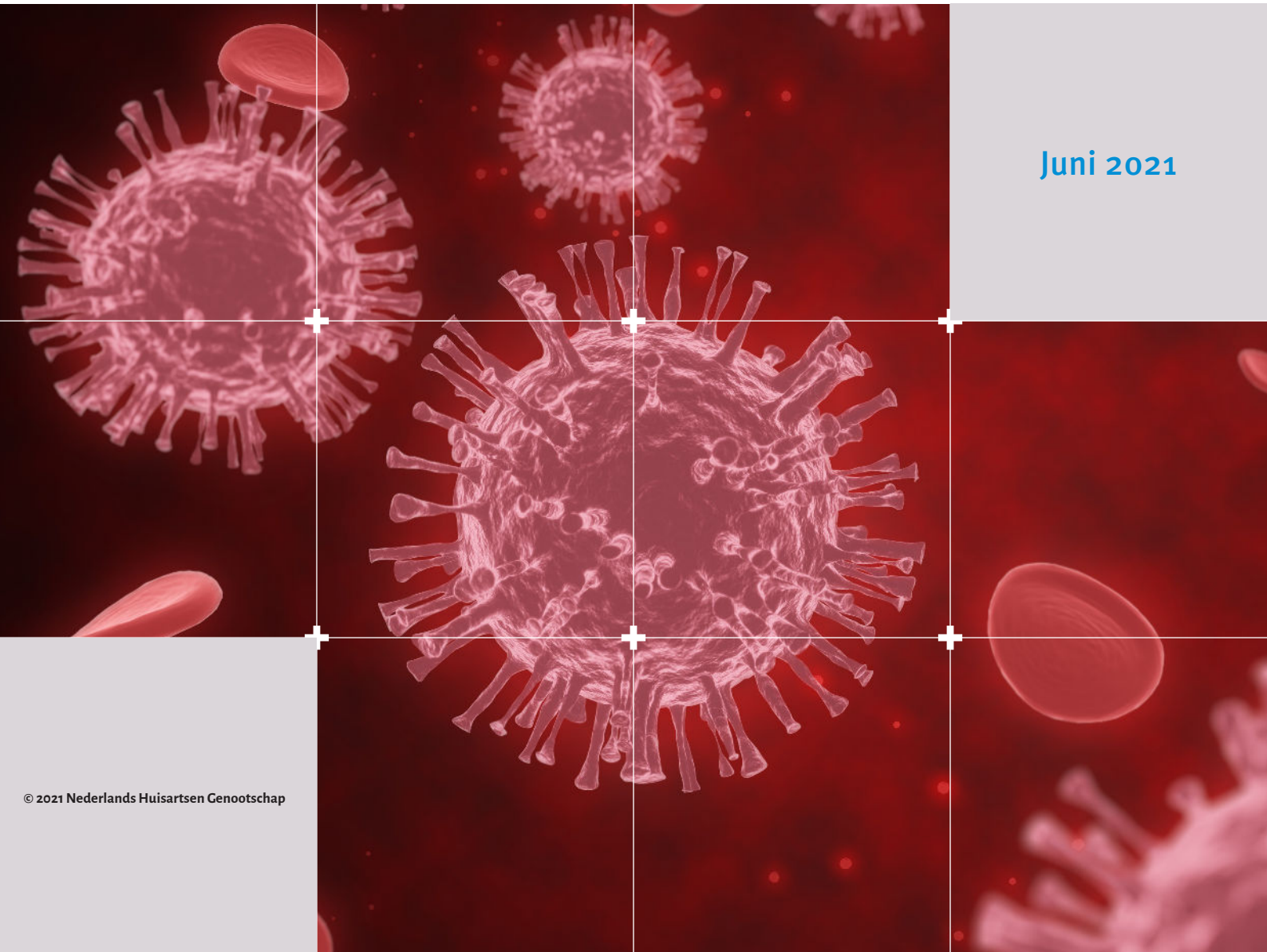




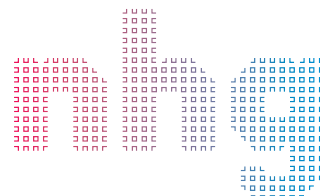
Kennisagenda COVID-19

Huisartsgeneeskunde

Juni 2021



© 2021 Nederlands Huisartsen Genootschap



Nederlands
Huisartsen
Genootschap



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Methode	4
Resultaten	6
Conclusie	7
Projectgroep	8
Bijlage 1 Overzicht organisaties	9
Bijlage 2 Lijsten kennislacunes prioriteringsbijeenkomst	11



INLEIDING

Sinds het begin van de COVID-19-pandemie in 2020 zijn er veel onderzoeken gestart om meer zicht te krijgen op het ziektebeeld. De resultaten hiervan komen steeds meer beschikbaar. Toch hebben huisartsen nog veel vragen over COVID-19 in de huisartsenpraktijk. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) brengt met de Kennisagenda COVID-19 Huisartsgeneeskunde de meest relevante en urgente kennisvragen in kaart. Deze vragen gaan zowel over de zorg voor patiënten met acute COVID-19 (klachten < 4 weken) als over patiënten met langdurige klachten na een SARS-CoV-2-infectie (ook wel bekend als 'long covid').

In dit rapport beschrijven we de wijze waarop de kennislacunes zijn geïnventariseerd en geprioriteerd en de resultaten hiervan. Bij de ontwikkeling vroegen we relevante beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties, NHG-medewerkers direct betrokken bij de COVID-19- zorg en de academische afdelingen huisartsgeneeskunde om input. Ook deden deze stakeholders mee aan de prioritering. Het IOH-R (de werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde) werd betrokken bij het schrijven van dit rapport en onderschrijft de resultaten en conclusie.

De 10 geselecteerde kennislacunes in deze Kennisagenda COVID-19 kunnen onderzoeksfinanciers, het wetenschappelijk veld en beleidsmakers helpen om te focussen op de vragen die huisartsen het belangrijkste vinden.

METHODE

Inventarisatie kennislacunes

We hebben 37 stakeholders (zie **bijlage 1**) aangeschreven om kennislacunes aan te leveren. Zij werden geselecteerd op basis van betrokkenheid bij onderzoek naar of zorg voor COVID-19-patiënten, zoals relevante beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en academische afdelingen huisartsgeneeskunde. In totaal hebben 21 partijen 163 kennislacunes aangeleverd.

Herformulering kennislacunes

De ingestuurde kennislacunes werden verdeeld over tweetallen van de projectgroep en vervolgens vond controle van de indeling plaats. De projectgroep had de indeling vooraf vastgesteld. We kozen voor een indeling naar ziektefase, aangezien de agenda over 1 enkele aandoening gaat. Ingediende kennislacunes die enkel een statement of constatering waren (bijvoorbeeld: 'De COVID-19-pandemie heeft veel impact') of die betrekking hadden op andere gebieden dan de eerstelijns geneeskunde (bijvoorbeeld: 'impact van de maatregelen op welzijn') werden niet meegenomen. Overlappende kennislacunes werden samengevoegd en zo nodig geherformuleerd. Indien er discussie was over de plaats of formulering van een kennislacune werd deze besproken binnen de projectgroep, waarna consensus werd bereikt.

Na de herformulering bleven er 62 kennislacunes over die werden voorgelegd aan de deelnemers van de prioriteringsbijeenkomst (zie **bijlage 2**). De verdeling van het aantal kennislacunes over de thema's is vermeld in **tabel 1**.

Tabel 1. Verdeling kennislacunes over thema's.

Thema	Aantal kennislacunes
Diagnostiek van acute COVID-19	9
Prognostiek van COVID-19	18
Behandeling (medicamenteus en niet-medicamenteus) van acute COVID-19	12
Pathogenese van COVID-19	4
Nazorg (diagnostiek en behandeling van langdurige klachten na SARS-CoV-2-infectie)	19

Prioritering kennislacunes

Voor de prioritering is op 3 juni 2021 een online prioriteringsbijeenkomst georganiseerd. Hiervoor zijn dezelfde partijen uitgenodigd als voor het aanleveren van kennislacunes (zie **bijlage 1**).

Vanuit ZonMw waren er 3 toehoorders aanwezig. Zij konden waar nodig wijzen op lopend onderzoek naar COVID-19. Uiteindelijk waren er 33 deelnemers aanwezig (zie **bijlage 1**).

Alle deelnemers kregen voorafgaand aan de bijeenkomst de kennislacunes ter voorbereiding toegestuurd.

De prioriteringsbijeenkomst werd opgesplitst in 2 delen.

In het eerste gedeelte van de bijeenkomst werd in 3 subgroepen een voorprioritering gedaan van de kennislacunes.

Alle aanwezigen konden vooraf kiezen in welke groep zij wilden deelnemen:

- Subgroep 1: Diagnostiek en prognostiek
- Subgroep 2: Behandeling acute COVID-19 (medicamenteus en niet-medicamenteus) en pathogenese
- Subgroep 3: Nazorg (diagnostiek en behandeling van langdurige klachten na SARS-CoV-2-infectie)

In virtuele *breakout rooms* werden de kennislacunes van de betreffende subgroep besproken onder leiding van 2 NHG-projectgroepleden als gespreksleider en notulist. Subgroep 1, 2 en 3 bespraken respectievelijk 27, 16 en 19 kennislacunes. Iedere subgroep mocht maximaal 5 kennislacunes selecteren. De subgroepen mochten, als daar binnen de groep consensus over was, kennislacunes samenvoegen of herformuleren.

De subgroepen gebruikten bij de prioritering van de kennislacunes de volgende criteria:

- Toegevoegde waarde: heeft een onderzoek toegevoegde waarde voor de huisartsgeneeskunde? Is het onderzoek nodig om de vraag te beantwoorden? Zijn er lopende en/of afgeronde onderzoeken of beschikbaar bewijs vanuit kwaliteitsregistraties die de vraag al kunnen beantwoorden? Wat voegt het onderzoek toe aan de literatuur?
- Gezondheidswinst: wat is de mogelijk te behalen winst op voor patiëntrelevante uitkomsten en wat is de winst op de ziektelast?
- Volume: op hoeveel patiënten, behandelingen en/of testen in Nederland heeft de kennisvraag betrekking?
- Onderzoekbaarheid en haalbaarheid: zijn er genoeg patiënten om binnen de gestelde termijn voldoende inclusie van patiënten te realiseren? Is dit onderzoek in de praktijk uitvoerbaar, ook rekening houdend met ethische grenzen?

Het tweede gedeelte betrof een plenaire sessie waarin uit de 15 (3 maal 5) geprioriteerde vragen uit de subgroepen uiteindelijk 10 kennislacunes werden geselecteerd. De voorgeprioriteerde kennislacunes zijn eerst kort besproken. Vervolgens hebben alle deelnemers anoniem via de online tool Mentimeter gestemd. De deelnemers konden op maximaal 5 kennislacunes stemmen.

RESULTATEN

Zie **tabel 2** voor de top-10 kennislacunes COVID-19 in de huisartsgeneeskunde.

Tabel 2. Top-10 kennislacunes COVID-19 in de huisartsgeneeskunde (in willekeurige volgorde).

Thema	Kennislacune
Diagnostiek	Welke diagnostiek (PCR, sneltest, zelftest) helpt huisartsen bij de consultvoering bij (kwetsbare) patiënten met influenza/COVID-achtige klachten in periodes met een mix van COVID-19(-varianten) met andere luchtwegvirussen (zoals influenza)?
Behandeling acute COVID-19	Wat zijn effectieve (vroegtijdige) interventies ter voorkoming van langdurige klachten bij patiënten met COVID-19?
Behandeling acute COVID-19	Welke medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen zijn effectief voor een versneld herstel of het verminderen van het risico op complicaties en ziekenhuisopname bij patiënten met COVID-19 (in het algemeen en specifiek bij patiënten met comorbiditeit of kwetsbare ouderen)?
Behandeling acute COVID-19	Voor welke acute COVID-19-patiënten en op welke manier is thuis-monitoring en/of behandeling (zoals O ₂ en/of medicatie) veilig en van toegevoegde waarde?
Prognostiek	Wat is het beloop van de klachten na een COVID-19-infectie: welke factoren zijn voorspellend voor langdurige klachten van COVID-19 en voor het beloop van langdurige klachten na een milde (of niet-milde) SARS-CoV-2-infectie (onder andere leeftijd, migratieachtergrond, sociaal-economische status)?
Nazorg bij langdurige klachten	Wat is de diagnostische waarde van verschillende meetmethoden (onder andere ziektelastmeter) om langdurige klachten na SARS-CoV-2-infectie vast te stellen en te vervolgen?
Nazorg bij langdurige klachten	Wat is het mechanisme achter de cognitieve klachten (coronamist, geheugen- en concentratieproblemen), hoe is dit te behandelen en is een (herhaalde) cognitiescreening aan te bevelen?
Nazorg bij langdurige klachten	Welke combinatie van (para)medische begeleiding is effectief bij patiënten met langdurige klachten van COVID-19 (uitkomst: klachten, functioneren en kwaliteit van leven, maar ook: specifieke klachten, zoals cognitieve klachten of voedingsgerelateerde klachten; bij welke patiënten?)
Nazorg bij langdurige klachten	Welke bevorderende en belemmerende factoren binnen de werkcontext beïnvloeden de re-integratie van patiënten met langdurige klachten na COVID-19?
Nazorg bij langdurige klachten	Wat zijn effectieve interventies bij de behandeling van kortademigheid en vermoeidheid bij patiënten met langdurige klachten na COVID-19?



CONCLUSIE

Sinds het begin van de COVID-19-pandemie is er een stroom aan onderzoeken op gang gekomen om kennis te vergaren over het nieuwe virus. Hoewel de morbiditeit en mortaliteit van COVID-19 in Nederland en vele andere landen afnemen, is er wereldwijd nog steeds sprake van een ernstige pandemie. De groeiende overtuiging is dat het SARS-CoV-2-virus niet zal verdwijnen maar endemisch zal worden. Er is daarom behoefte aan meer kennis over de diagnostiek, pathogenese, behandeling en nazorg. In navolging van de kennisagenda van de FMS heeft het NHG met betrokkenheid en steun van het IOH-R een lijst met 10 belangrijke kennisvragen voor de eerste lijn opgesteld. Met deze kennisagenda COVID-19 worden het belang en de urgentie om verder wetenschappelijk onderzoek naar COVID-19 te doen onderstreept.



PROJECTGROEP

- Claudia Wassing-Molema (Projectleider)
- Alma van de Pol (Kernteam)
- Jacintha van Balen (Kernteam)
- Jako Burgers (Kernteam)
- Margriet Bouma (Subgroep 1: Diagnostiek en prognostiek)
- Masja Loogman (Subgroep 1: Diagnostiek en prognostiek)
- Tamara Platteel (Subgroep 2: Behandeling en pathogenese)
- Aria Sana (Subgroep 2: Behandeling en pathogenese)
- Mariska de Velde Harsenhorst (Subgroep 3: Nazorg)
- Fleur Otto (Subgroep 3: Nazorg)

BIJLAGE 1 OVERZICHT ORGANISATIES

Tabel B1. Overzicht van de stakeholders die gevraagd werden om kennislacunes aan te leveren.

Organisatie
NHG (coronateam, Verenigingsraad, de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS), Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO))
NHG Expertgroepen: <ul style="list-style-type: none"> ■ PalHAG ■ BOHAG ■ CAHAG ■ SekshAG ■ Beweegkader ■ PsyHAG ■ HartVaathAG ■ DiHAG ■ SpoedHAG ■ Laego ■ UgynHAG
Vakgroepen huisartsgeneeskunde: <ul style="list-style-type: none"> ■ UMC Utrecht ■ Amsterdam UMC ■ Radboud UMC ■ Maastricht Universiteit ■ UMC Groningen ■ LUMC ■ Erasmus MC
Nivel
Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Ergotherapie Nederland
Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen
Verenso
Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
Nederlands Instituut van Psychologen
InEen
Landelijke Huisartsen Vereniging
C-support
Patiëntenfederatie
Longfonds
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

Tabel B2. Stakeholders die deelnamen aan de prioriteringsbijeenkomst.

Organisatie
NHG <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronateam ▪ Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO)
NHG Expertgroepen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PsyHAG ▪ Laego ▪ UgynHAG
Vakgroepen huisartsgeneeskunde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ UMC Utrecht ▪ Radboud UMC ▪ Maastricht Universiteit ▪ UMC Groningen
Nivel
Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Ergotherapie Nederland
Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
Landelijke Huisartsen Vereniging
C-support
Patiëntenfederatie
Longfonds
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
ZonMw (toehoorder)

BIJLAGE 2 LIJSTEN KENNISLACUNES PRIORITERINGS- BIJeenKOMST

In bijlage 2 worden de lijsten met kennislacunes gepresenteerd zoals ze voorafgaand aan de prioriteringsbijeenkomst zijn toegestuurd aan de deelnemers. Op de prioriteringsbijeenkomst was de mogelijkheid om kennislacunes te herformuleren en samen te voegen indien er consensus werd bereikt.

Tabel B3. Kennislacunes Groep 1: Prognostiek en diagnostiek

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
PalHAG, Radboud-UMC	A6; A7	Wat zijn verwijsindicaties van Covid-19 patiënten voor doorsturen naar de tweede lijn voor opname en wanneer is thuisbehandelen nog verantwoord (gebaseerd op klinische parameters)?	A6: Voor welke parameters zijn er 'grenswaarden' te geven voor verantwoord thuis behandelen/ noodzaak tot insturen? A7: wat zijn verwijsindicaties van COVID patiënten naar de tweede lijn (welke klinische parameters)
NHG	A1	Aan welke eisen dient een saturatiemeter te voldoen voor gebruik door de huisarts en voor gebruik door de patiënt?	De bepaling van de zuurstofsaturatie is bij COVID-19 van belang, zowel in het vaststellen van de ernst van de ziekte als ook voor het bepalen van het beleid. De accuratesse van de saturatiemeter is een belangrijkste factor die de betrouwbaarheid van een meting met een saturatiemeter beïnvloed.
NHG	A2	Is zelfmonitoring van de zuurstofsaturatie zinvol en veilig voor patiënten met COVID-19?	Bij een deel van de patiënten kent COVID-19 een bifasisch beloop. Tijdens een eerste milde fase van meestal 7 tot 10 dagen worden de klachten vooral door de virusinfectie zelf veroorzaakt. In deze fase is er meestal geen hypoxemie. In de tweede fase ontstaat er verslechtering, die gekenmerkt wordt door toenemende benauwdheid/kortademigheid, hypoxemie en eventueel respiratoir falen. Deze verslechtering lijkt veroorzaakt te worden door hyperinflammatie met een toename van ontstekingsverschijnselen als gevolg. Het herkennen van de achteruitgang wordt in sommige gevallen bemoeilijkt omdat een deel van de patiënten geen symptomen van benauwdheid ervaren. Mogelijk zou thuismonitoring van de saturatie ondersteunend kunnen zijn met als doel een adequate inschatting te maken van (het beloop van) de klinische toestand van een patiënt ten einde hierop beleid te maken.
NHG	A3	Wat zijn klinisch aanwijzingen voor 'stille hypoxemie'?	Een deel van de COVID-19-patiënten heeft een lage saturatie maar ervaart geen symptomen van benauwdheid. Dit wordt 'stille hypoxemie' genoemd. De afwezigheid van symptomen bemoeilijkt de interpretatie van de diagnostiek en de zorg in de eerste lijn en vergroot de kans dat een ernstig beloop niet herkent wordt.

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
NHG	A4	Hoe vaak komen bacteriële co- of superinfecties voor bij patiënten met een COVID-19-pneumonie in de huisartsenpraktijk?	In enkele Nederlandse onderzoeken is bekeken hoe vaak een bacteriële coverwekker voorkomt bij patiënten met een COVID-19-pneumonie. De onderzoeken vonden plaats in het ziekenhuis en betroffen patiënten op de Spoedeisende Hulp en patiënten die opgenomen waren in het ziekenhuis, al dan niet op de IC. Bij 1,2 tot 8% van de patiënten werd een bacteriële co-infectie vastgesteld. Kanttekening hierbij is dat een aanzienlijk deel van de patiënten empirisch al antibiotica gekregen had voor presentatie in het ziekenhuis. Bacteriële co-/superinfecties lijken niet veelvuldig voor te komen bij COVID-19, maar dit is niet onderzocht in de eerste lijn vóór het starten van antibiotica.
PalHAG	A5	Zijn er handvatten om symptomen van COVID-19 te onderscheiden van symptomen van andere ziekten? Wat is de plek van de zelftest hierin?	Geen
LUMC	A8	Wat is de sensitiviteit, specificiteit en (bij verschillende prevalenties in de gehele populatie) de voorspellende waarde in de huisartspraktijk van corona sneltesten bij mensen met en zonder klachten?	Geen
NVD	A9	Krijgen huisartsen beter zicht op de voedingstoestand van de post COVID-19 patiënten én kunnen zij gericht doorverwijzen naar de diëtist als zij gebruik maken van een gevalideerd instrument PG SGA short form deze vult de patiënt zelf in).	Vroege herkenning en tijdige behandeling van ondervoeding en sarcopenie is essentieel bij patiënten met COVID-19. Voedingszorg hoort bij de basiszorg voor deze patiënten, zowel in het ziekenhuis, als in de thuissituatie. Uit het Co-voed onderzoek (zie bijlage) blijkt dat ondanks dat 67% een te hoog gewicht had, 35% van de patiënten ondervoed was bij opname in het ziekenhuis. Bijna alle patiënten hadden één of meer voedingsklachten. Van deze klachten waren verminderde eetlust, een vol gevoel, veranderde smaak en smaakverlies de meest voorkomende voedingsklachten. Hoewel de voedingsklachten lang na ontslag aanhielden, kreeg slechts 29% van de patiënten na ziekenhuisontslag in de herstelfase voortzetting van de voedingsbehandeling.
Maastricht UMC	A11	Welke diagnostiek (PCR, sneltest, zelftest) helpt huisartsen bij de consultvoering bij (kwetsbare) patiënten met influenza/covid-achtige klachten in periodes met mix van COVID-19 (varianten) met andere luchtwegvirussen (zoals influenza)?	Traditioneel willen we verwekker niet perse weten bij luchtwegklachten. Juist in komende jaren zal er een mix van covid en influenza rondgaan, waarbij het kennen van de verwekker wel relevant voor (isolatie)beleid kan zijn.

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
NHG, C-support, AUMC, LHV, NAS, Radboud UMC, NVAB, Verenso	A26, A27, A28, A29, A30, A34, A38, A41, A42, A43, A46, A47, A49, A50	Wat is het beloop van de klachten na een COVID-19 infectie: welke factoren zijn voorspellend voor langdurige klachten en voor het beloop van langdurige klachten na milde (of niet-milde) COVID infectie (o.a. leeftijd, migratieachtergrond, SES)?	A26 Wat zijn factoren/kenmerken die long covid kunnen voorspellen? A27 Welke factoren zijn geassocieerd met het herstel van long covid? A28 Wat is de prevalentie van long-covid in Nederland? A29 Vallend onder 3: leeftijdscategorieën. Wat is de prevalentie van long-covid bij ouderen? Wat zijn de verschijnselen bij ouderen en wat is het effect op hun kwetsbaarheid? A30 Wat is de prevalentie long covid bij niet-westerse allochtonen? Hoe gaan zij om met hun klachten en wat zijn de specifieke behoeften aan begeleiding en behandeling in deze groep? Hoe kan deze groep de weg naar de hulpverlening beter vinden? A34 Welke patiënten ontwikkelen langdurige klachten? Dit lijken vaak ook patiënten te zijn die nooit zijn ingestuurd en dus echt onze populatie zijn. A38 Onderzoek naar niet-gehospitaliseerde patiënten; op alle nazorg gebieden. A41 lange termijn effecten niet klinisch behandelde covid; A42 prognose van de lange termijn effecten van niet klinisch behandelde covid; A43 Vanaf welk moment moeten wij gaan spreken over langdurige post-COVID-klachten. Zijn er al data beschikbaar over het beloop van herstel? A46 Wat is de oorzaak van de cognitieve klachten? Hoe kunnen we deze het best behandelen. Is ergotherapie bijvoorbeeld zinnig. Gaat het vanzelf over in de tijd? A47 zijn er sociaaleconomisch verschillen in de prevalentie van Post-COVID; A49 Pathofysiologie, prevalentie, risicofactoren, beloop en prognose Long-COVID; A50 Herstelfase na Covid: welke groepen onderscheiden zich hierin?
AUMC, Radboud-UMC, KNGF, LUMC, Laego	A31, A33, A35, A36, A53	Zijn er verschillen in de expositie en prevalentie van COVID-19 in verschillende subgroepen (zoals kinderen, kwetsbare ouderen, etnische minderheidsgroepen, GGZ problematiek, vaccinatie-status)?	A31: Zijn er verschillen in expositie en prevalentie van COVID19 in etnische minderheidsgroepen (vergeleken met de van oorsprong Nederlandse bevolking)? A 33: Wat is het effect van het hebben van een GGZ probleem op (1) de kans om COVID te krijgen, (2) het beloop van COVID, (3) het ontwikkelen van long-COVID, (4) effectiviteit van COVID behandelingen; A35: Kennis over het incidentie en beloop van een covid infectie na vaccinatie. Ook dit zal voornamelijk in de eerstelijns plaatsvinden omdat ze niet ernstig genoeg verlopen voor ziekenhuisopname; A36: Covid bij kinderen: incidentie en beloop. Ook onvoldoende ernstig voor 2de lijn dus beter om dit in de eerstelijns op te zetten. A53 hoe vaak komt covid voor bij gevaccineerden? A52 Wat zijn de effecten van vaccinaties bij kwetsbare ouderen?
KNGF	A48	In hoeverre dragen 'health beliefs' (van de patiënt, directe omgeving, werk, e.d.) bij aan een vertraagd herstel na een Post-COVID-19 besmetting?	Veel Post-COVID-19 patiënten geven aan dat verwachtingen van henzelf, maar ook van hun omgeving niet overeenkomt met het werkelijke herstel van een COVID-19 besmetting. Deze mismatch kan in de weg staan bij het herstel.

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
Maastricht Universiteit, NHG	A12	Welke risicofactoren en symptomen zijn van belang bij het voorspellen van een gecompliceerd beloop van COVID-19 en het voorkomen van ziekenhuisopname?	A12 Tot op heden is onvoldoende inzichtelijk welke combinatie van risicofactoren en symptomen in een eerstelijns populatie leiden tot een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop. A39 Geeft een vitamine D deficiëntie een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop van COVID-19 infectie?
NIP	A13	In hoeverre kunnen mensen met en na covid-19 aan het werk blijven en hoe kunnen we dat percentage vergroten?	Werk speelt een belangrijke rol in het leven van mensen. Het kan structuur, zingeving, sociale contacten en ruimte voor persoonlijke ontwikkeling bieden. Er is een groep die thuis door werkt tijdens een covid-19 besmetting. Dan is er een groep die zich ziek meld en snel herstelt, kunnen zij allemaal aan het werk blijven, waarom wel/niet? En de groep die minder snel herstelt, hoe gaat het met hun terugkeer naar werk? Zijn dit alle groepen?
Radboud-UMC	A14	Effect van COVID-19 infectie op ziekteprogressie en ziektelast chronische ziekten COPD, DM en ischemische hartziekten, GGZ aandoeningen	Meta-inflammatie: COVID-19 als systemisch inflammatoir proces waardoor mogelijk effect op beloop andere (inflammatoire) chronische aandoeningen als COPD, DM, hart vaatziekten
Radboud-UMC	A15	In hoeverre worden de etnische verschillen in mortaliteit tgv Covid veroorzaakt door andere dan sociaal-economische factoren?	Geen
NVD	A16	Wat is het impact van een doorgemaakte COVID-19 infectie op de lichaamssamenstelling (vetmassa/vetvrije massa) en op het functioneren?	een deel van de patiëntengroep die niet opgenomen zijn geweest slecht hersteld zijn. Deze groep patiënten heeft nog veel hardnekkige klachten en langdurige beperkingen. We dat het verlies van spiermassa gedurende de fase van acute ziekte groot is, maar we weten nog onvoldoende over de omvang van dit spiermassa verlies en de impact hiervan op het herstel.
NVD	A17	Welke factoren bij COVID-19 zijn voorspellend voor een significante negatieve voedselin-/opname en wat is het beloop van deze klachten?	klachten zoals misselijkheid, braken, diarree, hevige buikpijn, reuk- en smaakverlies, maagledigingsstoornissen, extreme vermoeidheid en decubitus hebben een negatieve impact op de voedingsinname of -opname
KNGF	A18	Welke pre existente psychische klachten (zoals burn out, overspannen) zijn voorspellend voor het ontwikkelen van langdurige klachten na COVID-19?	Er worden veel post-COVID-19 patiënten gezien in de herstellzorg die voor hun besmetting al overspannings/burn-out klachten hadden. Deze groep lijkt een vergrootte kans te hebben op aanpassingsproblemen tijdens het herstel en ook een langer behandeltraject nodig te hebben.
KNGF	A19	Hoe kunnen patiënten met COVID-19 adequaat geïnformeerd worden bij vragen over het beloop?	Patiënten, zowel opgenomen in het ziekenhuis als covid in de thuissituatie, missen informatie en perspectief bij het behandeltraject. Ze zouden graag geïnformeerd worden over de duur van het herstel en de prognose.

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
Laego	A21	Zijn er verschillen tussen ouderen met COVID-19 welke op een cohortafdeling opgenomen zijn geweest ten opzichte van kwetsbare ouderen die in een andere setting een COVID-19 infectie hebben doorgemaakt op klinische uitkomstmaten en ervaren zorg?	veel kwetsbare ouderen zijn opgenomen op COVID units om daar de zorg te clusteren of omdat ze niet meer konden of wilden naar het ziekenhuis
Maastricht Universiteit	A25	Wat is de waarde van een predictiemodel in het voorspellen van een gecompliceerd beloop van COVID-19 in de huisartsenpraktijk?	Tot op heden is onvoldoende inzichtelijk welke combinatie van risicofactoren en symptomen in een eerstelijns populatie leiden tot een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop. Een predictiemodel heeft de potentie om de huisarts vroeg in staat te stellen die patiënt die wel een gecompliceerd beloop zal kennen te herkennen en daarmee de prognose te verbeteren in termen van opname (duur), IC opname en overlijden.
C-support	A32	Welke prognostische factoren voorspellen vroeg in het ziektebeloop of en welke vorm van revalidatie (eerste- of tweedelijnsrevalidatie) effectief is bij patiënten met langdurige klachten?	Als na afloop van een eerstelijns herstelzorg traject patiënten nog niet voldoende hersteld zijn worden patiënten soms verwezen naar een tweedelijns revalidatietraject. Sommigen komen hier direct terecht via de huisarts of na een ziekenhuisopname. Wanneer vroeg in de ziekte kan worden voorspeld wie er 2e lijns revalidatie nodig heeft, kan de stap van 1e lijns revalidatie worden overgeslagen. Op die manier komt de patiënt sneller op de juiste plek van zorg (minder lange ziekteperiode tot juiste behandeling, minder lange behandeling nodig, minder lang uitval in de maatschappij), en wordt de zorg onder aan de streep goedkoper. Thema: Prognostiek of nazorg van covid of niet medicamenteuze behandeling.
NHG	A37	Wat zijn de meest voorkomende klachten na COVID-19 infecties bij patiënten die niet gehospitaliseerd hoefden te worden i.v.m. de infectie in vergelijking tot gematchte controles die geen COVID doormaakten?	geen
PalHAG	A40	Hoe kan een (huis)arts de stervensfase van een Covid19 patiënt herkennen?	Welke parameters op welk moment in het ziekteverloop wijzen op een infauste prognose? Dit is van belang voor pt en naasten, afscheid kunnen nemen, én de zorg (ander focus geeft andere zorgbeslissingen)
PsyHAG	A44	Hoe vaak komt PTSS voor bij mensen die ernstig ziek zijn geweest?	Geen
Radboud-UMC	A45	Is er verschil in percentage thuisoverlijdens tgv COVID-19 vergeleken met ziekenhuisoverlijdens tussen huisartsen, en waarmee houden deze verschillen verband (ook aandacht voor etnische en sociaaleconomisch verschillen tussen groepen)?	Geen

Tabel B4. Kennislacunes Groep 2: Behandeling acute COVID-19 en pathogenese

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
Radboud-UMC, PalHAG, LUMC, Maastricht UMC, Laego	B1, B3, B16, B26, B33, B38, B39	Voor welke acute COVID-19 patiënten en op welke manier is thuismonitoring en/of behandeling (zoals O2 en/of medicatie) veilig en van toegevoegde waarde?	B1 ervaringen van patiënten en hulpverleners met zorg op afstand; B3 wat zijn de mogelijkheden en effecten van monitoring op afstand bij COVID patiënten; B16 Wat is de meerwaarde van zuurstof aan huis bij COVID-19 in een eerstelijns populatie?; B26 Effect behandelingen bij kwetsbare ouderen thuis met COVID; B33 Wat zijn succes- en faalfactoren voor behandeling van Covid19 thuis? B38 wat is het effect van thuismonitoring en behandeling in de 1e lijn in vergelijking met insturen naar de 2e lijn bij patiënten met matig-ernstige covid? B39 Wat is het effect van zorg op afstand voor covid-19 patiënten (met eHealth) door huisartsen?
NVAB, C-support, Longfonds	B10, B17, B41	Wat zijn effectieve (vroegtijdige) interventies ter voorkoming van long-COVID bij patiënten met COVID-19?	B10 Effectieve interventies ter voorkoming van Long-COVID na besmetting; B17 Welke behandelingen in de acute fase van Covid-19 zijn effectief in preventie van long-covid? ASA? Dexamethason? B41 Welke medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling kan je inzetten in een vroeg stadium om Long Covid klachten te voorkomen.
Maastricht Universiteit, NHG	B15, B29, B30, B31, B32	Welke medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen zijn effectief voor een versneld herstel of het verminderen van het risico op complicaties en ziekenhuisopname bij patiënten met COVID-19?	B15 Welke interventies/behandelingen zijn effectief in het verminderen van risico op complicaties en ziekenhuisopname bij COVID-19? B29 Wat is een effectieve (vroeg)behandeling van COVID-19 bij patiënten met milde tot matig-ernstige klachten? B30 s ivermectine naast de gebruikelijke symptomatische behandeling vergeleken met alleen symptomatische behandeling aan te bevelen voor de behandeling van patiënten met (vermoeden van) COVID-19 in de huisartsenpraktijk. B31 Is dexamethason naast de gebruikelijke symptomatische behandeling vergeleken met alleen symptomatische behandeling aan te bevelen voor de behandeling van patiënten met (vermoeden van) milde tot matige COVID-19 infectie in de huisartsenpraktijk? B32 Is acetylsalicylzuur aan te bevelen ter preventie van diep veneuze trombose, longembolie of andere cardiovasculaire ziekte bij patiënten met (vermoeden van) COVID-19 infectie in de huisartsenpraktijk?
Radboud-UMC, Laego, Verenso, PalHAG	B22, B24, B25, B35	Wat is het effect van het voeren van gesprekken in het kader van Advance Care Planning bij kwetsbare ouderen met Covid-19 en welke methode is het meest effectief?	B22 in hoeverre hebben huisartsen advanced care gesprekken gehouden met hun oudere patiënten over al dan niet ziekenhuis / ic opname? B24 Effecten Advance Care Planning (ACP) bij kwetsbare ouderen in de thuissituatie met COVID; B25 Advance Care Planning; B35 Wat is de meest effectieve manier om ACP toe te passen in de context van Covid19?
Laego, NHG	B27, B28	Wat is de toegevoegde waarde van tromboseprofylaxe bij patiënten met COVID-19 in de eerste lijn?	B27 Preventie van trombose bij kwetsbare ouderen; B28 Bij welke patiënten met COVID-19 in de huisartsenpraktijk is tromboseprofylaxe zinvol?

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
Verenso	B14	Wat is de beste zorg voor patiënten met gedrags- en zorgprobleem en COVID-19 in de thuissituatie?	Een patiënt met dementie en probleemgedrag, covid-19 positief kan slechts met moeite opgenomen worden op een ELV bed, serologie bepalen lukt niet altijd bij probleemgedrag. Een team bijvoorbeeld bestaande uit SO, geriatrieverpleegkundige, kan mits tijdig ingeschakeld hierin het systeem en de huisarts ondersteunen.
NVGF	B19	Wanneer en op welke wijze kan zuurstof veilig afgebouwd worden bij patiënten die vanwege COVID-19 met zuurstof naar huis worden ontslagen uit het ziekenhuis?	Patiënten die voor opname geen zuurstof gebruikten maar met ontslag naar huis gaan met zuurstof krijgen geen informatie mee over het afbouwen van het gebruik hiervan. Vervolgens is onduidelijk wie de beslissing neemt huisarts/thuiszorg/longverpleegkundige/longarts en op basis van welke criteria.
NIP	B20	Wat is er bekend over comorbiditeit van burn-out klachten en COVID-19 bij werkenden en aanpak daarvan?	Uit het meest recente NEA-COVID-19 onderzoek van TNO blijkt dat er iets opmerkelijks aan de hand is. Voor een deel melden andere groepen dan voorheen burn-out klachten en groepen die eerder burn-out klachten melden, melden nu juist lagere burn-out klachten. Wat betekent dit voor de aanpak? Burn-out klachten komen veel voor en hebben grote gevolgen voor het individu. Hoe pakken we dit aan in combinatie met Covid-19? Zijn er zaken waar wellicht op geanticipeerd kan worden?
NIP	B21	Hoe veranderd de ervaren gezondheid volgens de brede gezondheidsdefinitie van het Institute for Positive Health (lichaamsfunctie, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren) tijdens covid-19 en daarna en hoe kan dit positief beïnvloed worden?	Er zijn waarschijnlijk op alle 6 dimensies van het gezondheidsmodel van het Institute for Positive Health veranderingen in de ervaren gezondheid. Is dit bij iedereen gelijk en hoe kan dit positief beïnvloed worden?
PalHAG	B34	Wat is er nodig om adequaat mantelzorg te kunnen bieden aan een Covid19 patiënt thuis?	Geen
PalHAG	B36	In welke mate is het mogelijk om behandelwensen en -grenzen bij Covid19 goed op te volgen?	Waren geuite behandelwensen en grenzen goed gedocumenteerd, overgedragen en op het moment van een behandelbeslissing in lijn met eerder geuite behandelwensen (consistent over de tijd)?
PalHAG	B37	Zijn er specifieke behandelopties/aandachtspunten om uitkomsten te verbeteren bij specifieke patiëntengroepen (zoals patiënten met astma en COPD, DM, HVZ en nierfunctiestoornis) met COVID-19?	Geen
C-support, PsyHAG	B18, B53	Wat is de oorzaak van cognitieve klachten na COVID-19 infectie?	B18 Wat is de oorzaak van de cognitieve klachten? Hoe kunnen we deze het best behandelen. Is ergotherapie bijvoorbeeld zinnig. Gaat het vanzelf over in de tijd? B53 Wat is het mechanisme achter de cognitieve klachten (corona mist, geheugen- en concentratieproblemen) is en hoe is dit te behandelen.

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
PsyHAG	B52	Wat is de oorzaak van langdurige slaapproblemen na COVID-19 infectie ?	Geen
C-support, KNGF, NVAB	B42, B43, B44, B46, B50	Wat is de pathogenese van long-covid bij patiënten in de eerste lijn? Wat zijn risicofactoren voor het ontstaan van langdurige klachten na COVID-19 infectie (zoals geslacht, genetische factoren, co-morbiditeit, BMI, etniciteit, afweer reactie (o.a. mestcellen), maladaptieve cognitie- en copingstijl)	B42 Wat is de rol van bv mestcellen bij long covid? Er wordt veel gesproken over MCAS. Wat is hier de rol in bij long-covid? En hoe is dit dan te behandelen? B43 Wat is de pathogenese van long-covid? Waarom houdt de 1 lang klachten, en ander niet? Genetische component? Rol voorgeschiedenis, geslacht, BMI, etniciteit, microbiom...? B44 Vallend onder 1: waarom zijn er genderverschillen bij long-covid? B46 Wat zijn maladaptieve cognitie- en copingstijl die een risicofactor vormen op vertraagd herstel na een COVID-19 besmetting? B50 Pathofysiologie, prevalentie, risicofactoren, beloop en prognose Long-COVID
C-support, Ergotherapie Nederland	B45, B51	Hoe wordt het soms grillige beloop van langdurige klachten na COVID-19 infectie veroorzaakt?	B45 Hoe komt het dat de long-covidklachten zo grillig verlopen? Wat veroorzaakt de terugvallen? Waarom hebben mensen last van 'post-exertional malaise'? Moet deze groep wel een inspanningstest krijgen bij de intake bij de fysiotherapeut? B51 Wat ligt er ten grondslag aan de grilligheid van het beloop van het herstel.

Tabel B5. Kennislacunes Groep 3: Nazorg

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
KNGF, C-support	C7, C34, C58	Hoe kan nazorg direct na ziekenhuisopname het beste worden georganiseerd/is het aanwijzen van een casemanager zinvol?	Een goede begeleiding en goede afstemming kan veel bijdragen. Huisartsen en bedrijfsartsen zijn niet gewend om met elkaar te overleggen. Daarnaast komt long-covid veel voor onder zorgmedewerkers
KNGF, NVAB, Maastricht Universiteit, NVLF, Longfonds, Ergotherapie Nederland, NVD, C-support, NAS, LHV, LUMC	C8, C9, C13, C14, C19, C27, C30, C31, C36, C37, C41, C48, C54, C55, C57, C58, C60, C61, C63	Welke combinatie van paramedische begeleiding is aan te raden bij patiënten met langdurige klachten van COVID-19 klachten (uitkomst: klachten, functioneren en kwaliteit van leven; maar ook specifieke klachten zoals cognitieve klachten of voedinggerelateerde klachten; bij welke patiënten?)	C8 Hoe stroomlijnen we multidisciplinaire samenwerking en doorverwijzing in de eerste lijn? C9 Pathofysiologie, prevalentie, risicofactoren, beloop en prognose Long-COVID; C13 Welke postcovid patiënten moeten naar welke nazorg worden toegeleid? C14 Multidisciplinaire aanpak van Covid-19. C19 Welke pakket van multidisciplinaire paramedische interventie is bij het herstel bij mensen met longcovid heeft het meest effectieve resultaat. C27 Wat is de optimale manier van doorverwijzen om te komen tot een zo effectief mogelijke behandeling van de patient welke is afgestemd op diens behoeften. C30 Vroege mobilisatie met ergotherapie en fysiotherapie worden aangemoedigd bij functionaliteitsproblemen. Hebben deze interventies wel het gewenste effect als patiënt in een slechte voedingstoestand verkeerd en/of een ongunstige lichaamsamenstelling heeft. C31 Obesitas verhoogt het risico op een ernstiger verloop van COVID-19. In de herstelfase is bij deze patiëntengroep een onderschatting van het probleem dat gewichtsverlies ongunstige uitkomsten heeft op lichaamsamenstelling en spierkracht en daardoor op het herstel. Hoe kunnen we de awareness rondom voeding (eiwitrijke voeding) van dit probleem agenderen? C36 Logopedische behandeling bij long covid; C37 Welke behandelingen zijn effectief? Bv paramedische zorg (Fysiotherapie, ergotherapie, diëtik, logopedie, psychologie). Wat is effect hiervan? En wat is de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking tussen de disciplines? C41 Welke voedingsgerelateerde klachten ondervinden patiënten na een doorgemaakt Covid-19 infectie (voorbeelden: eetlust, vermoeidheid, misselijkheid, geur- en smaakverlies), hoe lang duren deze klachten, wat is het effect op de voedingsinname en welke dietistische interventie is helpend? C48 Doelgroep Long-COVID: wat zijn de determinanten voor deze doelgroep en wat zijn de belangrijkste kenmerken waarmee zij zich presenteren in de 1e lijn. Vervolgens: wat is de prognose, wat zijn de optimale behandelmogelijkheden en welke vorm(en) van nazorg zijn het meest optimaal. C54 welke zorginterventies reduceren langdurende klachten van COVID; C55 hoe kan in de eerstelijns dit geïntegreerd herstelaanbod worden gedaan; C57 Op dit moment is er inzet van diverse disciplines, medisch en paramedisch, voornamelijk op basis van theoretische overwegingen en goede wil. Is er evidence voor fysiotherapie, diëtiste, ergotherapie en voor medicatie? C58 Wij zien een groot belang voor afstemming van de verschillende betrokken disciplines (HA, longarts, FT, revalidatiearts, internist). Hoe zorgen wij goed maar ook doelmatig voor deze patiëntengroep? C60 revalidatie van patiënten met langdurige klachten na niet klinisch behandelde covid; C61 Vanaf welk moment moeten wij gaan spreken over langdurige post-COVID-klachten. Zijn er al data beschikbaar over het beloop van herstel? C63 Wat is de oorzaak van de cognitieve klachten? Hoe kunnen we deze het best behandelen. Is ergotherapie bijvoorbeeld zinnig. Gaat het vanzelf over in de tijd?

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
NVAB, NIP	C10, C28	Welke aspecten binnen de werkcontext maken het makkelijker om te re integreren na long-Covid-19?	C10 Begeleiding/behandeling gericht op functioneel herstel en werkhervatting bij long-Covid; C28 Welke aspecten binnen de werkcontext maken het makkelijker om te re integreren na long Covid 19?
Verenso	C11, C35	Welke combinatie van multidisciplinaire begeleiding is het meest zinvol bij geriatrische patiënten met long-COVID-19 om ongewenst functieverlies/blijvende beperkingen zoveel mogelijk te voorkomen?	C11 Geriatrische revalidatie; C35 Diagnose en behandeling van long covid (nazorg)
Maastricht Universiteit, Longfonds, Verenigingsraad	C12, C18, C22	Wat is de diagnostische waarde van verschillende testmethoden (o.a. ziektelastmeter) om langdurige klachten na COVID-19 infectie vast te stellen en te vervolgen?	C12 Wat is de meerwaarde van de Ziektelastmeter ná corona, bij patiënten met doorgemaakt COVID-19 en restklachten? C18 Welke diagnostische middelen kan een huisarts inzetten om longcovid bij patiënten te diagnosticeren en objectiveren? C22 Objectieve monitoring van herstel van COVID-19 patiënten. Tool om progressie te monitoren en maximale begeleiding te kunnen geven. patiënten populatie is patiënten na COVID 19 met langdurige klachten. Begeleiding met of zonder scoring tool is interventie en de uitkomst is mate en snelheid van herstel
C-support, PsyHAG	C38, C51	Welke medicamenteuze behandelingen zijn effectief bij patiënten met langdurige klachten van COVID-19? (o.a. ASA, melatonine bij slaapproblemen, medicatie tegen posturaal orthostatische tachycardie syndroom (POTS)).	C38 Welke behandelingen zijn effectief in verminderen van long covid klachten? Bv ASA, melatonine bij slaapproblemen, medicatie tegen POTS. C51 Hoe komt het dat mensen zulke langdurige slaapproblemen krijgen na covid-19 en hoe is dit te behandelen.
NHG, NAS	C43, C56	Welke diagnostische methoden (D-dimeer, X/CT-thorax, spirometrie) heeft klinische consequenties bij welke groepen patiënten met langdurige klachten na COVID-19, en bij wie (bij iedereen, of bijvoorbeeld bij toename van dyspneu)	C43 Is een D-dimeer test aan te bevelen voor het uitsluiten van longembolie bij post-COVID patiënten met verergering van dyspnoe klachten? N56 Bij welke patiënten met langdurige klachten heeft het doen van aanvullend onderzoek, zoals ddimeer-bepaling, X/CT-thorax, spirometrie, klinische consequenties?
NHG	C45	Is een (herhaalde) cognitiescreening aan te bevelen bij post-COVID patiënten met concentratie en geheugenstoornissen?	Geen

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
CAHAG, PsyHAG	C50, C53, C62	Welke specifieke psychische klachten komen bij long-COVID-19 voor (zoals angst, depressie, PTSS, herbelevingen, acceptatieproblemen), en welke behandelingen zijn effectief?	C50 Specifieke aandachtspunten voor de huisarts bij de psychologische behandeling van psychische klachten rondom COVID, zoals extreme angst voor COVID en acceptatieproblemen na COVID (ook al wel beschreven bij CALD (covid associated lung disorder). C53 Kunnen depressieve en angstklachten na covid-19 op dezelfde manier behandeld kunnen worden als gewoonlijk of zijn er verschillen. C62 Hoe vaak komt PTSS voor bij mensen die ernstig ziek zijn geweest en helpt het om dat dan snel te behandelen?
PsyHAG	C52	Wat is het mechanisme achter de cognitieve klachten (corona mist, geheugen- en concentratieproblemen) is en hoe is dit te behandelen.	Geen
CAHAG, NAS	C49, C59	In hoeverre is behandeling effectief van persisterende reuk- en smaakstoornissen na door-gemaakte COVID-19 infectie en welke behandeling is het meest effectief?	C49 De behandeling van verlies en smaak. Dat vinden mensen vervelend, en ik heb weinig te bieden. Ik denk ook dat er weinig te bieden is, maar toch. C59 Zijn er mogelijkheden om post-COVID-verschijnselen te onderscheiden van andere meer algemene (postvirale/SOLK) klachten? Hierbij speelt ook vergoeding vanuit zorgverzekering een rol en mogelijk ook vragen over arbeidsongeschiktheid. Is er evidence voor beloop en eventueel behandeling voor meer specifieke post-COVIDsymptomen zoals bijvoorbeeld reuk-/smaakstoornissen? Wat te doen met patiënten met symptomen die zouden kunnen passen bij "post-COVID" maar nooit een COVID-test hebben gehad (dit geldt met name voor patiënten die in de eerste golf ziekteverschijnselen hebben gehad). Is het voor deze groep patiënten zinvol om toch antistoffen te testen?
Longfonds, PalHAG	C20, C47	Welke interventie is het meest effectief bij de behandeling van kortademigheid en vermoeidheid bij patiënten met langdurige klachten na COVID-19?	C20 Welke interventie is het meest effectief bij de behandeling van benauwdheid en kortademigheid bij long covid patiënten? C47 Wat is effectief in de behandeling van dyspnoe en vermoeidheid postCovid19?
Radboud-UMC	C2	Wat is de meest effectieve behandeling van long-covid bij mensen met chronische aandoeningen (zoals COPD, DM, hart -en vaatziekten, en GGZ aandoeningen) vergeleken met mensen zonder chronische aandoeningen?	Wat is de meest effectieve behandeling? Verschilt de effectiviteit van behandeling Long COVID tussen mensen met en zonder chronische aandoeningen
NHG	C15	Wat zijn de behandel mogelijkheden van de huisarts bij mensen met long covid in het eerste half jaar en daarna?	Het onderscheid in tijd is van belang. Als de patiënt na 9 maanden nog steeds niet is hersteld, wat kan de huisarts dan nog betekenen?

Organisatie	Nr. oorspronkelijke lacune	Kennislacune	Toelichting kennislacunes/oorspronkelijke kennislacunes
Ergotherapie Nederland	C23	Zijn de aanhoudende vegetatieve klachten/ontregeling te herleiden naar de COVID19 infectie of zijn deze gerelateerd aan andere factoren, zoals moeite hebben met grenshantering en het opbouwen van de belastbaarheid in dagelijkse activiteiten? Welke interventies zijn vervolgens belangrijk voor een optimaal herstel	Op basis van praktijkvoorbeelden weten we dat de ergotherapeutische interventie voor het opbouwen van de belastbaarheid in dagelijkse activiteiten tot goede resultaten leidt. Maar ook dat er regelmatig sprake is van terugval waarbij vegetatieve klachten een rol spelen.
KNGF	C32	Is reguliere burn-out behandeling (in termen van mate/snelheid van herstel?) zinvol bij patiënten met long-COVID-19?	Patiënten die gezien worden in het kader van Post-COVID-19 herstellzorg lijken klachten te hebben vergelijkbaar met burn-out problematieken, waarbij een vergelijkbare behandeling lijkt aan te slaan.
KNGF	C33	Is systeemtherapie zinvol (in termen van mate/snelheid van herstel?) bij patiënten met long-COVID-19?	Familieparticipatie wordt gemist
KNGF, C-support	C40, A51	Wat is het nut van een inspanningstest bij de fysiotherapeut bij patiënten met langdurige klachten na COVID-19 met een grillig beloop en/of longfunctieproblemen en welke inspanningstest heeft de voorkeur?	C40Welke inspanningstest heeft de voorkeur bij het vaststellen van longfunctieproblemen bij patiënten met long-COVID-19? A51: Wat is het nut van een inspanningstest bij de intake bij de fysiotherapeut bij patiënten met een grillig beloop/"postexertional malaise" na een COVID-19 infectie?
NHG	C44	Is een ECG aan te bevelen voor het uitsluiten van relevante cardiale pathologieën (myocarditis, pericarditis) bij post-COVID patiënten met aanhoudende klachten van pijn op de borst of dyspnoe bij inspanning?	Geen