

# verslag

ACP 85 deel 1 (naar voren verplaatst agendapunt)  
Adviescommissie Pakket

**Datum**  
26 juni 2020

**Onze referentie**  
2020029898

---

Omschrijving	Adviescommissie Pakket
Vergaderdatum	26 juni 2020, 11.30 uur
Vergaderplaats	teleconferentie
Aanwezig	Romke van der Veen (voorzitter) Jan van Busschbach Marcel Canoy Heleen Dupuis Carina Hilders Carla Hollak Cor Oosterwijk Jos Schols Marcel Verweij Jacqueline Zwaap (secretaris, verslag) Angèl Link (plv. secretaris)

Afwezig

---

## 1 Opening en mededelingen

De voorzitter heet iedereen welkom. Het is een bijzondere vergadering met maar één agendapunt. De secretaris maakt excuses voor het feit dat de vergadering te laat begon. Tot het laatste moment hebben zich bezoekers gemeld. Om te zorgen dat niemand iets hoefde te missen, is iets te laat begonnen. Het zijn bijzondere omstandigheden; het besluit tot deze vergadering is pas begin deze week genomen. Ook de agenda en stukken zijn daardoor laat op de website verschenen. Er zijn vijf verzoeken gedaan tot inspraak, die alle vijf zijn toegestaan. Het gaat om de KNGF (mede namens de VVCM), Ergotherapie Nederland, Revalidatie Nederland, het Longfonds en de NZa.

De voorzitter vraagt een medewerker van het Zorginstituut het onderwerp kort toe te lichten. Deze licht toe dat een deel van de groep van patiënten die COVID 19 hebben gehad, ernstige klachten houdt. Hoewel er nog geen onderzoek is gedaan naar het effect van multidisciplinaire paramedische zorg bij deze indicatie, zijn er voldoende aanwijzingen dat deze meerwaarde heeft voor patiënten. Op dit moment biedt de basisverzekering echter voor de meeste mensen in deze doelgroep onvoldoende mogelijkheden voor vergoeding. De wetgeving biedt de mogelijkheid om zorg die (nog) niet voldoet aan de Stand van de Wetenschap en Praktijk, tijdelijk (voor de duur van maximaal zeven jaar) en onder voorwaarden te vergoeden. Voorgesteld wordt om op basis van dit artikel paramedische (na)zorg voor COVID 19 patiënten, in de vorm van fysio- en oefentherapie,

25 diëtetiek en ergotherapie, uit de basisverzekering te vergoeden.

Er zijn geen vragen aan de medewerker. De voorzitter geeft vervolgens het woord aan de verschillende sprekers. Hij vraagt hen om gezien de tijd, de inspraak kort en bondig te houden. Achtereenvolgens komen de volgende sprekers aan het woord:

- 30
- Michael Rutgers en Marieke Spee van het Longfonds
  - Hans Redeker en Phillip van der Wees van de KNGF (mede namens de VVCM)
  - Dorethé Wassink van Ergotherapie Nederland
  - Jeroen Smale van Revalidatie Nederland
  - Jos Vahl van de NZa

35 Op een vraag van de voorzitter verklaren zij allemaal geen ander belang te hebben dan het belang dat zij als spreker vertegenwoordigen. Hun bijdragen (letterlijk of de strekking ervan) gaan bij dit verslag als bijlagen 1 tot en met 5. Alle sprekers kunnen zich vinden in het advies op deze zorg op te nemen in de  
40 basisverzekering. Men stelt wel enkele vragen en noemt een aantal zorgen en aandachtspunten:

- Wat is de planning: men is bang dat het nog lang gaat duren voordat de zorg echt beschikbaar is;
- 45 • Er moet ook voldoende aandacht zijn voor de psychosociale en cognitieve consequenties van COVID 19;
- De huisarts krijgt een belangrijke rol; hoe gaat die dat invullen;
- Wijziging van de aanspraak methodiek is een omvangrijk proces. De NZa ziet wel wat knelpunten in de uitvoering.
- 50 • De omvang van 40 uur oefentherapie is te weinig;
- Wat zijn de criteria die de huisarts gaat gebruiken bij de triage?

Voordat de commissie start met de discussie, vraagt de voorzitter de medewerker van het Zorginstituut te reageren op deze punten. Zijn reactie is als volgt:

- 55
- Planning: dat is aan de Minister. Daar heeft het Zorginstituut weinig invloed op;
  - GGZ: momenteel bestaat er al een aanspraak op geestelijke gezondheidszorg, al verloopt die niet probleemloos. Dit advies gaat daar niet over, maar het is zeker een aandachtspunt;
  - 60 • Rol huisarts: hoe de huisarts invulling kan gaan geven, moet nog aan de orde komen in de verdere uitwerking;
  - Wijziging aanspraak methodiek: het is niet de intentie van het Zorginstituut te adviseren over een wijziging van de aanspraakmethodiek. Er is gerekend met een maximum uren te verlenen zorg, ook omdat het dan mogelijk was hier  
65 een 'gemiddelde uur prijs' aan te hangen. Het is zeker niet de bedoeling dat de declaraties altijd in tijdseenheden gaan plaatsvinden;
  - Omvang 40 uur oefentherapie te weinig: daar is het Zorginstituut het niet mee eens. Dit aantal is voldoende voor ernstige patiënten; veel patiënten zullen met minder toe kunnen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot  
70 verlenging op indicatie van de medisch-specialist;
  - Criteria triage: het Zorginstituut zal nog onderzoeken welke disciplines hierbij betrokken moeten worden. Tot dat duidelijk is, ligt een belangrijke rol bij de huisarts.

75 Heleen Dupuis reageert dat zij dit begrijpt, want de huisarts is een centrale figuur bij het indiceren en bij de follow up. Het is wel belangrijk dat de deze wordt

ondersteund.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

**Datum**  
26 juni 2020

**Onze referentie**  
2020029898

80 De voorzitter dankt de medewerker over de reactie op de ingebrachte punten en vraagt wie de discussie wil openen. Marcel Verweij mist in het stuk dat voorligt nog argumentatie voor de vraag of het gerechtvaardigd is om in dit geval een uitzondering te maken voor een groep patiënten. Hij wil hier zelf wel een reactie op geven. Hij is zelf ook betrokken geweest bij het opstellen van het triageprotocol voor de IC, waarin prioriteit wordt gegeven aan zorgmedewerkers. Hij vindt dat er sprake is van bijzondere omstandigheden. Er is sprake van een

85 pandemie en dat vraagt om solidariteit. De maatschappij wordt getroffen door een ziekte. Wie het treft, heeft blijvend ondersteuning nodig. Hij omschrijft dit meer als retoriek dan als een rechtvaardigheidsargument. Het is een positieve argumentatie om mee te nemen in het advies. De voorzitter antwoordt dat dit punt niet gaat over de inhoud van de aanspraak, maar over de legitimatie ervan. Dat staat nu inderdaad niet in het advies. Carina Hilders is het ook eens met het

90 advies om redenen van solidariteit. Zij vindt het een mooi document dat degelijk is opgesteld. Zij heeft er nog wel een paar vragen en opmerkingen bij. Ten eerste vraagt zij hoe de diagnose wordt gesteld. Verder vraagt zij in hoeverre de revalidatie hierbij is betrokken. Zij begrijpt dat dit allemaal tijd kost, het is

95 belangrijk praktisch en pragmatisch te zijn. Een ander punt dat zij inbrengt is wie de regiehouder is van de dataverzameling, ook internationaal. Tot slot vraagt zij aandacht voor het leveren van e-health, bijvoorbeeld in de vorm van filmpjes en videoconsulten.

De voorzitter vraagt de medewerker om een reactie op het punt van de

100 diagnosestelling. Hij antwoordt dat het veelal gaat om patiënten die niet opgenomen zijn geweest. De huisarts stelt de diagnose op basis van karakteristieken van het ziektebeeld. Het is lastig dit af te grenzen. De voorzitter concludeert dat plausibiliteit hier een belangrijke rol speelt.

Cor Oosterwijk vindt dat de ernst van de symptomen van de patiënt centraal moet

105 staan en niet alleen of de patiënt positief getest is. Of de patiënt in het ziekenhuis heeft gelegen zegt niets. Verder doet hij een oproep aan de beroepsgroep om alleen mensen met adequate kennis en kunde de zorg laten leveren. Wat betreft het punt dat het Longfonds inbracht over de GGZ, merkt hij op dat er al veel druk staat op de GGZ. Goede triage kan helpen om zorgvragen te prioriteren. Hij heeft

110 een opmerking bij hetgeen wordt gesteld in het advies over de reden waarom een uitzondering moet worden gemaakt. Er staat dat er sprake is van hoge ziektelast en van een zorgbehoefte en dat dat een medische noodzaak oplevert. Het is te vroeg om dat te stellen, want we weten nog niet of de behandeling effectief is. Anders zijn we daar heel streng in en wordt de zorg aan patiënten onthouden. Er

115 is een belang van goede zorg voor patiënten. Hij vindt dat de solidariteit die wordt genoemd, ook geldt in andere gevallen. Nu heeft deze erg te maken met de publiciteit en dat er angst is bij mensen dat zij de ziekte ook krijgen. Maar hoe ligt dat voor een hele zeldzame aandoening? Er zijn vergelijkbare groepen die vergelijkbare zorg niet krijgen vergoed omdat wetenschappelijke onderbouwing

120 ontbreekt, zoals mensen met een post IC syndroom. Hij ziet dit punt los van zijn achtergrond. Het scheidt een precedent. Wanneer er nu een uitzondering wordt gemaakt, zou die algemener moeten gelden. We zouden ook kunnen kijken wat binnen de huidige kaders mogelijk is en zorgverzekeraars vragen coulant te zijn en dit gratis te leveren via een aanvullende verzekering.

125 Marcel Canoy vindt het ingewikkeld. Er zijn argumenten om voor deze groep patiënten een tijdelijke voorziening te treffen op korte termijn. Het moet niet verzanden in bureaucratie en de regeling moet ruimhartig zijn. Aan de andere

130 kant vindt hij het belangrijk kritisch te zijn en dit geluid te blijven laten horen. Er zou iets in de voorwaarden kunnen worden gedaan. Ook is het goed e-health in te zetten waar het kan. Tot slot vindt hij het belangrijk onderscheid te maken tussen fysieke en cognitieve klachten. Anders kunnen patiënten in het verkeerde "vakje" terecht komen.

Heleen Dupuis is het eens met Marcel Canoy, maar niet met Cor Oosterwijk. Zij vindt niet dat we nu een hele andere groep mee op sleeptouw moeten nemen.

135 Solidariteit is een voldoende argument voor dit specifieke geval, niet breder. In andere gevallen mogen wel scherpe voorwaarden worden gesteld.

Carina Hilders gaat mee in de genoemde argumenten. Ook vindt zij het belangrijk vast te houden aan digitalisering. Daarnaast zijn gepast gebruik en kwaliteitseisen belangrijk. Wie gaan deze zorg leveren?

140 Jos Schols vindt het belangrijk dat er een triage instrument wordt ontwikkeld in de keten. Anders komen er allemaal eilandjes met ieder zijn eigen triage. Verder brengt hij in dat er nog weinig evidence is voor telerevalidatie. Tot slot vindt hij het belangrijk dat de zorg snel beschikbaar komt en gegevens worden verzameld.

145 Jan van Busschbach vindt het een lastig vraagstuk. Zijn gevoel zegt dat er terecht een voorziening wordt opgetuigd. Waarbij de bijzonderheid van de situatie het argument is. Dat moet wel beter uitgewerkt. Hij begrijpt het punt van Cor Oosterwijk. Daarom is het van belang om voorwaarden te stellen. Mensen die deze zorg ontvangen, moeten meewerken aan onderzoek. Er moet sprake zijn van wederkerigheid. Het is ook belangrijk dat er goed onderzoek gebeurt, met aandacht voor validiteit en missings. Tot nu toe zijn we heel kritisch geweest op paramedisch onderzoek. Ook wat betreft e-health heeft hij zijn bedenkingen. Het onderwerp heeft veel mooie promoties opgeleverd, maar daar kwam steeds uit dat het niet werkt. De mensen die je wilt bereiken, haken af. Er moet goed onderzoek komen zonder vrijblijvendheid.

155 Cor Oosterwijk reageert nog op een opmerking van Heleen Dupuis. Uiteindelijk gaat het om de effectiviteit van de zorg. Solidariteit is geen argument dat op zichzelf staat. Het is belangrijk te kijken welke vorm van paramedische zorg effectief is en wat dat betekent voor andere groepen patiënten.

160 Heleen Dupuis reageert dat ze dat een terecht punt vindt. Het solidariteitsargument is niet volledig. Marcel Canoy vindt dit een goede kans om evidence te verkrijgen. Carla Hollak merkt op dat er voor evidence is gekeken naar studies over IC patiënten. Er is overlap. Dit brengt haar terug naar haar eerste opmerking: hoe richt je de dataverzameling in?

165 De voorzitter wil tot een afronding komen. Er is sprake van een uitzonderlijke situatie. De RvB wil het advies zo snel mogelijk hebben. Daarom zal hij het advies samenvatten en de discussie zal worden verwoord in het verslag. Hij vat het advies als volgt samen:

- De commissie stelt het belang van de noodzaak tot vergoeding aan de orde. Om redenen van solidariteit in tijden van een pandemie, vindt zij het maken van een uitzondering legitiem. Marcel Verweij heeft hiervoor argumenten genoemd;
- Het is van belang pragmatisch te werk te gaan om geen tijd te verliezen. Dat zorgt wel voor dilemma's, want zorgvuldigheid is ook van belang;
- Er moet een goede registratie komen en goed onderzoek naar de effectiviteit. Dat is lastig omdat het snel moet;
- Er wordt aandacht gevraagd voor het triage instrument en voor samenwerking tussen actoren in de eerstelijns;
- Waar mogelijk moet gebruik worden gemaakt van e-health, bijvoorbeeld in de vorm van video instructies. De ene vorm van e-health is de andere niet.

180 Het is belangrijk om mee te nemen welke mogelijkheden er zijn.

De voorzitter zegt dat er meer is genoemd, maar dat we met deze samenvatting uit de voeten kunnen. Er komt dus geen schriftelijke ronde meer onder de leden om redenen van pragmatisme en snelheid.

185

## **2 Rondvraag en sluiting**

Er wordt geen gebruik gemaakt van de rondvraag. De voorzitter dankt alle aanwezigen voor hun aanwezigheid en de sprekers voor hun inspraak. Hij sluit vervolgens de vergadering.

190

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

**Datum**  
26 juni 2020

**Onze referentie**  
2020029898

## Bijlage 1 Inspraaktekst Longfonds

Zorginstituut Nederland  
Zorg I  
Oncologie

Michael Rutgers

195 **Algemeen:** Complimenten dat dit advies er ongewoon snel is gekomen en dat daar door iedereen ongelofelijk hard aan is gewerkt, maar.....dat dit ook heel hard nodig was omdat veel mensen ontzettend ziek waren en nog zijn... en nergens terecht konden.

**Datum**  
26 juni 2020

**Onze referentie**  
2020029898

**Inhoudelijk** positief over het feit dat er:

Geen eigen bijdrage verschuldigd is

200 Ook mensen die (ernstige) verdenking op C-19 hebben (dus niet persé een diagnose C-19) en de ziekte thuis hebben doorgemaakt met dit advies in aanmerking kunnen komen voor het (na)zorgtraject, (al wordt deze groep waarschijnlijk te klein ingeschat, maar het is niet in het belang van deze patiënten om dat te zeggen).

205 Er multidisciplinair moet worden samengewerkt en de patiënt een eigen zorgcoördinator/ aanspreekpunt toegewezen krijgt

Onderzoek naar de effectiviteit van de paramedische zorg bij deze groep ( is altijd goed natuurlijk)

210 **Vragen hebben we nog over:**

1. Wat is de planning? Bijv.:

- Is er al een datum bekend waarop de aanspraak daadwerkelijk van kracht wordt? en
- Wat is de einddatum van dit experiment/ deze tijdelijke aanspraak?
- (Wat gebeurt er na een ½ jaar?)

215

2. Gaat er nog met terugwerkende kracht vergoeding van zorg zoals fysiotherapie/ oefentherapie plaatsvinden en tot hoever terug?

220

3. Het ontbreken van psychologisch hulp wordt als een gemis ervaren. Door de grilligheid van de infectie kan het de ene dag beter gaan en de volgende dag kan iemand weer helemaal terugvallen. Mensen voelen zich soms zo slecht dat ze denken dat ze doodgaan. Dit vraag nogal wat van iemands mentale flexibiliteit. Hiervoor moet een beroep gedaan kunnen worden op psychologische hulp.

225

4. Wij gaan ervan uit (wij eisen...) dat fysiotherapeuten/ oefentherapeuten die mensen met restschade aan de longen willen behandelen daarin aantoonbaar zijn gespecialiseerd zoals bijv. HVL-fysiotherapeuten en/of extra modules gevolgd hebben voor het behandelen van Covid-19 patiënten (met restschade aan de longen).

230

Marieke Spee:

We onderschrijven de punten die het longfonds heeft gemaakt en delen de vragen die er leven. Verder is het zeer belangrijk dat er een multidisciplinaire aanpak komt, die zich onder 1 dak bevindt". (Dit om de belasting van het reizen te verminderen).

235

## **Bijlage 2: Inspraaktekst KNGF (mede namens VVOCM)**

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

### **Inbreng KNGF en VVOCM bij vergadering ACP over advies paramedische zorg voor COVID-patiënten.**

**Datum**  
26 juni 2020

**Onze referentie**  
2020029898

240

1. KNGF waardeert de mogelijkheid om in te spreken over het concept advies. Wij knippen onze inbreng in tweeën. Om te beginnen zal prof van der Wees kort ingaan op de zorginhoudelijke aspecten en daarna zal ik zelf iets zeggen over de inhoud van het advies in relatie tot de praktijk en de uitvoerbaarheid. Voor de volledigheid geef ik aan dat daar waar wij fysiotherapie zeggen we steeds nadrukkelijk fysiotherapie en oefentherapie bedoelen. Wij spreken ook namens de VVOCM

245

250

#### **2. Fysiotherapeutische behandeling bij patiënten met COVID-19 (prof dr. Ph van der Wees)**

255

De fysiotherapeut heeft – samen met andere paramedische zorgverleners - een belangrijke rol in het herstel van patiënten met COVID-19 die blijvende beperkingen ondervinden in het bewegend functioneren. Dit betreft specifiek patiënten die een verlaagde fysieke capaciteit en/of verlaagde fysieke activiteit ervaren. Twee belangrijke probleemgebieden bij patiënten met COVID-19 zijn spierzwakte en longproblemen met impact op het uithoudingsvermogen. We weten nog niet hoe groot de groep is met restproblemen op gebied van fysieke activiteit, maar een eerste indruk laat zien dat van de eerste 50 patiënten die op de nazorgpoli van het Radboudumc zijn geweest, er 20 zijn doorverwezen naar de eerstelijns fysiotherapeut. Het betreft zowel patiënten die in het ziekenhuis zijn geweest als patiënten die via de huisarts naar de poli zijn verwezen.

260

265

De fysiotherapeutische behandeling is beschreven in het KNGF-Standpunt met aanbevelingen voor fysiotherapie bij patiënten na ontslag uit het ziekenhuis of patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt in de thuissituatie. In de eerste zes weken staan advisering en coaching van patiënt bij het geleidelijk hervatten van activiteiten in het dagelijks leven en het bewegend functioneren centraal. Na zes weken wordt bepaald of er een indicatie is voor de verdere opbouw van fysieke activiteit en/of fysieke capaciteit van de patiënt. De therapie richt zich op het bevorderen van activiteiten en participatie, spierkracht en balans, uithoudingsvermogen en ontspanning. De trainingsintensiteit en de frequentie van de therapie wordt opgebouwd op basis van de hulpvraag van de patiënt, de behandeldoelen en de mogelijkheden van de patiënt. Om een goede trainingsprikkel te kunnen geven gaan we uit van een frequentie van 2-3 keer per week.

270

275

In de aanbevelingen voor de fysiotherapeut is een kernset aan meetinstrumenten uitgewerkt die als basis dient voor het inrichten en

280 evaluatie van de behandeling. De set wordt de komende maanden  
geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

**3. De praktijk en de uitvoerbaarheid (mr. J.N. Redeker)**

**Datum**  
26 juni 2020

285 KNGF vindt het goed dat het door ZIN is opgepakt en het is zeker een goede  
zaak dat ZIN aansluit bij de twee belangrijkste documenten die er op dit  
moment zijn rond noodzakelijke zorg voor COVID patiënten, de leidraad van  
FMS en de concept standaard die onder auspiciën van de LAN in opdracht  
van ZONMw wordt ontwikkeld. Over de noodzaak van fysiotherapie voor  
290 van COVID 19 herstellende patiënten is geen discussie, die wordt breed  
onderschreven. En dat heeft professor Van der Wees ook net onderbouwd

**Onze referentie**  
2020029898

4. Wij maken ons echter ernstig zorgen over het in onze opvatting trage  
tempo. Ons eerste signaal over mogelijk te gebrekkige aanspraken voor  
deze patiënten dateert van begin april. Dit advies komt nu bijna drie  
maanden later en moet dan nog worden uitgewerkt in een ministeriele  
295 regeling en in beleidsregels van de NZa. Ik heb bij de NZa geïnformeerd en  
daar geeft men aan dat ze het traject van het uitwerken van het  
bekostigingsmodel pas oppakken nadat het advies van het Zorginstituut er  
is, dat zal weken zo niet maanden duren. Ook de totstandkoming van de  
ministeriele regeling zal veel tijd vragen. En dat terwijl de patiënten nu  
300 zorg nodig hebben en verwijzingen via de nazorgpoli's en huisartsen op  
gang komen.

5. Maar dan zijn we er nog niet. Het advies van ZIN leidt tot een volledige  
systeemwijziging dus hebben we ook over de uitvoerbaarheid op korte  
305 termijn en daarmee de beschikbaarheid van de juiste en zinnige zorg voor  
COVID patiënten grote zorgen. Naast een ministeriele regeling en  
beleidsregels van de NZa moeten er nieuwe prestatiecodes komen,  
Softwaresystemen van zorgverzekeraars en van de zorgverleners moeten  
worden aangepast, declaratiestandaarden moeten worden gewijzigd. Al dit  
310 soort trajecten neemt weken, zo niet maanden in beslag. Zorgverzekeraars  
geven ook aan dat ze hun inkoopbeleid moeten aanpassen aan het nieuwe  
systeem dat ZIN voorstelt, dat is immers nu geen onderdeel van de  
contracten met zorgverleners. Zorgverleners moeten onderling aan de slag  
om het beperkte aantal uren onderling te verdelen. Kortom, de nieuwe  
315 aanspraak gaat in de nu door ZIN voorgestelde wijze op zijn vroegst tegen  
het einde van het jaar een beetje vliegen.



### Bijlage 3: Inspraak Ergotherapie Nederland

Zorginstituut Nederland  
Zorg I  
Oncologie

320 Betreft: Tekst inspraak Ergotherapie Nederland in de openbare vergadering van de ACP betreffende het concept advies `revalidatie en nazorg na COVID-19 op vrijdag 26 juni j.l.

**Datum**  
26 juni 2020

**Onze referentie**  
2020029898

Geachte commissie,

325 Hartelijk dank voor de uitnodiging om aanwezig te zijn bij deze openbare vergadering en ook dank voor de beschikbaar gestelde spreektijd.  
Ik heb geen belangen anders dan de vertegenwoordiging van mijn beroepsgroep in deze vergadering.

330 Ik wil u complimenteren met het voorstel dat er ligt om de aanspraak voor de revalidatie na ernstige COVID-19 tijdelijk te verruimen en multidisciplinaire zorg in de eerste lijn mogelijk te maken. Hiermee komt u tegemoet aan een grote behoefte die er is in de praktijk. Uiteraard zijn er wat betreft de uitwerking van het advies op onderdelen nog vragen te beantwoorden maar we zien dit voorstel vooral als een hele goede ontwikkeling en kans. De tijdelijke aanspraak kan  
335 mogelijk ook als casuïstiek dienen om te onderzoeken of deze "juiste zorg op de juiste plek" voor meer doelgroepen te realiseren is en hiermee zicht te krijgen op de mogelijkheden om multidisciplinaire zorg vorm te geven in de eerste lijn. Voor de doelgroep die ernstige COVID-19 heeft doorgemaakt en als gevolg daarvan problemen ondervindt in het dagelijks functioneren, heeft Ergotherapie  
340 Nederland een handreiking ontwikkeld voor ergotherapeuten. Wij zien dat problemen zich op verschillende domeinen manifesteren en dat die problemen gevolgen hebben voor het functioneren van de cliënt in zijn dagelijkse activiteiten. Ergotherapie richt zich in de behandeling op 6 domeinen waar problemen te  
345 verwachten zijn na het doormaken van ernstige COVID-19. Naast de lichamelijke problemen die zich voordoen zoals longproblemen en ernstige spierzwakte, wil ik ook de cognitieve problemen en psychische klachten benoemen waardoor veel cliënten in de uitvoer van hun dagelijkse activiteiten vastlopen. Ook wil ik aandacht vragen voor de problematiek die de mantelzorger ondervindt en tenslotte voor de problemen die cliënten ondervinden of gaan ondervinden bij de  
350 werkhervatting. Het is belangrijk gebleken hier tijdig aandacht voor te hebben. De diversiteit en complexiteit van de problemen die zich nu presenteren vragen vaak om multidisciplinaire aanpak en een goede onderlinge afstemming in de 1e lijn. Het is een hele goede ontwikkeling dat dit nu mogelijk gerealiseerd kan worden.

355 De vraag die ik wil stellen is: "Op basis van welke informatie of criteria wordt vastgesteld of cliënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt en kampen met restproblemen, in aanmerking komen voor deze nieuwe en tijdelijk  
360 aanspraak voor multidisciplinaire zorg in de 1<sup>e</sup> lijn en welke interventies van welke disciplines zijn daarvoor geïndiceerd?"

Ik zou daarbij een oproep willen doen om paramedici te betrekken bij de totstandkoming van een triagedocument dat gebruikt kan worden om de huisarts/zorg coördinator te kunnen ondersteunen in de besluitvorming.  
Namens Ergotherapie Nederland, Dorethé Wassink, beleidsmedewerker

365

#### **Bijlage 4: Inspraak Revalidatie Nederland**

**Zorginstituut Nederland**

Zorg I  
Oncologie

**Datum**

26 juni 2020

**Onze referentie**

2020029898

Heel goed dat er nu een advies ligt om dit voor behandeling in de eerste lijn te regelen. Wel een opmerkingen daarbij:

370 Bij een deel van de ex covid patiënten zijn de klachten dermate complex dat doorverwezen moet worden naar medische specialistische revalidatie in de tweede lijn. Het kan daarbij gaan om alle vier de typen patiënten die in het advies worden genoemd, dus niet alleen post-ic.

375 Ik wil daarom het belang van een juiste triage benadrukken: wanneer moet de patiënt in de eerste lijn worden behandeld en wanneer in de tweede lijn? Het is belangrijk om de relevante disciplines te betrekken bij de ontwikkeling daarvan te betrekken zoals ook dhr. Schols en Ergotherapie Nederland al aangaven.

380 Nu staat in het advies geschreven dat ontijdige behandeling in de eerste lijn kan leiden tot een verwijzing naar de tweede lijn. Dat klopt, maar het kan ook zo zijn dat de problematiek zo complex is dat directe verwijzing naar de tweede lijn van belang is. Reden te meer om op te letten op een juiste triage.

385 Het is dus belangrijk goed af te stemmen met de leidraden van de FMS en triageprotocollen van de VRA. Dit geldt voor het ontwikkelen van het beslisisinstrument voor de huisarts zoals genoemd in het advies en ook voor de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard door de LAN waarnaar wordt verwezen in het advies. Dit is in een breed overleg op 17 juni besproken en toegezegd.

## **Bijlage 5: Inspraak Nederlandse Zorgautoriteit**

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

- 390 Wij hebben begrip voor de exceptionele situatie zoals deze geschetst is in het begin van de vergadering. Wij danken u voor de mogelijkheid kort in te spreken. Evenals voorgaande sprekers willen wij onze waardering uitspreken voor het vele werk wat in korte tijd is verzet.
- 395 Wij hebben deze week kennisgenomen van het concept advies. Wij hebben onze inhoudelijke reactie deze week verzonden aan het Zorginstituut, maar deze is nog niet verwerkt in het concept advies wat nu voorligt in de vergadering, omdat een en ander parallel aan elkaar verloopt. Hierover gaan en moeten wij nog nader in gesprek, zoals Harald net al aangaf. In het concept advies wordt een aantal keer gesteld dat de NZa geen problemen voorziet voor wat betreft de uitvoerbaarheid van het concept advies aanspraak voor de bekostiging. Deze stellingname delen wij niet. Wij zien juist wel issues omtrent de uitvoerbaarheid en hebben deze zorgen/aandachtspunten deze week teruggekoppeld aan het Zorginstituut. Onze grootste zorg is de wijziging van aanspraakmethodiek van aanspraak in aantal behandelingen naar tijd (max. aantal behandeluren) voor fysiotherapie en oefentherapie, terwijl dit op dit moment in de fysio- en oefentherapie anders is ingeregeld (aanspraak in zittingen). Wij hebben twijfels over de proportionaliteit van deze wijziging bij deze ene specifieke patiëntengroep. Wij menen dat het ook aan veldpartijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) is om de impact van deze mogelijke problemen in te schatten en te beoordelen. Wij zien hen dan ook graag hierin meegenomen worden.
- 400
- 405
- 410

**Datum**  
26 juni 2020

**Onze referentie**  
2020029898