POST COVID
Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Integrale handreiking post-COVID



Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding

Gefinancierd door

ZonMw

Integrale handreiking post-COVID



1. Inleiding
2. Ziektebeeld
3. Diagnostiek
4. (Para)medische behandeling
5. Psychosociale- en praktische begeleiding
6. Organisatie van zorg en begeleiding
7. Bekostiging en vergoedingsroutes

Inhoudsopgave

Versie 2 | Oktober 2026

1. Inleiding
1.1 Aanleiding
1.2 Doelstelling integrale handreiking
1.3 ZonMw post-COVID programma
1.4 Post-COVID Netwerk Nederland
1.5 Werkwijze en verantwoording
1.6 Procesafspraken en halfjaarlijkse herziening

2. Ziektebeeld
2.1 Multisysteemziekte
2.2 Definitie post-COVID
2.3 Epidemiologie
2.4 Symptomatologie en fenotypes
2.5 Ziektebeloop
2.6 Ziekte ernst

3. Diagnostiek
3.1 Herkennen en anamnese
3.2 Ernst en functioneren
3.3 PEM
3.4 Dysautonomie, OI en POTS
3.5 Overige klachten
3.6 Het vervolg kiezen

4. (Para)medische behandeling
4.1 Veiligheid en Verantwoorde Zorg bij post-COVID
4.2 Ademhaling en stem- en slikproblemen
4.3 Energiebeperking
4.4 Dysautonomie en orthostatische intolerantie
4.5 Cognitieve klachten en overprikkeling
4.6 Psychische klachten
4.7 Slaapproblemen
4.8 Pijnklachten
4.9 Hormonale dysregulatie
4.10 Immuunactivatie en gastro-intestinale klachten

5. Psychosociale- en praktische begeleiding
5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

6. Organisatie van zorg en begeleiding
6.1 Huisartsenzorg
6.2 Paramedische zorg
6.3 Ziekenhuiszorg
6.4 Sociaal domein
6.5 Coördinatie van integrale zorg en ondersteuning
6.6 Regionale netwerkzorg

7. Bekostiging en vergoedingsroutes

Beschikbare hoofdstukken in deze versie



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

POST COVID
Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Integrale handreiking post-COVID



Hoofdstuk 5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving

Gefinancierd door

ZonMw

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Hoofdstuk 5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving

Rouw en zingevingsvragen zijn normale reacties op de ingrijpende verlieservaringen bij post-COVID is het verlies van gezondheid, energie, werk, schoolgang, opleiding, sport, identiteit, relaties, sociale contacten en toekomstperspectief.

Het rouwproces is complexer dan klassieke rouw omdat er sprake is van ‘levend verlies’/chronische rouw, van afwisseling tussen rouw en hoop, en van een gebrek aan erkenning.

De kern van begeleiding bij rouw en zingeving bij post-COVID: normaliseren, luisteren, erkennen, zingeving verkennen en begeleiden binnen de grenzen van Post Exertionele Malaise (PEM).



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

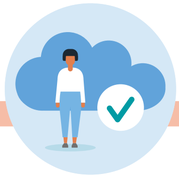
Hoofdstuk 5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving



Signaleren

Doel
Rouw- en zingevingsvragen herkennen

Wat kun je doen?
- Vraag naar verlieservaringen (gezondheid, werk, relaties), identiteits/rollenverandering, existentiële vragen en gevoelens van uitzichtloosheid
- Vraag naar hoe men omgaat met het ziek zijn (coping)
- Herken levend verlies: terugkerende, voortdurende verlieservaringen
- Let op signalen van gebrek aan erkenning: eenzaamheid, trauma, stigmatisering, bij kinderen: stil worden, terugtrekken



Duiden

Doel
Pathologisering voorkomen & betekenis geven aan rouw

Wat kun je doen?
- Leg uit dat rouw normaal is en geen stoornis
- Rouwreacties moeten onderscheiden worden van somberheid of angstklachten
- Benoem dat de rouw vaak niet (h) erkend wordt
- Werk traumasensitief: erken ervaringen van miskenning, verkeerde zorg of schaamte



Begeleiden

Doel
Herstel bevorderen zonder overbelasting

Wat kun je doen?
- Geef psycho-educatie over rouwtaken & levend verlies
- Focus op betekenisgeving: wat geeft nog richting, waarde, voldoening?
- Ondersteun identiteitsherstel: wat kan wél? welke rol past nu?
- Wijs op mogelijkheden van o.a. vaktherapie of geestelijke verzorging bij behoefte aan begeleiding bij zingeving



Samenwerken

Doel
Afstemming en samenhang in begeleiding

Wat kun je doen?
- Vraag naar welke zorg- en hulpverleners betrokken zijn en hoe ze te verbinden in een samenhangende begeleiding
- Werk systemisch: bespreek impact op gezin/naasten identiteit- of rolverandering
- Stimuleer lotgenotencontact, maar beoordeel of het past bij de fase van het ziek zijn
- Zorg voor gedeelde taal in het netwerk en werk normaliserend



Evalueren

Doel
Belasting, rouwtaken en kwaliteit van leven volgen

Wat kun je doen?
- Behulpzame hulpmiddelen zijn: Leefgebiedenwijzer, Mijn Positieve Gezondheid, ADIQ, ReQoL
- Monitor triggers voor overbelasting, stress en PEM
- Pas het plan aan bij terugval, overbelasting of veranderende levensomstandigheden

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

1. Introductie

Inhoud

1. Introductie
2. Rouw en zingeving bij post-COVID (symptomen)
3. Aandachtspunten
4. Praktische begeleiding
5. Meetinstrumenten en monitoring
6. Interdisciplinaire samenwerking
7. Aanpassingen per leeftijdscategorie en kwetsbare groepen

Post-COVID gaat gepaard met ingrijpende verlieservaringen (verlies van gezondheid, werk, schoolgang, deelname aan opleiding, inkomen, relaties/sociale contacten, hobby's, sport, toekomstperspectief etc.). Verlies van gezondheid kan op zichzelf rouwreacties oproepen. Deze 'health loss-related grief' kan samenhangen met verlies van lichamelijke mogelijkheden, zelfstandigheid, rollen en toekomstperspectief.[1]

Rouw is een normale reactie op dergelijke verlies-ervaringen. Rouw beslaat verlies- en hersteltaken:

- het onder ogen zien van de realiteit van het verlies
- het erkennen van de pijn van het verlies
- aanpassen aan het leven met het verlies opnieuw zin geven aan het veranderde leven[2]

Er is geen 'eindpunt', het is een doorlopende opgave waarbij de taken door elkaar heen kunnen lopen of elkaar af kunnen wisselen. De taken zijn gericht op het aanpassen aan – en leren leven met het verlies. [3]

Bij rouwen hoort dus ook het betekenis kunnen geven aan de (ongewenste) realiteit en een nieuw perspectief vinden: zingeving.

Zingeving kan beschreven worden als:

- de zoektocht naar orde, samenhang en richting in het bestaan,
- het nastreven van doelen die de moeite waard zijn, en daaraan voldoening beleven.[4]

Het bewust omgaan met zingeving vindt meestal plaats bij het optreden van 'major life events' (huwelijk, geboorte, sterfte) en bij confrontatie met kwetsbaarheid (zoals bij ziekte). Deze gebeurtenissen vragen om een actieve aanpassing binnen het levensverhaal. We beoordelen iets als zinvol als de gebeurtenis in overeenstemming is met ons levensverhaal. Dit leidt tot motivatie, betrokkenheid en geestelijk welbevinden.[5,6]



Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

2. Rouw en zingeving bij post-COVID (symptomen)

De volgende aspecten zijn specifiek voor rouw bij post-COVID[7]:

- Patiënten ervaren “levend verlies” (Manu Keirse): het gaat niet om een eenmalig verlies, maar om een doorlopend proces van steeds weer verlies ervaren.
- Patiënten rouwen en hopen tegelijkertijd (op herstel, nieuwe behandeling of medicijn).
- Het gaat om een verlies wat vanuit de omgeving (ook vanuit zorgprofessionals) veelal niet (h)erkend wordt.
- Het patroon van gelijktijdige rouw en hoop vraagt veel van iemands veerkracht, aanpassingsvermogen en energie – waarin men vaak al beperkt is.



Post-COVID patiënten kunnen de volgende klachten ervaren met betrekking tot rouw en zingeving[8,9]:

1. Chronische rouw door het (steeds opnieuw) verliezen van functies en toekomstperspectief.
2. Gebrek aan (h)erkenning van het verlies door de omgeving kan leiden tot sociale exclusie, onbegrip bij anderen, confrontatie met stigmatisering en niet geloofd worden versterkt de eenzaamheid.
3. Verlies van sociaal gewaardeerde rollen als bron van zingeving en identiteit, zowel werk- en schoolgerelateerd (relatie met werkgever, collega’s, klas- en studiegenoten) als persoonlijk (rol als ouder/opvoeder, vriend, partner).
4. Relaties kunnen ontwricht raken door het gebrek aan (h)erkenning van de ziekte, en/of een verandering van het evenwicht in de bijdrage die de patiënt kan bieden aan bijvoorbeeld vriendschappen en het huishouden.
5. Een krimpend sociaal netwerk, ook door machteloosheid en/of ongemak van de ander. De ander moet ook afscheid nemen van het oude leven dat men samen had, soms matchen de levens niet meer.
6. Moeite met aanpassen van het dagelijks ritme, de dagindeling en participatie.
7. Verlies van gebruikelijke coping strategieën. Patiënten moeten op zoek naar nieuwe strategieën.
8. Confrontatie met onzekerheid en grenzen aan maakbaarheid.
9. Identiteit als ‘patiënt’: leren omgaan met afhankelijkheid (o.a. verzorging, voeding en inkomen).
10. Verlies van controle, vertrouwen in het eigen lichaam en toekomstperspectief.
11. Existentiële angsten (bijvoorbeeld door het wegvallen van gezondheid, school, opleiding of inkomen).
12. Gevoelens van uitzichtloosheid.
13. Bijkomende financiële en juridische stressoren verhogen de kans dat de patiënt niet goed toekomt aan de benodigde rouwtaken.

Bovenstaande klachten kunnen leiden tot gevolgen zoals somberheid of depressie, angststoornissen, sociaal isolement en een verhoogd risico op bijkomende stress-gerelateerde lichamelijke gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld hoge bloeddruk).[10]

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving

5.2 Lotgenoten contact

5.3 Mantelzorg ondersteuning

5.4 Werk en inkomen

3. Aandachtspunten

Algemene aandachtspunten

Zingeving is een primaire levensbehoefte en een essentieel onderdeel van begeleiding en het herstelproces. Het is belangrijk om dit te bespreken. Levensbeschouwing kan een belangrijke bron van zingeving zijn. De levensbeschouwing fungeert als 'het grote verhaal' met behulp waarvan mensen zin kunnen geven aan hun leven[11].

Het is belangrijk rouw niet te pathologiseren, maar uit te leggen dat het een normale reactie is op verlies. Rouw dient onderscheiden te worden van psychische aandoeningen. Onderzoek laat zien dat rouwreacties na gezondheidsverlies te onderscheiden zijn van symptomen van somberheid en angst.[12] In hoofdstuk 3 (Diagnostiek) en hoofdstuk 4.6 (Psychische klachten) wordt beschreven hoe anamnese en differentiaal-diagnostiek toe te passen om het onderscheid helder te krijgen.

Omdat de rouw bij post-COVID vaak langdurig is en veel van de patiënt vraagt, bovenop de al zeer beperkte beschikbare energie, kan het wenselijk zijn het rouwproces te begeleiden, bijvoorbeeld door een sociaal werker, psycholoog, kindertherapeut, GGZ-professional of geestelijk verzorger.

Adviezen aan zorgverleners en sociaal werkers zijn daarom:

1. Luister naar de patiënt en indien van toepassing de ouders/verzorgers en diens (levens)verhaal en zie de patiënt als deskundige op dit gebied. Het is niet altijd nodig en soms zelfs onwenselijk om iets 'te doen' of te zoeken naar een 'oplossing'[13].
2. Wees bewust van mogelijke ervaringen van patiënten met stigmatisering, erken dit en bespreek dit.
3. Werk cultuursensitief door o.a. begrijpelijke taal te gebruiken, open vragen te stellen (over wat voor patiënt belangrijk is) en bewust te zijn van eigen vooroordelen.
4. Vraag coping mechanismen uit in het juiste perspectief. Gedragingen die bij een bepaalde ziekte disfunctioneel zijn, kunnen bij post-COVID juist functioneel zijn (bijvoorbeeld: rust nemen of in bed blijven).
5. Indien de patiënt dit wenst kan psychosociale begeleiding laagdrempelig geboden worden door de POH GGZ en/of maatschappelijk werker mits deze kennis van post-COVID heeft. Als begeleiding door een (kinder)psycholoog is aangewezen, verwijs dan naar een in post-COVID gespecialiseerde (GZ- of Klinisch) psycholoog.
6. Door het ontbreken van wetenschappelijke inzichten hebben vele professionals vooralsnog onzekerheid in de diagnostiek en begeleiding/behandeling bij rouw en zingeving bij patiënten met post-COVID.
7. Professionals kunnen minder terugvallen op 'autoritair zijn' of het volgen van (medische) richtlijnen en protocollen. Het vraagt om een andere aanpak van werken – waarbij zorgverleners en patiënten kennis en besluitvorming delen.[14]



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Aandachtspunten bij PEM en POTS/OI

- Pas pacing principes toe door gesprekken kort te houden. De ondersteuning/begeleiding kan mogelijk verspreid over een langere periode en online aangeboden worden.
- Bied en bespreek de mogelijkheden voor pauzes.
- Doseer de hoeveelheid informatie.
- Zorg voor een prikkelarme omgeving met zoveel mogelijk rust en stilte.
- Vraag of de vorige sessie PEM heeft uitgelokt en pas daar het behandelplan op aan.
- Bij zeer ernstig zieke of overbelaste patiënten eventueel eerst alleen investeren in een veilige, vertrouwde relatie en rust. Wellicht is er nog geen ruimte voor begeleiding (bijvoorbeeld door lopende UWV-aanvraag).
- Psychologische begeleiding dient uit te gaan van de principes van pacing. Het gaat om versterking van de vaardigheid van de patiënt om binnen diens grenzen zinvolle activiteiten te ondernemen.
- Cognitieve- en emotionele belasting kunnen ook PEM uit lokken en het is vooralsnog onbekend wat de effecten van interventies gericht op rouw en zingeving bij post-COVID patiënten zijn.

4. Praktische begeleiding

Rouw is een normale verlies reactie en behoeft geen therapie, maar als het niet lukt om het verlies in het leven te integreren kan begeleiding wenselijk zijn.

1. Directe strategieën

- Educatie voor patiënt en naasten over levend verlies en balans vinden tussen verliesgerichte – en herstelgerichte rouwtaken, zodat inzicht in de rouwtaken ontstaat en patiënten zichzelf niet veroordelen (dat het niet snel genoeg gaat bijvoorbeeld).
- Investeer in strategieën om afleiding te vinden in dingen die de patiënt energie geven. Op zoek gaan naar wat nog wél kan en alternatieve bronnen van zingeving (anders dan bijv. werk/school/opleiding), waar de patiënt binnen de grenzen van belastbaarheid een bijdrage aan kan leveren op een manier die passend is.
- Ondersteunende psychosociale begeleiding om patiënten te helpen bij het erkennen van verdriet, identiteitsveranderingen en herstructurering van hun leven.
- Er is nog niet voldoende wetenschappelijk onderzoek verricht, maar er zijn wel aanwijzingen voor de effectiviteit van interventies die zich richten op acceptatie, betekenisgeving, zelfcompassie en het heropbouwen van identiteit en rollen bij het leren omgaan met verlies. Een voorbeeld is Acceptance and Commitment Therapie (ACT), waarbij het doel niet is om klachten op te lossen, maar beter te aanvaarden (acceptatie), zodat ruimte ontstaat voor dingen die echt belangrijk voor iemand zijn (commitment). Andere voorbeelden zijn meaning-centered begeleiding (herwinnen zingeving en identiteit), zelfcompassietraining en narratieve methoden (integreren van ziekte in levensverhaal)[15].
- Vaktherapeutische interventies zoals beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotore (kinder)therapie en spelthera-pie kunnen ondersteunend zijn mits aangepast aan de post-COVID symptomatologie.
- Geestelijke verzorging om te ondersteunen bij het vinden van nieuwe zingeving en bij levensvragen, ook bij vragen over het levenseinde.

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

4. Praktische begeleiding

2. Hulpmiddelen

- PostCovid NL heeft een aantal tips verzameld van ervaringsdeskundigen en zorgverleners om ervoor te zorgen dat de patiënt zoveel mogelijk voldoening uit het leven kan blijven halen. Zo behoud je zingeving en voldoening bij Post-Covid | PostCovid NL. Eenzaamheid verzachten bij Post-Covid | PostCovid NL.
- Bij psychologische behandeling kunnen professionals de volgende GGZ-zorgstandaard raadplegen: 1. Introductie - Zingeving in de psychische hulpverlening | GGZ Standaarden.
- Het aanbod voor hulp bij psychische klachten ten gevolge van post-COVID onder de aandacht brengen, bijvoorbeeld wijzen op sociale kaarten zoals de zorgnetwerkkaart (Sociale en psychologische problemen door langdurige klachten - C-support) en de Hulpwegwijzer - C-support.
- Patiënten helpen bij het vinden van aanpassingen op de werkplek/school/thuis, om zingevende activiteiten mogelijk te maken[16].

3. Ondersteunende interventies

- Lotgenotencontact (o.a. via Long Covid Nederland | voor én door long covid patiënten en Ontmoetlotgenoten.nl - Ontmoetlotgenoten.nl) en KLC; facebookgroep Kinderen met langdurige Covid Klachten, website: www.kinderenmetlongcovid.com om te bespreken hoe de patiënt ondanks beperkingen toch het leven weer op kan pakken. Let op, dit geldt niet voor iedereen en is afhankelijk van de fase van de ziekte en het contact kan ook ontmoedigend zijn[17].
- Bespreek de impact van de ziekte op het leven van de naasten (ouders, partners, vrienden, familie) en mogelijkheden van ondersteuning bij het gezin, bijv. ergotherapie voor gezinnen. Begeleiding en educatie systeem (naasten, hulpverleners), o.a. over PEM[18].
- Mindfulness en/of meditatie kunnen behulpzame onderdelen zijn van de pacing-strategie en om erkenning van de nieuwe realiteit te bevorderen.

Let op!

Bij alle hiervoor genoemde mogelijkheden geldt altijd dat effecten voor post-COVID patiënten nog niet afdoende onderzocht zijn en dat goede begeleiding door professionals met kennis van post-COVID noodzakelijk is om PEM-uitlokking door cognitieve taken te voorkomen.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

5. Meetinstrumenten en monitoring

Voor een breed gesprek over alle leefgebieden inclusief zingeving kan bijvoorbeeld de leefgebiedenwijzer van Movisie worden gebruikt (Leefgebiedenwijzer [MOV-10489411-1.0].pdf) of de tool Mijn Positieve Gezondheid Gesprekstools - Institute for Positive Health.

Er zijn specifieke vragenlijsten beschikbaar om inzicht in het rouwproces van de patiënt te krijgen, zoals de Inventory of Complicated Grief. Echter zijn deze doorgaans gericht op het verlies van een dierbare en niet op levend verlies. De Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ) kan ingezet worden om rouw en acceptatie te beoordelen.[19] Recent is de Health Impairment Grief Scale (HIGS, 2026) ontwikkeld, een korte vragenlijst met 10 items voor het meten van rouwreacties als gevolg van gezondheidsverlies bij mensen die vanwege ziekte niet werken. De HIGS onderscheidt gezondheidsgerelateerde rouw van angst- en depressieve klachten. Het instrument is nog niet specifiek gevalideerd bij mensen met Post-COVID. De vragenlijst kan helpen om patiënten te herkennen die ondersteuning nodig hebben bij verlies van gezondheid en (dreigend) verlies van werk. De Nederlandstalige versie is hier te vinden: https://www.werkverlieslijst.nl/vragenlijsten/vragenlijst_verlies_van_gezondheid [20]

De zelfrapportage vragenlijst Recovery Quality of Life (ReQol20 of 10) kan gebruikt worden door volwassenen om de ervaren kwaliteit van leven in kaart te brengen Recovering Quality of life (ReQoL) - GGZ Dataportaal.



Meetinstrument veerkracht: Brief Resilience Scale (BRS), Nederlandse versie: Korte Veerkrachtschaal (KVS)[21].

Let op!

- Het gesprek moet leidend zijn, de vragenlijsten dienen alleen ter ondersteuning.
- Wees voorzichtig met interpretatie van de vragenlijsten, check deze bij de patiënt.
- Houd voor het invullen rekening met de beperkte energie en cognitieve beperkingen.

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

6. Interdisciplinaire samenwerking

De behandeling kan om samenwerking vragen tussen:

Discipline	Omschrijving van de klachten en handelingen per discipline
Huisarts/specialist	Begeleiding medische klachten, medische onderbouwing, uitsluiten van andere oorzaken, verwijzing, regiehouder.
Ergotherapie	Energieverdeling, dagstructuur, hulpmiddelen.
Fysiotherapie	Ondersteuning bij betekenisvol bewegen / in staat stellen om betekenisvolle activiteiten uit te voeren en waardevolle rollen te vervullen via voorlichting, advisering, coaching en interventies zoals pacing.
Geestelijk verzorger	Ondersteuning bij zingeving en omgaan met stigma en levensvragen behorende bij een chronische, invaliderende ziekte. Bijvoorbeeld Centrum voor Levensvragen, Moskee/imam, Kerk/pastoor, humanistisch raadsman/vrouw etc.
POH GGZ	Begeleiding bij psychische klachten en rouw bij levend verlies.
Sociaal werker	Ondersteuning en begeleiding bij psychosociale klachten en praktische vragen rondom werk, wonen, relaties, opvoeding etc. Kennis van de sociale kaart.
GGZ-professional	Behandeling van psychische klachten bij comorbiditeit.
Psycholoog	Ondersteunen van erkennen verlies middels psychologische interventies zoals ACT.
Vaktherapeut	Ondersteuning bij leren omgaan met levend verlies middels op PEM aangepaste beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische therapie en speltherapie.
Werk/schoolbegeleiding	Opstellen aangepast plan met werkgever/leidinggevende en bedrijfsarts of met school/opleiding in een gezamenlijk overleg tussen zorgverleners, patiënten, ouders/verzorgers en begeleiders.
Patiëntenorganisaties	PostCovid NL, Long Covid Nederland en KLC (kinderen en jongeren met Long COVID). PostCovid NL biedt ook lotgenotencontact aan in diverse vormen. KLC heeft een actieve facebookgroep waar ouders elkaar kunnen vinden en hun zorgen/vragen kunnen delen.

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

7. Aanpassingen per leeftijdscategorie en kwetsbare groepen

Kinderen en jongeren

Kinderen en jongeren kunnen ook te maken krijgen met levend verlies: het verlies van gezondheid, verlies van schoolgang of het volgen van een opleiding, verlies van sociale ontwikkeling en groepsvorming, verlies van begrip van de omgeving, verlies van de gezins dynamiek, verlies van toekomstperspectief en perspectief op normaal leven. Dit kan gevoelens van verdriet, machteloosheid, boosheid, eenzaamheid, paniek, onzekerheid en isolatie oproepen.

Voor kinderen is het ook lastiger om erkenning van andere kinderen te vinden, die weten vaak niet wat leven met post-COVID inhoudt. Het risico dat kinderen of jongeren buitengesloten worden of zichzelf terugtrekken en eenzaamheid ervaren, is groot.

Het niet mee kunnen doen is vooral bij jongeren confronterend, terwijl leeftijdsgenoten zich juist volop aan het ontwikkelen zijn op het gebied van opleiding en relaties. Kinderen en jongeren zien bijvoorbeeld op sociale media wat anderen wel allemaal kunnen doen. Ook worden ze vaak niet alleen geconfronteerd met hun eigen verlies, maar ook dat van hun ouders/gezinsleden die hierom rouwen[22]. Ondersteuning richt zich primair op erkenning, veiligheid, betekenisgeving en het ondersteunen van het gezinssysteem. Dit kan bestaan uit psycho-educatie over post-COVID, begeleiding bij omgaan met onzekerheid en verlies, en ondersteuning bij communicatie met school en sociale omgeving.

Specifiek voor kinderen en jongeren staan er links en tips op deze pagina's:
Long COVID bij kinderen en jongeren - C-support
en Verlies en rouw in het gezin | Nederlands Jeugdinstituut

Ouderen

Bij ouderen kan er vaker sprake zijn van een beperkt netwerk en eenzaamheid. Dit zijn complicerende factoren bij rouw en zingeving. Bij ouderen dient er aandacht te zijn voor de combinatie met andere verlieservaringen, stille rouw, religieuze traditie, vragen rondom het levenseinde en palliatieve zorg.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Referenties

1 Van Eersel, J.H.W., Hulshof, I.L., Van Os, L.S., Smid, G.E., & Boelen, P.A. (2026). Health loss-related grief among sick-listed employees: Development and validation of the Health Impairment Grief Scale. Disability and Rehabilitation, 1–13. https://doi.org/10.1080/09638288.2026.2624530

2 Stroebe, M., & Schut, H. (2018). Good grief. Psychologist, 31, 24-28.

3 Keirse, M. (2017). *Helpen bij verdriet en verlies. Een gids voor het gezin en de hulpverlener.* Leuven: uitgeverij Lannoo.

4 Leijssen, M. (2004). *Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief. In Raymaekers, B. & Riel, G. van,Wetenschappelijk denken: een laboratorium voor morgen? Lessen voor de eenentwintigste eeuw (pp. 241-268). Leuven: Universitaire Pers Leuven.*

5 Lans, J.M. van der (1996). *Religion as a meaning system: a conceptual mode for research and counseling.* In Grzymala-Moszczynska, H.& Beit-Hallahmi, B., Religion, Psychopathology and Coping (pp. 95-105). Amsterdam: Rodopi

6 Lans, J.M. van der (1992). *Zingeving en levensbeschouwing. Een psychologische begripsverkenning. In F. Eijkman (Red.), Weer zin leren.Over levensbeschouwing en educatie (pp. 7-20).* Best: Uitgeverij Damon.

7 Podcast C-support Levend Verlies: Podcastaflevering over Levend Verlies - C-support

8 Maathuis, N., & Vriens, H. (2022). *Voortdurend Koorddansen. Rapportage Focusgroepen onderzoek QVS-database naar aanleiding van de resultaten vragenlijst 1.* Rapport Q-support.

9 Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M., & Maciejewski, P. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121.

10 Büchner, R., Sander, C., Schindler, S., Walter, M., Scheibenbogen, C., & Schomerus, G. (2025). Have you considered that it could be burnout?"—psychologization and stigmatization of selfreported long COVID or postCOVID19 vaccination syndrome. *BMC Med.;*23(1):488.

11 Brink, G. van den (2012). *De lage landen en het hogere. De betekenis van geestelijke beginselen in het moderne bestaan. Amsterdam: Amsterdam University Press.*

12 Van Eersel, J.H.W., Hulshof, I.L., Van Os, L.S., Smid, G.E., & Boelen, P.A. (2026). Health loss-related grief among sick-listed employees: Development and validation of the Health Impairment Grief Scale. Disability and Rehabilitation, 1–13. https://doi.org/10.1080/09638288.2026.2624530

13 Website PostCovidNL, Mentale Gezondheid | PostCovid NL, geraadpleegd op 18-12-2025.

14 ME/cvs Vereniging (2025). Nederlandse vertaling van: *Klinische zorggids. Behandelen van ME/cvs, Long Covid en infectiegeassocieerde chronische aandoeningen (IACC's).*

15 Zingeving tijdens de behandeling - Zingeving in de psychische hulpverlening | GGZ Standaard: 7. Zingeving tijdens de behandeling - Zingeving in de psychische hulpverlening | GGZ Standaarden

16 ME/cvs Vereniging (2025). Nederlandse vertaling van: *Klinische zorggids. Behandelen van ME/cvs, Long Covid en infectiegeassocieerde chronische aandoeningen (IACC's).*

17 Boer, L.M., Daudey, L., Peters, J.B. *et al.* Assessing the Stages of the Grieving Process in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Validation of the Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). *Journal of Behavorial Medicine* 21, 561–570 (2014). https://doi.org/10.1007/s12529-013-9312-3

18 Website PostCovidNL, Mentale Gezondheid | PostCovid NL, geraadpleegd op 18-12-2025.

19 Maathuis, N., & Vriens, H. (2022). *Voortdurend Koorddansen. Rapportage Focusgroepen onderzoek QVS-database naar aanleiding van de resultaten vragenlijst 1. Rapport Q-support.*

20 Van Eersel, J.H.W., Hulshof, I.L., Van Os, L.S., Smid, G.E., & Boelen, P.A. (2026). Health loss-related grief among sick-listed employees: Development and validation of the Health Impairment Grief Scale. Disability and Rehabilitation, 1–13. https://doi.org/10.1080/09638288.2026.2624530

21 Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Journal of Behavorial Medicine* 15(3):194-200. doi: 10.1080/10705500802222972. PMID: 18696313.

22 Podcast C-support Levend Verlies: Podcastaflevering over Levend Verlies - C-support

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Colofon

Hoofdschrijver van 5.1. Begeleiding bij rouw en zingeving:
Dr. Isolde Driesen, Senior wetenschapper, maatschappelijk werker (Radboudumc)

Medeschrijvers van 5.1. Begeleiding bij rouw en zingeving:
1. Dr. Marcia Spoelder-Merkens, Assistant professor, Projectleider WP7 PCNN (Radboudumc)
2. Sandra van Kan, Nazorgadviseur C-support

De volgende mensen willen bedanken voor het geven van feedback en suggesties op 5.1. Begeleiding bij rouw en zingeving:
1. Marlies van Hemert – Arts, niet praktiserend (Stichting Begrepen Klachten)
2. Sytske Peterson – Nazorgadviseur (C-support)
3. Ryan van Baal, MSc – Fysiotherapeut, projectleider Expertisecentrum post-COVID (Radboudumc)
4. Dr. Susanne Young – Senior wetenschapper, neuropsycholoog (Radboudumc)
5. Dr. Gert-Jan Braunstahl – Longarts Expertisecentrum post-COVID (ErasmusMC)
6. Narita Saija – Ervaringsdeskundige (PostCovidNL)
7. Alfons Olde Loohuis – Huisarts, medisch adviseur (C-support)
8. Edith Kok – Longarts en kaderarts palliatieve zorg (C-support)
9. Dr. Willem Pieters – Longarts Somnoloog (C-support en Nederlands Slaap Instituut)
10. Dr. Miek de Dreu – Onderzoeker, projectmanager (LUMC)



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

POST COVID
Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Integrale handreiking post-COVID



Hoofdstuk 5.2
Lotgenotencontact

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Hoofdstuk 5.2 Lotgenotencontact

Lotgenotencontact (ook wel peer support of ervaringsondersteuning) is contact tussen mensen die zelf leven met post-COVID of die als naaste of mantelzorger betrokken zijn bij iemand met post-COVID.

Het doel is het delen van ervaringen, wederzijdse erkenning, praktische tips en emotionele steun.

In tegenstelling tot professionele hulp is lotgenotencontact niet gericht op diagnostiek of behandeling, maar op onderlinge steun en het delen van ervaringen vanuit gelijkwaardigheid in expertise.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

1. Wat is lotgenotencontact?

Inhoud

1. Wat is lotgenotencontact?
2. Meerwaarde van lotgenotencontact
3. Aandachtspunten
4. Praktische mogelijkheden in Nederland
5. Rol van de zorgprofessional

Lotgenotencontact kent verschillende vormen:

- Individueel lotgenotencontact (peer-to-peer): één-op-één contact met een lotgenoot of ervaringsdeskundige, telefonisch, online of face-to-face.
- Lotgenotengroepen: fysieke of online groepsbijeenkomsten waarin ervaringen en praktische adviezen worden uitgewisseld.
- Thema- of doelgroepgerichte bijeenkomsten (al dan niet onder begeleiding van een professional): bijvoorbeeld voor jongeren, ouders van kinderen met post-COVID of mensen die weer proberen te participeren in werk of studie.
- Lotgenotencontact voor naasten: contact tussen partners, ouders of andere mantelzorgers (al dan niet onder begeleiding van een professional) die ervaringen uitwisselen over de impact van post-COVID op het gezin en het dagelijks leven.
- Online communities en fora: digitale platforms waarop ervaringen, vragen en tips worden gedeeld.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

2. Meerwaarde van lotgenotencontact

Voor mensen met post-COVID kan contact met lotgenoten bijdragen aan het gevoel gezien en begrepen te worden. Omdat post-COVID een relatief nieuwe aandoening is, ervaren patiënten en naasten regelmatig onbegrip en/of onmacht vanuit collega's/ werksfeer, omgeving en/of zorgverleners.

Onderzoek naar lotgenotencontact bij chronische aandoeningen laat zien dat dit kan bijdragen aan:

- meer ervaren sociale steun;
- erkenning en herkenning;
- vermindering van gevoelens van isolement;
- het delen van praktische strategieën voor omgaan met klachten en beperkingen;
- versterking van eigen regie en zelfmanagement.

De potentiële voordelen van lotgenotencontact worden ook beschreven door patiëntenorganisaties voor post-COVID. Veel patiënten geven aan dat het prettig is om ervaringen te delen met mensen die begrijpen wat leven met post-COVID betekent, zonder dat uitgebreide uitleg nodig is. Herkenning door iemand die een vergelijkbare situatie meemaakt kan gevoelens van eenzaamheid verminderen en bijdragen het omgaan met de gevolgen van de ziekte.

Voor naasten kan lotgenotencontact eveneens waardevol zijn. Partners, ouders en mantelzorgers ervaren vaak onzekerheid, veranderingen in rollen binnen het gezin. Mensen ervaren overbelasting of zijn overbelast. (zie hoofdstuk 5.3). Contact met andere naasten kan herkenning bieden, praktische adviezen opleveren en helpen om overbelasting te voorkomen.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

3. Aandachtspunten

Hoewel veel patiënten baat hebben bij lotgenotencontact, is het niet voor iedereen passend en het is geen vervanging voor professionele medische of psychosociale zorg.

Bij post-COVID is het ziektebeeld vaak ernstig, langdurig en onvoorspelbaar. Hierdoor kunnen verhalen van anderen ook belastend zijn.

Sommige patiënten ervaren bijvoorbeeld:
- verdriet of angst door het horen van ernstige ziekteverhalen;
- onzekerheid wanneer herstel van anderen uitblijft of juist sneller verloopt;
- overprikkeling of cognitieve vermoeidheid tijdens groepsbijeenkomsten;
- een toename van stress of klachten door langdurige online discussies of een voortdurende focus op ziekte.

Daarom is het belangrijk dat deelname vrijwillig is en aansluit bij de behoeften, belastbaarheid en fase waarin iemand zich bevindt. Sommige patiënten geven de voorkeur aan één-op-één contact, terwijl anderen juist steun vinden in een groep. Ook kan de behoefte aan lotgenotencontact in de loop van het ziekteproces veranderen.

4. Praktische mogelijkheden in Nederland

Voor patiënten

PostCovid NL
- Online en fysieke lotgenotenbijeenkomsten: https://www.postcovidnl.nl.
- Steun- en leuncontact (één-op-één contact met een ervaringsdeskundige vrijwilliger): Steun- en leuncontact | PostCovid NL.
- Forum, activiteiten en mogelijkheden om een lotgenoot of maatje te vinden. Zie bijvoorbeeld www.ontmoetlotgenoten.nl
- Specifieke activiteiten voor verschillende doelgroepen.

C-support
- Biedt zelf geen lotgenotencontact, maar verwijst actief naar PostCovid NL voor peer support.
- Biedt daarnaast onafhankelijke informatie, advies en ondersteuning op medisch, psychosociaal en maatschappelijk gebied. https://www.c-support.nu

Long COVID Nederland
- Patiëntenvereniging. Organiseert belangenbehartiging en biedt informatie, nieuws en mogelijkheden om ervaringen uit te wisselen via de eigen community en sociale media: Over ons | Long Covid Nederland.

Voor naasten

Naasten en mantelzorgers kunnen eveneens behoefte hebben aan herkenning en ondersteuning. Via PostCovid NL kunnen ook partners, ouders, familieleden en mantelzorgers deelnemen aan steun- en leuncontact of gebruik maken van lotgenotenactiviteiten. Daarnaast kunnen gemeenten, mantelzorgsteunpunten, Stichting Mantelzorgelijk en MantelzorgNL verwijzen naar lokale gespreksgroepen of bijeenkomsten voor mantelzorgers (zie hoofdstuk 5.3).



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

5. Rol van de zorgprofessional

De zorgprofessional kan patiënten en naasten informeren over de mogelijkheden van lotgenotencontact en samen verkennen of deze vorm van ondersteuning aansluit bij hun wensen en belastbaarheid.

Bespreek daarbij zowel de mogelijke voordelen als de mogelijke nadelen, zodat patiënten een weloverwogen keuze kunnen maken. Lotgenotencontact kan een waardevolle aanvulling op professionele zorg zijn, maar vervangt deze niet en is niet voor iedereen geschikt.

Zorgprofessionals kunnen patiënten helpen om, indien lotgenotencontact passend is, samen een vorm te kiezen die past bij hun situatie. Daarbij is het goed bespreekbaar te maken dat patiënten daarbij hun grenzen bewaken wanneer contact meer energie kost dan oplevert.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Referenties

- Dennis, C.-L. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 40*(3), 321–332. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5
- PostCovid NL. (z.d.). *Wat doet PostCovid NL? Geraadpleegd op 29 juli 2026, van* https://www.postcovidnl.nl
- PostCovid NL. (z.d.). *Mentale gezondheid en hoe ga ik om met mijn veranderde leven? Geraadpleegd op 29 juli 2026, van* https://www.postcovidnl.nl
- PostCovid NL. (z.d.). *Steun- en leuncontact. Geraadpleegd op 29 juli 2026, van* https://www.postcovidnl.nl/ontmoet-elkaar/steun-en-leuncontact
- Ontmoetlotgenoten.nl via PostCovid NL https://ontmoetlotgenoten.nl/

Colofon

Hoofdschrijver van 5.2. Lotgenoten contact
Dr. Isolde Driesen – Senior wetenschapper, maatschappelijk werker (Radboudumc)

De volgende mensen willen bedanken voor het geven van feedback en suggesties op 5.2. Lotgenoten contact

1. Sandra van Kan – Nazorgadviseur bij C- en Q support
2. Narita Saija – Ervaringsdeskundige (PostCovidNL)
3. Dr. Carina Pittens – Ervaringsdeskundige (PostCovidNL)
4. Dr. Marcia Spoelder-Merkens – Assistant professor, Projectleider WP7 PCNN (Radboudumc).



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

POST COVID
Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Integrale handreiking post-COVID



Hoofdstuk 5.3
Mantelzorg ondersteuning

Gefinancierd door
ZonMw

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Hoofdstuk 5.3 Mantelzorg ondersteuning

Mantelzorg verlenen bij post-COVID kan mede door het onvoorspelbare beloop en gebrek aan behandelperspectief extra uitdagend zijn. Mantelzorgers kunnen daarbij vergelijkbare processen als de patiënt doormaken.

Voorkom overbelasting door mantelzorg vroegtijdig bespreekbaar te maken met de patiënt en diens naaste(n), tijdig te wijzen op de mogelijkheden van mantelzorgondersteuning en aandacht te hebben voor het levend verlies dat ook mantelzorgers ervaren.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

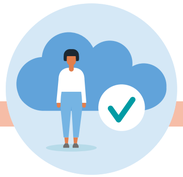
Hoofdstuk 5.3 Mantelzorg ondersteuning



Signaleren

Doel
Overbelasting vroeg herkennen

Wat kun je doen?
Vraag actief naar belasting, draagkracht, werk, gezin en sociale steun van de mantelzorger..



Duiden

Doel
Overbelasting bespreekbaar maken

Wat kun je doen?
Erken dat gevoelens van verdriet, frustratie en machteloosheid normale reacties bij mantelzorg zijn.



Ondersteunen

Doel
Overbelasting verminderen en het psychosociaal welzijn behouden

Wat kun je doen?
- Onderzoek welke taken gedeeld of overgenomen kunnen worden.
- Bespreek levend verlies, relaties, identiteit en toekomstperspectief.



Samenwerken

Doel
Hulpbronnen inzetten en op elkaar afstemmen

Wat kun je doen?
Verwijs naar mogelijkheden vanuit de Wmo, waaronder respijtzorg en cliëntondersteuning.



Evalueren

Doel
Overbelasting voorkome en verminderen n

Wat kun je doen?
Evalueer regelmatig belasting, behoeften en beschikbare ondersteuning.



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

1. Introductie

Inhoud

1. Introductie
2. Klachten en signalen passend bij mantelzorg(over)belasting
3. Aandachtspunten
4. Praktische begeleiding
5. Meetinstrumenten en monitoring
6. Wet- en regelgeving

Mantelzorg is alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving[1]. Dit kan praktische hulp zijn (bijvoorbeeld huishouden, vervoer, administratie), maar ook hulp bij persoonlijke verzorging of emotionele ondersteuning[2, 3]. Als deze hulp meer dan 8 uur per week beslaat, spreken we van intensieve mantelzorg[4].

Veel mantelzorgers ervaren voldoening doordat zij iets kunnen betekenen voor hun naaste. Tegelijkertijd kan mantelzorg belastend zijn, zeker wanneer de zorg langdurig is, onvoorspelbaar verloopt of gecombineerd moet worden met werk, opleiding, gezinsleven en andere verantwoordelijkheden[4].

Mantelzorgers kennen diegenen die ze helpen al voordat hulp nodig is. Het zijn partners, ouders, kinderen, familieleden, vrienden of buren die langdurig (langer dan 3 maanden) en onbetaald ondersteuning bieden. Zij weten dus goed wat de behoeften zijn van diegene voor wie ze zorgen en kunnen professionals goed informeren. Maar deze bestaande relatie kan ook zorgen voor extra belasting. De relatie verandert namelijk van partner of familie zijn naar (ook) een zorgrelatie, met bijbehorende afhankelijkheid en verwachtingen. Mantelzorgers nemen vaak taken over die voorheen door de patiënt werden uitgevoerd. Hierdoor ontstaat meer afhankelijkheid en verschuiven rollen en wederkerigheid binnen relaties.[5]

Fasen van mantelzorg

Mantelzorg ontwikkelt zich in de praktijk vaak geleidelijk. Naarmate de zorgvraag toeneemt, kan ook de belasting van de mantelzorger toenemen. Wanneer de draag*last* langdurig groter is dan de draag*kracht*, kan overbelasting ontstaan. In uitzonderlijke situaties kan dit leiden tot ontspoorde mantelzorg[6], waarbij de kwaliteit en veiligheid van de zorg onder druk komen te staan. Tijdige signalering en ondersteuning kunnen voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken, dit wordt in onderstaande paragrafen beschreven.

Mantelzorg bij post-COVID

Er bestaat geen landelijke registratie of cijfers over het absolute aantal mantelzorgers van mensen met post-COVID in Nederland. Wel laat meerjarig onderzoek van C-support zien dat 35.6% van de deelnemende patiënten aangeeft mantelzorg te ontvangen (gemiddeld 5 uur per week)[7]. Tevens blijkt uit een RIVM rapport dat 71% van de volwassenen met een naaste met post-COVID daadwerkelijk rapporteert mantelzorg te verlenen (Post-covid | RIVM)[8].



Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

1. Introductie

Het aantal studies dat specifiek gericht is op mantelzorgers van mensen met post-COVID is nog beperkt. De beschikbare literatuur bestaat voornamelijk uit onderzoek naar naasten van patiënten die ernstige COVID-19 doormaakten of uit bredere studies naar mantelzorg tijdens de pandemie. Desondanks blijkt hieruit dat er sprake is van aanzienlijke psychische belasting van mantelzorgers. Onderzoek onder mantelzorgers van patiënten die ernstige COVID doormaakten en op de IC hebben gelegen, laat zien dat een substantieel deel van de mantelzorgers maanden tot zelfs een jaar later nog angstklachten, depressieve klachten, PTSS-symptomen en mantelzorgbelasting ervaart[9].

Bij post-COVID en andere postinfectieuze aandoeningen is mantelzorg vaak extra complex. Het ziekteverloop is grillig en onvoorspelbaar, op sommige dagen lukt meer dan op andere dagen. Bovendien ontbreekt vaak een duidelijk behandelperspectief, waardoor zowel patiënt als mantelzorger langdurig moeten omgaan met onzekerheid. Uit kwalitatieve studies blijkt dat deze kernmerken zorgen voor voortdurende waakzaamheid, onzekerheid en stress bij mantelzorgers[10].

Rollen binnen het gezin of tussen vrienden veranderen. Verwachtingen moeten vaak worden bijgesteld. Hierdoor kan iemand zich machteloos of verdrietig voelen en kan mantelzorg belastend worden. Ook naasten en mantelzorgers ervaren hun eigen vorm van ‘levend verlies’ (zie de factsheet van C-support LevendVerlies_factsheet-C_DEF-1.pdf[11] en hoofdstuk 5.1). Mantelzorgers kunnen vergelijkbare processen doormaken als patiënten zelf, waaronder machteloosheid, verdriet, frustratie, onzekerheid en verlies van toekomstperspectief. Mantelzorgers zijn vaak sterk gericht op het welzijn van de patiënt en kunnen onbewust zorgen, emoties of verantwoordelijkheden van de patiënt overnemen. Hierdoor kan het moeilijk zijn om onderscheid te maken tussen wat de patiënt ervaart en wat de mantelzorger zelf voelt of nodig heeft. Dit kan de ervaren belasting vergroten[12].

Overbelasting van mantelzorgers raakt niet alleen de patiënt en mantelzorger, maar heeft ook maatschappelijke impact zoals uitval op school of werk door overbelasting.



Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

2. Klachten en signalen passend bij mantelzorg(over)belasting

Mantelzorgbelasting ontwikkelt zich meestal geleidelijk en uit zich zelden op één terrein. Onder invloed van langdurige zorg, onzekerheid en een veranderende balans tussen draagkracht en draaglast kunnen klachten ontstaan op emotioneel, cognitief, lichamelijk en sociaal gebied.

De aanwezigheid van één of meerdere van deze signalen betekent niet automatisch dat sprake is van overbelasting. Wel vormen zij aanleiding om de balans tussen draaglast en draagkracht samen met de mantelzorger nader te bespreken en zo nodig passende ondersteuning onder de aandacht te brengen. Onderzoek laat zien dat ervaren sociale steun in de vorm van ondersteuning, contact met anderen en praktische hulp een belangrijke factor is die beschermt tegen psychische klachten en mantelzorgbelasting[6,13].

Lichamelijke signalen	• Vermoeidheid • Slaapproblemen • Hoofdpijn • Spierspanning; • Stressgerelateerde klachten (o.a. hoge bloeddruk, hartkloppingen) • Toename van eigen gezondheidsklachten
Cognitieve signalen	• Concentratieproblemen • Vergeetachtigheid • Piekeren • Verminderde besluitvaardigheid
Emotionele signalen	• Gevoelens van machteloosheid • Verdriet en rouw; verlieservaringen • Angst en onzekerheid over de toekomst • Prikkelbaarheid • Schuldgevoelens • Frustratie • Somberheid
Sociale signalen	• Minder tijd voor sociale contacten tot sociale isolatie • Stoppen met hobby's en ontspanning • Verminderd presteren in werk- of opleidingssituaties • Spanningen in de relatie / conflicten binnen het gezin
Aanvullende signalen, specifiek voor post-COVID	• Voortdurende waakzaamheid door het grillige ziekteverloop • Moeite met plannen door onvoorspelbaarheid van belastbaarheid • Gebrek aan perspectief door ontbreken van effectieve behandeling • Onbegrip vanuit omgeving of professionals • Levend verlies en voortdurende aanpassing aan een veranderende situatie

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

3. Aandachtspunten

Mantelzorgers zijn vaak primair gericht op het welzijn van de patiënt en hebben minder aandacht voor hun eigen gezondheid en belastbaarheid. Daarom is ook niet elke mantelzorger in beeld en niet iedere mantelzorger zal zich melden met een hulpvraag.

Vaak wordt het geven van mantelzorg als vanzelfsprekend beschouwd en niet bewust als 'mantelzorg' ervaren. Het advies is om patiënten en hun naasten actief te vragen naar belasting door mantelzorg en te wijzen op mogelijkheden voor ondersteuning en begeleiding en hen te stimuleren hiervoor contact op te nemen met hun gemeente (WMO-loket, sociaal (wijk)team, maatschappelijk werk organisatie).

Adviezen aan zorgverleners:

1. Vraag actief wie de belangrijkste mantelzorger(s) is/zijn. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de MantelScan handreiking [MOV-177659-0.3].pdf[14].
2. Heb oog voor de eigen ervaringen en behoeften van de mantelzorger. Vraag niet alleen hoe het met de patiënt gaat, maar ook hoe het met de mantelzorger zelf gaat. Het is belangrijk de mantelzorger als een zelfstandige gesprekspartner te benaderen en expliciet te vragen naar diens eigen ervaringen, gevoelens en behoeften, los van die van de patiënt[15].
3. Bespreek de balans tussen draag*kracht* en draag*last*.
4. Erken dat mantelzorg ook gepaard kan gaan met gevoelens van verlies, verdriet, rouw, boosheid en machteloosheid. Realiseer en erken daarbij dat mantelzorgers zelf eveneens levend verlies kunnen ervaren door veranderingen in rollen, relaties en toekomstverwachtingen.
5. Bespreek verschuivingen in afhankelijkheid, identiteit en wederkerigheid binnen relaties en rollen.
6. Stimuleer mantelzorgers om tijdig hulp te vragen bij sociaal werk organisaties en/of de gemeente. Bespreek preventief mogelijkheden voor ondersteuning voordat sprake is van overbelasting.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

4. Praktische begeleiding

Directe strategieën[16]

- Maak met de mantelzorger (en patiënt) een overzicht van mantelzorgactiviteiten/taken;
- Breng het gemaakte overzicht in kaart op dag-, week- en maandniveau;
- Onderzoek welke taken gedeeld of overgenomen kunnen worden en verwerk dat ook in het overzicht (mantelzorger houdt regie, ook al zijn taken uitbesteed);
- Maak samen een overzicht van beschikbare hulpbronnen;
- Bespreek regelmatig de belasting van de mantelzorger;
- Help mantelzorgers onderscheid te maken tussen hun eigen gevoelens en die van de patiënt**.** Bespreek dat het begrijpelijk is dat mantelzorgers zich sterk verbonden voelen met de patiënt, maar dat het belangrijk blijft om ook aandacht te houden voor de eigen emoties, grenzen en behoeften. Dit helpt om overbelasting te voorkomen en maakt het gemakkelijker om tijdig passende ondersteuning te vragen;
- Stimuleer de mantelzorger om structureel tijd vrij te maken voor ontspanning, herstel en sociale contacten;
- Bespreek het belang van grenzen stellen;
- Normaliseer gevoelens van verdriet, frustratie en machteloosheid.

Respijtzorg[17, 18]

Respijtzorg is tijdelijke vervangende zorg waarbij een ander de zorgtaken van de mantelzorger tijdelijk overneemt, zodat de mantelzorger tijd en ruimte krijgt om uit te rusten, te herstellen of andere activiteiten te ondernemen[17,18] .

Afhankelijk van de individuele situatie kan respijtzorg vanuit de Wmo zowel incidenteel als gedurende langere tijd, bijvoorbeeld op structurele momenten per week, worden ingezet. De precieze duur en omvang zijn afhankelijk van de gemeentelijke regels en de individuele beoordeling.

Door respijtzorg ontstaat ruimte voor rust, herstel, werk, gezin of ontspanning. Dit kan mantelzorgers tijdelijk ontlasten en daarmee de draagkracht vergroten. Respijtzorg vermindert daarmee de directe druk op de mantelzorger en het zorgnetwerk, maar neemt onderliggende problemen in de zorgsituatie niet weg.

Respijtzorg kan aangevraagd worden via sociaalwerkorganisaties en/of de gemeente.

Voorbeelden van respijtzorg zijn:

- Aanwezigheidszorg thuis (vrijwilliger of professionele hulp);
- Dagopvang of dagbesteding (indien belastbaarheid van de patiënt dit toelaat): Gestructureerde activiteiten buitenshuis die bijdragen aan participatie, sociale contacten en een zinvolle daginvulling, terwijl de mantelzorger tijdelijk wordt ontlast;
- Tijdelijke overname van zorgtaken;
- Logeerzorg of kortdurend verblijf: tijdelijk verblijf in een zorginstelling of logeerhuis om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten wanneer voortdurende zorg thuis nodig is.



Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

4. Praktische begeleiding

Praktische ondersteuning aan te vragen via de Wmo (gemeente)[16]

- Huishoudelijke hulp: ondersteuning bij huishoudelijke taken, zoals schoonmaken, wassen en het op orde houden van de woning, wanneer iemand dit zelf niet meer kan;
- Begeleiding: Ondersteuning bij het behouden of vergroten van de zelfredzaamheid, het aanbrengen van structuur in de dag of het organiseren van dagelijkse activiteiten;
- Maaltijdvoorzieningen;
- Klusdiensten;
- Woningaanpassingen: Aanpassingen in of rondom de woning, zoals een traplift, drempelhulpen of een aangepaste badkamer, om zelfstandig en veilig thuis te kunnen blijven wonen;
- Hulpmiddelen: Voorzieningen zoals een rolstoel, scootmobiel of tillift die de zelfredzaamheid van de patiënt vergroten en de fysieke belasting van de mantelzorger kunnen verminderen;
- Vervoersvoorzieningen: Ondersteuning bij vervoer, bijvoorbeeld via een regiotaxi, vervoerspas of een tegemoetkoming in vervoerskosten, zodat deelname aan de samenleving mogelijk blijft;
- Administratieve ondersteuning;
  Hulp bij financiën, ondersteuning bij belastingaangifte, ondersteuning rondom PGB-aanvragen;
- Mantelzorgmakelaar (bijvoorbeeld via www.bmzm.nl);
- Mantelzorgwaardering: Een blijk van waardering vanuit de gemeente voor de inzet van mantelzorgers, bijvoorbeeld in de vorm van een financiële tegemoetkoming, cadeaubon of andere lokale regeling.

Psychosociale ondersteuning[6]

Omdat mantelzorgers vergelijkbare processen van rouw, verlies en onzekerheid kunnen doormaken als patiënten, kan – naast praktische ondersteuning - psychosociale begeleiding soms aangewezen zijn.

- Individuele begeleiding bijvoorbeeld door een psycholoog;
- Maatschappelijk werk via het sociaal (wijk) team of buurtteam van de gemeente;
- Mantelzorgcursussen via een sociaalwerk-organisatie of de gemeente;
- Lotgenotencontact via de gemeente of MantelzorgNL;
- Voorlichtingsbijeenkomsten;
- Veel sociaal werk organisaties beiden ook specifiek voor jonge mantelzorgersondersteuning.

Werk en mantelzorg[19]

De combinatie van betaald werk met mantelzorgtaken kan leiden tot verhoogde belasting. Het is goed mantelzorgers te wijzen op de volgende mogelijkheden:

- Mogelijkheden voor flexibele werktijden en andere werkafspraken bespreekbaar maken met direct leidinggevende;
- Verlofregelingen;
- Ondersteuning vanuit HR en indien van toepassing met de bedrijfsarts (zie ook hoofdstuk 5.4);
- Regelingen binnen de CAO;
- Mogelijkheden om zorgtaken te delen met anderen.

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

5. Meetinstrumenten en monitoring

Post-COVID is nog vrij onbekend bij de gemeente
Hoewel gemeenten over passende instrumenten beschikken, worden aanvragen van mensen met post-COVID in de praktijk regelmatig belemmerd door onbekendheid met de ziekte en onderschatting van de ernst. Daarnaast kunnen de belasting die mantelzorg met zich meebrengt het moeilijk maken om zelf ondersteuning aan te vragen. Het is daarom goed om mantelzorgers te wijzen op de handreiking van C-support die gemeenten concrete handvatten biedt om deze groep passende ondersteuning te bieden: 250829-Handreiking-definitief.pdf.

Er is ook een online zoekmachine: Mantelzorg - Organisaties in de buurt en de Mantelzorglijn: 030 – 760 60 55 waar mantelzorgers naar verwezen kunnen worden.

Om een beeld te krijgen van de mogelijkheden heeft het adviesteam Mantelzorg (een samenwerking tussen MantelzorgNL en Movisie) een toolbox ontwikkeld: toolbox-interventies-mantelzorgondersteuning.pdf[20]. C-support biedt een podcast voor naasten: Podcast Naasten - C-support.

Omdat de belasting en ondersteuningsbehoeften van mantelzorgers in de loop van de tijd kunnen veranderen, is het belangrijk deze regelmatig te bespreken. Dit kan aan de hand van het onder punt 4 genoemde overzicht van mantelzorgactiviteiten/taken.

EDIZ (Ervaren Druk door Informele Zorg)
Ter ondersteuning van het gesprek kan het EDIZ -plus meetinstrument worden gebruikt. Dit instrument vervangt het gesprek niet, maar helpt om belasting tijdig te signaleren en veranderingen in de tijd te volgen. De EDIZ plus is een Nederlandse vragenlijst waarmee de ervaren belasting van mantelzorgers wordt gemeten[21]. De 15 vragen richten zich onder andere op de emotionele belasting, de impact van de zorg op het dagelijks leven en gevoelens van overbelasting. De EDIZ plus wordt veel gebruikt in de eerste lijn, wijkverpleging en het sociaal domein als screeningsinstrument: Meetinstrument EDIZ: Welke impact heeft informele zorg? | Movisie.

CarerQol (Care-related Quality of Life instrument)
Omdat post-COVID vaak een langdurig en fluctuerend ziektebeeld kent, kan het gebruik van de CarerQol meerwaarde hebben. Dit instrument meet niet alleen de belasting, maar ook de kwaliteit van leven van mantelzorgers. Het instrument brengt zowel negatieve als positieve aspecten van mantelzorg in kaart en wordt veel gebruikt in onderzoek en evaluaties: CarerQol_Netherlands.pdf[22].

Zelfevaluatiegesprek / Mantelzorggesprek
Naast gestandaardiseerde vragenlijsten blijft een gestructureerd gesprek essentieel. Hierin wordt samen met de mantelzorger verkend hoe het met hem of haar gaat, welke belasting wordt ervaren, welke hulpbronnen beschikbaar zijn en welke ondersteuning gewenst is. Diverse organisaties hebben hiervoor gesprekskaarten of handreikingen ontwikkeld, bijvoorbeeld de NHG-Handreiking Samenwerken met mantelzorgers[15], en informatie van Vilans en MantelzorgNL: https://www.mantelzorg.nl.

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

6. Wet- en regelgeving

Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)[23]
De meeste genoemde voorzieningen die voor de patiënt en/of de mantelzorger aan te vragen zijn om mantelzorgers te ontzorgen vallen onder de Wmo. Deze voorzieningen zijn aan te vragen via de gemeente, in de meeste gevallen middels een keukentafelgesprek dat gevoerd wordt met een Wmo-consulent en/of sociaal werker van het sociaal (wijk)team of buurtteam van betreffende gemeente.

Wlz (Wet langdurige zorg)[24]
Indien sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid kan er via het CIZ een Wlz-indicatie aangevraagd worden. Deze wordt in de praktijk echter zelden toegekend. Wanneer een patiënt wel een Wlz-indicatie heeft, kan ondersteuning van de mantelzorger onderdeel zijn van het zorgarrangement. Denk aan respijtzorg, logeeropvang, dagbesteding of begeleiding die de mantelzorger tijdelijk ontlast. Deze ondersteuning wordt niet apart voor de mantelzorger aangevraagd, maar georganiseerd vanuit de Wlz-zorg van de cliënt. De zorgaanbieder, het zorgkantoor en de onafhankelijke Wlz-cliëntondersteuner kunnen hierover adviseren en de benodigde ondersteuning helpen organiseren.

Onafhankelijke cliëntondersteuning[25]
Iedere gemeente biedt onafhankelijke cliënt- of inwonerondersteuning. Deze ondersteuning kan helpen bij het verhelderen van hulpvragen, het aanvragen van voorzieningen, contact leggen met instanties en mensen wegwijs maken binnen wet- en regelgeving.

Ondersteuning vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw)[26]
De Zorgverzekeringswet biedt geen aparte aanspraak op mantelzorgondersteuning. Wel kunnen verschillende vormen van zorg voor de patiënt de mantelzorger ontlasten. Afhankelijk van de zorgvraag en de polisvoorwaarden kan gedacht worden aan:

- Wijkverpleging (thuisverpleging en persoonlijke verzorging), geïndiceerd door de wijkverpleegkundige, waardoor zorgtaken gedeeltelijk kunnen worden overgenomen.
- Casemanagement of zorgcoördinatie, indien dit onderdeel is van een zorgprogramma of multidisciplinaire behandeling.
- Paramedische zorg, zoals fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek of logopedie, waardoor de patiënt beter ondersteund wordt en de belasting van de mantelzorger kan afnemen.
- Medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg en GGZ-zorg voor de patiënt.
- Respijtzorg, voor zover deze vanuit een aanvullende zorgverzekering wordt vergoed. Dit verschilt per zorgverzekeraar en polis.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Referenties

1 Boer, A. de, Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, D., Plaisier, I. (20202). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp (2014-2019).* Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag. Blijvende bron van zorg, geraadpleegd op 14-07-2026

2 Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). *Mantelzorg.* https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2020/19/hoe-is-de-leefsituatie-van-nederlandse-ouderen-/mantelzorg
Movisie. (z.d.). *Mantelzorg.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.movisie.nl
Vilans. (z.d.). *Mantelzorg.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.vilans.nl/kennis/mantelzorg

3 Rijksoverheid (z.d.). *Wanneer ben ik mantelzorger?* Geraadpleegd op 28 juli 2026, van https://www.rijksoverheid.nl/vraag-en-antwoord/mantelzorg/wanneer-ben-ik-mantelzorger

4 Sociaal en Cultureel Planbureau (2026). *Mantelzorg in beweging. Kerncijfers en trends 2014–2024.* Den Haag: SCP.

5 Lightfoot, E., Moone, R. P., Suleiman, K., & Otis, K. (2021). Changes to family caregiving of older adults and adults with disabilities during COVID-19. *Global Qualitative Nursing Research, 8*, 1–9. https://doi.org/10.1177/23333936211028104

6 MantelzorgNL. (z.d.). *Overbelasting voorkomen.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.mantelzorg.nl
Movisie. (z.d.). *Ontspoorde mantelzorg.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.movisie.nl
Sociaal en Cultureel Planbureau. (2026). *Mantelzorg in beweging. Kerncijfers en trends 2014–2024.* Den Haag: SCP.
Vilans. (z.d.). *Ontspoorde mantelzorg.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.vilans.nl

6 Brus, I., Biere-Rafi, S., Ter Wolbeek, M., Tieleman, P., Rijssenbeek, L., Polinder, S., & Heemskerk, S. (2024). *Post-COVID: Impact op gezondheid, het dagelijks leven en zorggebruik: Uitkomsten van 2 jaar onderzoek*. C-support.

7 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2025, 2 september). *Post-covid*. RIVM – Post-covid

8 Wiertz, C.M.H., Hemmen, B., Sep, S.J.S., & Verbunt, J.A. (2024). *Caregiver burden and impact on COVID-19 patient participation and quality of life one year after ICU discharge – A prospective cohort study*. Patient Education and Counseling, 123, 108221

9 Robinson-Lane, S. G., Jones, T. A., Fink, R. M., Harlan, E., Beebout, C. J., & Pressler, S. J. (2024). Caregiving in the COVID-19 pandemic: Family adaptations following an intensive care unit hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing, 33*(17–18), 6379–6391. https://doi.org/10.1111/jocn.17286

10 Geraadpleegd op 29 juli 2026 van LevendVerlies_factsheet-C_DEF-1.pdf.

11 Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden—A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies, 50*(3), 431–441. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005

12 Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmey, A., & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: Findings from an ad hoc survey in Germany. *BMC Health Services Research, 21*, Article 353. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06316-7

13 Kruiswijk, A. (2012). *Handreiking Mantelscan. Samenstelling, organisatie en risicofactoren van een zorgnetwerk in kaart.* Expertisecentrum

14 Mantelzorg, Movisie en Vilans. Geraadpleegd op 29 juli 2026 van MantelScan handreiking [MOV-177659-0.3].pdf.

15 Nederlands Huisartsen Genootschap. (2020). *NHG-Handreiking Samenwerken met en ondersteuning van mantelzorgers.* Utrecht: NHG.
MantelzorgNL. (z.d.). *Mantelzorgondersteuning.* Geraadpleegd op 29 juli 2026 van https://www.mantelzorg.nl
National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Supporting adult carers (NICE Guideline NG150).* Geraadpleegd op 29 juli 2026 van https://www.nice.org.uk/guidance/ng150

16 Malkander & Gemeente Ede. (2026). *Mantelzorggids Ede: Wegwijzer voor aanbod en ondersteuning*. Geraadpleegd op 15 juli 2026, van https://www.malkander-ede.nl/wp-content/uploads/2026/02/5MAL1576-inter-actieve-mantelzorggids-11022026.pdf

17 MantelzorgNL (z.d.). *Wat is respijtzorg (vervangende zorg)?* Geraadpleegd op 28 juli 2026, van https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/ondersteuning/vervangende-zorg/wat-is-respijtzorg
MantelzorgNL. (z.d.). *Respijtzorg.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.mantelzorg.nl
Regelhulp. (z.d.). *Vervangende zorg (respijtzorg).* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.regelhulp.nl

18 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.d.). *Vervangende zorg (respijtzorg).* Regelhulp. Geraadpleegd op 28 juli 2026, van https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers/ondersteuning-en-advies/vervangende-zorg

19 Stichting Werk&Mantelzorg. (z.d.). *Werk en mantelzorg combineren.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.werkenmantelzorg.nl
Rijksoverheid. (z.d.). *Zorgverlof.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verlof-en-vakantie/zorgverlof

20 Vos, A., Pijpers, R., & Knegt, T. (2025). Toolbox interventies mantelzorgondersteuning. Inspiratie voor beleidsmedewerkers van gemeenten. Deze toolbox is gemaakt door het Adviesteam Mantelzorg: een samenwerking tussen MantelzorgNL en Movisie. Geraadpleegd op 29 juli 2026 van toolbox-interventies-mantelzorgondersteuning.pdf.

21 Pot, A. M., Deeg, D. J. H., & Van Dyck, R. (1995). *Ervaren druk door informele zorg (EDIZ): Constructie van een schaal.* Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 26, 214–219.

22 Brouwer, W. B. F., Van Exel, N. J. A., Van Gorp, B., & Redekop, W. K. (2006). The CarerQol instrument: A new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers. *Quality of Life Research, 15*(6), 1005–1021. https://doi.org/10.1007/s11136-005-5994-6

23 Rijksoverheid. (z.d.). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.rijksoverheid.nl
MantelzorgNL. (z.d.). *Gemeentelijke ondersteuning voor mantelzorgers.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.mantelzorg.nl

24 Centrum Indicatiestelling Zorg. (z.d.). *Wet langdurige zorg (Wlz).* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.ciz.nl
Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Wet langdurige zorg.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.zorginstituutnederland.nl

25 Rijksoverheid. (z.d.). *Onafhankelijke cliëntondersteuning.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.rijksoverheid.nl
Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (z.d.). *Onafhankelijke cliëntondersteuning.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://vng.nl
MantelzorgNL. (z.d.). *Cliëntondersteuning.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.mantelzorg.nl

26 Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Zorgverzekeringswet.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.zorginstituutnederland.nl
Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). *Wijkverpleging.* Geraadpleegd op 29 juli 2026, van https://www.nza.nl

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenotencontact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Colofon

Hoofdschrijver van 5.3. Mantelzorg ondersteuning
Dr. Isolde Driesen – Senior wetenschapper, maatschappelijk werker (Radboudumc)

Medeschrijvers van 5.3. Mantelzorg ondersteuning
Sandra van Kan – Nazorgadviseur bij C- en Q support

De volgende mensen willen bedanken voor het geven van feedback en suggesties op 5.3. Mantelzorg ondersteuning
1. Dr. Mariëlle Goossens – Associate Professor revalidatiegeneeskunde (Maastricht Universiteit)
2. Dr. Marcia Spoelder-Merkens – Assistant professor, Projectleider WP7 PCNN (Radboudumc)
3. Dr. Willem Pieters – Longarts Somnoloog (C-support en Nederlands Slaap Instituut)
4. Narita Saija – Ervaringsdeskundige (PostCovidNL)
5. Dr. Carina Pittens – Ervaringsdeskundige (Long Covid Nederland)
6. Dr. Lous Rijssenbeek-Nouwens – Longarts (C-support)
7. Dr. Susanne Young – Senior wetenschapper, neuropsycholoog (Radboudumc)



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

POST COVID
Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Integrale handreiking post-COVID



Hoofdstuk 5.4
Werk en inkomen

Gefinancierd door
ZonMw

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

1. Inleiding

Inhoud

1. Inleiding
2. Meest relevante medische kenmerken bij re-integratie en dossiervorming
3. De gevolgen van financiële onzekerheid
4. Begeleiding bij re-integratie
5. Wettelijk kader bij ziekte en arbeidsongeschiktheid
6. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling, de WIA en Wajong

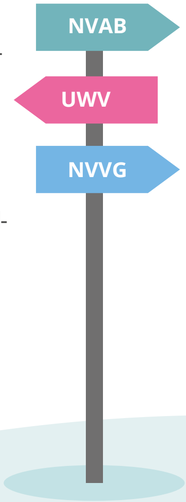
Post-COVID wordt gekenmerkt door een grillig, niet-lineair beloop, waarbij belastbaarheid van dag tot dag kan fluctueren[1]. Hierdoor kan duurzaam functioneren in werk aanzienlijk beperkt raken, en is het beloop ook moeilijk te voorspellen[2]. De kans op spontaan herstel is na één of meerdere jaren ziekte zeer klein, en mocht er verbetering optreden dan heeft dit veelal een langdurig verloop[3-6].

Internationaal wordt post-COVID erkend als een aandoening met substantiële sociaal-economische gevolgen: de OECD beschrijft dat de maatschappelijke kosten voor een belangrijk deel voortkomen uit verminderde arbeidsparticipatie, productiviteitsverlies en uitval uit werk, en benadrukt daarom het belang van passende zorg, sociale bescherming en ondersteuning bij re-integratie[7].

Doelstelling van dit hoofdstuk

De PCNN-handreiking helpt professionals om over de grenzen van hun eigen discipline heen te kijken en uit te nodigen tot samenwerking. Ook zorgverleners die zelf geen sociaal-medische beoordeling uitvoeren, krijgen in de praktijk vragen van patiënten over re-integratie, UWV, WIA en Wajong (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen; Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen; Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten). Daarom biedt dit hoofdstuk laagdrempelige basisinformatie over rollen, begrippen en processen in het domein van bedrijfs- en verzekeringsartsen[8].

Voor zorgprofessionals is basiskennis van werk en inkomen van belang omdat medische informatie uit de behandeling en begeleiding kan doorwerken in re-integratie, WIA/Wajong-beoordeling en eventuele bezwaar- of beroepsprocedures. De behandelend (zorg)professional geeft geen oordeel over arbeidsongeschiktheid, maar kan wel feitelijke medische en functionele informatie verstrekken over diagnose, beloop, behandeling en functioneren. De bedrijfsarts beoordeelt de belastbaarheid en mogelijkheden van de werknemer in relatie tot arbeid en re-integratie. De verzekeringsarts stelt binnen het sociaal-medische beoordelingskader de functionele mogelijkheden en beperkingen vast. De arbeidsdeskundige beoordeelt vervolgens wat deze beperkingen betekenen voor passende arbeid en, binnen de WIA, voor de resterende verdiencapaciteit. Bij post-COVID is dat van bijzonder belang, omdat duurzame belastbaarheid niet altijd zichtbaar is tijdens één consultmoment en klachten zoals PEM, cognitieve problemen en orthostatische intolerantie pas na meerdere gesprekken of consulten en de juiste diagnostiek duidelijk kunnen worden. Zo draagt de PCNN-handreiking bij aan gezamenlijke taal, tijdige signalering en betere afstemming tussen de diverse hulp- en zorgverleners.



Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

1. Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich vooral op patiënten met post-COVID in loondienst omdat het grootste deel van de Nederlandse beroepsbevolking in loondienst werkt. Voor deze groep bestaat een duidelijk wettelijk kader rond loondoorbetaling, verzuim-begeleiding, re-integratie, ziektewet en WIA.

Ook wordt kort ingegaan op de Wajong, de regeling voor jongeren die voor hun 18de of tijdens hun studie hun arbeidsvermogen hebben verloren. Voor zelfstandigen, waaronder zzp'ers, verloopt arbeidsongeschiktheid anders: zij hebben geen werkgever-bedrijfsarts-traject en zijn voor inkomensbescherming afhankelijk van bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsverzekering, vrijwillige verzekering, eigen reserves of inkomen van een partner. Omdat polisvoorwaarden, beoordeling en ondersteuning sterk kunnen verschillen, wordt deze situatie hier niet volledig uitgewerkt, maar vraagt zij in de praktijk wel om tijdige signalering en passende verwijzing.

Bestaande handreikingen en beoordelingskaders

In 2022 publiceerde de NVAB de leidraad *Herstel & re-integratie voor werkenden met het Post-COVID Syndroom*[9]. Het UWV heeft in 2025 een Memo geproduceerd voor een uniforme beoordeling duurzaamheid bij long covid/Post-COVID syndroom in het kader van de WIA[10]. Als aanvulling daarop is in 2026 een memo voor de artsen bij het UWV gemaakt met algemene aandachtspunten en adviezen voor de beoordeling van Post-COVID klachten[11].

In opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) als beroepsvereniging voor verzekeringsartsen in maart 2026 een handreiking gepubliceerd waarmee verzekeringsartsen kunnen werken bij de beoordeling van patiënten met post-COVID Handreiking Post-Covid Syndroom. De verzeke-ringsgeneeskundige beoordeling bij post-COVID vindt plaats volgens de geldende verzekeringsge-neeskundige systematiek en de NVVG-handreiking post-COVID[12].

Aanvullend bieden de volgende drie websites veel informatie.

COVID-19 & werk – werk & werkbehoud voor werkenden met langdurige COVID klachten
is de bredere project- en kenniswebsite van het programma COVID-19 & werk van Centrum Werk Gezondheid en C-support, ondersteund door SZW en VWS. Het onderzoeksdeel COVWORKS geeft onder meer inzicht in werkproblemen, verzuim, belemmerende en bevorderende factoren en werknemersprofielen bij post-COVID en werk.

Post-COVID en werk
is de praktische vertaalslag van die kennis naar verhalen, tips en handreikingen voor verschillende doelgroepen: werknemers, zelfstandig werkenden, werkgevers, collega's, naasten, HR, bedrijfsartsen en zorgverleners.

Werk en Long COVID - C-support
kan worden gebruikt door patiënten en naasten die behoefte hebben aan praktische ondersteuning bij werkbehoud, re-integratie, gesprekken met werkgever, bedrijfsarts of verzekeringsarts, het maken van een dagverhaal en het omgaan met beperkte energie in relatie tot werk.

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

2. Meest relevante medische kenmerken bij re-integratie en dossiervorming

De belastbaarheid bij post-COVID kan per dag sterk variëren. Dit vraagt in de werksituatie om flexibiliteit in taken, werktijden en verwachtingen, en begrip van de bedrijfsarts bij het geven van passend advies in de werksituatie. Comorbiditeit en interactie tussen klachten vragen om een brede blik. De medische kenmerken van post-COVID zijn beschreven in Hoofdstuk 2, Ziektebeeld. In het kader van arbeid en re-integratie zijn met name onderstaande drie medische kenmerken van de ziekte van belang.

1. Post-exertionele malaise (PEM)

PEM is een verergering van klachten na fysieke, cognitieve of emotionele inspanning, die vaak pas 24–72 uur na de inspanning optreedt en waarna het lang kan duren voordat de klachten weer afnemen[13, 14]. Voor re-integratie betekent dit dat de belastbaarheid niet alleen tijdens of direct na een activiteit moet worden beoordeeld, maar ook op basis van de gevolgen voor het functioneren en de belastbaarheid in de uren en dagen erna. Het is relevant om te bespreken welke arbeid binnen de individuele energie-enveloppe blijft, welke belasting PEM uitlokt, welke rust- en herstel-momenten nodig zijn, hoe werkzaamheden over de week moeten worden gespreid en welke mate van autonomie nodig is om tijdig te kunnen stoppen.
Het bevragen en monitoren van het functioneren buiten werktijden dient bij post-COVID ook worden meegenomen omdat sommige patiënten ‘al hun energie inzetten voor het werk’ en thuis niets anders kunnen dan rusten. Een dagboek over activiteiten, klachten en herstelduur kan helpen om PEM en ‘push-crash’-patronen zichtbaar te maken (zie ook H2 Ziektebeeld).

2. Cognitieve klachten

Veel patiënten ervaren cognitieve klachten zoals concentratieproblemen, geheugenstoornissen en vertraagde informatieverwerking, die kunnen verergeren bij overbelasting of in prikkelrijke omgevingen. Cognitieve belasting kan bovendien PEM uitlokken. De bedrijfsarts kan advies geven om te werken in korte gestructureerde blokken met regelmatige rustmomenten. Een rustige werkomgeving met beperkte prikkelbelasting en het beperken van langdurige cognitieve belasting wordt aanbevolen[9]. Zie ook hoofdstuk 4.5. Cognitieve klachten en overprikkeling.

3. Autonome ontregeling

Autonome ontregeling, zoals orthostatische intolerantie, waaronder POTS, kan leiden tot duizeligheid, algehele malaise en cognitieve klachten bij rechtop zitten of staan[13]. Bij orthostatische intolerantie is horizontaal rusten belangrijk. Afhankelijk van de individuele klachten en werksituatie kan de bedrijfsarts overwegen om staan en zitten te beperken of een afwisseling tussen zitten, staan en liggen te adviseren en fysieke belasting te beperken.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

3. De gevolgen van financiële onzekerheid

Er spelen voor de patiënt in de praktijk twee zaken: a) verlies van inkomen en b) onzekerheid over re-integratie in de toekomst. Bij post-COVID wordt deze huidige en toekomstige financiële onzekerheid versterkt door het fluctuerende beloop van de ziekte met perioden van verbetering en verslechtering.

Voor zorg- en hulpverleners is het relevant om aandacht te hebben voor financiële onzekerheid omdat dit de gezondheid en het herstelvermogen van patiënten kan beïnvloeden. Door (financiële) zorgen, stress, rouw en verlies van perspectief actief te signaleren, kunnen zorgverleners tijdig verwijzen naar sociaal werk, cliëntondersteuning of andere passende hulp. Het expliciet bespreken van dit spanningsveld kan bijdragen aan vertrouwen en een betere afstemming in begeleiding.

De uitgebreide wet- en regelgeving zijn voor zowel werkgevers als werknemers moeilijk te begrijpen. Bovendien zijn er lange wachttijden bij het UWV voor een besluit over een aanvraag van een uitkering, een herbeoordeling, of een bezwaar. Ook (hoger) beroepsprocedures bij de rechtbank of de Centrale Raad van Beroep verlopen zeer traag. Hierdoor kunnen patiënten maanden, en in geval van bezwaar en beroep, jaren in onzekerheid zitten over hun financiële situatie.

Psychosociale en maatschappelijke impact

Arbeidsongeschiktheid heeft niet alleen medische en financiële gevolgen, maar raakt ook aan de identiteit van mensen. Werk vervult voor veel mensen een belangrijke rol in structuur, zingeving, sociale contacten en gevoel van eigenwaarde. Het (gedeeltelijk) wegvallen hiervan kan leiden tot gevoelens van verlies, onzekerheid en verminderd zelfvertrouwen.

Wanneer terugkeer naar het oorspronkelijke werk niet mogelijk blijkt, kan dit een proces van heroriëntatie en rouw met zich meebrengen (zie Hoofdstuk 5.1. Begeleiding bij rouw en zingeving). Ook het contact met collega's kan veranderen; onbegrip of gebrek aan zichtbaarheid van klachten kan daarbij een rol spelen. Afstand tot de werkvloer kan gevoelens van isolatie versterken, zeker wanneer verbetering lang op zich laat wachten en een onzeker beloop kent.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Ervaringsverhalen over het WIA traject bij patiënten met post-COVID

De ervaringsverhalenbundel *(On)zichtbaar ziek, zichtbaar onrecht* uit 2025[15] beschrijft ervaringen van mensen met post-COVID met het UWV en de WIA-beoordeling. De bundel is opgesteld door Long Covid Nederland en PostCovid NL. De verhalen in de bundel zijn gepresenteerd in combinatie met eerdere onderzoeken en een achterbanraadpleging van PostCovid NL en Long Covid Nederland uit november 2024, waarop 966 mensen met post-COVID reageerden; 755 respondenten hadden destijds contact gehad met het UWV in het kader van een WIA-aanvraag. Hiervan gaf 42,1% van de respondenten aan dat het UWV hun belastbaarheid hoger of veel hoger inschatte dan zijzelf.

De belangrijkste conclusie uit de bundel is daarmee dat patiënten bij de WIA-beoordeling regelmatig een grote kloof ervaren tussen hun feitelijke functioneren in het dagelijks leven en de belastbaarheid die door het UWV wordt aangenomen. Respondenten beschrijven dat post-COVID soms wordt opgevat als vooral psychisch, als onvoldoende objectiveerbaar, of als aandoening waarvan spontaan herstel wordt verwacht zonder dat hiervoor een duidelijke onderbouwing wordt gegeven. Een belangrijk gevolg van een te hoge ingeschatte belastbaarheid van een patiënt is dat diens theoretische 'verdiencapaciteit' hoger wordt vastgesteld dan reëel zou zijn. Op basis daarvan wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage lager vastgesteld. Bij een arbeidsongeschiktheidspercentage van minder dan 35% heeft de patiënt helemaal geen recht op een WIA-uitkering. Bij een arbeidsongeschiktheidspercentage tussen de 35 en 80% vallen patiënten uiteindelijk terug op de vervolguitkering van 28 tot 50,75% van het minimumloon. Daar kunnen ze alleen aan ontkomen door met werken 50 tot 100% van hun theoretische verdiencapaciteit te verdienen. Omdat die verdiencapaciteit is gebaseerd op zwaarder werk en meer uren (soms zelfs hetzelfde aantal als voordat ze ziek werden) dan in de praktijk haalbaar is betekent dit vaak een terugval onder het sociaal minimum.

Een tweede belangrijk thema is het ervaren kennishiaat in de afgelopen jaren bij een deel van de verzekeringsartsen. Patiënten beschrijven dat PEM, cognitieve klachten, orthostatische klachten, prikkelgevoeligheid en de hersteltijd na inspanning niet altijd voldoende werden meegewogen. Ook geven zij aan dat medische informatie van behandelaars niet altijd zichtbaar wordt betrok-ken bij de beoordeling. Begrippen als PEM en orthostatische intolerantie waren niet altijd bekend of werden niet altijd vertaald naar concrete functionele beperkingen. De bundel wijst daarnaast op het risico van belastbaarheidsonder-zoeken door externe bureaus, omdat het kennishiaat ook een rol speelt bij deze bureaus. Deze belastbaarheids-onderzoeken zijn momentopnames en kunnen bij patiënten met PEM tot forse terugval of langdurige verslech-tering kunnen leiden. De UWV-memo's en de recente handreiking post-COVID van de NVVG (2026) kunnen ondersteunend zijn in het bieden van een meer passende beoordeling door de verzekeringsartsen.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

4. Begeleiding bij re-integratie

Energie-contingente opbouw bij re-integratie

In veel re-integratietrajecten wordt gewerkt met een tijdcontingente opbouw, waarbij uren en taken volgens een vast schema worden uitgebreid. Deze lineaire benadering sluit vaak onvoldoende aan bij post-COVID en kan bij patiënten met PEM een negatief effect hebben op herstel en re-integratie.

Bij patiënten met PEM-klachten kan een energie-contingente benadering passend zijn[16]. De belasting wordt afgestemd op het beschikbare energieniveau en een duurzame reproduceerbare belastbaarheid, met als doel overbelasting en verergering van de klachten te voorkomen. Dit vereist autonomie van de patiënt bij energiemanagement en regelmatige evaluatie en bijstelling van het re-integratieplan.

Bij een energiecontingente benadering wordt de belasting afgestemd op wat op dat moment duurzaam uitvoerbaar en herhaalbaar is. Uitbreiding vindt pas plaats wanneer het bestaande niveau gedurende voldoende tijd stabiel kan worden volgehouden, zonder relevante toename of cumulatie van klachten. Stabilisatie kan daarbij gedurende langere tijd een passend doel op zichzelf zijn. Pas in een latere fase kan, alleen indien het beloop dit toelaat, een meer tijd-contingente opbouw worden overwogen[19].

De Handreiking Ergotherapie en de Vereniging voor de Sportgeneeskunde (VSG) bij post-COVID-syndroom beschrijft tevens het nut van een gepersonaliseerd energie- en activiteitenschema, vaak gecombineerd met hartslag gestuurde pacing en zittend/liggend werken bij orthostatische intolerantie. Dit helpt overbelasting te voorkomen en faciliteert een veilige, energie-contingente re-integratie[13, 17-19]. Verwijzing door de bedrijfsarts naar een ergotherapeut of sportarts met specifieke kennis en ervaring op het gebied van post-COVID en andere PAIS kan zinvol zijn.

Kenmerken van een energie-contingente aanpak:

- Uitgaan van wat duurzaam en herhaalbaar vol te houden is
- Geleidelijke uitbreiding bij stabiel energetisch functioneren
- Inbouwen van voldoende rusttijd tussen inspanningsmomenten
- Tijdig bijstellen bij signalen van overbelasting



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

4. Begeleiding bij re-integratie

Preventie van verslechtering tijdens re-integratie

Gezien het dynamische beloop van post-COVID en het risico op vertraagde klachtenverergering is het bij re-integratie begeleiding door de bedrijfsarts belangrijk om belasting en de reactie op die belasting actief te volgen en zo nodig tijdig bij te sturen. Een gerichte anamnese naar de relatie tussen belasting en klachtenverergering, cumulatieve effecten en de tijd die nodig is voor verbetering, is essentieel om het risico op verslechtering te signaleren. Bij post-COVID kan tijdelijk terugschalen van belasting nodig zijn om langdurige verslechtering of verdere uitval te voorkomen.

De regelmatige evaluatiemomenten gedurende re-integratie tussen werknemer, bedrijfsarts, en werkgever dragen bij aan tijdige signalering en realistische verwachtingen. Om een verslechtering te voorkomen kan gesproken worden over de duurzame uitvoerbaarheid van taken; de cumulatieve effecten over meerdere werkdagen/weken/maanden van de werkbelasting ofwel de effecten die zichtbaar zijn na belasting en de balans tussen werk en privé. Naast medische factoren kunnen ook persoons- en contextfactoren verbetering en re-integratie beïnvloeden. Het expliciet uitvragen van deze factoren kan helpen om risico's van verslechtering eerder te herkennen en passende ondersteuning te organiseren.

Re-integratie en arbeidsaanpassingen

Een systematische analyse van werkbelasting kan door de bedrijfsarts worden uitgevoerd aan de hand van de vijf werkfactoren, de 5 W's, zoals beschreven in de arbeidsgeneeskundige praktijk: Werktaken, Werktijden, Werkdruk, Werkomgeving en Werkrelaties[9, 20-21]. Niet alle factoren zijn bij iedere patiënt even relevant; maatwerk blijft het uitgangspunt. Het vroegtijdig inventariseren van deze werkfactoren kan energiemanagement en pacing ondersteunen.

Verslechtering kan zich uiten in:

- Toename van vermoeidheid of uitputting
- Verergering van fysieke en cognitieve klachten
- Toename van dysautonomie (bijv. duizeligheid, hartkloppingen, warmte intolerantie, spijsverteringsklachten, slaapproblemen)
- Verlengde duur om 'op het oude niveau' te komen na werkbelasting
- Verminderde belastbaarheid in privé-activiteiten



Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

5. Wettelijk kader bij ziekte en arbeids-ongeschiktheid

In Nederland hebben werknemers recht op loondoorbetaling bij ziekte. Wettelijk is een werkgever verplicht 70% van het loon door te betalen. In het eerste jaar mag dit bedrag niet lager zijn dan het wettelijk minimumloon. In cao's of arbeidsovereenkomsten kan een hoger percentage zijn afgesproken. Gedurende twee jaar zijn werkgever en werknemer gezamenlijk verantwoordelijk voor actieve re-integratie. Deze verplichtingen zijn vastgelegd in de Wet verbetering poortwachter. Publieksinformatie is beschikbaar via deze website: https://www.arboportaal.nl/zoeken?q=poortwachter.

Verplichtingen binnen de Wet verbetering poortwachter

Binnen zes weken na de eerste ziektedag stelt de bedrijfsarts een probleemanalyse op. Op basis daarvan maken werkgever en werknemer een plan van aanpak, waarin concrete afspraken worden vastgelegd over re-integratie. Dit plan wordt regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Werkgever en werknemer zijn verplicht hun inspanningen te documenteren in een re-integratiedossier (zie de figuur Wet verbetering poortwachter).

Specifieke aandachtspunten bij post-COVID

Bij post-COVID kan het grillige beloop en de fluctuerende belastbaarheid de uitvoering van de Wet verbetering poortwachter complex maken. Transparante documentatie van het ziektebeloop en de gemaakte afwegingen is van belang bij toetsing door het UWV. Het helpt wanneer in het re-integratie dossier niet alleen de gerealiseerde arbeidsuren, maar ook de arbeidstaken en -omstandigheden en het vertraagde effect van belasting en eventuele momenten van verslechtering systematisch worden vastgelegd.

Eerste en tweede spoor bij langdurig verzuim

Door het grillige beloop en de onzekere prognose van een patiënt met post-COVID is het niet altijd eenvoudig om te bepalen of terugkeer in een (aangepaste) functie binnen de eigen organisatie (spoor 1) haalbaar is. Wanneer re-integratie binnen de eigen functie niet of slechts gedeeltelijk mogelijk is, wordt binnen het kader van de Wet verbetering poortwachter onderscheid gemaakt tussen re-integratie in het 'eerste' (eigen werkgever) en het 'tweede' (andere werkgever) spoor. Het eerste en het tweede spoor kunnen in sommige situaties gelijktijdig lopen. Het proces van het tweede spoor en de heroriëntatie die hiervoor nodig is kan echter ook als extra belastend worden ervaren door patiënten, en mogelijk een negatief effect hebben op het herstel en de reintegratie in spoor 1.

"Bij post-COVID is het van belang onderscheid te maken tussen momentane prestatie en duurzame belastbaarheid: dat iemand tijdens een spreekuur, testmoment of korte werkpoging tijdelijk kan functioneren, betekent niet vanzelfsprekend dat deze belasting over opeenvolgende dagen of weken herstelbaar en reproduceerbaar is."

Ernst Jurgens
Bedrijfsarts & Medisch (systeem-)bioloog



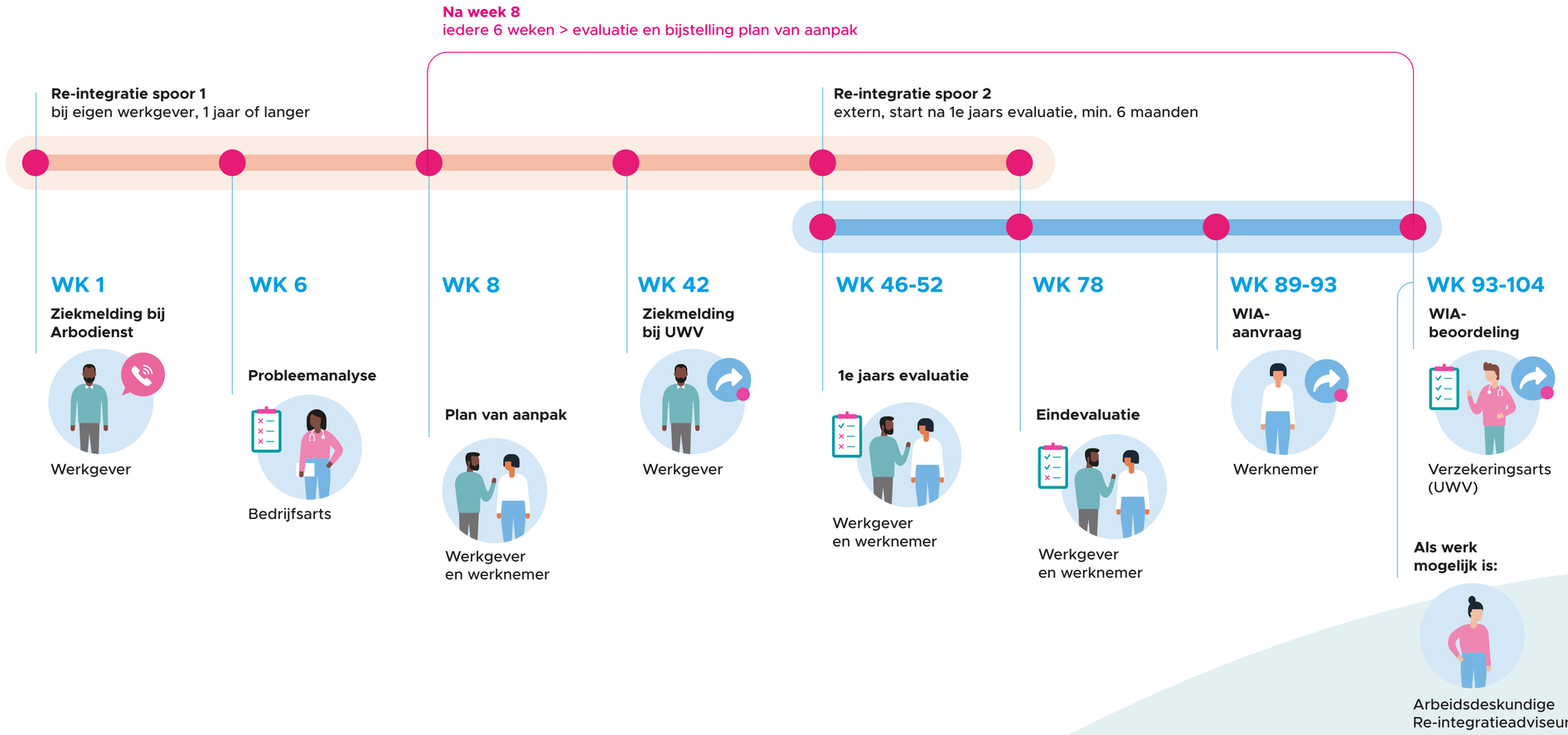
Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

5. Wettelijk kader bij ziekte en arbeids-ongeschiktheid

Wet verbetering poortwachter



Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

5. Wettelijk kader bij ziekte en arbeids-ongeschiktheid



Rolverdelingen: wie doet nu wat?

Bij patiënten ontstaat vaak verwarring in hoe de bedrijfsarts omgaat met een beperking (bijvoorbeeld het concentratievermogen), vergeleken met de verzekeringsarts. Patiënten vertalen hun klachten, logischerwijs, direct naar beperkingen in belastbaarheid. De bedrijfsarts kan hierin meedenken met de patiënt en praktische re-integratieadviezen geven, rekening houdend met rustmomenten. De bedrijfsarts is tevens een medisch adviseur en bewaker van duurzaam gezond functioneren in arbeid. Soms betekent dat stimuleren van opbouw, maar soms juist begrenzen, vertragen of zelfs stoppen van activiteiten wanneer het risico op verslechtering groot is. Nog niet volledig gevalideerde vragenlijsten, zoals de FUNCAP, die zich met name richt op het gevolg van een bepaalde activiteit, kunnen door zorgverleners in de eerstelijn en door bedrijfsartsen worden ingezet als veelbelovend hulpmiddel in de begeleiding en monitoring (Zie H3 Diagnostiek). Met de Value@WORK-Q23 kunnen arbeid specifieke uitkomsten worden gevolgd.

Bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling wordt beoordeeld of de beschreven beperkingen medisch en functioneel plausibel zijn en of sprake is van voldoende samenhang en consistentie tussen anamnese, dagelijks functioneren, beloop, medische informatie, observaties en - waar beschikbaar - het verloop van eerdere re-integratie. Bij fluctuerende aandoeningen betekent consistentie daarbij niet dat iemand iedere dag hetzelfde moet kunnen. Juist een herkenbaar patroon van fluctuatie, belasting en herstel kan consistent zijn. Niet of nog onvoldoende gevalideerde vragenlijsten (zoals de FUNCAP) kunnen niet zonder meer als zelfstandig beoordelingsinstrument worden gebruikt door de verzekeringsarts. De informatie die zij opleveren kan echter wel worden betrokken bij de anamnese en de beoordeling, mits deze wordt geplaatst in samenhang met het klinische beeld, het dagelijks functioneren, het beloop, observaties en overige medische en functionele informatie.

Een bedrijfsarts of verzekeringsarts stelt doorgaans niet zelf de diagnose, maar baseert de beoordeling op beschikbare medische informatie uit de curatieve sector en op het functioneren van de patiënt. Daardoor is het cruciaal dat er een goede gegevensuitwisseling mogelijk is[20-21]. De bedrijfsarts en de verzekeringsarts vormen een eigen oordeel over de functionele gevolgen van de klachten voor arbeid.

Bedrijfsarts

- Begeleiding van werknemer en werkgever tijdens ziekte en re-integratie binnen een wettelijk kader
- Nadruk op verbetering, veilige re-integratie, passende werkafspraken en het voorkomen van verslechtering
- Geven van praktische adviezen over werktaken en werktijden

Verzekeringsarts

- Beoordeelt arbeidsongeschiktheid binnen een wettelijk en verzekeringsgeneeskundig kader
- Beoordeelt arbeidsongeschiktheid binnen het kader van de polisvoorwaarden van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering
- Toetst of de beperkingen van de patiënt plausibel, toetsbaar en consistent zijn en passen bij het beoordelingskader

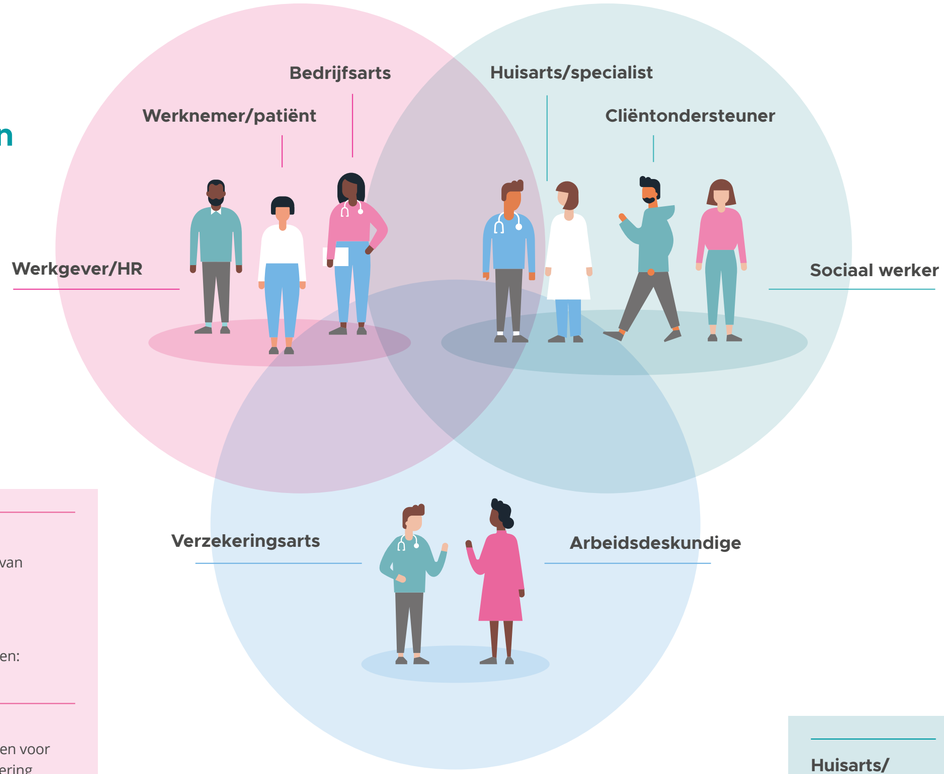
POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

5. Wettelijk kader bij ziekte en arbeids-ongeschiktheid



Werknemer (patiënt)	• Actief meewerken aan re-integratie • Signaleren van grenzen, overbelasting en perioden van verergering van de klachten • Communiceren over belastbaarheid en de nodige rustperiodes naar inzicht • Tip: Bijhouden van een dagboek met meerdere dagen: 'het dagverhaal'
Werkgever / HR	• Creëren van passende arbeidsomstandigheden Faciliteren van taak- en urenaanpassingenZorgdragen voor uitvoering van verplichtingen binnen de Wet verbetering poortwachter
Bedrijfsarts	• Beschermen, bevorderen en bewaken van de gezondheid van werk(zoek)enden in relatie met hun werk en hun duurzaam gezond functioneren in arbeid • Beoordelen van belastbaarheid in relatie tot arbeid Opstellen en bijstellen van probleemanalyse en re-integratieadvies • Bewaken van energie-contingente opbouw • Meenemen van PEM, cognitieve belasting en orthostatische intolerantie klachten in de beoordeling • Adviseren over passende randvoorwaarden • Regelmatig evaluatie om bij te kunnen stellen en blijvend afstemmen over eventuele re-integratie • Overweeg arbeid specifieke meetinstrumenten (bijv. Value@ WORK-Q23)

Verzekerings-arts	• Beoordelen van functionele mogelijkheden en beperkingen en arbeidsvermogen volgens de geldende verzekeringsgeneeskundige systematiek • Toepassen van de geldende verzekeringsgeneeskundige duiding en beoordeling de NVVG-handreiking post-COVID en de relevante UWV-memo's
Arbeidsdes-kundige	• Vertalen van medische beperkingen naar concrete taak- en functiebelasting bij re-integratie • Adviseren over passend werk enduurzaam gezond functioneren in arbeid • Signaleren wanneer belasting en functie-eisen niet meer passen bij de belastbaarheid bij WIA en Wajongbeoordelingen

Huisarts/ Specialist	• Zorg dragen voor medische behandeling • Beschikbaar voor vragen van de bedrijfsarts (na toestemming van de patiënt)
Cliëntonder-steuner	• Ondersteunen bij contact met werkgever, UWV en andere instanties • Ondersteunden bij financiële gevolgen van ziekte (voorzieningencheck, budgetbegeleiding, evt. schuldhulpverlening) • Begeleiden bij het vinden van passende dag invulling en participatiemogelijkheden
Sociaal werker	• Praktische hulp in het vinden van de juiste ondersteuning • Begeleiden bij zingeving, coping, omgaan met onzekerheden, rouw en verlies van functioneren • Versterken van het sociaal netwerk • Mantelzorgondersteuning

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

6. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling, de WIA en Wajong

Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

Wanneer na afloop van de periode van loondoorbetaling (2 jaar) sprake is van blijvende beperkingen in het functioneren, kan een werknemer in aanmerking komen voor een uitkering op grond van de WIA. Bij de WIA-aanvraag toetst het UWV of werkgever en werknemer voldoende re-integratie-inspanningen hebben verricht. Bij onvoldoende re-integratie-inspanningen kan UWV een loonsanctie opleggen, waardoor de loondoorbetaling en begeleiding door de werkgever maximaal één jaar worden verlengd.

De WIA kent twee regelingen:
WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten): voor werknemers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn (35-80% arbeidsongeschikt) of werknemers die volledig arbeidsongeschikt zijn (80-100% arbeidsongeschikt), maar bij wie verbetering op termijn mogelijk wordt geacht. De WGA kent drie hoofdvormen: de loongerelateerde uitkering (LGU), de loonaanvullingsuitkering (LAU) en de vervolguitkering (VVU).

- De LGU bedraagt 70% van het loon voor ziekte (tot een maximum). De duur is 0 tot 24 maanden, afhankelijk van het arbeidsverleden in loondienst.
- De LAU bedraagt 70% van het verschil tussen het loon voor ziekte en het huidige loon. Voorwaarde is dat werknemer minstens 50% van de door het UWV vastgesteld verdiencapaciteit verdient. Wie 80-100% arbeidsongeschikt is verklaard krijgt een LAV-uitkering van 70% van het loon voor ziekte (tot een maximum).

Mensen die minder dan 80% arbeidsongeschikt zijn verklaard en met werken minder dan 50% van wat volgens het UWV in theorie mogelijk zou zijn verdienen krijgen na de LGU-periode een VVU-uitkering. Deze ligt beneden bijstandsniveau en varieert, afhankelijk van het arbeidsongeschiktheidspercentage van 28 tot 50,75% van het wettelijk minimumloon. Als het inkomen lager is dan het sociaal minimum, dan kan iemand onder voorwaarden recht hebben op een toeslag van het UWV. Zie: https://www.uwv.nl/nl/toeslag

IVA (Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten): voor werknemers die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt worden geacht.

De beoordeling van de ‘duurzaamheid’ is bij post-COVID echter complex en vaak een groot knelpunt. Omdat het ziektebeeld een sterk fluctuerend verloop kent en er medisch gezien theoretisch kans op herstel blijft bestaan, beoordeelt het UWV de situatie van post-COVID-patiënten vaak als ‘niet duurzaam’.

Verzekeringsgeneeskundige beoordeling

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij post-COVID vindt plaats binnen de geldende wet- en regelgeving en de verzekeringsgeneeskundige systematiek. De NVVG-handreiking post-COVID is hierbij het beroepsinhoudelijke kader voor verzekeringsartsen Handreiking Post-Covid Syndroom.

De beoordeling van duurzaamheid is bij post-COVID complex. Dat in algemene zin verbetering niet volledig kan worden uitgesloten, betekent niet zonder meer dat bij een individuele patiënt een concrete en relevante verbetering van de functionele mogelijkheden te verwachten is. De prognose vraagt om een individuele en deugdelijk gemotiveerde beoordeling. Daarbij zijn onder meer het ziektebeloop en de duur van de klachten, reeds ingezette en nog reëel beschikbare behandelmogelijkheden, het verloop van eerdere re-integratiepogingen, bereikte plateaufasen en de feitelijk opgetreden ontwikkeling van het functioneren van belang[10-12].

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

6. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling, de WIA en Wajong

De verzekeringsarts stelt de functionele mogelijkheden en beperkingen vast. Alleen wanneer wordt voldaan aan de daarvoor geldende criteria uit het Schattingsbesluit kan worden geconcludeerd dat sprake is van Geen Benutbare Mogelijkheden (GBM). Wanneer niet aan deze strikte criteria wordt voldaan, betekent dit niet automatisch dat sprake is van een ruime of voltijdse belastbaarheid; tussen GBM en volledige belastbaarheid bevindt zich een breed spectrum van gedeeltelijke, voorwaardelijke en in duur beperkte mogelijkheden.

Nadat de verzekeringsarts heeft vastgesteld welke beperkingen en resterende mogelijkheden de patiënt heeft, beoordeelt de arbeidsdeskundige vervolgens in hoeverre met deze beperkingen nog passende functies kunnen worden vervuld en welk verlies aan verdiencapaciteit hieruit voortvloeit. Dat kan leiden tot <35% arbeidsongeschiktheid, 35-80% arbeidsongeschiktheid en 80-100% arbeidsongeschiktheid. De mate van arbeidsongeschiktheid geeft het verlies aan verdienvermogen weer. De hoogte van de uitkering hangt af van het laatst verdiende loon en het arbeidsongeschiktheidspercentage, en in geval van 35-80 WGA van het benutten van de restverdiencapaciteit.

Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong)

Waar de WIA zich richt op werknemers met een arbeidsverleden, is de Wajong bedoeld voor jonge mensen die vóór hun 18e verjaardag, of tijdens een studie vóór hun 30e verjaardag, een chronische ziekte of handicap hebben opgelopen. Dit treft binnen de context van post-COVID met name jongeren en studenten die aan het begin van hun (studie)loopbaan langdurig en ernstig ontregeld zijn geraakt. Wajong-uitkering | UWV.

Wajong-beoordeling en criteria

Voor de instroom in de Wajong gelden sinds de wetswijzigingen zeer strenge criteria. Een post-COVID-patiënt komt alleen in aanmerking voor een Wajong-uitkering als het UWV vaststelt dat er sprake is van een volledig en duurzaam gebrek aan arbeidsvermogen. Dit betekent dat de betrokkene:

- Nu niet in staat is om het minimumloon te verdienen
- In de toekomst (duurzaam) geen mogelijkheden meer zal hebben om dit arbeidsvermogen te ontwikkelen.

Indien het UWV oordeelt dat er nog resterend arbeidsvermogen is of dat de situatie in de toekomst kan verbeteren, wordt de Wajong-aanvraag afgewezen. De jonge post-COVID-patiënt is in dat geval voor inkomensondersteuning aangewezen op de Participatiewet (bijstand) via de burgerlijke gemeente, waar strenge vermogens- en partner-toetsen aan verbonden zijn.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5.
Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Referenties

1. Owen, R. et al. (2024). Profiling the persistent and episodic nature of long COVID symptoms and the impact on quality of life and functional status: A cohort observation. Journal of Global Health, 15, 04006.
2. Thaweethai, T. et al. (2025). Long COVID trajectories in the prospectively followed RECOVER-Adult US cohort. Nature Communications, 16, Article 9510.
3. Ballouz T. et al. (2026). Work ability trajectories and sick leave in individuals with post COVID-19 condition: 3-year follow-up of a popultion-based cohort. The Lancet Regional Health – Europe, 61, 101536.
4. C-support (2023). Jaarverslag langdurig postCOVID-klachten en werkparticipatie
5. C-Support. Post-COVID: Impact op gezondheid, het dagelijks leven en zorggebruik. Uitkomsten van 2 jaar onderzoek. 2024
6. TNO (2023). Arbobalans 2023 – COVID-19 en langdurig verzuim
7. OECD (2026), Addressing the Costs and Care for Long COVID: The Long Shadow of the Pandemic, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/87a0c171-en
8. Arbocuratieve samenwerking: wie doet wat en voorwaarden voor samenwerking. https://richtlijnendatabase.nl/gerelateerde_documentenfile/28562/1/Wie_doet_wat.pdf
9. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Herstel & re-integratie voor werkenden met het Post-COVID Syndroom (PCS). Utrecht: NVAB; juni 2022.
10. UWV 2025. Memo. Uniforme beoordeling duurzaamheid bij long covid/Post-COVID syndroom in het kader van de WIA.
11. UWV 2026. Handreiking. Memo post-COVID-syndroom voor de artsen bij UWV. In aanvulling op het Memo Beoordeling van de duurzaamheid In het kader van de WIA bij Post-COVID.
12. NVVG 2026. Handreiking. Post-covid syndroom voor de verzekeringsarts.
13. Faghy, MA. (2026). Current status and futur perspectives on the mechanistic and pathophysiological understanding of long COVID. Communications Medicine volume 6, Article number: 255.
14. Bateman Horne Institute (2025). Clinical Care Guide: Post-Exertional Malaise.
15. Long Covid Nederland en PostcovidNL, 2025 Ervaringsverhalenbundel-long-covid-en-WIA-Onzichtbaar-ziek-zichtbaar-onrecht.pdf
16. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV) Energiecontingent re-integreren: Niet wat iemand kan, maar wat iemand duurzaam kan dragen. TBV Online. (2026, 8 september).
17. Handreiking Ergotherapie bij cliënten met het post-COVID syndroom-SYNDROOM, Ergotherapie Nederland, oktober 2022.
18. Cup E.H.C. et al. (2024). Evaluation of occupational therapy in persons with COVID-19: a pre-post observational cohort study. BMJ Open, 14:e089083.
19. Advies medisch specialistische beweegzorg post-COVID-19 & PAIS: herstel fysieke fitheid (Vereniging voor Sportgeneeskunde, VSG), april 2026
20. SER (2022). Advies Arbeidsgerichte zorg in Nederland.
21. Hagendijk M.E., Zipfel N. et al. (2023-2025). Waardegedreven arbeidsgerichte zorg en Value@WORK-Q23. Medisch Contact.
22. Centrum Werk Gezondheid & C-support. COVID-19 & werk: werkbehoud voor werkenden met langdurige COVID-klachten. Geraadpleegd juni 2026, van https://werkcovid19.nl/
23. Post-COVID en werk. Post-COVID en werk: verhalen, tips en handreikingen uit de praktijk. Geraadpleegd juni 2026, van https://postcovidenwerk.nl/
24. Faas, J. Post-acute infectiesyndromen en belastbaarheid: lessen uit de praktijk. Quintesse | 2026 | 3 , pagina 37-45 (2026).

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 5. Psychosociale- en praktische begeleiding



5.1 Begeleiding bij rouw en zingeving
5.2 Lotgenoten contact
5.3 Mantelzorg ondersteuning
5.4 Werk en inkomen

Colofon

Hoofdschrijver van 5.4. Werk en inkomen
Dr. Marcia Spoelder-Merkens – Assistant professor, Projectleider WP7 PCNN (Radboudumc)
Dr. Willem Pieters – Longarts Somnoloog (C-support en Nederlands Slaap Instituut)

Medeschrijvers van 5.4. Werk en inkomen
Ernst Jurgens – Bedrijfsarts, klinisch arbeidsgeneeskundige en voorzitter van de werkgroep die de NVAB-leidraad post-COVID heeft ontwikkeld.

De volgende mensen willen we bedanken voor het geven van feedback en suggesties op 5.4. Werk en inkomen
1. Mr. Dr. Jim Faas – verzekeringsarts onafhankelijke expertises en jurist
2. Gijsbert van Lomwel – directeur (NVAB)
3. Yvonne Adriaansen – beleidsmedewerker ziekte en arbeidsongeschiktheid (Ministerie van SZW)
4. Dr. Gijs Lemmers – Adviseur bekostiging transmurale zorgpaden (Radboudumc)
5. Dr. Mariëlle Goossens – Associate Professor revalidatiegeneeskunde (Maastricht Universiteit)
6. Dr. Carina Pittens – Ervaringsdeskundige (PostCovidNL)
7. Jantien Dop – Ervaringsdeskundige en betrokken bij Ervaringsverhalenbundel long-covid-en-WIA-Onzichtbaar-ziek-zichtbaar-onrecht, 2025
8. Charlotte Nelck – Ervaringsdeskundige en betrokken bij Ervaringsverhalenbundel long-covid-en-WIA-Onzichtbaar-ziek-zichtbaar-onrecht, 2025
9. Ynske Jansen – Bestuurslid ME Steungroep



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Integrale handreiking post-COVID



Versie 2 | Oktober 2026

Deze tweede versie van de handreiking is zorgvuldig tot stand gekomen. Het document is ontwikkeld in samenwerking met een brede groep partners en ervaringsdeskundigen en weerspiegelt een gedeelde ambitie om te komen tot toegankelijke en effectieve interdisciplinaire zorg.

Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. PCNN is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Deze handreiking is een praktijkgericht hulpmiddel dat disciplines verbindt en domein overstijgende samenwerking bevordert.

Het is geen richtlijn en draagt niet de medisch-inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de verschillende beroepsgroepen en betrokken professionals.

Indien u een vraag heeft of algemene feedback wilt geven, kunt u dit doen door te mailen naar: pcnn-handreiking@radboudumc.nl.

Deze handreiking is ontwikkeld binnen een ZonMw gesubsidieerd project: het Post-COVID Netwerk Nederland (PCNN). Post Acute Infectieuze syndromen (PAIS) is een overkoepelende term voor langdurige klachten na een infectie, waaronder post-COVID. Per 2026 wordt er met een nieuw project gewerkt aan het toekomstbestendig maken van PCNN. Het doel van het bestendigen en verduurzamen van het netwerk is: zorgen dat PCNN per 2028 zelfstandig kan voortbestaan. Het netwerk zal zichzelf na dit project zelfstandig onderhouden vanuit verschillende inkomstenbronnen. Daarvoor is PCNN nu bezig de bestuurs- en organisatiestructuur verder te ontwikkelen en wordt er toegewerkt om de focus stapsgewijs te verbreden naar andere PAIS. Meer informatie is te vinden op: https://projecten.zonmw.nl/nl/project/toekomstbestendig-kennis-en-expertisenetwerk-voor-betere-gezondheid-van-mensen-met-pais

Vormgeving **Parijs Ontwerp en communicatie**

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

ZonMw