvasculaire trombose of acute nierschade.

Bij immuungecompromiteerde patiënten creëren een

ontregelde immuunrespons en langdurige virale uitscheiding een hoogrisico-omgeving voor bijkomende bacteriële infecties, waardoor de ernst van het ziektebeeld snel toeneemt. Daarnaast zien we meer neurologische complicaties, waaronder **acute encefalopathie** en **delier**. Vooral bij ouderen zijn deze complicaties ingrijpend, omdat zij vaak leiden tot plotseling verlies van zelfredzaamheid en dagelijkse vaardigheden, wat spoedopname en langdurige intensievecare-zorg noodzakelijk kan maken.

De belasting van deze complicaties reikt verder dan de individuele patiënt. Wanneer een oudere door een delier zijn functionele uitgangsniveau verliest, of een immuungecompromitteerde patiënt een secundaire bacteriële pneumonie ontwikkelt, gaat het niet om een korte opname. Deze patiënten hebben intensieve spoedzorg, multidisciplinaire behandeling en vaak langdurige revalidatie nodig. Dit veroorzaakt een kettingreactie binnen het zorgsysteem. Intensievecareafdelingen en

geriatrische afdelingen raken overbelast, planbare zorg wordt uitgesteld en continuïteit van zorg voor andere chronische aandoeningen komt onder druk te staan.

Bovendien kan de voortdurende druk van het behandelen van deze vermijdbare complicaties bijdragen aan burn-out en morele stress bij zorgverleners.

Morele stress verwijst naar het gevoel gevangen te zitten wanneer mensen moeten handelen op een manier die botst met hun professionele of ethische waarden.

Burn-out ontstaat door een combinatie van werkgerelateerde stress, emotionele uitputting, twijfels over eigen competentie en sociale afstandelijkheid. Beide kunnen leiden tot meer **angst, depressieve klachten** en **lichamelijke stresssymptomen**, en hebben directe invloed op patiëntveiligheid, de wens om het beroep te verlaten en **de kwaliteit van zorg**.

De gedragsmatige brug

De kloof tussen een aanvankelijk milde infectie en een ziekenhuisopname is vaak gedragsmatig van aard. Waarom stellen hoogrisicopatiënten het zoeken van zorg uit, of weigeren zij vroege antivirale of immuno-modulerende behandelingen juist wanneer deze het meest effectief zijn?

Psychologisch onderzoek laat zien dat patiënten hun risico in de vroege fase van ziekte vaak verkeerd inschatten. Een immuungecompromitteerde patiënt kan een milde hoest ervaren en denken aan een gewone bovensteluchtweginfectie, zonder zich bewust te zijn van het snel kleiner wordende tijdsvenster om complicaties te voorkomen. Ook kan een oudere in een beginnende delierfase zijn eigen achteruitgang niet goed beoordelen of zelf adequate hulp zoeken.

Daarnaast kunnen cognitieve en emotionele vertekeningen in risicoperceptie leiden tot uitstel. Zo kan een patiënt met congestief hartfalen COVID-19-gerelateerde pijn normaliseren omdat hij gewend is aan bestaande chronische pijn op de borst. De patiënt kan het risico **ontkennen** omdat hij overweldigd is door het omgaan met een nieuwe bedreiging, of een **optimisme-bias** vertonen, vooral wanneer de symptomen in een vroeg stadium mild zijn, en daardoor niet erkennen dat hij tot een hoogrisicogroep behoort.

Terughoudendheid ten aanzien van behandeling blijft eveneens veelvoorkomend. Patiënten kunnen nieuwe medicatie wantrouwen, hun klachten bagatelliseren om geen "last" te zijn, of opzien tegen complexe zorgtrajecten.

Alleen klinische kennis is onvoldoende om deze kloof te overbruggen. Om vermijdbare ziekenhuisopnames te verminderen en de capaciteit van de zorg te beschermen, moeten we gedragswetenschappelijke inzichten integreren in routinematige consulten. We moeten verschuiven van passieve informatieverstrekking naar actieve ondersteuning van gedragsverandering bij patiënten en mantelzorgers.

Door **specifieke gedragsveranderingstechnieken** toe te passen, kunnen hoogrisicopatiënten en hun sociale netwerk worden ondersteund om tijdig te handelen voordat complicaties ernstig worden. Deze proactieve aanpak verandert de patiënt en diens mantelzorgers van passieve ontvangers van zorg in actieve deelnemers aan hun eigen gezondheidsbewaking, wat uiteindelijk bijdraagt aan het beschermen van de capaciteit van het zorgsysteem.



DE ONONDERBROKEN KETEN

Geen vroege interventie.
De cascade gaat door.

1

Gemiste kans op vroeg handelen door zorgprofessionals

2

Verlate presentatie van een oudere volwassene met delier

3

Complexe opname via de spoedeisende hulp

4

Verslechtering van de patiënt vereist multidisciplinaire zorg op een geriatrie afdeling

5

Het functionele uitgangsniveau van de patiënt is afgenomen, wat het ontslag vertraagt

6

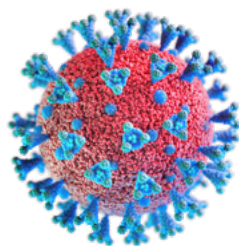
Annulering van planbare ingrepen

7

Toegenomen burn-out onder personeel

IMPACT OP HET SYSTEEM

Bedcapaciteit onder druk • Langere wachttijden • Slechtere uitkomsten • Hogere kosten • Burn-out onder zorgpersoneel



COVID-19 bij hoogrisicopatiënten

kan een systemische ontstekings- en decompensatiecascade veroorzaken.



PROACTIEVE INTERVENTIE IN DE GEMEENSCHAP

Onderbreekt de cascade. Bescherm patiënten. Behoudt capaciteit. Ondersteunt het zorgpersoneel.

- Beter voor patiënten
- Beter voor het systeem
- Beter voor het personeel



DE ONDERBROKEN KETEN

Vroege interventie.
De cascade wordt onderbroken.

1

De zorgprofessional handelt nadat de eerste tekenen van een COVID-19-infectie zijn opgemerkt.

2

Vroege interventie in de eerste dagen van de infectie.

3

De patiënt kan thuisblijven en thuis herstellen.

4

De capaciteit van ziekenhuisbedden blijft behouden.

5

Planbare zorg blijft beschermd.

6

Lagere belasting van het personeel.

IMPACT OP HET SYSTEEM

Capaciteit behouden • Kortere wachttijden • Beter uitkomsten • Lagere kosten • Gezonder zorgpersoneel

Praktische aanbevelingen

Om de last van COVID-19-complicaties te verminderen, kunnen deze drie evidence-based gedragveranderingstechnieken (Behaviour Change Techniques, BCT's) worden geïntegreerd in consulten met hoogrisicopatiënten en hun mantelzorgers:

1



Co-creëer op maat gemaakte 'Sick Day'-actieplannen

Vermijd generieke adviezen zoals "Bel ons als het erger wordt". Hoogrisicopatiënten, en vooral mantelzorgers van ouderen met risico op delier, hebben duidelijke en objectieve klinische signalen nodig.

Toepassing: leg een concreet plan vast. Definieer bij respiratoire en cognitieve risico's specifieke drempels: "Als je zuurstofsaturatie onder de 92% daalt, OF als je plots verward raakt en moeite hebt met dagelijkse taken, bel dan onmiddellijk dit specifieke klinieknummer."

Voor patiënten met diabetes: activeer expliciet bestaande 'sick day rules', inclusief de frequentie van glucosemonitoring (bijvoorbeeld elke vier uur) en instructies om direct contact op te nemen met de huisarts of voorschrijver om het eventueel tijdelijk stoppen van bepaalde orale antidiabetica te bespreken (zoals SGLT2-remmers om euglykemische ketoacidose te voorkomen). Zorg ervoor dat patiënten en mantelzorgers getraind zijn in het gebruik van noodzakelijke thuismeetapparatuur.

2



Personaliseer de dreiging om terughoudendheid te overwinnen

Wanneer patiënten twijfelen om vroeg antivirale middelen te nemen omdat hun klachten "mild" aanvoelen, moet het risico worden gekoppeld aan hun specifieke comorbiditeit om de urgentie te vergroten.

Toepassing: in plaats van "COVID-19 is gevaarlijk" te zeggen, wordt het risico gepersonaliseerd: "Omdat je immuunsysteem onderdrukt is, kan dit virus gemakkelijk leiden tot een ernstige bacteriële longontsteking, zelfs als je nu alleen een keelpijn hebt. Dit medicijn helpt het virus vroeg te onderdrukken voordat bacteriën blijvende schade kunnen veroorzaken."

3



Activeer het sociale ondersteuningsnetwerk

Kwetsbare patiënten stellen zorg vaak uit omdat het navigeren van het zorgsysteem tijdens ziekte vermoeiend is, of omdat acute cognitieve achteruitgang hun handelen belemmert.

Toepassing: vraag tijdens een routineconsult: "Als je morgen positief test, wie kan je dan naar de apotheek of kliniek brengen?" Identificeer een 'care champion' (familielid, buur) en integreer deze in het actieplan. Dit is vooral belangrijk bij ouderen: een aangewezen mantelzorger die signalen van delier herkent, kan helpen om vroege klinische verslechtering tijdig op te merken en te handelen, waardoor systeemvertragingen worden doorbroken.

04

MODULE

Leven na COVID-19: Omgaan met langdurige gezondheidseffecten



Door **Dominika Kwasnicka**, University of Melbourne, Australië en **Rizmina Rilwan**, University of Peradeniya, Sri Lanka

COVID-19 na de acute fase: wat we nog steeds leren

Hoewel de acute fase van COVID-19 wereldwijd veel aandacht kreeg, worden de langetermijneffecten steeds duidelijker zichtbaar in de klinische praktijk. De **WHO** identificeert bepaalde groepen met een verhoogd risico op post-COVID-19-aandoeningen na SARS CoV 2-infectie. Dit betreft onder meer vrouwen, ouderen, rokers, mensen met overgewicht of obesitas, personen

met bestaande chronische aandoeningen en mensen met een beperking.

Veel mensen ervaren weken of maanden na infectie nog klachten, terwijl anderen nieuwe of verergerde chronische aandoeningen ontwikkelen. Inzicht in deze langetermijneffecten is essentieel voor effectieve, patiëntgerichte zorg, vooral bij ouderen en mensen met een verhoogd risico op chronische ziekte. Voor zorgprofessionals vereist dit een verschuiving van acute behandeling naar voortdurende monitoring, preventie en gecoördineerde zorgplanning.

Wat is Long COVID? Een complex en zich ontwikkeland ziektebeeld

Long COVID, ook wel de post-COVID-19- aandoening genoemd, wordt gedefinieerd als het aanhouden of ontstaan van nieuwe symptomen drie maanden na de initiële SARS-CoV-2-infectie, waarbij deze symptomen minstens twee maanden aanhouden en geen andere verklaring hebben (dit is een WHO-definitie; andere organisaties hanteren licht afwijkende definities). Veelvoorkomende symptomen zijn vermoeidheid, kortademigheid, cognitieve problemen ("brain fog"), pijn op de borst en slaapstoornissen. Deze klachten kunnen fluctueren en meerdere orgaansystemen tegelijk beïnvloeden. Clinici moeten zich ervan bewust zijn dat de symptomatologie vaak specifiek is en een brede, systeemgerichte evaluatie kan vereisen.

De prevalentie schattingen variëren, maar Long COVID lijkt vaker voor te komen bij **ouderen**, mensen met **bestaande aandoeningen** en patiënten die **een ernstiger beloop** van de initiële infectie hadden. Tegelijkertijd kan het ook optreden bij mensen die een milde of zelfs asymptomatische infectie hadden, waardoor het een breed en onvoorspelbaar ziektebeeld is.

Hoe COVID-19 het risico op chronische ziekten verandert

Steeds meer bewijs laat zien dat COVID-19 in verband wordt gebracht met het ontstaan of verergeren van **chronische aandoeningen**. Zo ontwikkelen sommige patiënten **nieuw ontstane diabetes** na een infectie, mogelijk door virale effecten op de alvleesklierfunctie of ontstekingsgerelateerde metabole veranderingen. Evenzo zijn **cardiovasculaire complicaties** zoals myocardiale schade, hartritmestoornissen en een verhoogd risico op hartfalen waargenomen, zelfs na herstel van de acute fase van de ziekte. Daarom is voortdurende monitoring van cardiometabole risicofactoren een belangrijk onderdeel van post-COVID-zorg.

Deze associaties onderstrepen de noodzaak om COVID-19 niet alleen te zien als een acute respiratoire infectie, maar ook als een aandoening met systemische en langdurige gezondheidseffecten. Bij patiënten die al leven met chronische ziekten kan COVID-19 het ziektebeloop versnellen of de behandeling complexer maken.

Ouderen na COVID-19: herstel, achteruitgang en veerkracht

Ouderen zijn onevenredig zwaar getroffen door zowel de acute als de langetermijneffecten van COVID-19. **Mensen van 65 jaar en ouder** hebben een grotere kans om langdurige COVID-19-symptomen en complicaties te ontwikkelen dan jongere volwassenen. Daarnaast kan COVID-19 bestaande chronische aandoeningen, zoals cardiovasculaire en respiratoire ziekten en neurodegeneratieve aandoeningen, zowel uitlokken als verergeren. Naast medische complicaties ervaren veel ouderen functionele achteruitgang, waaronder verminderde mobiliteit, spierzwakte en verlies van zelfstandigheid. **Sociale isolatie** tijdens en na de ziekte kan daarnaast bijdragen aan cognitieve achteruitgang en psychische klachten zoals depressie en angst. **De kwaliteit van leven** wordt vaak aanzienlijk beïnvloed. Zelfs na ogenschijnlijk

herstel kunnen oudere patiënten moeite hebben om terug te keren naar hun eerdere functieniveau, waardoor extra ondersteuning nodig is van zorgverleners, mantelzorgers en maatschappelijke diensten. Routinematige beoordeling van functionele status, mentale gezondheid en sociale ondersteuning is daarom bijzonder belangrijk in deze populatie.

Waarom Long COVID een teamgerichte, langdurige zorgaanpak vereist

Gezien de brede variatie aan post-COVID-complicaties is een multidisciplinaire benadering van zorg essentieel. Dit kan input omvatten van huisartsen, specialisten (zoals cardiologen of endocrinologen), fysiotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers. Regelmatige follow-up maakt vroege herkenning van nieuwe of verergerende aandoeningen mogelijk en ondersteunt tijdige interventie. Het opzetten van duidelijke verwijsroutes en communicatielijnen tussen zorgverleners kan de continuïteit van zorg verbeteren.

Belangrijk is dat de zorg geïndividualiseerd moet worden. Patiënten met Long COVID presenteren zich vaak met uiteenlopende en overlappende symptomen, en hun hersteltrajecten kunnen sterk verschillen. Het integreren van Long COVID-aspecten in bestaande zorgplannen voor chronische ziekten kan de uitkomsten verbeteren en het risico op verdere complicaties verminderen. Geëelde besluitvorming en het gezamenlijk formuleren van doelen kunnen helpen om de zorg beter af te stemmen op de prioriteiten en mogelijkheden van de patiënt.

Vooruitblik: het versterken van bewustwording, vertrouwen en continuïteit in de praktijk

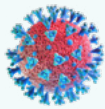
Zorgprofessionals spelen een sleutelrol in het herkennen en aanpakken van de langetermijneffecten van COVID-19. Het vergroten van bewustzijn bij patiënten, het erkennen van hun klachten en het bieden van duidelijke richtlijnen kan helpen om onzekerheid te verminderen en de betrokkenheid bij de zorg te verbeteren. Het opbouwen van vertrouwen in het bespreken van Long COVID met patiënten is een belangrijk onderdeel van de klinische praktijk.

Terwijl het onderzoek zich blijft ontwikkelen, is het belangrijk om goed geïnformeerd en flexibel te blijven. De langetermijnlast van COVID-19 zal waarschijnlijk aanhouden, waardoor het een belangrijk onderdeel wordt van chronische ziektezorg in de komende jaren. Voortdurende nascholing van zorgprofessionals (inclusief deze training) en het integreren van nieuwe wetenschappelijke inzichten in de praktijk zullen essentieel zijn om optimale patiëntuitkomsten te bereiken.



VERDER LEVEN NA COVID-19

Herkennen en omgaan met de langetermijneffecten van COVID-19



COVID-19
infection



Sommige patiënten
herstellen volledig



Anderen houden aan-
houdende gezondheid-
seffecten

LONG COVID

- ✓ Symptomen beginnen of houden aan ≥ 3 maanden na de infectie
- ✓ Houden ≥ 2 maanden aan
- ✓ Kunnen niet door een andere diagnose worden verklaard

WIE HEEFT EEN HOGER RISICO



Vrouwen



Ouderen (≥ 65)



Rokers



Mensen met overgewicht of obesitas



Mensen met chronische aandoeningen



Mensen met een beperking

HOE ZIET LONG COVID ERUIT?



Hersensmist
(cognitieve problemen)



Slaap-
problemen



Pijn op
de borst



Kortademig-
heid



Symptomen
fluctueren

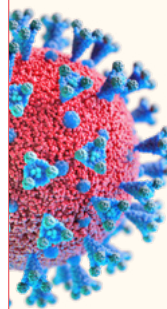


Vermoeidheid



Kan meerdere
orgaansyste-
men aantasten

VOORBIJ LONG COVID: GEVOLGEN VOOR CHRONISCHE AANDOENINGEN



NIEUW ONTSTANE DIABETES

- Metabole veranderingen
- Afwijkingen in de bloedglucose



HART- EN VAATZIEKTEN

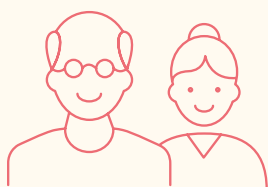
- Myocardschade
- Hartritmestoornissen
- Risico op hartfalen



VERERGERING VAN BESTAANDE AANDOENINGEN

- Hart- en vaatziekten
- Luchtwegaandoening
- Andere chronische aandoeningen

WAAROM OUDERE VOLWASSENEN EXTRA AANDACHT NODIG HEBBEN



- Verminderde mobiliteit
- Verlies van zelfstandigheid
- Cognitieve achteruitgang
- Angst en depressie
- Toegenomen behoefte aan ondersteuning door mantelzorgers en de gemeenschap



Herstel kan trager en minder volledig zijn.



Beoordeel routinematig het functioneren, de mentale gezondheid en sociale ondersteuning

5 ACTIES VOOR ZORGPROFESSIONALS

1

VRAAG PROACTIEF

Screen op aanho-
udende symptomen

Vermoeidheid,
kortademigheid,
cognitieve
veranderingen,
slaapproblemen, pijn
op de borst

2

MONITOR HET RISICO OP CHRONISCHE AANDOENINGEN

- Bloedglucose
- Bloeddruk
- Cardiale symptomen

Signaleer nieuwe of
verergerende aan-
doeningen vroegtijdig

3

ONDERSTEUN HERSTEL

- keer geleidelijk
terug naar activiteit
- Revalidatie
op maat

Overweeg screening
van de cognitieve en
mentale gezondheid

4

WERK ALS EEN TEAM

- Huisarts /
eerstelijnszorg
- Specialisten
- Fysiotherapeuten
- Psychologen
- Maatschappelijk
werkers

Overweeg screening
van cognitieve en men-
tale gezondheid

5

STEL GERUST EN INFORMEER

- Erken symptomen
- Stel realistische
verwachtingen
- Stimuleer zelfmana-
gement

Bouw vertrouwen op
en versterk de eigen
regie van patiënten

ONTHOUD



HERKEN
Long COVID



MONITOR
Risico op chronische
aandoeningen



COÖRDINEER
Multidisciplinaire
zorg



ONDERSTEUN
Herstel en kwaliteit
van leven



**HERSTEL VAN COVID-19 KAN MAANDEN DUREN
- NIET DAGEN**



**VROEGE HERKENNING + CONTINUE ZORG
= BETERE UITKOMSTEN**

Praktische aanbevelingen

1



Vraag proactief naar persisterende klachten

Vraag tijdens routineconsulten actief naar aanhoudende symptomen na COVID-19, ook als de initiële infectie mild was. Vermoeidheid, kortademigheid en cognitieve veranderingen worden vaak ondergerapporteerd. Gerichte vragen maken vroege herkenning, tijdige beoordeling en zo nodig verwijzing mogelijk.

2



Screen op nieuwe of verergerende chronische aandoeningen

Let op signalen van nieuw ontstane diabetes, cardiovasculaire complicaties of verslechtering van bestaande aandoeningen. Dit kan onder meer het controleren van bloedglucose, bloeddruk en cardiale symptomen omvatten. Het integreren van deze screening in post-COVID follow-up kan helpen om complicaties vroegtijdig op te sporen.

3



Ondersteun functioneel herstel bij ouderen

Stimuleer een geleidelijke terugkeer naar fysieke activiteit, afgestemd op de belastbaarheid van de patiënt. Revalidatie en activiteitsopbouw moeten geïndividualiseerd worden, omdat sommige patiënten klachtenverergering ervaren na overbelasting. Verwijzing naar fysiotherapie of revalidatiediensten kan mobiliteit, kracht en zelfstandigheid ondersteunen. Overweeg ook cognitieve en mentale gezondheidscreening, vooral bij patiënten die langdurige isolatie hebben doorgemaakt.

4



Hanteer een multidisciplinaire aanpak

Coördineer zorg waar mogelijk tussen verschillende disciplines. Patiënten met complexe of aanhoudende klachten kunnen baat hebben bij gecombineerde input van medische, paramedische en psychosociale diensten. Duidelijke communicatie tussen zorgverleners is essentieel om gefragmenteerde zorg te voorkomen.

5



Bied geruststelling en stel realistische verwachtingen

Herstel van Long COVID kan traag en wisselend verlopen. Erken zorgen van patiënten, valideer hun ervaringen en geef duidelijke informatie over het te verwachten beloop. Ondersteuning van zelfmanagementstrategieën en regelmatige follow-up kan patiënten helpen meer grip te krijgen op hun herstel.

MODULE

05

Gedragswetenschap gebruiken ter ondersteuning van COVID 19-diagnose en behandeling bij hoogrisicogroepen



Door **Tracy Epton**, University of Manchester, VK; **Lisa Marie Warner**, MSB Medical School Berlin, Duitsland; **Aleksandra Lazic**, onafhankelijk onderzoeker uit Belgrado, Servië

Werken met hoogrisicopatiënten rondom COVID 19 voelt soms alsof meerdere gesprekken tegelijk plaatsvinden. Naast de klinische informatie die gedeeld moet worden, brengen patiënten hun eigen overtuigingen, ervaringen met zorg, angst voor stigma, tegenstrijdige informatie uit sociale netwerken en dagelijkse uitdagingen mee. Gedragswetenschap kan helpen om deze factoren beter te begrijpen en de zorg menselijker, effectiever en toegankelijker te maken.

Een van de uitdagingen begint al op het moment van diagnose. Veel klinici maken zich zorgen over het overbrengen van gevoelige informatie, vooral wanneer de tijd beperkt is of wanneer zij onzeker zijn over de reactie van de patiënt. Tegelijkertijd kunnen patiënten misinformatie meebrengen ("de tests zijn niet betrouwbaar", "COVID is niet meer ernstig"), of wantrouwig staan tegenover de gezondheidszorg op basis van eerdere ervaringen. Sommigen zijn bang voor wat een diagnose betekent voor hun werk, hun familie of hun gemeenschap.

Wanneer we dit gesprek aangaan, bevinden we ons in een zeer menselijke context, niet alleen een medische. Mensen kunnen gesprekken over hun gezondheid als moeilijk ervaren — zij kunnen zich beoordeeld, beschaamd of bezorgd voelen dat zij verkeerde keuzes hebben gemaakt. Wanneer zij zich zo voelen, kunnen zij defensief reageren; bijvoorbeeld door de noodzaak van behandeling te ontkennen, de ernst van COVID-19 te bagatelliseren of te geloven dat de behandeling niet effectief is. Zie Stap 1 in de aanbevelingen over hoe een veilige ruimte te creëren voor het geven van de diagnose, misinformatie te corrigeren en defensiviteit te verminderen.

Zodra de diagnose is gesteld, volgt de volgende uitdaging: motivatie. Motivatie komt zelden uitsluitend voort uit risicoinformatie. Veel patiënten met een verhoogd risico, vooral degenen die zich slechts licht ziek voelen of zelfs asymptomatisch zijn, kunnen moeite hebben te begrijpen waarom een snelle behandeling noodzakelijk is. Anderen twijfelen of antivirale behandelingen wel helpen, of maken zich zorgen over bijwerkingen. Sommigen zien zichzelf niet

als "hoogrisico", of hebben religieuze of culturele overtuigingen rond medicatie die de beslissing complexer maken. Deze zorgen kunnen echter vaak worden aangepakt met behulp van gedragveranderingstechnieken (zie Stap 2).

Zelfs wanneer een patiënt volledig gemotiveerd is, kunnen er obstakels ontstaan zodra de behandeling start. Patiënten kunnen vergeten hun medicatie in te nemen, de instructies verkeerd begrijpen of te maken hebben met concurrerende verplichtingen zoals werk of gezin. Zich na een dag of twee beter voelen kan ook leiden tot vroegtijdig stoppen met de behandeling. Therapietrouw gaat dus niet alleen over bereidheid, maar ook over hoe de behandeling in het dagelijks leven past. Dit kan worden ondersteund door proactieve planning (zie Stap 3).

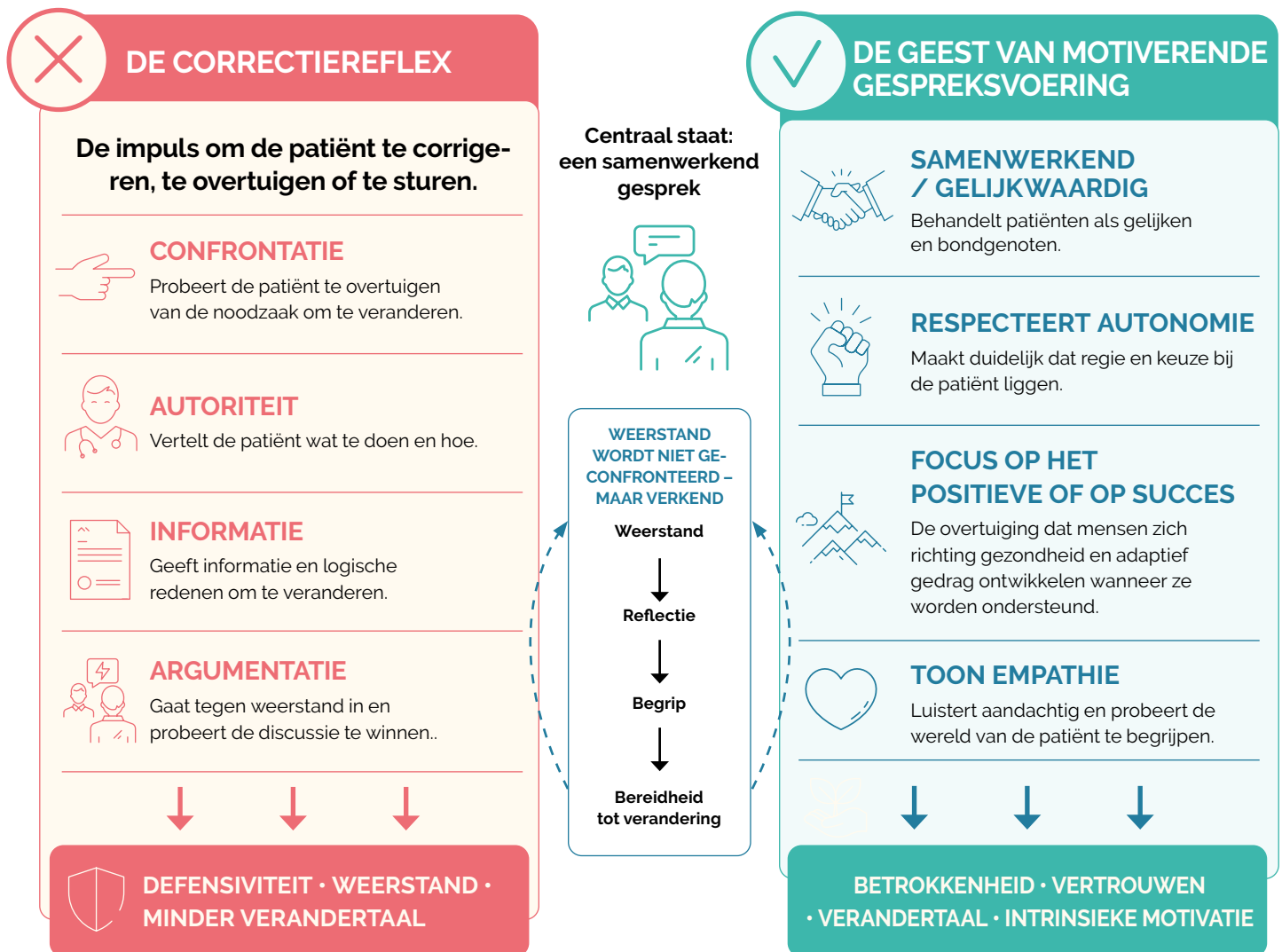
Het ondersteunen van hoogrisicopatiënten tijdens COVID-19-diagnose en behandeling werkt het beste wanneer gedragswetenschap wordt gecombineerd met culturele sensitiviteit; de volgende aanbevelingen moeten op beide gebaseerd zijn.



MOTIVERENDE GESPREKSVOERING (MI)

Patiënten helpen hun eigen motivatie voor verandering te vinden

Begeleiden in plaats van overtuigen



PRAKTISCHE HULPMIDDELEN: O.B.R.S.



PRINCIPES VAN MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

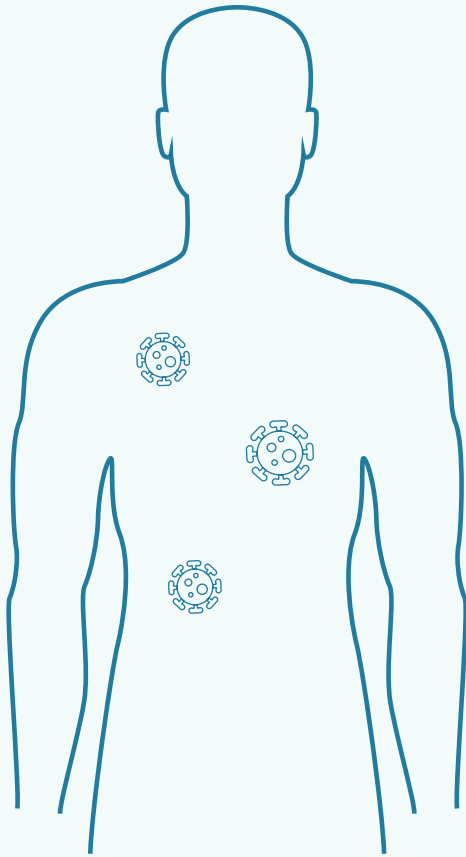


MI is een partnerschap. Ons doel is niet om de patiënt te veranderen, maar om te helpen de eigen redenen en een eigen weg vooruit te ontdekken.

VIRUSBELASTING OP DAG 7 NA COVID-19-INFECTIE

Bij oudere volwassenen met hetzelfde risicoprofiel

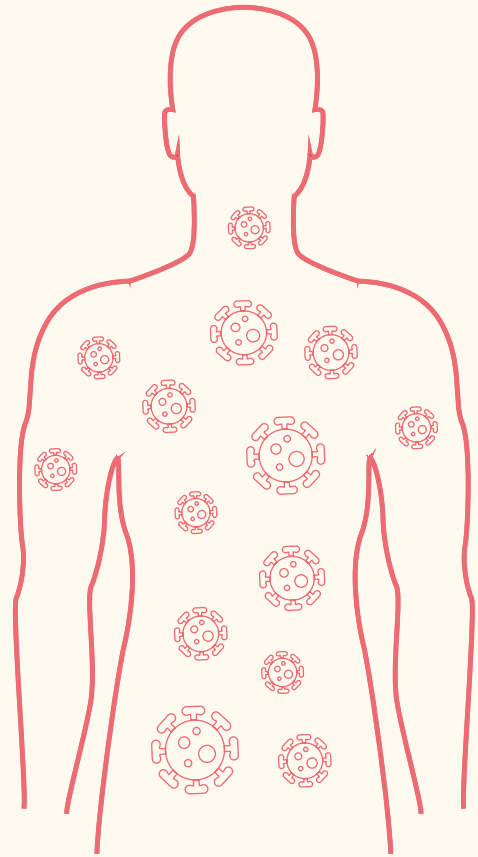
ANTIVIRALE BEHANDELING



LAGE VIRUSBELASTING

Dag 7 met behandeling

GEEN BEHANDELING



HOGE VIRUSBELASTING

Dag 7 zonder behandeling



Snellere afname van de virusbelasting



Lager risico op complicaties en ernstige symptomen



Lager risico op ziekenhuisopname, sneller herstel

MAAK HET MAKKELIJKER OM DE BEHANDELING VOL TE HOUDEN

Actieplanning en het anticiperen op barrières bij het innemen van medicatie

1

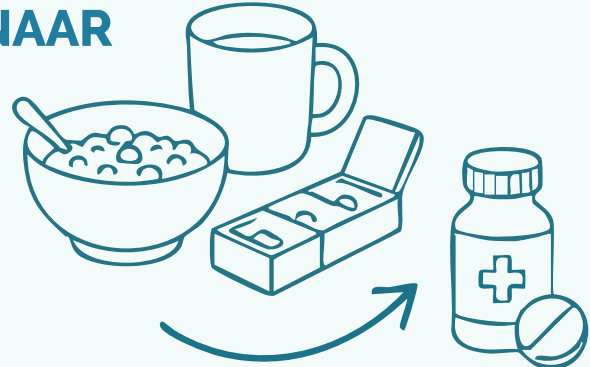
VERTAAL BEHANDELING NAAR DAGELIJKSE ROUTINES



Koppel medicatie aan een bestaande gewoonte



Gebruik duidelijke "als-dan"-structuren



VOORBEELDLOGICA (NIET PATIËNTSPECIFIEK)

Als het tijd voor ontbijt is, dan neem ik mijn COVID-medicatie samen met mijn gebruikelijke tabletten.



KERNPRINCIPE: Vertrouwde routines verminderen de benodigde inspanning en de kans op vergeten.

2

ANTICIPEER OP BARRIÈRES VOORDAT ZE OPTREDEN



Tijdsdruk



Andere medicatie



Vergeten



Vermoeidheid of stress



KERNPRINCIPE: Vooraf plannen voor barrières voorkomt afhaken.

3

BOUW ONDERSTEUNING EN SIGNALLEN IN



Sociale herinneringen
(familie, telefoontjes, berichten)



Omgevingssignalen
(vaste tijden, zichtbare plaatsing)



KERNPRINCIPE: Een ondersteuningssysteem versterkt het volhouden



Plan vooruit. Anticipeer op uitdagingen.

GEBRUIK ROUTINES EN ONDERSTEUNING OM DE BEHANDELING VOL TE HOUDEN.

Praktische aanbevelingen

stap 1



Creëer een veilige, respectvolle sfeer bij het overbrengen van de diagnose.

Begin met het erkennen van de sterke punten of waarden van de patiënt — dit helpt defensieve reacties te verminderen en versterkt de therapeutische relatie. Een manier om het risico op dergelijke reacties te verlagen is de zogenaamde **"affirmatie"-benadering**, waarbij patiënten kort worden aangemoedigd om na te denken over hun persoonlijke kracht en betekenisvolle rollen in het leven, zoals een belangrijke persoon voor anderen zijn — een zorgzame partner, ouder of collega — in plaats van te focussen op de tegenslag van de infectie. Dit kan het zelfbeeld ondersteunen en de kans vergroten dat de diagnose en vervolgstappen van behandeling worden geaccepteerd. Wanneer misinformatie naar voren komt, corrigeer deze rustig met een "fact sandwich": **geef eerst het juiste feit, benoem kort de misvatting, leg uit waarom deze onjuist is, en keer daarna terug naar het feit. Houd uitleg eenvoudig en cultureel relevant**, vooral bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden of beperkte taalvaardigheid.

stap 2



Gebruik duidelijke en aansprekende communicatiemiddelen om motivatie te ondersteunen.

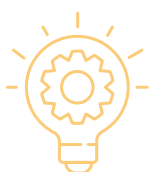
Motiverende gespreksvoeringstechnieken — open vragen, reflectief luisteren en bevestiging — kunnen patiënten helpen hun eigen redenen te verkennen om behandeling te overwegen, wat effectiever is dan enkel overtuigen. **Narratieven** — bijvoorbeeld een kort verhaal over de ervaring van een andere patiënt — of **visuele hulpmiddelen** zoals infographics of illustraties — bijvoorbeeld een eenvoudige grafiek die de virale last met en zonder behandeling toont — kunnen helpen om het belang van vroege behandeling uit te leggen en het risico op verslechtering concreter en begrijpelijker te maken. Patiënten kunnen ook worden aangemoedigd om zelf de voor- en nadelen van behandeling af te wegen, **waarbij niet alleen hun eigen gezondheid wordt meegenomen, maar ook de impact op hun sociale omgeving** (bijv. beschikbaar zijn voor familie of het behouden van relaties). Vooral bij oudere volwassenen kunnen **emotioneel betekenisvolle en kortetermijnvoordelen van behandeling** (bijv. snel herstellen om een kleinkind te zien) overtuigender zijn dan langetermijndoelen (bijv. het vermijden van risico's op ziekteopbouw).

stap 3



Ondersteun therapietrouw door praktische planning.

Werk samen met de patiënt aan een concreet **actieplan** — waar de medicatie wordt bewaard, hoe doses in de dagelijkse routine passen en welke signalen hen eraan herinneren. Dit maakt therapietrouw beter beheersbaar en minder afhankelijk van geheugen. **Implementatie-intenties** ("Als ik op het werk ben op het moment van een dosis, dan zal ik...") helpen om de behandeling vol te houden, zelfs wanneer routines veranderen. Medicatiedoosjes, alarmen en visuele cues ondersteunen een consistente uitvoering.



Je kunt patiënten ook helpen bij het anticiperen op mogelijke barrières door deze vooraf te identificeren en samen oplossingen te bedenken. Moedig hen aan om steun te zoeken in hun sociale netwerk, dat vaak juist bereid is om te helpen.

Bovenal is cultureel sensitieve zorg in elke fase belangrijk. Vragen naar overtuigingen, familierollen of voorkeurstalen helpt om ervoor te zorgen dat het plan respectvol en realistisch aanvoelt. Door het combineren van relatieopbouw, motivationele ondersteuning en praktische planning kunnen zorgprofessionals uitkomsten verbeteren en ongelijkheden verminderen voor de patiënten die dit het meest nodig hebben.



practicalhealthpsychology.com

GEDRAGSWETENSCHAP GEBRUIKEN

**OM DE COVID-19-ZORG VOOR HOOGRISICO-
GROEPEN TE VERBETEREN**