



ZORGPROFESSIONALS MET DE BEROEPSZIEKTE COVID-19

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van
zorgprofessionals met langdurige klachten door
COVID-19

JANUARI 2022



Deze pdf is interactief. Door de klikbare inhoudsopgave kom je direct op de pagina of het artikel van je keuze.
Via de 'home-button' keer je weer terug naar de inhoudsopgave. Je kan natuurlijk ook gebruik maken van de standaard interface van je pdf reader.

SAMENVATTING

In Nederland zijn tijdens de coronapandemie 225.000 zorgmedewerkers besmet geraakt met het coronavirus (RIVM november 2021). Een groot deel van deze besmette zorgmedewerkers heeft last van langdurige klachten en ervaart hierdoor financiële schade of verwacht financiële schade zo blijkt uit een enquête-onderzoek in maart 2021 van de FNV en Pointer.

Ook wordt er steeds meer bekend over de langdurige gevolgen na een coronabesmetting, die inmiddels de naam 'Long COVID' hebben gekregen. De klachten zijn uiteenlopend en hebben vaak een grote impact op het functioneren. Daarnaast blijkt dat één derde van de ge-enquêteerde zorgprofessionals zich onvoldoende beschermd voelde tijdens het werk. Door deze ontwikkelingen wil de FNV Zorg & Welzijn meer inzicht in de ervaringen van zorgprofessionals met langdurige klachten. Daarom is in opdracht van de FNV, aanvullend op het kwantitatieve onderzoek, een onafhankelijk kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Dit rapport bevat de bevindingen van dat onderzoek.

Het rapport vangt aan met de maatschappelijke context waarin zorgmedewerkers moesten functioneren. Duidelijk wordt dat tijdens crisissen in het verleden de gezondheid van zorgpersoneel vaker een onderbelicht probleem was. Er zijn onvoldoende lessen geleerd om de gezondheid van zorgprofessionals tijdens de eerste en tweede golf van de coronapandemie tot een prioriteit te maken. Ook het Nederlands beleid omtrent COVID-19, waarbij onduidelijke richtlijnen golden voor zorgpersoneel en er schaarste was aan beschermingsmiddelen, heeft een grote impact gehad op de gezondheid van zorgmedewerkers.

ONDERZOEKSMETHODE

Twaalf diepte-interviews met zorgmedewerkers geven inzicht in het ziekteproces, de reacties vanuit de werkomgeving, en de financiële en maatschappelijke impact voor de zorgmedewerkers. Zo is duidelijk geworden dat de langdurige klachten bij zorgprofessionals een ontwrichtende werking hebben op hun levens. De klachten zijn grillig en beperkend. De effecten hiervan spelen daarom ook op het werk een rol, zeker omdat veel zorgmedewerkers langer dan een jaar nodig kunnen hebben om te herstellen van Long COVID. Ook wordt duidelijk uit de interviews dat de richtlijnen op het werk omtrent het coronavirus vaak verwarrend waren. Daarenboven hebben veel zorgprofessionals richtlijnen opgevolgd waarvan later bleek dat deze onveilig waren. Hierbij heeft schaarste van beschermende middelen ook een grote rol gespeeld.

CONCLUSIE

Zorgprofessionals voelen zich niet altijd begrepen of gesteund voelen op hun werk. Soms worden klachten niet serieus genomen, waardoor te snel werkhervatting wordt verwacht. De druk om snel weer te gaan werken komt voort uit meerdere factoren, zoals gevoelens van loyaliteit naar het werk/collega's of druk vanuit de werkgever. Ook berust de druk om te re-integreren ook op de financiële consequenties; de loonderving van 30 procent van het salaris dat intreedt na één ziektejaar. Er zijn ook positieve re-integratie ervaringen waaruit blijkt dat tijd, ruimte en begrip voor herstel belangrijke factoren zijn voor zorgmedewerkers met langdurige klachten na COVID-19.

Tot slot bevatten de onderzoeksresultaten veel ervaringen met financiële schade en/of angst hiervoor onder de zorgprofessionals. Velen voorzien - of ervaren - financiële tegenslagen, vanwege de loonderving van 30 procent waar zij mee te maken krijgen of al hebben, maar ook vanwege hogere zorgkosten. Daarbij voelen zorgprofessionals zich in de steek gelaten door de samenleving in zijn geheel. Hoewel vrijwel iedere geïnterviewde aangeeft gemotiveerd te zijn en veel passie te hebben voor het werk, voelen zij zich ondergewaardeerd door de overheid.

De interviewresultaten laten zien dat zorgprofessionals met langdurige klachten erkenning en financiële ondersteuning nodig hebben van de overheid. Daarom sluit het rapport af met aanbevelingen die zorgprofessionals met Long COVID kunnen helpen op drie niveaus. Deze worden hier samengevat weergegeven:

Aanbeveling 1: De Nederlandse overheid en politieke stakeholders (macro)

- 1.1. C-Support werkt samen met verschillende organisaties en professionals om meer inzicht te creëren over de klachten en geschikte hulp bij Long COVID. Het is van belang dat er wordt samengewerkt aan richtlijnen door

partijen die grote invloed hebben op de koers van ziekte, werk en re-integratie, zoals UWV, arbodiensten, verzekeringsartsen. Een breed gedragen plan voor mensen met Long COVID kan bijdragen aan zowel meer praktische steun als meer kennis over en erkenning van deze doelgroep.

- 1.2. Aangezien veel zorgmedewerkers langer dan één jaar ziek zijn, en er nog veel onduidelijkheden zijn over de duur van de klachten, zijn de huidige regels in het tweede ziektejaar onrealistisch. Een aanpassing met minder rigide stappen en eisen binnen re-integratie en de Wet Verbetering Poortwachter, waardoor zorgmedewerkers met langdurige klachten meer tijd en ruimte krijgen om te herstellen, zou een passender en duurzamer antwoord zijn op het herstel en de inzetbaarheid van zorgmedewerkers. Zo zou een tweede ziektejaar voor mensen met langdurige klachten een passende oplossing kunnen zijn.
- 1.3. Tot slot wordt een aanbeveling gegeven aan de Nederlandse regering om, net als in veel andere landen, een compensatieregeling te overwegen waarin zorgwerknemers die arbeidsongeschikt zijn geraakt ten gevolge van COVID-19 een tegemoetkoming ontvangen. Een dergelijk stelsel zou in een soortgelijke vorm gegoten kunnen worden als de tegemoetkomingsfondsen voor de beroepsziekte OPS en asbestziekten. Net als deze regelingen zou een fonds voor COVID-19 als beroepsziekte gezien worden als een tegemoetkoming en niet als schadevergoeding. In een regeling voor een tegemoetkoming kan rekening worden gehouden met verschillende mate van arbeidsongeschiktheid.

Aanbeveling 2: Belanghebbenden, professionele stakeholders, zorgorganisaties en (medisch) deskundigen (meso)

- 2.1. Onder professionals en deskundigen op het gebied van werk en (medische) gezondheidszorg heerst nog een te groot tekort aan erkenning en begrip over Long COVID. Meer informatie genereren en delen via onderzoek met professionals en stakeholders binnen en rondom de zorg en deskundigen draagt bij aan meer erkenning en kennis over de groep mensen met langdurige klachten. Werkgevers, HR-medewerkers, verzuimcoaches e.d. kunnen met meer bewustwording ten aanzien van het ziektebeeld concrete handvatten formuleren hoe zij op een juiste manier deze doelgroep kunnen begeleiden (zie ook aanbeveling 3).
- 2.2. Meer multidisciplinaire, integrale en regionale aanpak en samenwerking om een beter fundament van ondersteuning en begeleiding te geven aan mensen met Long COVID. Hieruit kunnen ook richtlijnen worden geformuleerd over hoe bedrijven om moeten gaan met deze nieuwe (beroeps)ziekte (aansluitend op aanbeveling 1).

Aanbeveling 3: De werkomgeving (micro)

- 3.1. Met meer begrip en inlevingsvermogen bijdragen aan een prettiger en positiever herstel voor zorgmedewerkers met langdurige klachten. Meer bewustwording en begrip over deze relatief nieuwe beroepsziekte moet daarom een prioriteit worden in de werksfeer en bijvoorbeeld een rol spelen in teamoverleg, trainingen of teamuitjes.
- 3.2. Prioriteit geven aan begrip en kennis over Long COVID kan tevens door werkgevers worden bereikt door een protocol of handleiding te creëren waarin aandacht wordt gegeven aan het ziektebeeld en de behoeften van medewerkers. Bovenal moet gewerkt worden aan fysieke en psychische ondersteuning op de werkvloer.
- 3.3. Financiële ondersteuning vanuit de werkgever is zowel directe ondersteuning als een lange termijn investering in werknemers.

De aanbevelingen hebben als doel om bewustwording te creëren over de behoeften van de zorgprofessionals naar erkenning en financiële ondersteuning. Daarom wordt in de eerste aanbeveling een oproep gedaan aan de Nederlandse overheid om de financiële schade van zorgprofessionals tegemoet te komen middels een tegemoetkomingsregeling, overeenkomstig met andere beroepsziekten-regelingen vanuit de overheid.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	3
INLEIDING	6
1. METHODOLOGIE	8
2. MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT COVID-19	9
2.1. Essentiële beroepen in historisch perspectief	9
2.2. Essentiële beroepen en beschermende middelen ten tijde van COVID-19	9
2.3. Besmet met COVID-19 op werk; wat nu?	13
2.4. Financiële schade bij beroepsziekten	15
3. RESULTATEN: DE ERVARINGEN VAN ZORGPROFESSIONALS	18
Inleiding	18
Thema 1: Klachten en ziekteverloop	18
1.1. Langdurige klachten na COVID-19	18
1.2. Het ontstaan en de gevolgen van langdurige klachten in de werksituatie	21
Samenvattend	24
Thema 2: Onbegrip en herstel	25
2.1. Onbegrip	25
2.2. Re-integratie: Barrières en steun	26
Samenvattend	29
Thema 3: Langdurige klachten: en nu?	29
3.1. Financiële gevolgen	29
3.2. Maatschappelijk onbegrip versus bevologenheid	30
Samenvattend	33
CONCLUSIE	33
AANBEVELINGEN	35
Aanbeveling 1	35
Macro niveau	35
Aanbeveling 2	36
Meso niveau	36
Aanbeveling 3	36
Micro niveau	36
LITERATUURLIJST	38
BIJLAGEN	40
Gespreksleidraad	40

INLEIDING

De coronapandemie waarmee de wereld sinds eind december 2019 geconfronteerd wordt, heeft ook een grote impact op de Nederlandse samenleving.¹

De maatregelen die zijn genomen om de verspreiding van het virus te beperken, werden door de Nederlandse overheid in maart 2020 afgekondigd en aangeduid als 'intelligente lockdown'. Dit beleid hield in dat onder andere scholen, universiteiten, horecagelegenheden tijdelijk of gedeeltelijk moesten sluiten. Sindsdien zijn een aantal van deze maatregelen zowel versoepeld als versterkt, afhankelijk van het aantal besmettingen en de risico's voor de volksgezondheid. Het overheidsbeleid omtrent het coronavirus berust op kennisuitwisselingen en afwegingen van het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de politiek die continue tussen twee polen beweegt: enerzijds het zo veel mogelijk toelaten van het maatschappelijke verkeer en anderzijds de bescherming van de volksgezondheid. Daarbij hebben de maatregelen ook het doel de zorg in Nederland niet te overbelasten (De Vries 2021: 31-32, Sieben 2020: 79). Een belangrijk voorbeeld van deze maatregelen is het advies om zoveel mogelijk thuis te werken.²

Niet voor ieder beroep is het mogelijk om thuis te werken. Voor sommige beroepen is het tevens onvermijdelijk om in contact te komen met veel verschillende mensen en is de anderhalve meter afstand-regel niet haalbaar. Zorgprofessionals zijn een belangrijk voorbeeld van een beroepsgroep waarbij sprake is van verhoogd risico om op het werk besmet te raken met het coronavirus (Carlsten 2020, Gaber et al. 2021, Burdorf et al. 2021). Zorgprofessionals vervullen een cruciale rol in de pandemie vanwege de noodzakelijkheid van hun werkzaamheden en hun ondersteunende, curatieve en preventieve rol ten aanzien van de gezondheid van zorgvragers. Aangezien zorgprofessionals ook vaak met zieke of kwetsbare mensen in contact komen, brengt het uitoefenen van hun beroep extra risico's met zich mee (Carlsten 2020, Bielicki et al. 2020).

Recente cijfers van het RIVM bevestigen de risico's bij deze beroepsgroep: tot 30 november 2021 zijn 225.354 zorgmedewerkers besmet geraakt met het coronavirus, waarvan 1071 mensen in het ziekenhuis zijn opgenomen en 33 overleden (RIVM 2021).³ Waar zij het virus hebben opgelopen (in de privésfeer of tijdens het werk) is onbekend voor het RIVM. Ook cijfers van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) illustreren het hoge aantal besmettingen onder zorgpersoneel. Sinds april 2020 kan COVID-19 als beroepsziekte gemeld worden bij het NCvB. Deze nationale registratie laat zien dat alleen al in 2020 totaal 1918 meldingen zijn gedaan van COVID-19 als beroepsziekte.⁴

LANGDURIGE KLACHTEN NA COVID-19

Daarnaast is er een toename in kennis over en aandacht voor de lange-termijn complicaties na een coronabesmetting. Deze aandacht werd aanvankelijk vooral gericht op ernstig getroffen patiënten. Het onderzoeken van deze specifieke groep patiënten werd begunstigd door het feit dat deze groep opgenomen was in een ziekenhuis, waardoor zij makkelijker te volgen waren. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat bij deze ernstig getroffen groep ademhalings symptomen, postvirale vermoeidheid en stemmingsstoornissen de meest voorkomende complicaties zijn na een coronabesmetting (Gaber et al. 2021: 144).

Er wordt echter ook steeds meer bekend over de post-COVID-19 complicaties bij mensen die aanvankelijk minder ernstige klachten hadden na hun besmetting, alsmede bij jongere, gezondere of niet-gehospitaliseerde patiënten. De langdurige klachten na een coronabesmetting bij deze groep worden aangeduid met 'Long COVID' (ibid., Mahase 2020: 2815, Davis et al. 2021).⁵

¹ Het coronavirus (SARS-CoV 2) dat de ziekte COVID-19 kan veroorzaken wordt van mens op mens overgedragen en behelst een breed spectrum aan klachten die kunnen variëren van vrijwel geen of matige symptomen tot ernstige ziekte met dodelijke gevolgen. Ouderen en mensen met gezondheidsproblemen lopen groter risico om ernstig ziek te raken of te overlijden door het coronavirus. Om de verspreiding van het virus en besmettingen te verminderen, wordt door de Nederlandse overheid verschillende maatregelen geadviseerd, zoals het houden van fysieke afstand, om verspreiding van het virus in te dammen.

² Kort overzicht coronamaatregelen: rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/algemene-coronaregels (18/08/2021).

³ Website RIVM: Wekelijkse update epidemiologische situatie van SARS-CoV-2 in Nederland (30 november 2021).

⁴ NCvB Statistiek 2020: Nationale Registratie Beroepsziekten. beroepsziekten.nl/datafiles/statistics/ncvb-statistics/NCvB-Statistiek-2020.pdf (04/05/2021).

⁵ De focus in dit onderzoek ligt op langdurige klachten na een coronabesmetting, ofwel Long COVID. Stichting C-Support rekent ieder die langer dan drie maanden klachten overhoudt na een coronabesmetting tot de groep Long COVID patiënten. In dit onderzoek wordt de groep op dezelfde manier begrepen.

Ook vakbond FNV signaleerde dat zorgmedewerkers niet alleen vaak besmet zijn geraakt met het coronavirus, maar ook vaak met langdurige klachten geconfronteerd worden. In maart 2021 deelde vakbond FNV de uitkomsten van een enquête-onderzoek dat uitgevoerd werd onder 3.600 zorgmedewerkers in samenwerking met KRO-NCRV's tv-programma Pointer. Van de ge-enquêteerden gaf 90 procent aan dat zij langdurige klachten ervaren na een coronabesmetting. Daarnaast heeft één derde van deze groep aangegeven hierdoor financiële schade te lijden of voorziet financiële gevolgen in de toekomst.

KWALITATIEF ONDERZOEK

Momenteel is er weinig bekend over hoe zorgmedewerkers de beroepsziekte COVID-19 ervaren en welke gevolgen dit voor hen heeft. Het hoge aantal besmettingen onder zorgprofessionals en de bevindingen van het enquête-onderzoek onderstrepen het belang om meer licht te werpen op de ervaringen van deze beroepsgroep met deze beroepsziekte en vormt de aanleiding van de FNV om dit onderzoek te laten verrichten. Het onderzoeksdoel en de centrale vraagstelling komen voort uit de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de ervaringen van zorgmedewerkers die de beroepsziekte COVID-19 hebben opgelopen?
2. Welke gevolgen heeft deze beroepsziekte volgens de zorgmedewerkers op hun werk, persoonlijke leven en financiële situatie?
3. Welke behoeften hebben zorgmedewerkers met de beroepsziekte COVID-19?

In dit onderzoeksrapport wordt verslag gedaan van dit onderzoek. Middels kwalitatieve interviews wordt getracht inzicht te krijgen in de leefwereld van zorgmedewerkers met langdurige klachten na een coronabesmetting. Door aandacht te hebben voor de persoonlijke ervaringen van zorgmedewerkers met langdurige klachten komen gedetailleerde en concrete inzichten aan het licht die bijdragen aan een dieper begrip van deze doelgroep. Kwalitatief onderzoek naar de oorzaken, de risico's, het revalidatieproces en mogelijkheden tot preventie is daarom een goede manier om nuttige inzichten te verwerven rondom arbeid en gezondheid, alsmede preventie en compensatie van beroepsziekten.

LEESWIJZER

Dit onderzoeksrapport presenteert de uitkomsten van 12 diepte-interviews met zorgmedewerkers met langdurige klachten na een coronabesmetting. Het onderzoeksrapport start met een beknopte verantwoording van de onderzoeksmethode. Hierna volgt een korte beschrijving van de maatschappelijke context. Relevante ontwikkelingen, perspectieven en concepten binnen het onderzoeksthema worden hierin verkend en uitgewerkt. Hierop volgt het hoofdstuk waarin de kwalitatieve data-analyse wordt gepresenteerd. Aan de hand van kenmerkende citaten worden de belangrijkste thema's vanuit de interviews uiteengezet. Deze zijn ingedeeld in drie thema's die berusten op de belangrijkste ervaringen van de zorgprofessionals: 1) Klachten en ziekteverloop 2) Onbegrip en re-integratie en 3) Langdurige klachten: en nu? Het rapport wordt afgesloten met aanbevelingen voor stakeholders die betrokken zijn bij het onderzoeksthema waaronder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De bevindingen uit dit onderzoek trachten daarnaast een wetenschappelijke en maatschappelijke bijdrage te leveren aan inzicht in COVID-19 als beroepsziekte en de behoeften van betrokkenen inzake compensatie en erkenning.

ONDERZOEKSDOEL

Van dit onderzoek worden twee resultaten verwacht: 1) Direct nuttige inzichten voor het functioneren en welbevinden van de werknemers in de zorg, en 2) Een groter begrip voor effecten van schadecompensaties voor zorgmedewerkers met de beroepsziekte COVID-19 (en daarbij een beter begrip ten aanzien van beroepsziekten in het algemeen). De centrale onderzoeksvraag die hierop aansluit, luidt:

Wat zijn de persoonlijke ervaringen van zorgprofessionals met de beroepsziekte COVID-19 en hoe verhouden deze zich tot een financiële tegemoetkoming vanuit de overheid?

1. METHODOLOGIE

Aangezien de focus in dit onderzoek voornamelijk ligt op de persoonlijke verhalen van zorgprofessionals is gebruik gemaakt van kwalitatieve interviews. De interviews zijn middels een thematische, narratieve analyse geanalyseerd. Dit betekent dat de focus in de analyse ligt op hoe informanten zich verhouden tot specifieke gebeurtenissen en de connecties tussen deze gebeurtenissen. Deze data zijn vervolgens gecodeerd en verdeeld in thema's op basis van karakteriserende patronen (Bryman 2016: 590, Nolan 2017:11-12).

Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek is uitsluitend gericht op zorgprofessionals met langdurige klachten. Daarbij is de onderzoekspopulatie afgebakend op zorgmedewerkers vanuit de ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, de gehandicaptenzorg, ambulancezorg en de wijkverpleging. Deze afbakening berust op drie criteria: 1) De onderzoeksgroep is een essentieel beroep in de zorg, 2) De onderzoeksgroep moet fysiek aanwezig zijn op de werkplek, en 3) Het is voor de onderzoeksgroep vaak niet mogelijk anderhalve meter afstand houden van anderen tijdens hun werk. Deze afbakening is gedeeltelijk gebaseerd op de operationalisering van 'vulnerable workers' Carlsten et al. (2020). De risicofactoren die beroepsgroepen kwetsbaar maken voor besmetting staan beschreven in de linker kolom van de tabel hieronder (Carlsten et al. 2020: 229).

Vulnerable workers	Susceptible workers
Definition: Workers at higher risk for Covid-19 due to greater likelihood of higher exposure	Definition: Workers at higher risk for COVID-19 (or worse outcomes) at any level of exposure
Factors:	Factors:
Hazardous work characteristics:	Demographic characteristics:
• Exposure to infected aerosols • (especially amongst essential workers or those unable to work from home)²⁶ • Lack of appropriate or properly fitted personal protective equipment (PPE), or occupational safety training • Densely populated, enclosed, or poorly ventilated workplaces²⁷; difficulty distancing from VLAs • Prolonged face-to-face or physical contact or where social distancing cannot be practiced	• Elderly • Male sex
	<i>Co-morbidities:</i> Obesity, hypertension, diabetes mellitus, cardiovascular disease, kidney disease, cerebrovascular disease, COPD, and immunosuppression
	<i>Co-exposures:</i> • Smoking/environmental tobacco smoke exposure • Residence or work in high particulate air pollutant environments • Limited access to healthy foods and physical activity
Cross-cutting factors that may confer or compound both vulnerability and susceptibility	
Enhance Exposure to SARS-CoV-2:	
• Residence in densely populated neighborhoods • Residence in homes that are overcrowded, multigenerational or without access to running water • Dependence on mass or shared (crowded) transportation	
Predispose to poorer health outcomes:	
• Low socioeconomic status/underprivilege • Language and/or communication barriers • Limited access to paid sick leave and healthcare	

Bron: Artikel Carlsten et al. (2021), p3: researchgate.net/publication/348745411_COVID-19_as_an_occupational_disease
voor PDF klik op downloaden

Middels deze afbakening wordt rekening gehouden met de beroepen waarbinnen de keuzes beperkt waren en het risico om besmet te raken het hoogst. Aangezien de afbakening berust op bepaalde werkomstandigheden zullen de resultaten generaliseerbaar zijn voor beroepen in soortgelijke omstandigheden.

Deelnemers van de diepte-interviews zijn geselecteerd via de methode snowball-sampling middels een digitale uitnodigingsbrief in het netwerk van de onderzoeker en de FNV. Uit de reacties is een selectie gemaakt waarbij rekening is gehouden met de afbakening en een diverse en gelijkmatige spreiding qua beroep. Uiteindelijk zijn 8 vrouwen en 4 mannen geïnterviewd, waarvan 4 uit de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT), 3 uit de Ziekenhuiszorg, 2 uit de Ambulancezorg en 3 uit de Gehandicaptenzorg. Op één persoon na, waren alle informanten ervan overtuigd ziek te zijn geworden op hun werk. De wijze waarop de interviews zijn uitgevoerd, verschilt omdat het is afgestemd op basis van de individuele behoeften van de informanten. Interviews zijn zowel digitaal (5x), telefonisch (2x) als persoonlijk (5x) uitgevoerd in de zomer van 2021. Persoonlijke gegevens of details zijn weggelaten of geanonimiseerd in dit onderzoeksrapport. Namen die zijn gebruikt in dit rapport zijn fictief.

2. MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT COVID-19

2.1. ESSENTIËLE BEROEPEN IN HISTORISCH PERSPECTIEF

Als we terugkijken naar crisissen in het verleden wordt duidelijk dat gezondheidsschade bij de arbeidskrachten, met name met essentiële beroepen, vaak wordt verwaarloosd in het publieke debat. In een recent verschenen literatuurstudie van Carlsten et al. (2020) wordt licht geworpen op de rol van werkenden ten tijde van crisissen. Als we volgens Carlsten et al. kijken naar crisissen in het verleden zien we dat de gezondheid van voornamelijk essentiële beroepen van ondergeschikt belang is geweest. Bijvoorbeeld tijdens de influenza en SARS-pandemieën of bij werkzaamheden en de zorg na de aanslag op het World Trade Center in de Verenigde Staten heeft de gezondheid van werkenden weinig aandacht gekregen, met name wat betreft essentiële beroepen. Van deze voorbeelden is bekend dat mensen die bij deze crisissen beroepsmatig betrokken zijn geweest daar nieuwe en langdurige gezondheidsklachten aan over hebben gehouden. Carlsten et al. stellen dat hoewel de inzet en heldhaftigheid van hulpverleners bij crisissen vaak wordt bewonderd en geapplaudeerd, de toegebrachte en soms blijvende gezondheidsschade hierdoor juist vaak gecamoufleerd wordt. Sterfgevallen en gezondheidsproblemen worden daarom vaak vergeten, waarvan sommige voorkomen konden worden, en die ook in toekomstige crisissen of rampen kunnen worden voorkomen.

Hoewel de huidige coronacrisis veelal gepresenteerd wordt als een ongeëvenaard virus bestond er voorafgaand aan deze pandemie al veel kennis over soortgelijke pandemieën en virussen, bijvoorbeeld over het SARS-virus of influenza waar een eeuw geleden ruwweg 75 miljoen mensen aan stierven. Uit deze pandemieën zijn belangrijke inzichten voortgekomen die toepasbaar zijn op deze huidige crisis; en daarmee ook over arbeiders in essentiële beroepen, zoals in de gezondheidszorg. Zo is onder andere bekend dat zowel het MERS- als het SARS-virus (typen coronavirussen) langdurige gezondheidsschade kunnen veroorzaken in het ademhalingsstelsel of op cognitief gebied (Carlsten et al. 2020: 228-230).

Deze inzichten leggen bloot dat hoewel COVID-19 een nieuw type virus is dat specifieke uitdagingen met zich meebrengt, de historie van soortgelijke pandemieën illustreert dat kennis - en dus de risico's - hieromtrent reeds bekend waren. Daarenboven worden vaak werknemers in essentiële beroepen slachtoffer van gezondheidsschade door dergelijke crisissen. De essentiële rol van het zorgpersoneel tijdens de coronacrisis benadrukt het belang om meer zicht te krijgen op hun ervaringen. Daarbij onderstreept het hoge aantal besmette zorgmedewerkers (ruim 225.000) de relevantie om aandacht te hebben voor deze beroepsgroep.

2.2. ESSENTIËLE BEROEPEN EN BESCHERMENDE MIDDELEN TEN TIJDE VAN COVID-19

In een artikel vanuit het Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen beschrijft professor Lalleman de maatschappelijke ontwikkelingen rondom het coronavirus. Zo stelt hij dat in het begin van de coronacrisis vooral maatschappelijke aandacht was voor de toenemende druk op de ziekenhuizen, met name de Intensive Care (IC). Zorgen over tekorten aan verpleegkundig personeel die al langer bestonden, werden door het rondrazen van het nieuwe virus geïntensiveerd. Ook IC-capaciteit en schaarste van materialen en beschermende middelen behoorden tot deze zorgen (Lalleman 2020: 4-5).

Later ontstond meer bewustzijn over deze problemen in de zorg buiten de ziekenhuizen. Problemen in verzorg- en verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en psychiatrie kwamen steeds meer naar voren in nieuws en media. Een voorbeeld is de impact van het sluiten van de verzorg- en verpleeghuizen, de onrust over het virus bij cliënten en de impact van het stopzetten van psychiatrische behandelingen. Daarnaast bleek ook buiten de ziekenhuizen sprake van grote schaarste van personeel, materialen en beschermende middelen. Tevens gaven de richtlijnen met betrekking tot beschermende middelen te weinig duidelijkheid, stelt Lalleman (ibid.: 4-6). Het verkrijgen van adequate beschermingsmiddelen was niet makkelijk en verliep niet zonder chaos, zo beschrijft hij:

In een ware vechtmarkt wedijverden zorgbestuurders voor mondmaskers tegen woekerprijzen en ondeugdelijke exemplaren werden teruggestuurd naar China. De inventiviteit en adaptief leiderschap van verpleegkundigen van dicht rondom de patiënt tot aan de bestuurstafel werd aangesproken. Van het zelf maken van mondkapjes, naaien van schorten, hergebruik door sterilisatie en het aanspreken van al je netwerken om die ene partij op zaterdagmiddag op een afgelegen industrieterrein binnen te halen voor jouw zorginstelling. “Het leek wel oorlog”, zei een bestuurder over zijn zoektocht naar beschermingsmiddelen (ibid.: 5-6).

Ook in het onderzoek van Cindy de Bot en Annemarie de Vos naar de emotionele belasting onder verpleegkundigen (in opleiding) wordt aandacht besteed aan deze chaos. Hun onderzoeksresultaten laten zien dat verpleegkundigen zich vaak machteloos hebben gevoeld, omdat zij niet de nodige zorg en aandacht konden bieden aan cliënten. Daarnaast schrijven zij: ‘Ook het ontbreken van duidelijke richtlijnen of voldoende beschermingsmaatregelen zorgde voor gevoelens van emotionele belasting en machteloosheid, zo gaven de deelnemers aan’ (De Bot & De Vos 2021: 38). Deze emotionele belasting komt ook terug in onderzoeksrapporten van Stichting IZZ en Universiteit Utrecht. Volgens de bevindingen van hun onderzoek vorig jaar september ervoeren zorgmedewerkers een hoge werkdruk vanwege het werken met onvoldoende beschermingsmiddelen. De resultaten van hun onderzoek van dit jaar laten zien dat één op de zeven zorgmedewerkers zich vaak of altijd lichamelijk en emotioneel uitgeput voelt. Daarbij blijkt uit deze resultaten dat 70 procent van de zorgmedewerkers ondanks de toenemende werkdruk nog steeds bevlogen is op het werk. Zorgprofessionals die langdurige klachten ervaren na een coronabesmetting zijn echter minder bevlogen (Stichting IZZ 2020: 17-18, Stichting IZZ 2021: 16-17).

Ziek door werk

Het onbeschermd werken zorgt naast een hogere werkdruk en uitputtingsklachten ook voor grote besmettingsrisico's. Om meer zicht te krijgen op de effecten van het onbeschermd werken in de zorg is het van belang te kijken naar de cijfers over COVID-19 besmettingen onder zorgprofessionals. Het artikel uit het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringkunde van Tamminga et al. (2021) bevat een analyse van de COVID-19 beroepsziektemeldingen van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) waarbij een aantal karakteriserende meldingen uiteen worden gezet. Sinds april 2020 is het mogelijk COVID-19 als beroepsziekte te melden bij het NCvB. De analyse hierover van Tamminga et al. laat zien dat in zorg- en verpleeghuizen 538 van de 770 meldingen (70 procent) onbeschermd contact met een coronapatiënt was gerapporteerd. Van de meldingen uit de totale groep werd in 42 van de 1088 meldingen (4 procent) aangegeven dat werknemers zijn geïnfecteerd terwijl gebruik werd gemaakt van persoonlijk beschermingsmiddelen.⁶

⁶ De cijfers uit dit onderzoek zijn gebaseerd op de NCvB meldingen van april tot oktober 2020.

⁷ Simone Pauw: Medisch Contact. 19 mei 2020: COVID-19 als beroepsziekte zorgmedewerkers nog niet vaak gemeld'. Wordvoerder Steven Visser van het NCvB stelt dat er rekening gehouden moet worden met een onderrapportage van deze nieuwe beroepsziekte. Visser schat dat de helft van de bedrijfsartsen COVID-19 als beroepsziekte meldt.

⁸ De richtlijnen van het RIVM verklaarde dat bij vluchtig contact een mondkapje niet nodig was, ook bij een (verdachte) coronapatiënt. Op 17 augustus 2020 is dit advies geschrapt zonder duidelijke toelichting. Op 3 november werd de maatregel veranderd: zorgmedewerkers in de ouderenzorg moesten ook bij kort contact een chirurgisch mondkapje dragen. RIVM: Reactie RIVM op berichtgeving over uitgangspunten mondkapjes: 18 september 2020 ([rivm.nl/nieuws/reactie-rivm-op-berichtgeving-over-richtlijnen-mondmaskers](https://www.rivm.nl/nieuws/reactie-rivm-op-berichtgeving-over-richtlijnen-mondmaskers) (05/09/2021)).

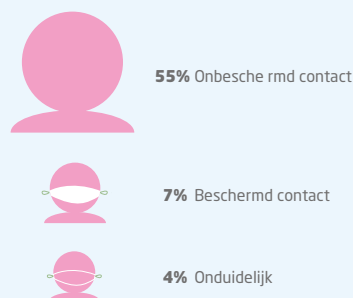
Cijfers over alle beroepssectoren laten zien dat in totaal 55 procent aangegeven heeft onbeschermd contact te hebben gehad op werk en 48 procent meer dan een maand arbeidsongeschikt is geraakt (Kerncijfers Beroepsziekten 2021: 42).⁷

Beroepsziektemeldingen 2020 COVID-19

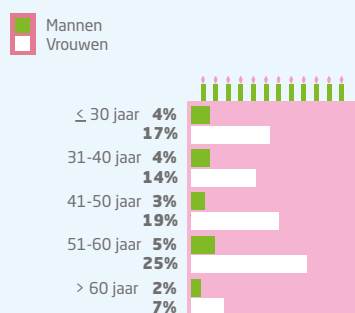
Meldingen



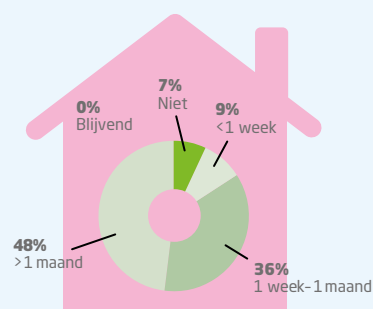
(On)beschermd contact gehad



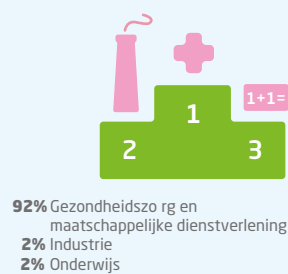
Leeftijd / Geslacht



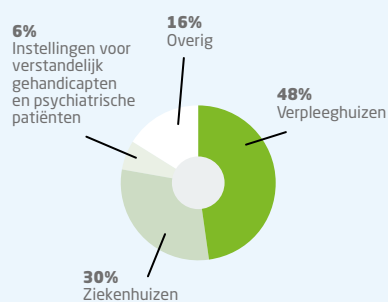
Arbeidsongeschiktheid



Sector



Subsector



Bron: Kerncijfers beroepsziekten, p. 42, beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/ncvb-kerncijfers-beroepsziekten_2021.pdf

Dit maakt duidelijk dat onbeschermd werken veel is voorgekomen in de zorg en tevens grote gevolgen heeft gehad.

Beschermende middelen

Hoe kan het dat zo veel zorgmedewerkers onbeschermd hebben gewerkt? Diverse onderzoeken van Nieuwsuur hebben getracht antwoord te geven op deze vraag. In maart 2020, het begin van de coronacrisis, berustten de richtlijnen van het RIVM op de notie dat men zonder klachten niet besmettelijk was en raadde daarom het preventief gebruik van mondmaskers in de ouderenzorg af.⁸

Alleen op afdelingen of kamers waar bewoners verdacht waren of waarbij corona was vastgesteld, werden mondkapjes gedragen (toen eenmaal de grote schaarste voorbij was). Ook toen het aantal besmettingen in de zorg buiten de ziekenhuizen toenam, bleven de richtlijnen onveranderd. Hierbij is het tevens relevant te vermelden dat dit beleid zich onderscheidt van die in andere landen. Zo schreven de richtlijnen in Duitsland bijvoorbeeld voor dat alle zorgmedewerkers preventief mondkapjes moesten dragen. Daar was het ook het advies om bij verdachte coronapatiënten een FFP2-masker te dragen. Hoewel dit advies in Duitsland bekend was bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), werd in Nederland het gebruik van dit type maskers alleen voorgeschreven bij 'hoog risicovolle handelingen', die met name plaatsvinden in ziekenhuizen.⁹ Ook droegen medewerkers in ziekenhuizen wel continue mondkapjes, ook bij contact met geen COVID-verdachte patiënten.¹⁰

In mei 2020 riep vicevoorzitter van de FNV, Kitty Jong, minister Van Rijn (Medische Zorg) op om in een duidelijke richtlijn vast te leggen dat iedere zorgmedewerker recht heeft op beschermende middelen zonder voorwaarden. Op 4 juni nam Van Rijn deze richtlijn in ontvangst, maar werd niet uitgedragen en omgezet tot een officiële richtlijn door het Ministerie van VWS.¹¹ Ondertussen werd steeds meer bekend over de snelle toename van het aantal corona-besmettingen onder zorgpersoneel.¹²

Op 17 augustus 2020 werd de richtlijn van het RIVM gewijzigd door het advies om geen mondkapje te dragen bij '(kort) contact' te schrappen voor medewerkers in de ouderenzorg. Inmiddels zijn deze richtlijnen ook weer aangepast, maar zowel het Ministerie van VWS en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) als het RIVM ontkennen dat de schaarste van beschermingsmiddelen toentertijd een bepalende factor is geweest in de eerdere richtlijnen. In haar reactie op Kamervragen over dit onderwerp, stelt (voormalig) minister Van Ark (Medische Zorg):

Door zowel het RIVM als VWS is steeds aangegeven dat de uitgangspunten gebaseerd zijn op de veiligheid van zorgmedewerkers en patiënten/cliënten en de risico's van specifieke handelingen in de zorg. Daarbij was gepast gebruik op basis van de richtlijnen gewenst gezien de context van mondiale schaarste. Het waren dus twee belangrijke, maar los van elkaar staande grootheden.¹³

Het RIVM reageerde op soortgelijke wijze door te benadrukken dat de richtlijnen gebaseerd waren op de veiligheid van zorgmedewerkers en patiënten. Deze verklaringen verduidelijken niet hoe de richtlijnen zowel als doel hadden veilig werk te garanderen in de zorg, als gelijktijdig rekening houden met het grote tekort aan beschermingsmiddelen voor zorgmedewerkers. Over de onduidelikheden hieromtrent is er veel kritiek ontstaan. Na de uitkomsten van het Nieuwsuur onderzoek nam deze kritiek toe. Enkele voorbeelden hiervan heeft de NOS geïllustreerd:¹⁴

'Een veiligheidsregel die geen veiligheidsregel bleek te zijn.'
hoogleraar gezondheidsrecht
Jaap Sijmons

'Wij vonden die regel meteen al onveilig, en vroegen het ministerie telkens of het niet eigenlijk gebaseerd was op schaarste.'
vereniging van verpleekkundigen
Gerton Heyne

'We moeten er toch van uit kunnen gaan dat wat een wetenschappelijk instituut ons vertelt juist is.'
branchevereniging ActiZ
Conny Helder

Bron: nos.nl/nieuwsuur/artikel/2349049-zo-werd-de-omstreden-mondkapjesrichtlijn-plots-aangepast

⁹ Tweede Kamer der Staten-Generaal: Kamervragen van leden Wilders en Agema (PVV) aan Minister van Ark, 14 oktober 2020: Vraag 11 en 12.

¹⁰ Nieuwsuur & NOS. 21 september 2020: Mailwisseling tussen RIVM en Nieuwsuur over mondkapjesrichtlijn (01/09/2021).

¹¹ RTL Nieuws. 19 mei 2020: 'FNV: Veel zorgmedewerkers moeten nog steeds onbeschermd werken' www.rtlnieuws.nl (02/10/2021) & FNV: Daniëlle van Essen. 2 oktober 2020: 'Zorgvakbonden eisen handtekening minister Van Ark op richtlijn persoonlijke beschermingsmiddelen'. www.fnv.nl (02/10/2021).

¹² Het Parool. 9 juni 2020: 'Bijna 17.000 zorgmedewerkers hebben corona opgelopen'. www.parool.nl (02/10/2021).

¹³ Beantwoording Kamervragen Minister Tamara van Ark, 13 oktober 2020. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

¹⁴ Nieuwsuur & NOS. 19 september 2020: Zo werd de omstreden mondkapjes richtlijn plots aangepast (01/09/2021).

Daarnaast werken nog steeds veel zorgmedewerkers met chirurgische mondmaskers, zelfs op corona-afdelingen en ook in ziekenhuizen, zo blijkt uit een onderzoek van Follow the Money (Mijnheer 2021). De argumenten van minister Van Ark dat de beroepsgroep, de vertegenwoordigers en de sectoren zelf verantwoordelijk zijn voor het doorvoeren van maatregelen blijken tevens niet aan te sluiten op de praktijk; directies scharen zich vaak achter het advies van het RIVM. Het gebrek aan eenduidigheid werkt verwarrend, zo stelt verpleegkundig specialist en lid van het Red Team Nienke Ipenburg:

Als de richtlijn niet wordt aangepast, dan is er geen landelijke eenduidigheid. Zorginstellingen zetten daardoor weinig FFP2-maskers, omdat dat niet volgens de richtlijn is. Vakbonden geven weer aan dat verpleegkundigen zelf moeten kunnen kiezen, maar dan zegt de werkgever weer: "Nee, wij houden de richtlijn aan." Iedereen blijft daardoor naar elkaar wijzen. Terwijl we de transmissie en circulatie van het virus kunnen doorbreken door onszelf beter te beschermen met onder andere FFP2-maskers. Als we dat eerder hadden gedaan, dan hadden we mogelijk veel minder problemen gehad en ook betere bescherming kunnen bieden naar onze patiënten toe. Ik ben echt boos (ibid.).

Het valt buiten het doel van dit onderzoek om de exacte oorzaken van de onduidelijkheden in de communicatie en richtlijnen vanuit het Ministerie VWS, SZW, het RIVM of brancheverenigingen te achterhalen. Desalniettemin is het van belang stil te staan bij deze ontwikkelingen. Wat deze namelijk blootleggen, is dat het beleid en de richtlijnen rondom beschermingsmiddelen gepaard zijn gegaan met veel onrust en onduidelijkheden, die wezenlijke consequenties hebben gehad voor zorgmedewerkers.

2.3. BESMET MET COVID-19 OP WERK; WAT NU?

Tot dusver is het duidelijk geworden dat een aanzienlijk aantal zorgmedewerkers vermoedelijk ziek is geraakt tijdens hun werk, vanwege schaarste van beschermingsmiddelen en onduidelijke richtlijnen om veilig te werken. De consequenties hiervan zijn in maart 2021 nog duidelijker aan het licht gekomen door vakbond FNV. Een enquête-onderzoek van FNV in samenwerking met KRO-NCRV's tv-programma Pointer onder ruim 3600 zorgmedewerkers onthult de langdurige gevolgen na een coronabesmetting bij deze groep. De meeste reacties van de enquête zijn afkomstig van medewerkers uit verzorgings- en verpleeghuizen (24 procent), ziekenhuizen (17 procent), gehandicaptenzorg (15 procent) en thuiszorg (12 procent).

Uit de bevindingen blijkt dat 90 procent van het zorgpersoneel dat ziek is geworden tijdens de eerste corona-golf (maart-juni 2020) nog steeds klachten heeft:



OP DE WERKVLOER

IK VOELDE ME VOLDOENDE BESCHERMD
TIJDENS DE EERSTE CORONA-GOLF

22%
Neutraal



37%
Mee eens

41%
Mee oneens

IK KREEG DE BESCHERMINGS-
MIDDELEN WAAR IK OM VROEG

20%

werd door zijn/haar werkgever beschermings-
middelen geweigerd omdat dat niet in de toen
geldende RIVM-richtlijnen stond.

Bovendien heeft 40 procent van de zorgmedewerkers zich tijdens de eerste coronagolf onvoldoende beschermd gevoeld volgens de uitkomsten van deze enquête:

Deze cijfers van het FNV corresponderen met de bevindingen van het NCvB die eerder in dit rapport beschreven staan, waarvan de cijfers over alle beroepssectoren laten zien dat in totaal 55 procent aangegeven heeft onbeschermd contact te hebben gehad op werk. Daarbij blijkt uit de FNV-enquête dat 20 procent van de zorgmedewerkers die vroegen om (meer) persoonlijke beschermingsmiddelen deze niet kregen van hun werkgever. Daarnaast heeft 18 procent aangegeven dat de werkgever wel (meer) persoonlijke beschermingsmiddelen wilde geven, maar deze niet kon verkrijgen vanwege schaarste van adequate beschermingsmiddelen:

Deze bevindingen sluiten aan op wat eerder is beschreven over de risicovolle en/of onduidelijke richtlijnen van het RIVM met name tijdens de eerste coronagolf. Op basis van deze inzichten wil de FNV dat de overheid een tegemoetkomingfonds opricht voor de medewerkers die op hun werk zijn besmet met corona en hierdoor langdurige klachten hebben. De hoogte van de tegemoetkoming kan bepaald worden door de verschillende mate waarin klachten en/of beperkingen zich voordoen. Vergelijkbaar met de andere regelingen, zoals die voor werknemers met de schildersziekte of asbestgerelateerde ziekten, kan ook dit tegemoetkomingsbedrag oplopen tot ongeveer 20.000 euro per slachtoffer.¹⁵ Kitty Jong benadrukt hierbij echter:

Het gaat hier nadrukkelijk om een tegemoetkoming en niet om een schadevergoeding. Wanneer mensen van mening zijn dat de tegemoetkoming niet toereikend is, dan moet de weg openblijven om alsnog de werkgever aansprakelijk te stellen. We verwachten dat een tegemoetkoming door een grote groep al ervaren zal worden als een vorm van erkenning, waarmee dure, ingewikkelde en langdurige rechtszaken voorkomen worden.

Op deze manier verwacht de FNV op laagdrempelige wijze zorgmedewerkers te ondersteunen met de schade die zij overgehouden hebben door corona. Bovendien is de overheid nalatig geweest in het beschermen van zorgmedewerkers vanwege de onduidelijke en onveilige RIVM-richtlijnen, stelt de FNV. Zo beargumenteert Kitty Jong:

Vooral tijdens de eerste coronagolf heeft de overheid onvoldoende verantwoordelijkheid genomen en waren er te weinig beschermingsmiddelen beschikbaar. Bovendien hebben wij bij het ministerie van VWS maandenlang gewezen op de onduidelijke richtlijnen van het RIVM, waarachter minister Van Ark en haar voorgangers zich steeds verschuilen. Veel werkgevers weigerden hun medewerkers van de nodige beschermingsmiddelen te voorzien, als zij hier wel om vroegen, omdat dat volgens de toen geldende richtlijnen niet noodzakelijk was.

Minister Van Ark stelt in haar reactie dat het de verantwoordelijkheid is van de werkgever om veilige arbeidsomstandigheden te creëren. Ook is het volgens Van Ark de verantwoordelijkheid van de beroepsverenigingen de RIVM-richtlijnen te vertalen naar de praktijk. In mei 2021 verkondigt Van Ark in een Kamerbrief de manieren waarop zorgprofessionals

¹⁵⁾ FNV. Daniëlle van Essen 15 maart 2021: 'Kwart Zorgpersoneel lijdt financiële schade na besmetting met COVID-19' fnv.nl (01/09/2021).

met langdurige klachten ondersteund zullen worden. Hierin wordt onder andere benoemd dat op verzoek van de bonden wordt verkend wat er gedaan kan worden voor zorgprofessionals met langdurige klachten:

Daarnaast worden zorgprofessionals die uitvallen als gevolg van een Covidbesmetting op verschillende manieren ondersteund, ook financieel:

- De stichting Zorg na Werken in Coronazorg (ZWIC) keert financiële bijdragen uit aan zorgverleners die door een coronabesmetting op de IC opgenomen zijn (geweest) en aan de nabestaanden van aan COVID-19 overleden zorgverleners en die daar financiële gevolgen van ondervinden. Ook ontwikkelt ZWIC een richtlijn voor psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals. De particuliere donaties aan het fonds worden door VWS verdubbeld tot een maximumbedrag van €10 miljoen;
- Daarnaast biedt C-support nazorg aan COVID-19 patiënten die langdurig klachten ondervinden van een coronabesmetting. Ook zorgprofessionals kunnen hier beroep op doen.
- Mede op verzoek van de bonden wordt verkend wat we kunnen doen voor de zorgprofessionals die in de eerste golf Covid-zorg hebben verleend en in die periode zelf door een Covid-besmetting langdurig ziek zijn geworden.

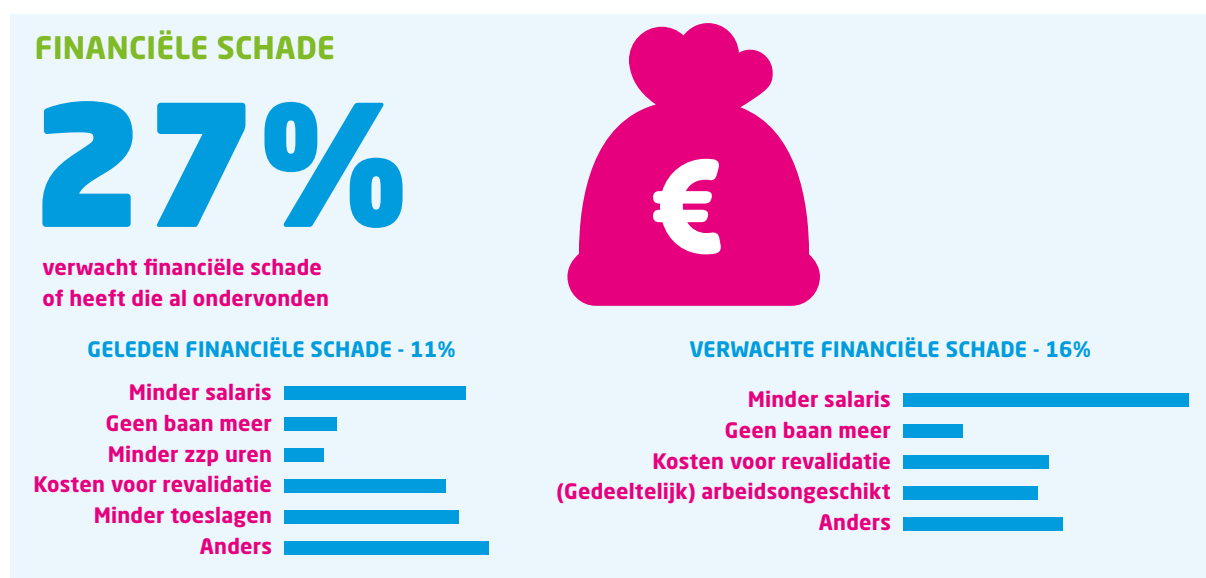
Kamerbrief¹⁶,

Wanneer deze ondersteuning voor zorgmedewerkers met langdurige klachten zal plaatsvinden en welke vorm deze ondersteuning krijgt, is tot op heden niet duidelijk.

2.4. FINANCIËLE SCHADE BIJ BEROEPSZIEKTEN

Ook de financiële schade waarmee de groep zorgmedewerkers met langdurige klachten geconfronteerd wordt, onderstreept de urgentie om meer aandacht te hebben voor deze groep. Meer dan de helft (57 procent) van de geënquêteerden van het FNV/Pointer onderzoek stelt op het werk besmet te zijn geraakt en 27 procent heeft door ziekte vanwege corona financiële schade geleden of verwacht dit in de toekomst:

In de zorg- en welzijnssector krijgen de meeste werknemers na één jaar ziekte te maken met loondoorbetaling van 70 procent. In de paragraaf hiervoor is beschreven dat 48 procent van de mensen (voornamelijk uit de zorg) die met corona besmet zijn geraakt en gemeld zijn bij het NCvB, arbeidsongeschikt zijn geraakt. Deze bevindingen bewijzen dat een



verlies in inkomsten een grote groep zorgprofessionals treft of zal gaan treffen. Naast verlies in inkomsten uit loon (waaronder ook onregelmatigheidstoeslag) zijn er ook andere financiële factoren die een rol spelen. Zo worden

¹⁶) Kamerbrief Tamara van Ark, 26 mei 2021: Beleidsbrief over ondersteuning van de zorg tijdens de Covid-crisis, herstel van zorgprofessionals en inhalen van reguliere zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

revalidatiekosten of andere zorgkosten vaak niet (volledig) vergoed door de zorgverzekering.¹⁷ Naast gezondheidsschade, worden veel zorgmedewerkers dus ook geconfronteerd met financiële gevolgen, met name wanneer zij langer dan een jaar nodig hebben om te herstellen.¹⁸

Beroepsziekten in Nederland

In deze laatste alinea wordt kort beschreven over hoe met beroepsziekten in Nederland omgegaan wordt. Binnen de huidige socialezekerheidswetgeving in Nederland bestaat geen specifieke regelgeving voor compensatie voor beroepsziekten en arbeidsongevallen. Een civielrechtelijke schadeclaim is daarom de enige route waarbij zorgmedewerkers met langdurige gevolgen na COVID-19 gecompenseerd kunnen worden voor gezondheidsschade en financiële schade die niet gedekt wordt via de loonbetaling bij ziekte en de WIA. Voor slachtoffers van sommige beroepsziekten (mesothelioom, asbestose, OPS/schildersziekte) bestaan specifieke schaderegelingen vanuit de Nederlandse overheid. Dit beleid rondom beroepsziekten of ongevallen in Nederland onderscheidt zich van andere landen in Europa en daarbuiten. Onder andere Duitsland, Denemarken, China, Tsjechië en België bieden een fundament van werknemerscompensaties die bedoeld zijn voor beroepsziekten en inmiddels ook specifiek voor COVID-19 (ILO 2020, UNI & ITUC 2021).¹⁹ Zo kunnen zorgprofessionals in Italië aanspraak maken op speciale compensatie vanuit het Italiaanse INAIL (Rijksinstituut voor Verzekering tegen Arbeidsongevallen). Van maart tot oktober 2020 hebben ruim 65 duizend mensen in Italië een aanvraag hiervoor ingediend (Marinaccio et al. 2021: 221).

In Nederland kunnen zorgprofessionals aanspraak doen op een schadevergoeding vanuit de werkgever. De werknemer behoort dan de werkgever aansprakelijk te stellen voor de schade. In de praktijk blijken er vaak verschillende belemmeringen te bestaan om dit te doen, zoals een grote financiële en emotionele belasting, de bewijslast voor de werknemer en de eventuele gevolgen voor de relatie met de werkgever (Eshuis 2013). Daarbij komt dat bij een beroepsziekte aannemelijk moet worden gemaakt dat deze door het werk of werkomstandigheden is ontstaan. Dat is bij een coronabesmetting lastig vast te stellen, omdat het ook in een privésituatie opgelopen kan worden. Kitty Jong, vicevoorzitter FNV, stelt echter:

[...] Wanneer bekend is dat er een uitbraak is in de instelling, het verzorgingshuis of ziekenhuis waar iemand werkt en in de privésfeer was iedereen gezond, dan is het wel zeer aannemelijk dat de besmetting werk-gerelateerd is.

Daarnaast bevestigen de ruim 225.000 besmette zorgmedewerkers, in combinatie met het hoge aantal zorgmedewerkers dat zich onvoldoende beschermd heeft gevoeld tijdens werk, dat dit een beroepsgroep is die met veel risico's is geconfronteerd. Over de financiële schade van deze groep, stelt minister Van Ark dat het stelsel van sociale zekerheid volstaat. Ook wijst de minister op het particuliere fonds van stichting Zorg na Werken in coronazorg (ZWic) waaraan het kabinet tien miljoen euro heeft bijgedragen. Dit fonds van ZWic biedt een eenmalige financiële compensatie voor nabestaanden van zorgmedewerkers die zijn overleden ten gevolge van COVID-19 of die door corona op de intensive care hebben gelegen. De groep zorgmedewerkers die langdurige klachten heeft overgehouden aan een coronabesmetting, maar niet op de intensive care behandeld is, komt daarom niet in aanmerking voor dit fonds.

Samenvattend

Tot dusver is de context beschreven van zorgprofessionals tijdens de coronapandemie. Middels deze context is getracht licht te werpen op verschillende factoren die mogelijk een rol hebben gespeeld in hun ervaringen. Zo laten crisissen in het verleden zien dat er weinig lessen zijn geleerd uit eerdere ervaringen met gezondheidsschade bij essentiële beroepen. Ook is duidelijk geworden dat richtlijnen omtrent beschermingsmiddelen en schaarste van deze middelen hebben bijgedragen aan verhoogde risico's voor deze beroepsgroep. Cijfers over het hoge aantal besmette zorgmedewerkers, gevoelens van onveiligheid op werk en de fysieke en emotionele belasting zijn belangrijke indicatoren voor de ervaringen van zorgprofessionals tijdens hun werk in coronatijd. Daarnaast laat de uiteenzetting over de politieke context aangaande arbeidsongeschiktheid en beroepsziekten in Nederland zien dat in vergelijking met andere landen er sprake is van een hiaat ten opzichte van de schade die zorgprofessionals hebben geleden door

¹⁷) FNV: 'Kwart zorgpersoneel lijdt financiële schade na besmetting met COVID-19: FNV wil tegemoetkoming vanuit op te richten overheidsfonds'. 15 maart, 2021.

¹⁸) Zie voor overzicht van verschillende schadeposten: Eshuis, W. Alternatieven voor schadevergoeding (en preventie) van arbeidsongevallen en beroepsziekten, p.14-15.

¹⁹) International Labour Organization: Country policy responses. ilo.org/coronavirus/regional-country (01/092021). ITUC & UNI (International Trade Union Confederation & Global Union). 18 mei 2021: COVID-19: An occupational disease. Where frontline workers are best protected.

hun werk in de coronapandemie. Hoe deze factoren door zorgprofessionals zijn ervaren, wordt in het volgende hoofdstuk uiteengezet. Dit hoofdstuk presenteert de ervaringen van twaalf zorgmedewerkers met langdurige klachten na een coronabesmetting.

3. RESULTATEN: DE ERVARINGEN VAN ZORGPROFESSIONALS

INLEIDING

Gea was al ruim dertig jaar werkzaam in de zorg en werkt in een verzorgingshuis voor dementerende ouderen. Ze heeft altijd een druk bestaan gehad. Naast haar werk was zij mantelzorger, ging drie keer per jaar op vakantie en deed graag vaak leuke dingen zoals het bezoeken van theater of bioscoop. Eind maart 2020 bleek een van haar collega's besmet te zijn met het coronavirus. Gea en haar collega's kregen instructies om de bewoners op hun kamers te laten en de aanwezige beschermingsmiddelen per dienst en per kamer te dragen. Dit betekende dat Gea op iedere kamer haar eerder gebruikte mondkapje, schort en handschoenen opnieuw moest aantrekken en bij vertrek van de kamer weer aan een haak aan de deur moest ophangen. Hoewel er grote chaos heerste op de afdeling, probeerde Gea rustig te blijven. Zo vertelt ze: 'Ik probeerde juist de boel te sussen, maar uiteindelijk ben ik zelf het grootste slachtoffer geworden'. In de eerste week van april werd Gea namelijk ziek. Ongeveer vijftien maanden later is zij nog steeds niet hersteld en loopt zij dagelijks tegen problemen aan met haar gezondheid, financiën en het re-integratietraject van haar werk:

Ik had hoge koorts, benauwd, diarree, bot pijn, en echt heel veel geslapen: ik sliep 17/18 uur per dag. In vier weken tijd ben ik 8,5 kilo afgefallen. Dit heeft zeker vier weken tijd geduurd en toen begon de koorts eindelijk wat te zakken. Ik begon met een stukje lopen om mijn huis en dat langzaam op te bouwen. Uiteindelijk ben ik zelf op zoek gegaan naar hulp en heb ik allerlei onderzoeken gehad. Daar is niks uitgekomen; geen schade. Maar ik was doodmoe, kortademig en nu gaat mijn spierkracht wel wat vooruit, maar mijn conditie is een puinhoop. Als ik de trap opgelopen heb, dan ben ik in mijn benen zo vreselijk moe. Mezelf verzorgen; daar heb ik twee uur voor nodig en daarna moet ik rusten. Dan ga ik naar m'n werk, werk ik twee uur, dan kom ik thuis en doe ik drie kleine wasjes met de hand. Dan ben ik blij, want dat heb ik allemaal niet gekund dus het is voor mij heel wat. Nou, nu ben ik een jaar ziek geweest, waarin ik echt niks heb kunnen doen, dan begin je na een jaar een beetje boven Jan te komen en dan dendert de organisatie de regels er doorheen. [...] Nu moet ik naast wekelijkse fysiotherapie, ergotherapie en re-integreren mij bezighouden met Spoor 2. Ik moet testen doen, cv op orde maken, oriënteren op vacatures... Het kost zo veel energie! Ik wil me alleen maar focussen op mijn revalidatie, mijn herstel. En dan zijn mijn inkomsten ook naar 70 procent teruggegaan.

Gea, verzorgende ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Het persoonlijke verhaal van Gea is een typerend voorbeeld van de ervaringen van de geïnterviewde zorgmedewerkers met langdurige klachten, hun herstel en de re-integratie. Naast hun dagelijkse gevecht voor hun herstel krijgen zij te maken met verschillende factoren van zowel steun, maar ook tegenwerking. In dit hoofdstuk worden deze factoren beschreven, onderverdeeld in verschillende thema's. De thema's zijn: 1) Klachten en ziekteverloop, 2) Onbegrip en re-integratie, en 3) Ziek: en nu verder? Afsluitend wordt een beknopt overzicht gegeven van de verschillende factoren van steun- en tegenwerking die voorkomen in deze fasen.

THEMA 1: KLACHTEN EN ZIEKTEVERLOOP

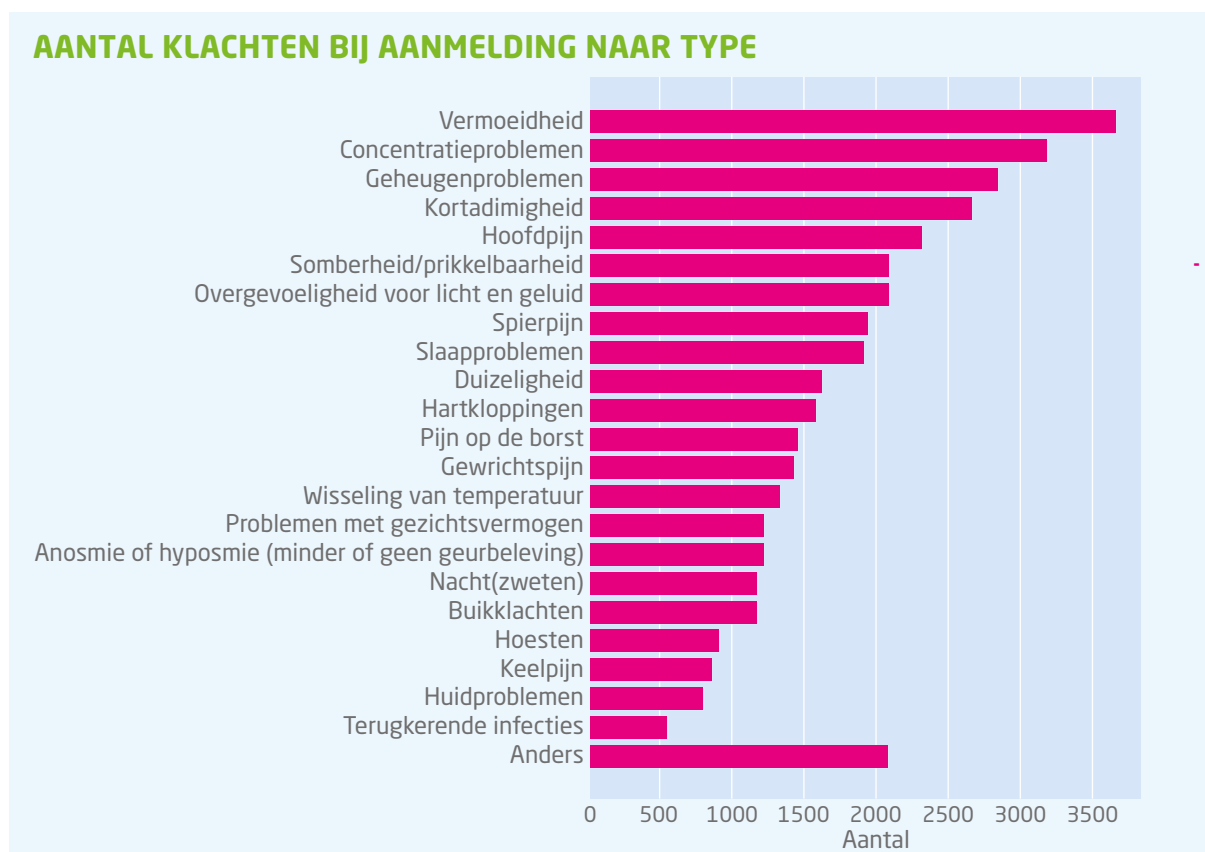
1.1. LANGDURIGE KLACHTEN NA COVID-19

Wat betekent het precies om langdurige klachten te ervaren na COVID-19? Om hier antwoord op te geven, wordt kort bij de wetenschappelijke definitie van Long COVID stilgestaan. Het vaststellen van een eenduidig, typisch klachtenpatroon bij deze ziekte is echter complex. Zo zijn de klachten van de informanten in dit onderzoek uiteenlopend en verschillen per individu. Recente, wetenschappelijke bevindingen bevestigen dit complexe beeld. In een studie uit het Verenigd Koninkrijk van Long COVID onder zorgprofessionals wordt geconcludeerd dat de meest voorkomende klachten zijn: (extreme) vermoeidheid, kortademigheid en slaap- en stemmingsproblemen (Gaber et al. 2021: 145). Ook is bewezen dat veel mensen 6 maanden na COVID-19 last hebben van neurologische en psychiatrische gevolgen (Taquet et al. 2021: 225). Daarbij laten de resultaten van een grootschalige internationale studie van Davis et al. (2021) zien dat Long COVID vaak meerdere orgaansystemen aantast. Deze resultaten tonen aan dat er bij 88 procent van mensen met Long COVID sprake is van een breed spectrum aan neurologische problemen die het dagelijks functioneren en het vermogen om te werken sterk kunnen beïnvloeden. Davis et al. benadrukken de grote impact op het vermogen om te kunnen werken en stellen daarom dat het van groot belang is om Long COVID patiënten voldoende hersteltijd te geven. Uit hun onderzoek bleek namelijk:

Voor degenen die terugkeerden naar hun baan, rapporteerden de respondenten dat ze terugvallen ondervonden door de mentale inspanning en stress van het werk, en vaak moesten ze weer met verlof gaan. Dit benadrukt hoe belangrijk het is dat alle patiënten voldoende tijd krijgen om te herstellen, in aanmerking kunnen komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering als langdurige hulp nodig is, en accommodatie op het werk krijgen, waaronder telewerken, flexibele uren en gefaseerde terugkeer ([vertaald uit:] Davis et al. 2021: 14).

Daarnaast bevestigt ook een recent RIVM-onderzoek de grote invloed op werkvermogen voor mensen met Long COVID. Bijna 90 procent van de mensen met langdurige klachten stelt dat de impact hiervan groot tot zeer groot is en van deze groep geeft 34 procent aan door hun klachten niet meer te kunnen werken. Deze recente inzichten over Long COVID corresponderen tevens met de bevindingen van de FNV/Pointer enquête en de cijfers van het NCvB. Het is daarom evident dat de langdurige gevolgen na COVID-19 een grote impact hebben, ook op werkgebied.

De interviewresultaten uit dit onderzoek illustreren deze impact. De langdurige klachten bemoeilijken namelijk het persoonlijke leven, maar ook hun functioneren op werk. Zo bleek slechts één van de twaalf informanten na een lang herstel weer volledig te werken (alhoewel ook bij deze persoon de klachten nog niet volledig over waren). De meest voorkomende klachten die de informanten hebben gedeeld in de interviews komen overeen met de onderstaande tabel. Deze tabel geeft overzicht van het type klachten van de mensen die zich aangemeld hebben bij C-Support; een stichting voor mensen met langdurige klachten door COVID-19.²⁰



Bron: Website C-support, c-support.nu/veel-voorkomende-klachten/

²⁰⁾ C-Support is een stichting die werkt in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en mensen met langdurige corona-klachten ondersteunen en adviseren. Zij richten zich op lichamelijke, geestelijke gezondheid, het sociale leven en werk en inkomen. Ook ondersteunen zij mensen die vanwege hun gezondheid problemen ondervinden op het gebied van hun werk en inkomen. C-Support: "Over C-Support". c-support.nu (10/10/2021).

De interviewresultaten laten zien dat deze klachten een grote impact hebben op het dagelijks leven van de informanten. Veel informanten vertelden dagelijks geconfronteerd te worden met pijn. Een voorbeeld hiervan kwam naar voren in het interview met Denise:

Ik heb ook steeds komende en gaande keelpijn, pijn in mijn longen en in mijn rug... Alsof het in mijn ribbenkast zeer doet. Als ik dan te veel doe dan begint die pijn op te komen. Die pijn gaat niet meer weg totdat ik geslapen heb of een paar uur ga liggen. [...] Fysiek kan ik veel minder dan ik voorheen kon.

Denise, verpleegkundige ziekenhuis, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Ook Eva's leven is veranderd door de klachten:

Ik ben zes weken echt zwaar ziek geweest. Toen leek het allemaal wat beter te gaan. Ik was allang euforisch dat ik weer herstellende was. Dus ik wilde proberen te fietsen, te wandelen en te sporten. Nou toen ben ik echt volledig ingestort. Uitgeput, en zo ontzettend benauwd [...] Toen heb ik echt drie maanden op bed gelegen en kon ik bijna niks meer. Naar buiten kon ik alleen maar in een rolstoel. Dus ik was totaal afhankelijk, terwijl ik juist altijd ontzettend zelfstandig ben, bijna eigenwijs dat ik altijd denk van: ik doe het allemaal zelf. En toen kon ik niet eens zelf naar buiten; moest mijn vriend mij duwen.

Eva, begeleider ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Kelly, een jonge IC verpleegkundige, is bijna een jaar na haar besmetting met het coronavirus nog niet hersteld:

Ik heb wekenlang koorts gehad. In het begin dachten ze dat de hoge hartslag bij die koorts hoorde, maar toen zakte de koorts, maar die hartslag bleef. Op hartfilmpjes zien we dat ik een extreem hoge hartslag heb, maar ook extreem lage. Er blijkt iets niet goed te zijn met mijn hart [...] Daarbij heb ik nog een hele hoop cognitieve klachten.

Kelly, IC verpleegkundige, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Ambulanceverpleegkundige Jeroen was ten tijde van het interview ook nog niet hersteld. Aanvankelijk leek Jeroen op te knappen, maar hij merkte toch dat hij erg snel moe raakte en zich slecht kon concentreren. De ziekteperiode was heftig, vertelde hij. Na vier weken herstel dacht hij weer te kunnen werken. Het werken viel hem echter zwaar en uiteindelijk heeft Jeroen zich alsnog volledig ziekgemeld van werk:

Ik weet niet meer uit mijn hoofd precies wanneer, maar ik begon moe te worden, begon ook slecht te slapen. Ik merkte bij mezelf dat het steeds minder ging en ik had ook moeite met dingen te onthouden. Ik lees bijvoorbeeld heel erg graag en normaal las ik drie boeken dwars door elkaar, maar als ik dan de Libelle pakte van m'n vrouw dan las ik een verhaaltje en dacht dan aan het einde: Waar gaat dit over? Ik weet bij god niet waar dit over gaat [...]

Jeroen, ambulanceverpleegkundige, ziek geworden in de eerste coronagolf

Uit de interviews blijkt ook dat veel informanten gevolgen ervaren op emotioneel en sociaal gebied. De klachten vallen de meesten zwaar, ook vanwege de fysieke beperkingen, zoals niet meer kunnen hardlopen of spontaan vrienden bezoeken. Ook veel informanten vertelden zich geregeld eenzaam te voelen. Iedere geïnterviewde zorgprofessional is in bepaalde mate geconfronteerd met de psychologische impact van de klachten. In een onderzoeksrapport van C-Support worden de verschillende psychische klachten die veel Long COVID patiënten ervaren, beschreven en komen overeen met wat veel informanten in dit onderzoek deelden:

- Rouw- en acceptatieproblemen (moeite met het verlies van functies);
- Trauma (traumatische ziekteperiode, traumatische werkervaringen);
- Eenzaamheid (isoleren uit angst om opnieuw ziek te worden, gebrek aan erkenning);
- Onzekerheid en angst (onbekendheid over herstel, onzekere toekomst).²¹

Zo voelde Bert zich bijvoorbeeld verdrietig omdat hij niet meer kon werken zoals voorheen. Hij voelde zich had ook onzeker over zijn toekomst. Hij is zestig en had vóór corona nooit gedacht dat hij niet meer zou kunnen werken:

²¹) Dossier C-Support. Maart 2021: Eerste indrukken COVID-19 patiënten met langdurige klachten: p.16.

Ik had er nooit bij stilgestaan dat ik zou moeten nadenken over hoe ik mijn werk nog kan volhouden. Dat heeft mij het meeste geraakt nog. Ik voel nu zo'n gevoel van een zekerheid, dat ik aan het zoeken ben continue, van: hoe los ik het op? Hoe vul ik het in? Is het nog te behappen? Dat heeft heel veel impact.

Bert, wijkverzorgende, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Daarbij komt dat de klachten van Long COVID erg uiteen kunnen lopen. Informanten vertelden dat de klachten per dag of per week erg kunnen wisselen. Soms lijkt het even beter te gaan, waardoor men ruimte voelt om iets meer te doen. Veel informanten vertelden hier dan de volgende dag of volgende dagen daar de prijs voor te betalen. Daarom is het soms moeilijk om in te schatten wat precies hun mogelijkheden en beperkingen zijn. Zo vertelde Kelly bijvoorbeeld dat wanneer zij zich wat beter voelde iets meer probeerde te doen. Het resultaat hiervan was echter dat ze ieder keer een grote terugval kreeg. In een terugval ervoer ze opnieuw de klachten die ze had tijdens haar coronabesmetting, waaronder zelfs koorts en algehele malaise. Het was daarom voor Kelly erg lastig in te schatten wat zij nou precies aankon op haar werk:

Het gaat echt met ups en downs. De ene week heb ik een goede week en kan ik weer heel veel en de andere week heb ik echt een slechte week. In die slechte weken denk ik: Het lukt nooit om op die dienst van 8 uur te komen. En dan heb je een goede week en dan denk ik: O, ja het komt wel goed...

Kelly, IC verpleegkundige, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Meerdere informanten vertelden wel eens de fout te hebben gemaakt hun conditie te hoog in te schatten, waardoor zij vervolgens een grote terugval meemaakten. Zowel op werk- als privégebied kan dit lastig zijn:

Ik ben een keer flink teruggepakt. We waren aan het fietsen en ik dacht dat het goed ging, ik voelde me goed. Toen hebben we iets meer gefietst dan gepland. Nou, ik was bijna weer terug bij af. Dat duurde echt vier weken voordat ik daarvan hersteld was. Ik hou me nu maar aan wat ik kan en ik ga echt niet over m'n grenzen heen, want dat merk ik gelijk.

Karin, begeleider gehandicaptenzorg, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Zo dacht Bert weer aan het werk te gaan nadat hij weer een beetje op de been was na zijn besmetting met het coronavirus. Toen Bert aan de slag ging, merkte hij echter dat zijn gezondheid dit nog niet toeliet. Langzaam probeerde Bert zijn werkzaamheden op te pakken, maar dit viel hem zwaar. Ook merkte hij dat de klachten erger waren wanneer hij had gewerkt:

Mijn vermoeidheid en mijn hoge hartslag; het beangstigde mij gewoon. Toen ben ik in een revalidatieproces terecht gekomen en daarna ben ik de draad wel weer op gaan pakken. Ik kon weer wat ochtenddiensten gaan draaien. Maar toen begonnen allemaal weer klachten te spelen: pijn aan mijn vingers, aan mijn handen, mijn ellebogen, pijn in mijn rug; je kan het bijna niet noemen allemaal. En al maanden. Ik slik pijnstillers om de dag door te komen.

Bert, wijkverzorgende, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Net als Bert, gaf vrijwel iedere informant aan dat de langdurige klachten consequenties hebben op hun functioneren op werk en soms zelfs dat de inspanning op werk hun herstel bemoeilijkt. Ten tijde van de afname van de interviews was maar één zorgprofessional weer volledig aan het werk (maar van plan zich gedeeltelijk ziek te melden). De meesten werkten echter helemaal niet of waren hun werkuren aan het opbouwen. Acht van de twaalf geïnterviewde zorgmedewerkers hadden (bijna tot meer dan) een jaar zo veel klachten dat zij nog niet volledig konden werken. Daarom wordt in de volgende paragraaf dieper ingegaan op hoe Long COVID is ontstaan bij de zorgprofessionals en welke gevolgen dit heeft in de werksituatie.

1.2. HET ONTSTAAN EN DE GEVOLGEN VAN LANGDURIGE KLACHTEN IN DE WERKSITUATIE

Onduidelijkheid

In veel interviews werd de chaos en onduidelijkheid rondom de corona-richtlijnen op werk benoemd. De informatievoorziening over corona liep met name in het begin van de pandemie rommelig en heeft voor veel onrust en

onzekerheid gezorgd bij zowel collega's als cliënten. Met name de zorgmedewerkers in de gehandicaptenzorg benoemden dat de impact op de cliënten groot was waardoor de begeleiding een stuk zwaarder was. Daarbij heeft de komst van het virus ook veel extra werkzaamheden met zich meegebracht, zoals het monitoren en bijhouden van de regels, herhaaldelijk beschermende middelen aan- en uitrekken en extra schoonmaak-taken. Deze nieuwe taken en verplichtingen waren echter niet altijd duidelijk en daarnaast zijn deze vaak onderhevig geweest aan continue veranderingen. Bijvoorbeeld ook in de ambulancezorg bij Jeroen:

We hebben natuurlijk in het begin de instructies opgevolgd die door het RIVM werden gegeven. Bij hoesten, proesten, benauwd en koorts, ja dan moest je teruglopen naar de auto. We weten nu dat je dan al te laat bent, want als die persoon hoest en jij zit met je stethoscoop daar op vijftig centimeter vanaf, dan zit ik binnen die anderhalve meter. [...] Die richtlijnen die veranderen continue: het laatste dat weer veranderd is, is dat er in de auto - ook voorin de cabine - altijd een masker gedragen moet worden. Is de patiënt besmet dan wordt het masker een FFP2 masker, anders gewoon chirurgisch masker. Maar dat is er dan ook weer een paar weken af geweest. Dus ze zijn continue aan het spelen ermee. Ook snel-testen hadden wij toen niet, nu wel.

Jeroen, ambulanceverpleegkundige, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Zoals eerder beschreven, werden zorgmedewerkers buiten de ziekenhuiszorg geïnstrueerd door het RIVM onder andere om geen mondmasker te dragen bij (kort) contact met een cliënt of patiënt binnen anderhalve meter. In het begin van de pandemie werden in sommige gevallen helemaal geen beschermingsmiddelen gedragen. Deze en dergelijke richtlijnen zijn meermaals veranderd, zoals ook is beschreven in het eerste hoofdstuk. Het verwarrende effect van de wisselende richtlijnen wordt door de meeste geïnterviewden bevestigd. Voor veel was het vaak onduidelijk geweest wanneer zij wel of geen - of welk type - mondmasker moesten dragen. Daarbij vertelden veel zorgmedewerkers over de schaarste van beschermingsmiddelen op hun werk. Veel van de manieren waarop de informanten in de eerste golf besmet zijn geraakt met het virus berusten op de onduidelijke of onjuiste richtlijnen en/of zij simpelweg geen andere keuze hadden dan werken zonder beschermingsmiddelen.

Daarnaast kwam naar voren dat richtlijnen binnen verschillende sectoren in de zorg van elkaar verschillen en daarom ieder specifieke risico's laten zien. Zo kwam een specifieke omstandigheid in de ambulancezorg aan het licht tijdens het interview met Jeroen:

Ik heb in de afgelopen 24 jaar gewerkt met tientallen besmettelijke ziektes, maar dit was ongrijpbaar omdat het bij zo veel mensen was en dus was elke patiënt een potentiële COVID patiënt, maar we hadden niets om te testen. Dat werd pas in het ziekenhuis gedaan, maar die terugkoppeling van het ziekenhuis die kregen wij nooit. Wij worden niet vanuit het ziekenhuis of door de huisarts medegedeeld of iemand besmet was ja of nee. Dat is patiëntgeheim.²² [...] De ambulancedienst wordt daarin vaak vergeten, daar lopen we al jaren tegenaan.

Jeroen, ambulanceverpleegkundige, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Jeroens' verhaal illustreert het gebrek aan terugkoppeling vanuit het ziekenhuis of een vervoerde patiënt COVID-19 positief was, waardoor medewerkers in de ambulancezorg risico's hebben gelopen zonder daarvan op de hoogte gesteld te worden. Vanwege het patiëntgeheim kan Jeroen niet zeker stellen door welke patiënt hij is besmet, ook al heeft hij wel een sterk vermoeden. De twee medewerkers in de ambulancezorg mogen beide niet weten of zij in contact zijn geweest met een patiënt die later COVID-19 positief bleek te zijn. Dit vormt voor hen, naast de hoge werkdruk en de gebruikelijke risico's van het vak, een extra risico voor hun gezondheid. Bovendien maakt dit het extra moeilijk om te bewijzen dat er sprake is van een beroepsziekte, wat wezenlijke gevolgen kan hebben voor hun situatie.

Onduidelijke richtlijnen en schaarste beschermingsmiddelen: eerste coronagolf

Uit de interviews blijkt ook dat de omstandigheden waarin zorgmedewerkers zijn besmet in de eerste coronagolf verschillen van de omstandigheden in de tweede (of derde) golf. Veel van de deelnemers die ziek zijn geworden in de eerste golf hadden te maken met tekorten van (juiste) beschermingsmiddelen. Ook in gevallen waar wel voldoende bescherming was, waren de richtlijnen onduidelijk of veranderden geregeld. Vooral de informanten uit de

²²⁾ Een patiëntgeheim regelt als eerste een wettelijk recht voor personen op geheimhouding van al hun medische gegevens/gezondheidsinformatie. Patiëntenfederatie Nederland: 17 juni 2019. Het Patiëntgeheim: Position paper Patiëntenfederatie Nederland, p. 3.

ziekenhuiszorg of ambulancezorg vertelden dat zij over voldoende beschermingsmiddelen beschikten. Hoewel schaarste van beschermingsmiddelen niet bij iedereen een rol heeft gespeeld, hebben de meeste geïnterviewde zorgprofessionals evengoed te maken gehad met onduidelijke richtlijnen en/of met richtlijnen die achteraf onveilig bleken. Zo werd in maart 2020 aan Bert medegedeeld door zijn werk dat hij kon werken zonder beschermende middelen, tenzij hij bij een cliënt moest zijn die corona-verdacht was of positief was getest op het virus. Hoewel Bert meerdere malen aan zijn werkgever had gevraagd om meer beschermingsmiddelen, werd hem geadviseerd zich hierover niet druk te maken. In april werd Bert besmet met het virus:

Alleen bij 'verdachte' cliënten gingen we met beschermingsmiddelen naar binnen, maar verder niet. Zo gauw dat bekend was dat iemand echt verdacht was of als er bij iemand gewoon daadwerkelijk geconstateerd was dat hij corona had, dan mochten we ons volop beschermen. Ja, dat was toentertijd het advies aan de instellingen om het zo te doen. Achteraf is gebleken dat er gewoon te kort aan middelen was [...]. Een paar dagen nadat ik een cliënt had geholpen zonder beschermende middelen, hoorde ik dat deze corona had. Ja, toen kreeg ik ook gauw genoeg klachten. En mijn echtgenote die besmette ik ook. Nu zijn we met z'n tweeën helemaal in de lappenmand terecht gekomen. We hebben geen ziekenhuisopname gehad, maar thuis de ziekte doorgemaakt. En nu beide hebben we nog steeds restklachten.

Bert, wijkverzorgende, ziek geworden in de eerste coronagolf

In meerdere interviews kwam naar voren dat informanten en hun collega's zonder beschermende middelen gewerkt hebben. Een enkeling had ook zelf manieren bedacht om zich te beschermen. Zo had bijvoorbeeld Eva, begeleider van dementerende ouderen, uit wanhoop een plastic poncho gekocht om zich te beschermen wanneer zij de kamers van corona-positieve bewoners betrad. Eva raakte kort na de uitbraak van het virus ziek en was bijna anderhalf jaar later nog niet hersteld.

Een andere zorgprofessional werkzaam in de ouderenzorg, Gea, had op een gegeven moment wel beschermingsmiddelen tot haar beschikking, maar de richtlijnen van haar werk schreven voor dat deze hergebruikt moesten worden gedurende één dienst:

In het begin hebben wij zelfs filmpjes toegezonden gekregen via ons [digitaal informatieplatform] met uitleg hoe we op de kamers van besmette bewoners onze schorten en mondmaskers aan een haak aan de deur van die desbetreffende kamers moesten ophangen en later weer opnieuw moesten aantrekken. Dat moest elke collega doen dus er hingen gewoon drie schorten naast elkaar met drie namen. [...] We moesten het binnenstebuiten keren zodat het besmette gedeelte aan de kant van de muur hing. Als we het weer moesten gebruiken, moesten we door de kamer van de besmette bewoner heen, naar de badkamer en dan met handschoenen aan de kleding weer aantrekken. Later is dat weer allemaal bijgesteld, maar ik heb de mails hierover nog wel.

Gea, verzorgende ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Deze richtlijnen zijn later aangepast, maar voor Gea kwam dit te laat; zij was al besmet geraakt met het virus. Dit is een typerend voorbeeld van hoe de geïnterviewde zorgmedewerkers in de eerste coronagolf besmet zijn geraakt.

Onduidelijke richtlijnen: tweede coronagolf

Later in de pandemie tijdens de tweede golf nam de kennis over het virus steeds meer toe en was de grootste schaarste van beschermingsmiddelen opgelost. Desondanks zijn veel zorgmedewerkers ook na de eerste golf ziek geworden. Zo laat bijvoorbeeld het verhaal van Anja zien dat onduidelijkheden op het werk vanwege verwarrende richtlijnen een grote impact kunnen hebben. Anja is een jonge vrouw, zij werkt op een woonvoorziening voor mensen met een verstandelijke beperking. In januari 2021 kregen Anja en haar collega's te maken met corona op het werk. Aanvankelijk dacht het team voldoende voorbereid te zijn op een corona uitbraak. Het virus en de maatregelen eromheen waren immers niet meer nieuw en het bedrijf waar Anja werkt, heeft zelfs een speciaal corona-team opgestart. Toch bleek de informatievoorziening over de precieze richtlijnen nog steeds onduidelijk.

De informatie; het was een beetje een zootje. Maar dat komt meer door de overheid. Ik heb het gevoel dat de organisatie heel erg z'n best heeft gedaan, maar het veranderde gewoon heel snel. [...] Ik vind niet dat het aan de organisatie te wijten is. Overal waren weer uitzonderingen voor en dat moest je dan weer opzoeken. Toen die corona vastgesteld werd in januari was ik aan het werk en toen moest ik alles natuurlijk in touwen hijsen. Nou, het was

gewoon te veel. Door de bomen zag je het bos niet meer en dan heb je en stressvolle cliënten en je moet een heel circus optuigen met schone kamers, hulpmiddelen... Er was een speciaal team die mij kon helpen, maar zij wisten het ook niet en zeiden allemaal tegenstrijdige dingen. Uiteindelijk hebben we er een week over gedaan voordat alles in kan en kruik was; en dat kan niet. Het was veel te veel informatie en daarom onduidelijk.

Anja, begeleider gehandicaptenzorg, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Bij een corona-verdenking of vaststelling mochten Anja en haar team speciale FFP2 mondkapjes dragen, maar omdat zij niet meteen wisten dat een van hun cliënten besmet was met het virus, droegen zij aanvankelijk de chirurgische mondkapjes, zoals voorgeschreven. Anja's vaste team bestond uit acht collega's waarvan uiteindelijk zeven ziek zijn geworden. Tevens ervaren meerdere collega's langdurige klachten. Aangezien er een grote uitbraak plaatsvond op Anja's werk, bij zowel cliënten als collega's, en verder in Anja's privéomgeving niemand ziek was, weet zij vrijwel zeker besmet te zijn geraakt op werk. Daarbij laat Anja's verhaal ook zien dat hoewel zij volgens de richtlijnen werkten, deze haar onvoldoende hebben beschermd. Door deze richtlijnen werkten zij niet tijdig met de juiste middelen en bovendien waren de richtlijnen onduidelijk waardoor het lang duurde voordat alle maatregelen georganiseerd waren op de afdeling. Anja's verhaal illustreert de risico's die voor veel zorgmedewerkers golden na de eerste coronagolf. Ook IC-verpleegkundige Kelly beschikte op haar werk over voldoende beschermingsmiddelen. Kelly werd ziek in oktober 2020, terwijl zij volgens alle richtlijnen had gewerkt. Volgens de toen geldende richtlijnen hoefde zij op 'schone' patiëntenkamers enkel een chirurgisch mondkapje te dragen en werden nieuwe patiënten op de IC niet getest op corona:

Wij hadden een patiënt op de afdeling die net van de beademing af was en veel hoestte. Patiënten hebben vaak na de beademing een longontsteking, dus er werd vanuit gegaan dat dat het was; ondanks dat ik en collega's hebben aangegeven: 'Moet hij niet getest worden?' De artsen vonden dit niet noodzakelijk. Ik heb bijna mijn hele dienst naast die patiënt gewerkt. Aan het einde van mijn dienst kwam naar voren dat hij naast een patiënt had gelegen die positief getest was op corona en dat onze patiënt toch getest moest worden. Die man bleek natuurlijk ook positief en wij moesten een soort van in quarantaine. [...] Ik moest wel blijven werken, terwijl ik niet naar de supermarkt mocht voor m'n boodschappen.

Kelly, IC-verpleegkundige, ziek geworden in de tweede coronagolf

Het was voor Kelly verwarrend dat de richtlijnen voorschreven dat zij maar gedeeltelijk in quarantaine hoefde na contact met een coronapatiënt en in afwachting van haar eigen testresultaat. Bovendien werd kort nadat Kelly ziek was geworden een nieuwe richtlijn gehanteerd op haar werk: alle IC-patiënten moesten voortaan op corona getest worden. Deze nieuwe regel is voor Kelly te laat gekomen daar zij ziek is geworden door een patiënt die niet tijdig getest werd.

De richtlijnen in de eerste en in de tweede golf verschillen van elkaar, maar hebben met elkaar gemeen dat ze veel ruimte gaven voor onduidelijkheid, voor een deel omdat ze meermaals werden veranderd. De instructies van bovenaf waren vaak te complex of corresponderden niet met de realiteit van de werkvloer. Naast dat de veelvoudige aanpassingen onduidelijkheid schepten; kwamen wijzigingen bovendien voor velen te laat. Om deze reden zijn zorgmedewerkers op uiteenlopende manieren besmet geraakt met het virus. Slechts één van de twaalf geïnterviewden ziet een mogelijkheid buiten het werk te zijn besmet. De overige informanten weten vrijwel zeker dat zij op hun werk zijn besmet.

SAMENVATTEND

De klachten van Long COVID zijn uiteenlopend en hebben een ontwrichtende werking op het leven van de zorgprofessionals. De ervaringen van zorgprofessionals over hun besmetting met het coronavirus zijn het resultaat van wisselende en onduidelijk richtlijnen, corresponderend met de eerdere uiteenzetting over de onduidelijke richtlijnen vanuit de ministeries VWS en SZW en het RIVM. Deze persoonlijke verhalen laten zien wat de gevolgen zijn van dit wisselende coronabeleid. De tekorten aan beschermingsmiddelen en de onduidelijkheden, naast een hoge werkdruk, hebben geresulteerd in gezondheidsrisico's voor zorgprofessionals.

THEMA 2: ONBEGRIP EN HERSTEL

2.1. ONBEGRIP

Het herstel na de besmetting met het coronavirus viel de meeste zorgprofessionals erg tegen. Geen van de geïnterviewden had verwacht dat hun herstel zodanig lang zou duren en dat werkherleving niet zo simpel was. De reacties hierop vanuit de werkomgeving lopen uiteen. Veel zorgmedewerkers gaven aan dat zij zich niet altijd begrepen voelden op en door hun werk. Een voorbeeld hiervan is Denise. Zij werkt als verpleegkundige in het ziekenhuis en had tijdens haar herstelperiode van Long COVID op sociale media een aantal foto's geplaatst van een paar momenten dat zij buiten de deur was:

Het leek of we allerlei dingen aan het doen waren, maar in feite deden we niks. [...] Het stelde niet veel voor, vlak bij huis of maar een uurtje [...] Toen moest ik op gesprek komen bij de leidinggevende, want er was over mij geklaagd: Ik kon wel dingen doen, maar ik kon niet komen werken. Ik heb dat letterlijk als een trap in m'n rug ervaren. Ze hadden niet begrepen dat het voor mij een soort mijlpaal was; voor het eerst in 4/5 maanden kon ik weer wat. Al die tijd daarvoor ben ik alleen maar thuis geweest. Ik zag letterlijk niemand! [...] Ik heb dat als heel naar ervaren. Ze snappen de context van zo'n foto niet, hoe die tot stand gekomen is. Ze oordelen alleen maar.

Denise, verpleegkundige ziekenhuis, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Daarnaast werd ook Kelly geconfronteerd met onbegrip vanuit haar collega's en leidinggevende:

Mensen denken van nee, dit kan niet door de COVID komen. Het voelt soms echt alsof je je moet verdedigen. Dat ze zeggen: Ja, maar je moet je op een gegeven moment echt afvragen of je je echt moe bent of dat je denkt dat je moe bent?

Kelly, IC verpleegkundige, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Kelly benadrukte dat zij vooral erkenning nodig had vanuit haar werk. Het zou volgens haar al genoeg zijn als men zich medelevend zouden opstellen jegens haar situatie en erkennen dat zij ziek is geworden door haar werk. Ook Eva werd niet begrepen door haar werkgever waardoor zij ook niet de juiste ondersteuning kreeg. Dit was niet alleen pijnlijk voor haar, maar heeft ook haar herstel in de weg gestaan:

Er zit zo veel verdriet bij mij, omdat ik mij totaal niet door iemand gezien of gehoord voel. En nu ineens zijn ze doodsbang dat ik in de WIA terecht kom en dat ze dan dat jaar verder moeten betalen. Maar ik weet zeker als mijn werkgever zich anders had opgesteld het eerste jaar, dan was het niet zo groot geworden.

Eva, begeleider ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf

Volgens Eva nam haar werkgever haar ziek-zijn totaal niet serieus, maar was deze slechts bezig haar weer zo snel mogelijk aan het werk te krijgen. Eva's herstel is hierdoor bemoeilijkt, omdat zij zelf haar revalidatie moest organiseren, terwijl zij eigenlijk te ziek was om dit te overzien.

Beperkte kennis over Long COVID

Iedere geïnterviewde zorgprofessional had op de een of andere manier te maken gehad met onbegrip over hun situatie. Dit onbegrip uit de omgeving berust vooral op de onbekendheid van de ziekte en de daar bijhorende symptomen. Zowel op professioneel als persoonlijk gebied lopen de informanten hier tegenaan. Een veelvoorkomend voorbeeld van onbegrip buiten de werkomgeving kwam vanuit de huisarts. Met name de zorgmedewerkers die tijdens de eerste coronagolf ziek zijn geworden, hebben hier veel ervaring mee. Bij deze groep duurde het langer voordat zij de juiste hulp ontvingen, omdat de kennis over langdurige klachten na een coronabesmetting nog erg beperkt was.

Vooraf vorig jaar was er echt nergens hulp. Ik heb me echt volledig in de steek gelaten gevoeld door mijn huisarts. En ook door collega's. Ik heb gesprekken gehad aan de telefoon dat ik bijna niet uit m'n woorden kon komen, zo benauwd, omdat ik na elk woord een hap lucht moest nemen; geen interesse. Ik denk dat dat is gebeurd bij mensen in de eerste golf; ik zal ongetwijfeld niet de enige zijn die zo in de steek is gelaten. En ik vraag me af wat dat voor consequenties heeft gehad? Als ik misschien wel opgenomen was geweest? Want toen ik wat beter was, had ik nog een saturatie van 86. Ik denk dat die ook heel slecht geweest is thuis en niemand heeft ernaar gekeken, niemand was geïnteresseerd.

Misschien was ik anders wel opgenomen en had ik medicatie gekregen waardoor dit niet was ontstaan. Ja, dat vraag ik me wel af: Wat als ik echt fatsoenlijk onderzocht en behandeld was geweest?

Denise, verpleegkundige ziekenhuis, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Onderzoeken naar de langdurige klachten na een coronabesmetting zijn nog maar schaars en de kennis over dit thema kwam later dan het mensen trof (Brüssow & Timmis 2021: 22-23). Niet alleen bij Denise heeft dit geleid tot verkeerde, medische adviezen; veel mensen met Long COVID hebben te maken (gehad) met ongeschikte behandeltrajecten vanwege het gebrek aan kennis. Dit wordt ook geconcludeerd in een onderzoeksrapport van C-Support. Hierin wordt gesteld dat de kennis onder medici en paramedici over langdurige klachten na COVID-19 nog niet voldoende is en patiënten vaak niet serieus worden genomen. Long COVID laat doorgaans geen afwijkingen zien bij medische testen waardoor patiënten een onjuiste diagnose krijgen of geen (juist) behandeling krijgen. Ook het gebrek aan testcapaciteit tijdens de eerste golf draagt soms bij aan de ongeloofwaardigheid van Long COVID.²³

Zo vertelde ook Eva dat zij zich wanhopig voelt omdat zij na meer dan een jaar ziekte nog geen geschikt hersteltraject had gevonden. Veel medisch-professionals waar zij in het begin van haar ziekte bij terecht kwam, konden haar niet goed helpen omdat het klachtenpatroon van Long COVID toentertijd vrijwel onbekend was. Daarnaast had zij bijna alle fysio-afspraken uit het basispakket van haar zorgverzekering opgemaakt, waardoor zij dit binnenkort zelf zou moeten gaan bekostigen:

In het begin was het zo dat ik eigenlijk niks kon. Ik ging dan naar de fysio, maar daar deed ik niet echt iets. [...] Nu gaat het iets beter en ben ik vorige week gestart met fysio in de zaal. Maar deze week loopt mijn jaar af dus dan heb ik niks meer.²⁴ Terwijl ik begin waar de meeste mensen na een halfjaar beginnen en dan nu begin ik met fysiotherapie... Ja, wat ik merk is: het lukt wel met fysio en ergo, maar ik heb gewoon veel meer behoefte aan structuur en duidelijkheid en dat roep ik al sinds oktober vorig jaar. Ik vind het gewoon doodeng, want ik heb gewoon veel meer hulp nodig.

Eva, begeleider ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Uit een aantal interviews blijkt dat door de onbekendheid van de ziekte niet iedereen de juiste ondersteuning heeft kunnen ontvangen. Het gebrek aan kennis over langdurige klachten heeft daarom voor sommigen hun herstel in de weg gestaan. Naast deze barrière, werkt deze onbekendheid tevens gevoelens van onbegrip bij de zorgprofessionals in de hand. Begrepen worden en erkenning krijgen, is voor veel geïnterviewden belangrijk, met name tijdens het re-integreren bleek dit van groot belang te zijn. Om deze reden wordt in de volgende paragraaf aandacht besteed aan hoe de informanten hun re-integratieproces beleven.

2.2. RE-INTEGRATIE: BARRIÈRES EN STEUN

Van alle deelnemers waren drie geïnterviewden nog niet bezig met re-integreren op werk vanwege de ernst van hun klachten. Het overgrote deel (acht van de twaalf) was ten tijde van het interview uren aan het opbouwen op werk. In verschillende mate en manieren voelden zij zich onder druk staan om snel zo veel mogelijk uren op te bouwen. In sommige gevallen kwam deze druk vanuit henzelf, bijvoorbeeld als loyaliteitsbesef naar collega's en cliënten of vanuit een bevoegdheid voor het werk. De druk om hun volledige werkzaamheden weer te hervatten wordt tevens opgevoerd door financiële tegenslagen. De geïnterviewde zorgprofessionals willen de 30 procent loonderving na één ziektejaar voorkomen en anderen hadden hier al mee te maken en wilden zo snel mogelijk weer naar 100 procent loon.

Daarnaast voelden sommige zorgprofessionals zich ook onder druk gezet door hun werkgever. Een voorbeeld van een moeizaam re-integratietraject, is die van Marjan. Nadat Marjan besmet was geraakt met het virus, is haar man ook ziek geworden. Uiteindelijk heeft zij haar man verloren vanwege de complicaties van het coronavirus. Parallel aan haar rouwverwerking heeft Marjan ook te maken met de gevolgen van Long COVID. Sinds zij in de Wet Verbetering

²³) Dossier C-Support. Maart 2021: Eerste indrukken COVID-19 patiënten met langdurige klachten: p.15.

²⁴) In juli 2020 werd besloten één jaar paramedische herstelzorg onder voorwaarden uit het basispakket te bieden aan mensen die COVID-19 hebben doorgemaakt. Deze regeling zou aflopen op 1 augustus 2021, maar is verlengd tot augustus 2022. De maximale periode van behandelen is zes maanden, maar kan nog één keer met zes maanden worden verlengd. Er is een maximum gesteld aan het aantal behandelingen waar vergoeding geldt (Zorginstituut Nederland: Paramedische herstelzorg na COVID-19. zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/paramedische-herstelzorg-na-covid-19 (10/09/2021).

Poortwachter regeling terecht was gekomen, voelt zij de financiële gevolgen waardoor Marjan de noodzaak voelt weer snel aan het werk te gaan. Daarbij drong haar werkgever hier erg op aan. Marjan gaf aan eigenlijk nog niet klaar voor te zijn om weer te gaan werken. Zij had op haar werk gevraagd om hierbij begeleid te worden, maar zij ontving nauwelijks steun vanuit de werkomgeving. Tijdens het interview beschreef Marjan een moment waarop de bedrijfsarts contact met haar opnam, twee maanden na het overlijden van haar man en had veel last van Long COVID klachten:

De bedrijfsarts belde met het advies om eens terug te gaan naar de werkplek en eens koffie te gaan drinken. Toen zei ik: Ik begrijp waarom u dit adviseert, maar op dit moment heb ik gewoon braakneigingen hoe u het zegt. Ze zegt: Maar hoe kan dat dan?... Ik zei: Weet u wel wat u van mij vraagt? U vraagt mij om met brandwonden een brandend huis binnen te gaan. Want ik associeer het overlijden van mijn man en mijn ziek-zijn met de werkvloer, dan kan ik niet dood-leuk een kopje koffie gaan drinken. [...] Ik voel heel erg de druk van de Wet Verbetering Poortwachter. Ik voel druk dat ik nu kostwinnaar ben. Ik ga ook naar een psycholoog, maar ik vind het kwalijk dat ik vanuit het bedrijf al maanden om bedrijfsmaatschappelijke hulp vraag om de binding te krijgen met de werkvloer. De Arboarts heeft het al drie keer geadviseerd. Alles wordt afgewezen. Het is zo'n groot bedrijf, waarom kan ik niks krijgen?

Marjan, verzorgende ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Veel informanten ervaren net als Marjan de druk vanuit werk en de financiële gevolgen om zo snel mogelijk uren op te bouwen. Ook ontbrak het bij meerdere aan goede ondersteuning vanuit de werkomgeving. Uit een aantal interviews kwam naar voren dat de klachten van de informanten niet serieus genomen werden door werkgevers, teammanagers of leidinggevendenden. Een kenmerkend voorbeeld hierbij is de situatie van Kelly:

Op een gegeven moment zeiden ze van: 'Kom maar gewoon af en toe koffiedrinken'. En dat was echt een opgave. Als ik in de parkeergarage was, dan was de batterij al leeg. Ja, dan ging ik toch wel en dan was ik gewoon drie dagen daarna afgedraaid. [...] Toen ik voor het eerst er weer was geweest, liep ik op een dooie gemakje door de gang en ik had een hartslag van 185. Toen schrok hij [leidinggevende] zich kapot van hoe ik erbij liep. [...]

Kelly, IC verpleegkundige, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Deze 'koffiemomentjes' werk worden vaak genoemd door de informanten. Vanuit de werkomgeving ontbrak het vaak aan begrip dat dit voor mensen met Long COVID een grote opgave kan zijn. Veel informanten vertelden dat de verwachtingen vanuit de werkomgeving, zoals het even langskomen op werk, sneller van ze verwacht werd dan zij eigenlijk aankonden; dit is een voorbeeld van een belangrijke barrière in het herstel van de zorgprofessionals.

Ook Gea's verhaal is een duidelijk voorbeeld van een gebrek aan begrip vanuit de werkomgeving tijdens het re-integratie proces. Gea was gefrustreerd op haar werk omdat het bedrijf niet erkende dat zij en haar collega's blootgesteld waren aan veel risico's omdat zij het advies opgevolgd hadden om hun beschermingsmiddelen per bewoner te hergebruiken. Hoewel zij heel erg ziek was geworden en meer dan een jaar met heftige langdurige klachten geconfronteerd werd, was Gea gemotiveerd om te re-integreren. Tijdens haar absentie bleek haar functie te zijn veranderd, waardoor zij plots andere taken kreeg. Daarbij wilde Gea's werkgever haar ook niet ondersteunen bij haar hoge zorgkosten of het aanvullen van de loonderving van 30 procent. Daarbij verliep het re-integratietraject met veel chaos en onduidelijkheid, veel en wisselende contactpersonen en een overvloed aan regels binnen de Wet Verbetering Poortwachter. Gea wil graag herstellen om weer te kunnen werken, maar ervaart de eisen binnen de wet als barrières en eigenlijk als een obstructie in haar herstel:

Dat houdt in dat ik testen moet doen, mijn cv op orde moet maken, je moet je gaan oriënteren op vacatures en op vacaturessites inloggen, filteren op vacatures [...]. Elke veertien dagen hebben we een gesprek en dan na elk gesprek krijg ik daar verslag van en moet ik die weer doorlezen. Het kost me zo veel energie. Het is gewoon veel werk, naast alles wat ik moet doen om te revalideren.

Gea, verzorgende ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Dit voorbeeld van Gea staat niet op zichzelf: veel informanten hebben aangegeven zich niet gehoord te voelen bij het re-integreren. Dit heeft vooral te maken met de algemene regels binnen zowel de organisatie als de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) die niet aansluiten op de specifieke beperkingen en behoeften bij zorgmedewerkers met langdurige klachten. Niet voor iedere geïnterviewde zorgprofessional was re-integreren een negatieve ervaring en ook niet

alle informanten hadden al te maken met de WVP. Desalniettemin gaf vrijwel iedere geïnterviewde aan dat hun belangrijkste behoeften in herstel 'tijd en ruimte' zijn. Zowel de inkomstenderiving na één ziektejaar, re-integratierichtlijnen binnen organisaties als de WVP zijn gebonden aan vaste regels en tijden die lang niet altijd aansluiten op de behoeften in het herstel van de zorgprofessionals.

Het belang van tijd

Daarentegen zijn er bij een aantal interviews ook positieve ervaringen met betrekking tot de re-integratie aan bod gekomen. Deze positieve ervaringen maken de behoeften van de zorgprofessionals in dit proces duidelijk. Zo vertelde bijvoorbeeld Karin dat hoewel zij nog steeds last had van heftige klachten, zij erg blij was met de steun en begrip vanuit haar werkgever:

Er wordt heel goed meegedacht, ook door de bedrijfsarts. Hij zegt: 'Reken maar dat het nog zeker drie tot zes maanden gaat duren voordat je weer hersteld bent. Dat zijn allemaal dingen die het voor ons makkelijk maakt om aan jouw herstel te werken; er zit geen druk achter'. Ja, ze weten dat het lang gaat duren dus het is ook niet van: Nou over een maand moet je toch maar een hele dienst gaan draaien. Nee, ze laten het echt bij mij en dat vind ik gewoon heel prettig.
Karin, begeleider gehandicaptenzorg, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Ook Nina, Anja en Bert voelden zich gehoord door hun werkgever of leidinggevende; zij waren erg betrokken bij hun proces, zonder ze onder druk te zetten. Ze kregen het gevoel genoeg ondersteuning te krijgen, maar waren vooral blij dat zij geen tijdsdruk hebben ervaren binnen hun herstel. Bert was met name positief over de bedrijfsarts die hem goed adviseerde. Deze benadrukte dat Bert de tijd moest nemen voor zijn herstel en gaf Bert's leidinggevende duidelijke instructies. Bert ervoer dit als een belangrijke factor in zijn terugkeer op werk. Hij voelde zich begrepen en merkte heel langzaam dat hij meer aankon op werk.

Hoewel Kelly zich aanvankelijk onbegrepen en onder druk gezet voelde, is zij later juist heel goed geholpen op haar werk. Tijd, begrip en ruimte zijn hierin heel belangrijk geweest:

Al snel kwam naar voren vanuit mijn revalidatieteam dat ik vooral niet te snel moest willen opbouwen in werk. Ik moest onder mijn grenzen blijven en onder mijn grenzen leren opbouwen. [...] Nadat ik een aantal maanden aan het revalideren was en bij verschillende medische specialisten onder behandeling was, vonden we een steeds beter behandelplan individueel afgestemd op mijn situatie. We bespreken regelmatig of het uitbreiden van werkuren mogelijk is. Mijn werkgever is erg betrokken en doordat ik het advies vanuit de revalidatie met hen deel, helpt het enorm in het begrip, omdat ze daardoor goed begrijpen welke keuzes we maken en ik kan het makkelijk onderbouwen. Ik krijg de ruimte om zelf mijn re-integratie proces aan te sturen en we hebben korte lijnen qua communicatie. Het voelt nu veel meer alsof we het met elkaar samendoen.

Kelly, IC verpleegkundige, ziek geworden in de tweede coronagolf

Tijd voor herstel is duidelijk de grootste behoefte onder door de geïnterviewde zorgprofessionals. Dit vertelde ook Johan die als enige van de informanten wel weer volledig aan het werk was, maar zich gedeeltelijk ziek wilde melden om meer tijd te nemen voor zijn herstel:

Ja, doorgaan zoals vóór corona, ja dat is geen optie meer. Wat ik nu weet: dat ga je gewoon niet trekken. De huisarts heeft ook gezegd als ik weer in hetzelfde patroon ga, dan kan het ook nog een jaar of ook wel anderhalf worden. Ik hoop wat dat betreft wel op een stukje begrip en anders moet je op een gegeven moment toch aan de bel trekken en besluiten: joh, ik heb tijd nodig.

Johan, begeleider gehandicaptenzorg, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Tijdens het interview met Eva werd ook het belang van tijd en ruimte onderstreept:

Ik denk dat meeste mensen met Long COVID vanzelf wel komen, maar pas echt als het daar de tijd voor is. Dat duurt gewoon wat langer dan de gemiddelde mens die ziek uitvalt. Mijn ergo zegt ook: 'Als jij nog niet eens twee mensen tegelijk kan ontvangen, hoe kun je dan al in godsnaam beginnen met een start op je werk?' [...] Ik denk dat het heel belangrijk

is voor bedrijfsartsen om daarnaar te luisteren, dat de basis ook goed is. En niet van: Nou ga maar werken en dan kook je maar twee dagen niet. Dat klopt niet. Eerst thuis opbouwen en dan pas... Maar dat lukt vaak denk ik niet in twee jaar dus daar zou gewoon langer de tijd voor moeten zijn.

Eva, begeleider ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Dat mensen met Long COVID er 'vanzelf wel komen', zoals Eva hierboven stelt, komt ook terug in veel andere interviews. Dit heeft te maken met de motivatie voor het werk die een prominente factor bleek te zijn in vrijwel alle interviews. De motivatie voor het werk kan daarom begrepen worden als een krachtige factor van steun in het re-integratieproces. In het laatste thema wordt uitgebreider ingegaan op deze bevologenheid onder zorgprofessionals.

SAMENVATTEND

In dit thema is getracht licht te werpen op de ervaringen van zorgmedewerkers met onbegrip en de omgang met hun situatie vanuit de werkomgeving. Veel van hun ervaringen laten zien dat zij met veel onbegrip jegens hun situatie worden geconfronteerd. Zorgmedewerkers voelen zich vaak niet begrepen. Daarnaast geven zorgprofessionals aan dat tijd en ruimte de meest belangrijke voorwaarden zijn in hun herstel. In het volgende en laatste thema wordt de motivatie en passie voor het werk nader toegelicht. Ook wordt hierin stilgestaan bij de financiële gevolgen waarmee de zorgprofessionals geconfronteerd worden en hoe zij de bredere, maatschappelijke erkenning ten aanzien van hun situatie ervaren.

THEMA 3: LANGDURIGE KLACHTEN: EN NU?

3.1. FINANCIËLE GEVOLGEN

Veel deelnemers vertelden te maken te hebben met verschillende financiële consequenties of verwachten hiermee te maken te krijgen. Dit is geen vreemde bevinding met oog op de cijfers van de FNV-enquête waaruit blijkt dat 27 procent van de zorgmedewerkers financiële schade lijdt of deze verwacht. De financiële gevolgen bestaan uit hoge(re) zorgkosten door eigen risico, eigen bijdrage en medicatie of behandelingen die hierbuiten vallen. De grootste financiële zorgen gaan echter over de loonderving van 30 procent bij arbeidsongeschiktheid van één jaar.²⁵ Aangezien acht van de twaalf informanten ruwweg één jaar of langer ziek zijn, werd het overgrote deel geconfronteerd met de financiële consequenties. Zo ook Bert:

Ik krijg maar 70 procent betaald over de uren die ik nog niet kan werken. Dat is een financiële terugslag. Ik heb nu al mijn fysiotherapie opgemaakt, en eigenlijk zou ik door willen gaan met fysiotherapie, maar dat zou dan betekenen dat ik het uit eigen zak moet betalen. En dan worden er weer vitaminen aangeraden die je moet slikken.

Bert, wijkverzorgende, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Daarnaast gaf ook ambulanceverpleegkundige Frank aan de financiële gevolgen te voelen. Zo maakt hij zich zorgen over de toekomst, bijvoorbeeld over zijn zoon die wil gaan studeren. Daarnaast gaf Frank aan het niet eerlijk te vinden dat hij in het eerste jaar dat hij ziek was amper geholpen werd, omdat de kennis over Long COVID toen nog achterliep. Volgens Frank kregen andere ambulanceverpleegkundigen wel financiële ondersteuning van hun werkgever:

Je ziet een groot verschil in hoe werkgevers ermee omgaan; twee collega's waarmee ik veel contact heb, die werken ergens anders. Hun tweede jaar loon betalen ze gewoon volledig door: 100 procent. Gister nog met een van die collega's gebeld. Er werd gewoon gezegd van: 'Eigen risico? Betalen we je terug. Fysiotherapie verlopen of heb je extra onderzoeken nodig en vergoeden ze niet meer? Regelen we voor je, betalen we voor je'. [...] Alles om te ontlasten, dat zeggen ze ook: 'Je hebt al ellende genoeg om te herstellen, dus wij helpen je om het zo makkelijk mogelijk te maken. Dat je je geen zorgen hoeft te maken over dit soort dingen'. Ik krijg dat niet; iedere ambulancedienst mag hierin zijn eigen keuzes maken.

Frank, ambulanceverpleegkundige, ziek geworden in de eerste coronagolf

²⁵ Cao (ziekenhuizen, ambulancezorg, gehandicaptenzorg en verzorg- en verpleeghuizen): Het loon wordt in het eerste jaar 100% doorbetaald en in het tweede jaar 70%. Onder loon wordt verstaan het basissalaris met de structurele looncomponenten, zoals ORT. Voor de bepaling van de ORT wordt het gemiddelde genomen van de zes maanden voorafgaand aan de ziekmelding. FNV Zorg & Welzijn: fnv.nl/cao-sector/zorg-welzijn (28/10/2021).

Het gebrek aan extra ondersteuning vanuit werk gepaard met onzichtbare risico's gaf Frank het gevoel dat hij in de steek gelaten werd. Daarbij kon hij niet officieel vaststellen waar hij besmet geraakt was vanwege het patiëntgeheim; hetgeen dat een mogelijke aansprakelijkheidstelling extra complex maakt. Hoewel Frank zeker weet hoe hij besmet was geraakt, kon hij daar niet op terugvallen en werd hij geconfronteerd met loonderving van 30 procent en toegenomen zorgkosten. Volgens Frank heeft het gebrek aan kennis over Long COVID in het begin zijn herstel bemoeilijkt, maar de regel van loonderving na één jaar ziekte houdt daar geen rekening mee:

Het heeft wel flinke impact. Gewoon qua gezondheid, maar uiteindelijk kom je in situaties terecht waar je gewoon niet in wilt. Wet Poortwachter, prima. Maar het is niet eerlijk voor de coronapatiënt uit de eerste golf; die zijn een jaar kwijt. Die zijn een jaar niet gezien of gehoord en ze wisten er een jaar niks van. Maar het tweede jaar gaat wel in vanaf dat je klachten zijn begonnen.

Frank, ambulanceverpleegkundige, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Ook Gea's voorbeeld laat zien dat de financiële gevolgen groot kunnen zijn. Naast inkomstenderving na het eerste ziektejaar, liepen haar zorgkosten hoog op. Zij voelde zich hierin de steek gelaten door haar werkgever:

Ik ben bijna duizend euro van eigen middelen kwijt zonder iets vergoed te krijgen. Ook niets van mijn werkgever. [...] Dus uiteindelijk heb ik een gesprek gehad met iemand van HRM; heel mijn verhaal neergelegd. Nou dan krijg je toch iets zakelijks: 'Heel vervelend en de kosten kan je declareren'. Maar ik word niet geholpen in hoe ik die kosten kan declareren en hoe de organisatie dat wil. Ik heb ook bezwaar gemaakt tegen die 70 procent regeling. Ik zei: Ik weet dat er bedrijven zijn die hun mensen 100 procent doorbetalen. Hij zei: 'Nee, dat kan niet. Daar is geen discussie over mogelijk'.

Gea, verzorgende ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Overeenkomstig met Gea hebben meerdere informanten hun onvrede met de 30 procent loonderving aangekaart bij hun werkgevers. Geen van deze werkgevers heeft hier echter een oplossing voor aangeboden. Een voorbeeld hiervan blijkt uit het interview met Kelly. Zij vindt het oneerlijk dat zij achteruitgang in salaris en heeft geprobeerd dit op haar werk te bespreken. Haar werk gaf aan dat Kelly onmogelijk kon bewijzen dat zij besmet was geraakt op werk:

Het gaat mij gewoon om een stuk erkenning en ik vind het niet eerlijk dat ik mijn salaris kwijtraak. Maar ze zeggen: Je kan nooit voor 100 procent bewijzen dat je het hier hebt opgelopen. Ik woon alleen en ik weet gewoon dat ik nergens anders ben geweest, dan alleen op mijn werk. Ze zeggen: Bewijs het maar!

Kelly, IC verpleegkundige, ziek geworden in de tweede coronagolf.

Kelly's werkgever was niet de enige die wees op het gebrek aan een officieel bewijs van de besmetting via werk. De werkgevers van Frank, Gea, Jeroen, Eva en Marjan wilden niet erkennen dat zij besmet zijn geraakt op het werk. Dat werkgevers zich hiervan distantiëren, voelt voor veel als een gebrek aan erkenning en heeft een grote emotionele impact. Zo was Marjan hier erg geëmotioneerd over:

Er is geen erkenning vanuit de werkgever: Het wordt niet benoemd, er wordt niets vermeld... Er wordt niet gezegd: Wat verschrikkelijk wat jou op de werkvloer is overkomen.

Marjan, verzorger ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Vanwege zowel de financiële en de emotionele schade hebben meerdere informanten de behoefte naar een eenmalige financiële tegemoetkoming uitgesproken. Jeroen, Gea, Marjan, Denise, Bert, Johan en Frank waren op de hoogte van het mogelijke opstarten van een compensatiefonds voor mensen met langdurige klachten door COVID-19. Naast tijd en ruimte voor herstel was financiële steun (vanuit werkgever of overheid) een van de belangrijkste behoeften die zijn genoemd in de interviews.

3.2. MAATSCHAPPELIJK ONBEGRIIP VERSUS BEVLOGENHEID

Zoals eerder beschreven, ervaren veel zorgmedewerkers ook onbegrip. Dit onbegrip komt niet alleen voor in de directe omgeving, maar wordt ook ervaren in de omgang met zorgmedewerkers door de gehele samenleving. Tijdens veel interviews werd genoemd dat er in het begin van de coronapandemie in Nederland veel aandacht was voor

zorgmedewerkers, maar dat zij gauw weer op de achtergrond zijn geraakt. Veel gaven bijvoorbeeld aan dat zij zich niet begrepen voelen door de Nederlandse regering. Een aantal informanten voelde zich in de steek gelaten door de overheid. Sommigen stelden dat de hoge werkdruk al langer een groot probleem is in de zorg en dat structureel hogere salarissen nodig zijn. Zo vond ook Jeroen dat de zorg in de steek gelaten was. Volgens hem was het onder andere oneerlijk dat de overheid wel veel steun geboden heeft aan bedrijven, maar zieke zorgmedewerkers links laat liggen. Daarnaast was hij gefrustreerd over het feit dat zijn werkgever niet wilde erkennen dat hij ziek was geworden op het werk:

Er zijn twee dingen waar ik mij wat boos en pissig om maak. Dat is één de BV Nederland. Die stonden vooraan te klappen en gooide gratis broodjes shoarma naar ons, en nu zegt: Wij zijn nu lekker niet thuis, maar we geven wel miljoenen en miljarden aan andere dingen uit. En het tweede is natuurlijk ook mijn werkgever die zegt: Jij kunt niet bewijzen dat je het op werk hebt opgelopen, dus ik ben ook niet verantwoordelijk voor jou. Dus ja wat moet er gebeuren? Ik denk dat er een wet van bovenaf moet worden neergelegd, want als ze het vrijblijvend doen – wat nu aan de hand is – dan zie je dus dat er verschillen ontstaan; de ene ambulancedienst betaalt wel 100 procent voor zijn werknemer en de andere laat gewoon iemand zwemmen. Maar beide zijn in dienst geweest in de eerstelijnszorg in die periode!

Jeroen, ambulanceverpleegkundige, ziek geworden in de eerste coronagolf.



De ervaringen van de zorgmedewerkers uit dit onderzoek komen overeen met de bevindingen uit het onderzoek van Stichting IZZ in samenwerking de Universiteit van Utrecht. Hieruit bleek dat de meeste zorgmedewerkers zich vooral gesteund voelen door collega's, vrienden en familie, maar zich het minst gesteund voelen door de regering (Stichting IZZ 2020: 34-35).

Geen steun, toch gemotiveerd

Hoewel de informanten langdurig ziek zijn geraakt door hun werk, zich daarin vaak onbegrepen voelen en zowel emotionele als financiële tegenslagen hierdoor ervaren, gaf vrijwel iedere geïnterviewde zorgmedewerker aan toch gemotiveerd te zijn weer te gaan werken. De informanten spraken met veel passie over hun werk, ondanks de negatieve omstandigheden. Bijvoorbeeld Bert was ontzettend gemotiveerd om weer volledig terug te keren op werk, hoewel dit niet gemakkelijk was voor hem:

Wat ik nu ervaar is dat ik echt in mijn werk mijn uiterste probeer te geven. Dan merk je dat je na een week of na wat onregelmatige diensten, dat je toch weer teruggefloten wordt. Dan gaat de vermoeidheid weer spelen, dan gaan de pijnklachten weer spelen. En in de revalidatie werd ook gezegd: 'Je moet niet harder gaan dan dat je kunt'. [...] Door mijn ziekteverzuim verhaal ben ik ook gaan solliciteren naar een andere functie, omdat die minder belastend zou zijn, dus dat ga ik nu proberen. [...] Dus dat is het verhaal, maar je blijft pijnstillers slikken en je ziek maar uit; en ik werk nu voor 75 procent. Maar hopelijk geeft me dat een beetje de balans die ik nodig heb om aan te sterken zodat ik weer m'n gang kan gaan.

Bert, wijkverzorgende, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Dan Gea, die erg gemotiveerd was om weer aan het werk te gaan en alles ervoor had over om snel te herstellen en te werken. De regels binnen de Wet Verbetering Poortwachter belemmerden haar. Desondanks wilde zij niets liever dan weer volledig kunnen werken:

Er is duidelijk tegen mij gezegd: 'Je kunt herstellen, we kunnen alleen de termijn nog niet inschatten'. Misschien heb ik een jaar langer nodig? Kan er geen uitzondering gemaakt worden dat ik mij alleen maar richt op mijn werk? [...] Ik wil mij alleen maar focussen op mijn revalidatie, mijn herstel; daar wil ik mijn energie in steken en niet al dat geneuzel eromheen.

Gea, verzorgende ouderenzorg, ziek geworden in de eerste coronagolf.

De passie voor het werk was een van de meest consistente aspecten in dit onderzoek; in ieder interview kwam dit duidelijk naar voren. Het plezier en de motivatie waren opvallend, in het licht van het onbegrip vanuit werkgevers of leidinggevende, het zware werk tijdens corona of de onveilige werkomstandigheden. De bevindingen van het onderzoek van IZZ over het werken in de zorg tijdens de coronacrisis komen hiermee overeen. Uit hun meest recente onderzoek blijkt dat 1 op de 7 zorgmedewerkers lichamelijk of emotioneel uitgeput is, maar dat 7 op de 10 zorgmedewerkers bevlogen zijn in hun werk. Zorgprofessionals met langdurige klachten zijn daarentegen minder bevlogen. Deze bevindingen staan hiernaast weer-
geven in een infographic (Stichting IZZ 2021: 18)

Steun overheid

Daarnaast was het grote deel van de gehele groep informanten sceptisch over wat voor steun dan ook vanuit de overheid:

Zodra het duidelijk is dat dit beroep meer waardering verdient, komen meer mensen in de zorg werken. Want als je je voor niks helemaal kapot moet werken - want je werkt je soms echt kapot letterlijk. [...] Net als die hele klap-actie; dat vond ik zo'n aanfluiting. Ik heb meteen gezegd: voor mij hoeft je niet te klappen. We moeten gewoon structureel hogere salarissen hebben.

Denise, verpleegkundige ziekenhuis, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Zo vertelde Frank:

Dan komt minister Van Ark van: kom we gaan wat doen. Mooie voorstellen, er worden allemaal dingen ingediend, petities ingediend; noem het allemaal maar op. En dan lees ik twee/drie weken geleden een bericht: nee jongens we gaan dit niet meer doen. Dit gaan we fijn doorgeven aan de nieuwe regering, die mogen het gaan oplossen. Ja, voordat die het opgelost hebben, zijn wij al jaren verder want die moeten zich nog verdiepen en inlezen. Ondanks alle rapporten van C-Support, van alle rapporten van mensen die zich erin verdiept hebben. Dat vind ik zo verbijsterend; maar dan wel staan te klappen voor ons op het moment dat het allemaal gebeurde!

Frank, ambulanceverpleegkundige, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Overeenkomstig hieraan, vertelde Jeroen weinig vertrouwen te hebben in steun of erkenning vanuit de overheid:

Impact covid-19 op zorgmedewerker hoger dan gemiddeld



Bron: IZZ infographic 2021: izz.nl/sites/default/files/downloads/IZZ%20Monitor%202021%20infographic_2.pdf

De minister moet zijn verantwoordelijkheid gaan nemen. De Jonge en Van Ark, maar ja, die zeggen natuurlijk: Nee wij hebben een demissionaire regering dus dat moet de volgende partij maar opknappen. En zo spelen we de bal rond. [...] Hoe veel levens zou ik in de loop der jaren gered hebben? Hoe veel mensen zijn er niet doodgegaan omdat wij hebben ingegrepen? Ik zou ze niet eens kunnen tellen [...] En dan heb je die COVID en toen waren we zorghelden. Toen stond iedereen te klappen. Sodemieter op. De dankbaarheid van de mensen snapte ik nog wel, maar nu staan wij achteraan. Dan denk ik: Waar is die dankbaarheid nu? Nu wordt er niet geklapt; nu krijgen we klappen.

Jeroen, ambulanceverpleegkundige, ziek geworden in de eerste coronagolf.

Zowel de passie voor het werk als gebrek aan vertrouwen in meer begrip voor de beroepsgroep kwam in veel interviews duidelijk naar voren. Hoewel veel zorgprofessionals plezier hebben in hun werk en gemotiveerd zijn om weer volledig aan de slag te kunnen, voelen zij zich niet gehoord en erkend door de samenleving. Een aantal voelt zich daarom in de steek gelaten door de overheid.

SAMENVATTEND

In dit laatste thema komt enerzijds de intrinsieke motivatie en bevlogenheid voor het werk naar voren, maar anderzijds een gevoel van onbegrip en in de steek gelaten worden door de maatschappij. Daarenboven ervaren de geïnterviewde zorgmedewerkers financiële tegenslagen vanwege de loonderving van 30 procent en een toename in zorgkosten. De meeste zorgprofessionals vinden het oneerlijk dat zij door het uitvoeren van hun werk in al zware omstandigheden, ongeacht de risico's, langdurig ziek zijn geworden en daarbovenop ook nog financiële gevolgen ondervinden. Veel hebben er geen vertrouwen in dat zij gesteund zullen worden door de overheid.

Dit hoofdstuk van de interviewresultaten wordt afgesloten met een overzicht met de belangrijkste factoren van steun- en tegenwerking per thema. Dit geeft een overzicht van zowel de barrières als de potenties die de informanten in de interviews hebben genoemd.

Steunfactoren	Factoren van tegenwerking
• Rust, tijd en ruimte voor herstel op werk; • Begrip ten aanzien van klachten; • Erkenning vanuit (werk)omgeving; • Maatschappelijke erkenning; • Financiële zekerheid.	• Onbegrip, gebrek aan kennis t.o.v. ziektebeeld; • Onduidelijke richtlijnen; • Druk op werkhervatting; • Niet aansluitende regels en verwachtingen tijdens re-integratie; • Financiële tegenslagen; loonderving, hoge medische kosten.

CONCLUSIE

Dit onderzoeksrapport geeft inzicht in de ervaringen van zorgmedewerkers met langdurige klachten door COVID-19. De centrale vraag in het onderzoek had als doel te achterhalen hoe hun persoonlijke ervaringen zich verhouden tot een financiële tegemoetkoming. In het kort zijn de volgende inzichten aan het licht gekomen:

- De langdurige klachten door COVID-19, ofwel Long COVID, hebben een ontwrichtend effect gehad op de levens van zorgmedewerkers; zowel lichamelijk, sociaal als mentaal.
- De arbeidsomstandigheden van zorgprofessionals waren vaak onveilig vanwege onduidelijkheid binnen de geldende richtlijnen, alsmede de continue veranderingen van deze richtlijnen. Daarnaast droeg een tekort aan beschermende middelen ook bij aan een verhoogd risico om COVID-19 te krijgen in de beginperiode van de coronapandemie.
- In zowel privé- als in de professionele omgeving heerst vaak een tekort aan kennis over het ziektebeeld, waardoor zorgmedewerkers zich vaak onbegrepen voelen. Het gebrek aan kennis en begrip werkt tevens adequate hulp en ondersteuning tegen.
- Vanuit intrinsieke motivatie willen zorgprofessionals snel re-integreren. Daarnaast is er ook vaak sprake van externe druk: sommige werkgevers dringen aan op het terugkeren op de werkvloer. Deze druk komt tevens vaak voort uit het voorgaande punt over gebrek aan kennis en begrip omtrent het ziektebeeld. Ook voelen zorgmedewerkers een financiële prikkel waardoor zij de druk voelen om te re-integreren.
- De zorgprofessionals die ziek zijn geworden worden geconfronteerd met financiële schade. Deze schade komt voort uit het eigen risico en eigen bijdrage bij bepaalde medische behandelingen en in een aantal gevallen uit inkomstenderving van 30 procent na eerste ziektejaar.
- Zorgprofessionals met langdurige klachten geven aan voornamelijk behoefte te hebben aan meer tijd om te herstellen en te re-integreren, en daarnaast aan meer begrip en erkenning en een tegemoetkoming op hun financiële tegenslagen. Ook is er behoefte aan meer brede erkenning vanuit de samenleving in het geheel en steun vanuit de overheid.

Deze punten maken zichtbaar dat zorgprofessionals hebben geleden onder een hoge werkdruk, complexe en risicovolle werkomstandigheden en de uiteindelijke schade die zij opgelopen hebben op lichamelijk, sociaal, mentaal en financieel gebied. Wanneer we deze opsomming plaatsen in het licht van de cruciale rol die deze beroepsgroep vervult in de samenleving, de onduidelijke communicatie vanuit het RIVM en het ministerie VWS en SZW - en de reeds bestaande structurele problemen van hoge werkdruk en lage salarissen - kunnen de langdurige gevolgen van COVID-19 begrepen worden als een grote tegenslag voor zorgprofessionals, die zich in een al moeilijke situatie begaven.

Zowel de lichamelijke, emotionele als financiële schade bij deze beroepsgroep zijn duidelijk aan het licht gekomen in dit onderzoeksrapport. Terwijl zij zich hebben ingezet voor de zorg voor anderen, liepen zij risico's waarvan zij nog dagelijks de gevolgen van ondervinden. Hun ervaringen met onbegrip en tekort aan praktische ondersteuning vanuit hun werkgever en/of de overheid legt een groot gebrek aan institutionele steun en erkenning voor deze groep mensen bloot. Hoewel deze zorgmedewerkers veel negatieve ervaringen hebben, zijn zij nog steeds gemotiveerd zich in te zetten in de zorg. Ondanks hun klachten willen zij hun werk niet opgeven, maar hun klachten, de hoge werkdruk en het gebrek aan steun verminderen de bevologenheid van zorgprofessionals.

De mix van wetten en regels vanuit de sociale zekerheid en de gezondheidszorg leiden tot ongewenste situaties (zoals onrealistische re-integratietermijnen, onlogische eisen binnen de Wet Verbetering Poortwachter, regels over het maximumaantal fysiotherapie afspraken en de uiteindelijke inkomstenderving) en werken voor een deel negatief uit op de inzet en motivatie van zorgprofessionals. Als we bedenken dat zorgprofessionals, tijdens de zorg voor anderen, hun eigen gezondheid geriskeerd hebben, zijn de reacties vanuit de werkomgeving, re-integratieregels en de inkomstenderving ondoordacht en misplaatst.

Tot slot laten de interviewresultaten zien dat erkenning in de vorm van compensatie voor hun (financiële) schade een onderdeel van de oplossing is om onze 'zorghelden' met langdurige klachten menswaardiger te bejegenen en hun bevologenheid (en die van hun toekomstige collega's) te behouden. Dit leidt tot de aanbevelingen die in het volgende en laatste hoofdstuk beschreven staan.

AANBEVELINGEN

AANBEVELING 1

MACRO NIVEAU

Aangezien het verloop en dus het herstel van Long COVID nog veel onduidelijkheden bevat, is het implementeren van de standaard richtlijnen en regels rondom arbeidsongeschiktheid niet passend. Tot dusver laten wetenschappelijke inzichten zien dat hoewel het herstel van Long COVID langzaam verloopt, volledig herstel mogelijk is (C-Support 2021: 21). Dat het belangrijk is om een goed plan te hebben voor mensen met Long COVID wordt onderstreept door C-Support. Zij stellen dat er belangrijke lessen te leren zijn vanuit eerdere ervaringen met Q-Koorts:

Een belangrijke les uit de Q-koortsepidemie is dat bij het ontstaan van Q-support, zo'n 6 jaar na de uitbraak, al veel onherstelbaar en onomkeerbaar leed was geschied op het gebied van werk. Veel Q-koortspatiënten waren hun baan kwijt, moesten gedwongen afscheid nemen van hun bedrijf en waren verwikkeld in procedures met het UWV. Een situatie die we nu met C-support hopen te voorkomen (ibid.: 27)

Om deze reden worden hier concrete aanbeveling beschreven voor **diverse politieke stakeholders** (politieke ambtsdragers, beleidsmakers, brancheorganisaties, belangenorganisaties en vakbonden):

1.1.

C-Support werkt onder andere samen met Centrum Werk Gezondheid. Door een groep professionals en patiënten wordt gewerkt aan een handreiking voor professionals zodat er meer inzicht ontstaat in de klachten en hoe geschikte hulp kan plaatsvinden. Een belangrijk hulpmiddel hierbij is 'De Werkwijzer' (oorspronkelijk ontwikkeld voor Q-koortspatiënten). Deze wordt nu uitgebreid met betrekking tot langdurige klachten na COVID-19. Het is van belang dat er actief wordt gewerkt aan en met deze werkwijzers door partijen die grote invloed hebben op de koers van ziekte, werk en re-integratie, zoals UWV, arbodiensten, verzekeringsartsen. C-Support zet zich in om goede verbindingen tussen de verschillende relevante schakels leggen (ibid.: 21). Dit is een goed voorbeeld waarin een breed gedragen plan voor mensen met Long COVID kan bijdragen aan zowel meer praktische steun als meer kennis over en erkenning van deze doelgroep.

1.2.

Aangezien veel zorgmedewerkers met langdurige klachten langer dan één jaar ziek zijn, en gezien de onduidelijkheden over de duur van de klachten, zijn de regels die aan de orde zijn in het tweede ziektejaar onrealistisch. Een tweede ziektejaar voor mensen met langdurige klachten zou een passende oplossing kunnen zijn. Deze aanbeveling wordt tevens onderstreept door C-Support (ibid.: 19). Een aanpassing met minder rigide stappen en eisen binnen re-integratie en de Wet Verbetering Poortwachter, waardoor zorgmedewerkers met langdurige klachten meer tijd en ruimte krijgen om te herstellen, zou een passender en duurzamer antwoord zijn op het herstel en de inzetbaarheid van zorgmedewerkers. In dergelijke aanpassingen moet ook rekening gehouden worden met het feit dat het herstel van zorgmedewerkers, die klachten hebben overgehouden uit de eerste golf, mogelijk langer nodig hebben om te herstellen vanwege het aanvankelijke gebrek aan kennis over Long COVID. Daarnaast is het van belang een vangnet voor te bereiden voor herstel dat langer duurt dan twee jaar.

Tot slot wordt een **aanbeveling** gegeven aan de **Nederlandse regering** om, net als in veel andere landen, een compensatieregeling te overwegen waarin zorgwerknemers die arbeidsongeschikt zijn geraakt ten gevolge van COVID-19 een tegemoetkoming ontvangen.

1.3.

Een dergelijk stelsel zou in een soortgelijke vorm gegoten kunnen worden als de tegemoetkomingsfondsen voor de beroepsziekte OPS en asbestziekten. Net als deze regelingen zou een fonds voor COVID-19 als beroepsziekte gezien worden als een tegemoetkoming en niet als schadevergoeding. Zo blijft mogelijkheid van een juridische schadeclaim bestaan, maar een algemeen tegemoetkomingssysteem vermijdt complexe, langdurige juridische trajecten en dient

zowel als een gedeeltelijke verlichting van financiële schade als een symbolische vorm van erkenning vanuit de Nederlandse overheid. Via een dergelijke regeling kunnen tevens de fouten die gemaakt zijn bij de Q-koortspatiënten worden vermeden. In een regeling voor een tegemoetkoming kan rekening worden gehouden met verschillende mate van arbeidsongeschiktheid.

AANBEVELING 2

MESO NIVEAU

De aanbevelingen in dit rapport op meso niveau zijn gericht aan verschillende belanghebbenden of professionele stakeholders, zoals zorgorganisaties, verzuimcoaches, HR-medewerkers, vakbonden, huis- en bedrijfsartsen en brancheverenigingen.

2.1.

Ook bij professionals en deskundigen op het gebied van werk en (medische) gezondheidzorg heerst nog een te groot tekort aan erkenning en begrip (C-Support 2021: 15-17). Meer informatie genereren en delen via onderzoek en delen met professionals en stakeholders binnen en rondom de zorg en deskundigen draagt bij aan meer erkenning en kennis over de groep mensen met langdurige klachten. Werkgevers, HR-medewerkers, verzuimcoaches e.d. kunnen met meer bewustwording ten aanzien van het ziektebeeld concrete handvatten formuleren hoe zij op een juiste manier deze doelgroep kunnen begeleiden (zie aanbeveling 3: micro niveau).

2.2.

Meer multidisciplinaire, integrale en regionale aanpak en samenwerking om een beter fundament van ondersteuning en begeleiding te geven aan mensen met Long COVID (C-Support 2021: 24). Hieruit kunnen ook richtlijnen worden geformuleerd over hoe bedrijven om moeten gaan met deze nieuwe (beroeps)ziekte. Dit kan bijvoorbeeld in samenwerking met C-support, Stichting IZZ, verschillende onderzoekers, (arbeids-)deskundigen en kennisinstituten (aansluitend op aanbeveling 1.1.). Deze benadering komt overeen met het onderzoeksrapport van C-Support:

Samen met een aantal fysiotherapeuten uit verschillende praktijken ontwikkelt C-Support een pilot die recht kan doen aan een verbeterde werkwijze voor paramedische zorg. Paramedische herstellende zorg beoogt voor de COVID patiënt met aanhoudende klachten een passend pakket aan hulpverlening te bieden. Dit is soms de fysiotherapeut die passende zorg kan bieden, maar vaker een combinatie van een fysiotherapeut met andere hulpverleners zoals een ergotherapeut, logopedist of diëtist. Bij COVID is een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. Gezamenlijk willen we met deze pilot een aanpak opleveren die meer recht kan doen aan deze complexe problematiek. We hopen dat voor de patiënten uit de tweede en derde golf een multidisciplinaire aanpak meer gemeen goed wordt (ibid.: 24).

AANBEVELING 3

MICRO NIVEAU

De aanbevelingen in dit rapport op micro niveau zijn gericht aan werkgevers, leidinggevendenden, teamleiders en zorgprofessionals zelf in verschillende sectoren in de zorg. Gezien werkgevers verplicht zijn om de wettelijke regels omtrent verzuim te volgen, zijn structurele aanpassingen van bovenaf noodzakelijk om wezenlijk verschil te maken bij de druk om te re-integreren. De bevindingen van dit onderzoek benadrukken dat zorgmedewerkers behoefte hebben aan begrip, tijd, steun en erkenning vanuit de werkomgeving. Werkgevers, teamleiders en zorgprofessionals kunnen daarom:

3.1.

Met meer begrip en inlevingsvermogen bijdragen aan een prettiger en positiever herstel voor zorgmedewerkers met langdurige klachten. Meer bewustwording en begrip over deze relatief nieuwe beroepsziekte moet daarom een prioriteit worden in de werksfeer en bijvoorbeeld een rol spelen in teamoverleg, trainingen of teamuitjes.

3.2.

Prioriteit geven aan begrip en kennis over Long COVID kan tevens door werkgevers worden bereikt door een protocol of handleiding te creëren waarin aandacht wordt gegeven aan het ziektebeeld en de behoeften van medewerkers. Bovenal moet gewerkt worden aan fysieke en psychische ondersteuning op de werkvloer. Onderzoek wijst uit dat investeren in psychische zorg op de werkvloer resulteert in: betere waardering voor gezondheid en werkvermogen, minder slaapklachten en meer bevlogenheid onder zorgmedewerkers (Stichting IZZ 2021: 18). Deze aanbeveling correspondeert tevens met de aanbevelingen uit het onderzoek van C-Support (2021: 21).

3.3.

Het voorbeeld dat werd genoemd door ambulanceverpleegkundige Frank over andere ambulancediensten die de loonderving of zorgkosten van hun werknemers met langdurige klachten wel compenseert, zou begrepen moeten worden als een best practice voorbeeld. Financiële ondersteuning vanuit de werkgever is zowel directe ondersteuning als een lange termijn investering in werknemers. Uit de onderzoeksresultaten van Stichting IZZ blijkt namelijk dat wanneer binnen de organisatie ondersteuning wordt aangeboden, de gezondheid en het welzijn van medewerkers het hoogst is en ze minder verzuimen (Stichting IZZ 2021: 19-21).

LITERATUURLIJST

- Bielicki, J., Duval, X., Gobat, N., Goossens, H., Koopmans, M., Tacconelli, E. & Van Der Werf, S.
2020 Monitoring approaches for health-care workers during the COVID-19 pandemic. *Lancet Infectious Disease* 10: e261-267.
- Bot de C., Vos de A.
2021 Emotionele belasting tijdens en na corona: TVZ - *Verpleegkunde in praktijk en wetenschap* 131: 36-39.
- Bryman, A.
2016 Social Research Methods. Oxford: *University Press*.
- Brüssow, H. & Timmis, K.
2021 COVID-19: Long covid and its societal consequences. *Environmental Microbiology* 28(8): 4077-4091.
- Burdorf, A., Porru, F. & Rugulies, R.
2021 The COVID-19 pandemic: One year later - an occupational perspective. *Scandinavian Journal Environmental Health* 47(4): 245-247.
- Carlsten, C., Gulati, M., Hines, S., Rose, C., Scott, K., Tarlo, S., Torén, K., Sood, A. & de la Hoz, R.
2021 COVID-19 as an occupational disease. Wiley: *American Journal of Industrial Medicine* 64: 227-237.
- C-Support
2021 Dossier C-Support: *Eerste indrukken COVID-19 patiënten met langdurige klachten* (maart 2021).
- Davis, H., Assaf, G., McCorkell, L., Wei, H., Low, R., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J. & Akrami, A.
2021 Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *Elsevier Clinical Medicine* 38.
- Eshuis, W.
2014 Werknemerscompensatie in de steigers: *Naar een nieuwe aanpak van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties*. Utrecht: Hugo Sinzheimer Instituut.
- Fels, van der I.
2021 Resultaten Monitor Gezond Werken in de Zorg 2021. *Stichting IZZ*.
- Gaber, T., Ashish, A. & Unsworth, A.
2021 Persistent post-covid symptoms in healthcare workers. *Occupational Medicine* 71(3): 144-146.
- Global Union
2020 COVID-19: An occupational disease. *Where frontline workers are best protected*. Open Society Foundation.
- Granieri, A., Bonafede, M., Marinaccio, A., Iavarone, I., Marsili, D. & Franzoi, I.
2020 SARS-CoV-2 and Asbestos Exposure: Can our experience with mesothelioma patient help us understand the psychological consequences of COVID-19 and develop interventions? *Frontier in Psychology* (11).

- Lalleman, P.
2020 Van Krim tot corona: verpleegkundig leiderschap in tijden van crisis. *Verpleegkunde* 35(2): 4-7.
- Mahase, E.
2020 COVID-19: What do we know about "long covid"? *British Medical Journal* 370(8254).
- Marinaccio, A., Brusco, A., Bucciarelli, A, D'Amario, S. & Iavicoli, S.
2021 Temporal trend in the compensation claim applications for work related COVID-19 in Italy. *Medicina del Lavoro* 112(3): 219-228.
- Mijnheer, D.
2021 Door Hollandse krenterigheid staat zorgpersoneel met ongeschikte maskers op de corona-afdeling. *Follow the Money*: 16 januari 2021.
- Nolan, R.
2017 Using Anthropology in the World. *A Guide to Becoming an Anthropologist Practitioner*. New York: Routledge.
- Sieben, I.
2020 Coronacrisis. *Mens en Maatschappij* 95(2): 79-81.
- Tamminga, S., Schutte, M., Visser, S., Kezic, S., Groene de, G., Maas, J., Wind de, A. & Molen van der, H.
2021 Beroepsziektemeldingen vanwege COVID-19 bij NCvB. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 29: 32:34.
- Taquet, M., Geddes, J., Husain, M., Luciano, S. & Harrison, P.
2021 6-months neurological and psychiatric outcomes in 236.379 survivors of COVID-19: A retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry* 8: 416-427.
- Vries, de H.
2021 Samen tegen corona: *Dynamiek tussen regels en innovaties*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Inhoudelijke bijdrage door:

Rian van Nispen (FNV)
MARIKE Schooneveldt (FNV)
Elise Merlijn (FNV)
Danielle van Essen (FNV)
Bert de Haas (FNV)
Daphne van Doorn (FNV)

BIJLAGEN

GESPREKSLEIDRAAD

HIERONDER DE ORIGINELE TABEL VAN DE GESPREKSLEIDRAAD:

Topics in thema's	Vragen	Concept(en)
Beginfase	1. Hoe heeft u uw werk ervaren in de eerste dagen en weken van de coronapandemie?	Kennis
Werken tijdens eerste COVID-19 golf	2. Wat wist u toen van corona? Hoe dacht u erover?	Crisis, risico's
	3. Wat vertelde uw werkgever over corona?	
	4. Kreeg u nieuwe/andere werkinstructies en/of beschermingsmiddelen vanaf het begin van de corona uitbraak in Nederland?	Ziekte (h)erkenning
Kennis, informatieverstrekking en beschermingsmiddelen	- Indien ja: welke en wat vond u hiervan?	
	- Indien nee: waarom niet/wat vond u hiervan?	Ziekte ervaring
Besmetting, risico's	5. Hoe bent u (denkt u) besmet geraakt met het coronavirus? (Bent u getest?)	
Begin ziekteproces	6. Wat heeft u gedaan toen u wist dat u besmet was geraakt met het coronavirus?	
	7. Heeft u adviezen gekregen van uw werkgever, de GGD of het RIVM? Zo ja, wat voor?	
	8. Hoe reageerde uw omgeving; m.n. uw werkgever en collega's?	
	9. Hoe heeft u het begin van uw ziekteproces ervaren?	
Verloop ziekteproces	1. Hoe heeft u het verdere ziekteproces ervaren? Wat waren/zijn uw klachten?	Ziekte ervaring
	2. Had/heeft u zich ziekgemeld van werk?	Erkenning
Factoren van steunen tegenwerking	- Indien ja: waarom en hoe lang?	
	- Indien nee: waarom niet?	Werklast/ verantwoordelijkheidsgevoel
Opvattingen over absentie	3. Hoe reageerde uw privéomgeving op uw ziekte?	
	4. Hoe reageerde uw werkomgeving op uw ziekte en/of absentie?	
	5. Heeft u contact gehad met het RIVM/GGD? Indien ja:	
	- Hoe verliep dit contact?	Steun/tegenwerking
(Mis)erkenning(on)/begrip	- Wat vond u van dit contact?	(micro/meso/macro)
	6. Hoe voelde u zich over wel/niet werken met/na uw coronabesmetting?	
Klachten na besmetting	1. Heeft u momenteel nog steeds klachten vanwege uw coronabesmetting? Zo ja, welke?	Steun/tegenwerking (micro/meso/macro)
	2. Wat betekent uw ziekte voor uw werkzaamheden nu?	
Steun/tegenwerking werkgever/collega's	3. Is er sprake van een re-integratietraject?	Erkenning
	- Indien ja: wat vindt u hiervan?	
	- Indien nee: waarom niet en zou u dit graag willen?	
Re-integratie	4. Wat vindt u van het contact tussen u en uw werkgever en/of collega's?	
(Mis)erkenning(on)/begrip		

Topics in thema's	Vragen	Concept(en)
Gevolgen ziekte	1. Wat zijn de gevolgen van uw ziekte en/of werk-absentie? - Emotioneel	Schade
(Mis)erkenning/(on)begrip	- Financieel - Sociaal	Erkenning
- Werk	2. Wat vindt u van de manier waarop uw directe omgeving met uw situatie is omgegaan?	Steun- en tegenwerking (micro/meso/macro)
- Privé	3. Wat vindt u van de manier waarop uw werkgever met uw situatie is omgegaan?	
- Maatschappelijk	4. Wat vindt u van de manier waarop de samenleving omgaat met COVID-19?	Institutionele steun
Ideeën over verbeteringen/reflectie op het proces	5. Hoe vindt u dat een re-integratietraject voor mensen met langdurige COVID-19 klachten eruit moet zien?	
	6. Hoe kijkt u terug op uw ziekteproces? Wat zou anders moeten?	

COLOFON

Onderzoeksopdracht uitgevoerd exclusief voor FNV Zorg & Welzijn.

Uitgevoerd door Stella Jonkhout, Onderzoeker - Cultureel Antropoloog

Vormgeving Studio FNV

Fotografie Pexels

Illustratie Bron vermelding bij de illustratie

Druk Huisdrukkerij FNV

Order 211046 | M21120189

Januari 2022, © FNV

