



# Evaluatie van het gebruik van het zorgtraject long-COVID

Prof. Dr. Patrik Vankrunkelsven

Dr. Thomas Janssens

Dr. Deborah Seys

Kristina Denissen

Datum: 20 oktober 2023

## Leeswijzer

In dit rapport bespreken we de evaluatie van het zorgtraject long-COVID. We schetsen eerst de [achtergrond](#) die de aanleiding weergeeft tot deze evaluatie. Vervolgens lichten we toe welke [methoden](#) we gebruikt hebben om de gegevens te verzamelen, te verwerken en te analyseren. Daarna gaan we over tot de [resultaten](#). Om de resultaten overzichtelijk weer te geven, starten we met een figuur die de onderwerpen die besproken werd tijdens de focusgroepen en LOKS samenvat aan de hand van 3 grote onderdelen. We beginnen daarbij met de beïnvloedende context factoren en de bijhorende mechanismen (onderdeel 1). Daarna bespreken we de taken en feedback per beroepsgroep binnen het zorgtraject (het eigenlijke proces, onderdeel 2) om vervolgens tot de effecten van het zorgtraject over te gaan (onderdeel 3). Op basis van de bekomen resultaten trekken we tot slot [conclusies](#) per beroepsgroep en doen we algemene [aanbevelingen](#).

Wanneer we in dit rapport de term ‘deelnemers’ gebruiken, verwijzen we hierbij naar alle huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen en diëtisten die deelnamen samen. Indien we in dit rapport verwijzen naar een specifieke beroepsgroep, dan wordt deze expliciet vernoemd. Bij de aanbevelingen gebruiken we de term ‘zorgverleners’ waarbij we verwijzen naar alle zorgverstrekkers (zowel artsen als paramedici) binnen de eerste lijn.

Over de logopedisten worden geen uitspraken gedaan in dit rapport, aangezien zij niet hebben deelgenomen aan de focusgroepen.

# Samenvatting

## Achtergrond

Om de behandeling van aanhoudende klachten na COVID-19 in de eerste lijn te vergemakkelijken startte het RIZIV/INAMI op 1 juli 2022 met de terugbetaling van prestaties binnen een zorgtraject long-COVID. Dit zorgtraject is grotendeels gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn “opvolging en revalidatie van patiënten met aanhoudende klachten na COVID-19” die onder impuls van het federaal EBP-netwerk werd ontwikkeld. In januari 2023 bleek echter dat slechts een 500-tal patiënten werden geïnccludeerd in het zorgtraject, terwijl er op voorhand geschat werd dat het zou gaan over een 13000-tal patiënten. Dit doet vermoeden dat zorgverleners slechts beperkt gebruik maken van het zorgtraject long-COVID-19. Het RIZIV/INAMI heeft daarom de opdracht gegeven om een evaluatie door te voeren naar het gebruik van dit zorgtraject.

## Doel

Aan de hand van deze evaluatie van het zorgtraject long-COVID wordt getracht om inzicht te krijgen waarom het zorgtraject minder dan verwacht werd geïmplementeerd. Tevens worden er gegevens verzameld om de huidige en toekomstige zorgtrajecten te optimaliseren. We onderzoeken hierbij zowel de (impliciete) theorie waarop de uitrol van het zorgtraject long-COVID gebaseerd is, als de contextfactoren en mechanismen om de verschillen in de instroom en het gebruik van het zorgtraject te kunnen verklaren.

## Methode

Dit rapport bespreekt een kwalitatieve studie waarbij het zorgtraject voor long-COVID-19 geëvalueerd wordt aan de hand van gesprekken tijdens focusgroepen en lokale kwaliteitsgroepen (LOKs). Er werden 2 types van focusgroepen uitgevoerd. De eerste focusgroepen bij huisartsen gingen specifiek de aanmelding (waarom wel of niet, de bekendheid met het zorgtraject en de brede context) na bij huisartsen die al dan niet patiënten aangemeld hebben tot het zorgtraject. De andere focusgroepen gingen de samenwerking (en brede context) tussen de verschillende betrokken zorgverleners in de eerstelijns na. Na deze initiële focusgroepen werd tijdens twee LOKs bij huisartsen en een extra focusgroep bij kinesisten dieper ingegaan op een aantal thema's die in de eerste focusgroepen aanbod waren gekomen.

## Resultaten

- Het meest in het oog springend is het feit dat de meeste zorgverleners volledig onwetend waren over het zorgtraject. De weinigen die ervan gehoord hadden, waren onvoldoende op de hoogte en onzeker omtrent de aanmelding en verloop ervan.
- Er is (te) weinig opleiding/navorming georganiseerd.
- De aanmelding en administratie is complex en verloopt te weinig gedigitaliseerd.
- De criteria om patiënten te includeren zijn vaag en onvoldoende objectief meetbaar.
- Er is nood aan meer samenwerking met de tweede lijn.
- De einddoelen van het zorgtraject zijn onduidelijk.
- Het zorgtraject is volgens meerdere deelnemers onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd waardoor duidelijke procedures ontbreken.
- De multidisciplinaire samenwerking wordt gezien als een meerwaarde, maar verloopt moeizaam.
- Niet iedereen heeft inzage in het patiëntendossier waardoor de transparantie beperkt is.

- De ergotherapeut is vaak een onbekende speler in het werkveld. Ze zijn evenwel goed geïnformeerd over het zorgtraject en nemen vaak de rol van zorgcoördinator op zich, maar niet alle zorgverleners kennen hun functie.
- Er wordt gewezen op een discrepantie tussen de nomenclatuur/zorgtraject en de richtlijnen.

## 1. Achtergrond

De World Health Organization (WHO) schreef in 2022 dat ongeveer 10 tot 20% van de patiënten die een COVID-19-infectie hebben opgelopen langdurige klachten en symptomen blijft vertonen drie maanden na de initiële infectie (WHO, 2022). Het gaat hier over symptomen zoals vermoeidheid, concentratieproblemen, cognitieve problemen, kortademigheid, slaapproblemen, prikkelbaarheid, ... Om deze patiënten beter bij te staan startte het RIZIV/INAMI sinds 1 juli 2022 met een tegemoetkoming in de eerstelijnszorg voor patiënten die drie maanden na een COVID-19 infectie nog steeds uiteenlopende klachten vertonen. Voor deze patiënten met long-COVID-19 symptomen werd er een gepersonaliseerd zorgtraject genaamd 'long-COVID' opgesteld. Dankzij dit zorgtraject hebben patiënten recht op een tegemoetkoming voor hun behandelingen bij de huisarts, maar ook bij andere zorgverleners zoals kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, diëtisten en logopedisten. De zorgverleners die zelf betrokken zijn bij het multidisciplinair traject krijgen tevens een vergoeding voor hun deelname (RIZIV, 2023). Dit zorgtraject is gebaseerd op een multidisciplinaire richtlijn "opvolging en revalidatie van patiënten met aanhoudende klachten na COVID-19" die onder de impuls van het federaal EBP-netwerk werd ontwikkeld (Dillen et al., 2022).

Op basis van de verzamelde gegevens van Sciensano over het voorkomen en de duur van deze long-COVID-19 symptomen werd geschat dat ongeveer 13000 patiënten beroep zouden kunnen doen op het zorgtraject long-COVID. Op overleg met actoren betrokken bij de evaluatie van het zorgtraject long-COVID op 23/1/2023 werd gesignaleerd dat er op dat moment een 500-tal patiënten werden geïncorporeerd in het zorgtraject. Dit deed vermoeden dat de zorgverleners slechts beperkt gebruik maakten van het zorgtraject. Aangezien de overeenkomst voor het zorgtraject long-COVID op zijn einde loopt, werd gevraagd aan ebpracticenet en Cebam om een evaluatie te doen van de integratie van het zorgtraject in de praktijk. Hierbij wordt er aandacht gegeven aan de factoren die verschillen in de integratie kunnen verklaren (wat werkt (niet), voor wie, in welke omstandigheden en waarom) (Wong et al., 2016). Het onderzoek richt zich op de impliciete theorie waarop de uitrol van het zorgtraject gebaseerd is, alsook de contextfactoren en bijhorende mechanismen. Uit de verschillende onderzoeksmethoden heeft het RIZIV/INAMI beslist om via focusgroepen de onderzoeksvraag te beantwoorden.

## 2. Doel

Het doel van dit rapport is om het zorgtraject long-COVID te evalueren om zo een beter inzicht te krijgen waarom het zorgtraject minder dan verwacht werd geïmplementeerd. Het uiteindelijke doel

van dit project is om beleidsadvies te kunnen formuleren over de barrières en de facilitatoren bij het implementeren van een multidisciplinair zorgtrajecten in de eerstelijnszorg.

### 3. Methodiek

#### 3.1. Studieopzet

Om het zorgtraject long-COVID te evalueren werd een kwalitatieve studie uitgevoerd met alle betrokken eerstelijnszorgverleners uit Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Initieel waren 8 focusgroepen voorzien waarvan 4 Nederlandstalige en 4 Franstalige. Voor zowel de Nederlandstalige als Franstalige focusgroepen werd er 1 focusgroep voorzien met huisartsen die patiënten hebben aangemeld voor dit zorgtraject, 1 focusgroep met huisartsen die geen patiënten hebben aangemeld en 2 multidisciplinaire focusgroepen waarbij de samenwerking tussen de verschillende disciplines werd nagegaan. Gezien de lage respons van de Vlaamse huisartsen werd 1 focusgroep (aanmelding van de Vlaamse huisartsen die patiënten hebben doorverwezen naar het zorgtraject) vervangen door 2 lokale kwaliteitsgroepen (LOKs) bij de huisartsen. Daarnaast gebeurde nog een focusgroep met enkel kinesitherapeuten. De focusgroepen vonden digitaal plaats en de LOKs vonden fysiek plaats. De inspiratie voor het opstellen van de vragenroute van de focusgroepen werd gehaald uit bestaand onderzoek over de moeilijkheden bij de implementatie van nieuwe zorgpraktijken (Dalkin et al., 2021, May et al., 2018, May et al., 2022, Schroeder et al., 2022).

#### 3.2. Rekrutering

Om de deelnemers uit te nodigen voor de focusgroepen, werd een aanvraag ingediend bij eHealthBox. Aangezien niet alle zorgverleners toegang hebben tot eHealthBox (bijv. ergotherapeuten) werd een mail verstuurd via de verschillende Nederlandstalige en Franstalige beroepsverenigingen. Verder werden er persoonlijke uitnodigingen gemaïld naar de eerstelijnszones en naar deelnemers waarvan de contactgegevens online terug te vinden zijn. Door de lage respons bij de huisartsen die patiënten aangemeld hebben voor het zorgtraject werden er door het RIZIV/INAMI extra uitnodigingen verstuurd. Deze uitnodigingen werden verstuurd naar huisartsen waarvan de verzekeringsinstelling had doorgegeven dat zij patiënten hadden aangemeld voor het zorgtraject long-COVID. Er was één verzekeringsinstelling die deze gegevens tijdig kenbaar heeft gemaakt aan het RIZIV/INAMI (namelijk MLOZ). Gezien de respons graad laag bleef werden verschillende LOKs van de huisartsen uitgenodigd alsook de beroepsverenigingen van de verschillende betrokken disciplines om op een aantal items dieper op in te gaan. Twee LOKs en AXXON (beroepsvereniging voor kinesitherapeuten) gingen in op onze vraag.

Voor de focusgroepen waarbij de aanmelding voor het zorgtraject werd geëvalueerd werden enkel huisartsen geïncludeerd. Voor de focusgroepen waarbij de multidisciplinaire samenwerking binnen het zorgtraject werd nagegaan waren dit huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, diëtisten en logopedisten, allen werkzaam binnen de eerste lijn. Alle zorgverleners moesten ofwel Nederlands of Frans machtig zijn. Bij de selectie van de deelnemers werd er gestreefd naar een spreiding op basis van werkzame provincie, de praktijksetting (solo-, groeps- of wijkgezondheidscentrum), leeftijd en geslacht. Brusselse zorgverleners werden geïncludeerd in zowel de Nederlandstalige als Franstalige focusgroepen.

Daarnaast werd elke focusgroep, met uitzondering van de focusgroep met enkel kinesitherapeuten, aangevuld met maximum 1 zorgverlener die interesse had om deel te nemen aan de focusgroepen maar geen patiënten had begeleid binnen het zorgtraject long-COVID. Zij konden vanuit hun ervaring met andere zorgtrajecten wijzen op knelpunten en verbeterpunten binnen de doorverwijzing (en de aanmelding) van het zorgtraject long-COVID.

Voorafgaand aan de focusgroepen werden de deelnemers geïnformeerd over het doel en de inhoud van de studie. Er werd gevraagd om het document “Informed Consent” ondertekend terug te mailen voordat de focusgroepen plaatsvond waarbij iedere deelnemer zijn/haar goedkeuring geeft om deel te nemen nadat hij/zij op de hoogte werd gesteld. Na de focusgroepen kregen de deelnemers een document om de financiële vergoeding van 65 euro te kunnen regelen. Tot slot werd er accreditatie voor de huisartsen aangevraagd en goedgekeurd.

### 3.3. Data-analyse en -verwerking

Voorafgaand aan de focusgroepen werden 3 gesprekshandleidingen opgesteld met het verloop van de gesprekken en de belangrijkste vragen: een eerste gesprekshandleiding voor de focusgroep met de aanmelding door de huisartsen (Nederlands en Frans), een tweede gesprekshandleiding voor de focusgroep met huisartsen die geen patiënten hadden aangemeld (Nederlands en Frans) en een derde gesprekshandleiding voor de focusgroepen over de multidisciplinaire samenwerking (Nederlands en Frans).

Alle focusgroepen werden opgenomen, thematisch samengevat en geïllustreerd door middel van een aantal uitspringende citaten van de deelnemers (Vanhaecht et al., 2020). De geluidsopnames van de focusgroepen werden gebruikt als hulpmiddel bij het inhoudelijk uitschrijven van de gesprekken. Enkel de vier onderzoekers hebben toegang tot de brondata. Na het uitschrijven en verwerken werden de geluidsopnames vernietigd.

De codering van de gesprekken gebeurde op basis van een vooraf bepaald codeboek. Het codeboek werd gebaseerd op het 'Consolidated Framework for Implementation Research' en 'Normalization Process Theory' (May et al., 2022; Schroeder et al., 2022). Er werd ook gebruik gemaakt van een open codering waarbij er met een meer neutrale blik naar de data werd gekeken. Elk onderwerp dat aangekaart werd door de deelnemers werd gezien als een code. De codes werden gegroepeerd onder thema's om patronen te achterhalen. Alles werd weergegeven in een codeboek. Tot slot werden alles codes visueel weergegeven in Figuur 1.

### 3.4. Ethische goedkeuring

Voor deze studie werd er een ethische goedkeuring verkregen van de Ethische commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (referentie S67977) (Bijlage 1).

## 4. Resultaten

### 4.1. Demografische gegevens van de deelnemers

De resultaten zijn gebaseerd op de ervaringen van 61 zorgverleners werkzaam binnen de eerste lijn waarvan 46 Nederlandstaligen en 15 Franstaligen en afkomstig uit alle provincies van België. Als we kijken naar de verdeling van de verschillende disciplines gaat het over 45 huisartsen, 5 ergotherapeuten, 6 kinesitherapeuten, 3 diëtisten en 2 psychologen. Geen enkele logopedist heeft deelgenomen. De deelnemers aan de focusgroepen zijn actief in solopraktijken, groepspraktijken, een combinatie van groeps- en solopraktijk of in een wijkgezondheidscentrum. De leeftijd varieert van 22 jaar tot en met 77 jaar en 59% (n: 36) van de deelnemers zijn vrouw. Bij de focusgroepen varieerde het aantal patiënten in opvolging tussen 0 en 4 patiënten en 1 zorgverlener had ongeveer 23 patiënten in behandeling. Bij de LOKs namen 26 huisartsen deel waar 5 van hen één patiënt in opvolging en 3 huisartsen hadden zelf de aanmelding gedaan. Bij de andere 2 huisartsen werd de aanmelding door iemand anders gedaan.

### 4.2. Resultaten

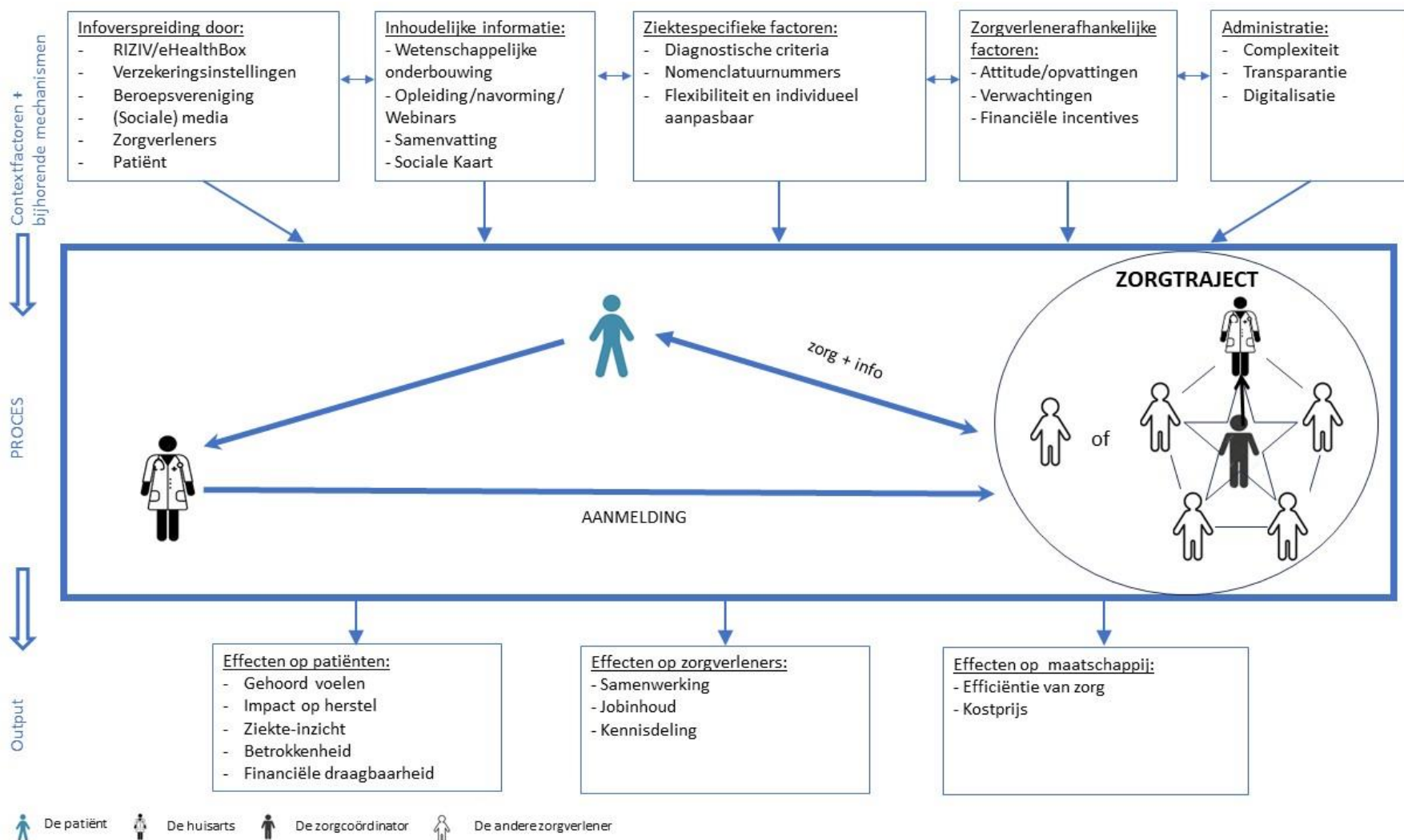
De resultaten van de focusgroepen en LOKs werden verwerkt zoals beschreven in de [methodologie](#). De onderwerpen die hieruit geëxtraheerd werden, worden visueel weergegeven in een driedelige figuur (figuur 1). In deze figuur staat het zorgtraject long-COVID centraal (deel 1) en wordt beïnvloed door contextfactoren met bijhorende mechanismen (deel 2) en tot slot heeft het zorgtraject een uitkomst (deel 3). Hieronder wordt elk onderdeel verder toegelicht.



Centraal in Figuur 1 staat het **zorgtraject** long-COVID (deel 1). De patiënt gaat naar de huisarts met klachten. De huisarts doet een onderzoek en stelt de diagnose. Indien de patiënt voldoet aan de criteria, kan de huisarts de patiënt aanmelden voor het zorgtraject. Afhankelijk van de klachten zal de patiënt in een mono- of multidisciplinair zorgtraject opgenomen worden. In een monodisciplinair zorgtraject verwijst de huisarts door naar slechts één zorgverlener. In een multidisciplinair zorgtraject zijn er meerdere zorgverleners naast de huisarts betrokken. Centraal hierbij staat de zorgcoördinator die het verloop en de samenwerking coördineert en faciliteert. De zorgcoördinator verzamelt informatie, wisselt zelf ook informatie uit en zorgt voor een verslaggeving en terugkoppeling naar de huisarts. Alle zorgverleners staan met elkaar in verbinding alsook afzonderlijk met de zorgcoördinator. De zorgcoördinator zelf onderhoudt het contact met alle deelnemers en communiceert finaal naar de huisarts.

Er zijn een aantal factoren en mechanismen die het zorgtraject beïnvloeden en in stand houden. Deze **contextfactoren en bijhorende mechanismen** (deel 2) staan gebundeld bovenaan in Figuur 1. Van deze factoren zijn er sommige waaraan al voldaan is en die op dit moment vaak goed verlopen en anderzijds zijn er ook factoren die voor verbetering vatbaar zijn. De dubbele pijlen in de figuur tonen aan dat alle factoren elkaar onderling beïnvloeden.

Het doorlopen van het zorgtraject zorgt voor bepaalde **resultaten en uitkomsten** (deel 3, 'output' onderaan in Figuur 1). Het gaat hier om de gepercipieerde effecten van de deelnemers over het zorgtraject op patiënten, zorgverleners en de maatschappij.



Figuur 1: Overzicht onderwerpen besproken in de focusgroepen en LOKs

### 3.3.1. Contextfactoren en bijhorende mechanismen

#### 3.3.1.1. Informatieverspreiding

Alle deelnemers melden dat ze **onvoldoende op de hoogte** zijn gebracht over het bestaan van het zorgtraject long-COVID. Na uitleg van wat het zorgtraject inhoudt geven de deelnemers aan dat ze iets hebben zien passeren via een nieuwsbrief van de **beroepsverenigingen en/of eHealthBox**, maar door de hoeveelheid aan mails, nieuwsbrieven en informatie in volle COVID-pandemie en drukte, is hun aandacht er niet op gevestigd geweest. Hierdoor vielen ze vaak uit de lucht wanneer **patiënten** hen hierover aanspraken nadat zij iets via **(sociale) media** of via een andere **zorgverlener** hadden vernomen.

Wanneer de deelnemers zelf bijkomende informatie opzoeken, gaan ze daarbij in eerste instantie ten rade bij het **RIZIV/INAMI**, beroepsverenigingen, zoekopdrachten in Google en in sommige gevallen contacteren ze de verzekeringsinstellingen. De informatie op de website van het RIZIV/INAMI is voor alle deelnemers **te complex en te lang**. De verkregen informatie is **onvoldoende praktijkgericht**, te complex geschreven waardoor de tekst vaak ~~kan~~ meermaals herlezen moet worden om alles goed te begrijpen. Ergotherapeuten geven aan dat ze goed geïnformeerd zijn doordat ze zelf actief informatie opzoeken. Ze hebben deze attitude aangeleerd gekregen vanuit hun opleiding en ook beroepshalve verworven. Daarnaast geven ergotherapeuten aan dat ze graag de verworven informatie delen met andere zorgverleners.

Tenslotte melden de deelnemers dat de **verzekeringsinstellingen** hen onvoldoende advies ~~kan~~ kunnen geven vanwege een gebrek aan kennis en informatie intern.

*“Misschien heb ik het gezien in een boekje van Domus Medica, maar ik heb het niet gelezen. Ik dacht eerder dat ik het wel zal lezen als het belangrijk zou worden” (huisarts, NL)*

De suggesties van de deelnemers om de informatiespreiding te verbeteren zijn terug te vinden in Tabel 1.

Tabel 1: Verbetersuggesties van de deelnemers bij de factor ‘informatieverspreiding’

Suggesties bij informatieverspreiding
<ul style="list-style-type: none"><li>- Meer communiceren bij aanvang van het zorgtraject via verschillende kanalen: RIZIV/INAMI, beroepsverenigingen, verzekeringsinstellingen.</li><li>- Huisartsen bij voorkeur (ook) informeren via Wachtkring, LOK, huisartsenkringen.</li><li>- Eerst de huisartsen en zorgverleners voldoende informeren alvorens te communiceren via de media.</li><li>- Informatie meer toegankelijk stellen voor de zorgverleners</li></ul>

### 3.3.1.2. Inhoudelijke informatie

Sommige zorgverleners gaan, op eigen initiatief, op zoek naar bijkomende literatuur en behandeling maar in het algemeen missen de deelnemers **wetenschappelijke onderbouwing en evidentie** voor de diagnose van long-COVID-19, het zorgtraject, de verschillende behandelingen en de rolverdeling tussen de zorgverleners. Het gebrek aan wetenschappelijk evidentie zorgt ervoor dat huisartsen weigerachtig staan om patiënten effectief aan te melden voor het zorgtraject vermoedelijk doordat ze weinig patiënten tegenkomen die aan de diagnose en de criteria te voldoen. Volgens de huisartsen is de problematiek overroepen en minder frequent dan ingeschat. Deze terreinervaring die haaks staat op een nooit geziene productie van wetenschappelijke papers noopt tot verder onderzoek. Veel gepubliceerd onderzoek, ook epidemiologisch, was van lage kwaliteit, vaak verspreid zonder peer review maar gretig opgenomen in de pers. Al deze onheilsvoorspellingen hebben ongetwijfeld impact op de beleving bij patiënten en dus ook op de onderzoeksresultaten. Het was opvallend dat huisartsen in deze gesprekken vanuit een nuchtere reflex vragen hebben bij deze nooit geziene hype, de effecten ervan op de patiënten en de mogelijke gevolgen van het stigmatiseren van patiënten.

*“Heeft het wel bewezen nut? Als ik een patiënt zou aanmelden in een zorgtraject of een voorschrift opmaak voor een behandeling, wil ik eerst weten of dit wel nut gaat hebben. Zo niet, ben ik niet geneigd dit te doen” (huisarts, NL)*

Alle deelnemers melden een tekort aan **opleiding, navorming en webinars** over long-COVID-19 en de praktische kant van het zorgtraject (algemene informatie, wijze van registratie en verdere verwerking, diagnosestelling, behandelingsmethoden ...). Een klein deel van de huisartsen, een kinesist en sommige diëtisten hebben eenmalig wel een webinar bijgewoond over long-COVID-19 georganiseerd door de beroepsverenigingen, maar dit was niet bij iedereen gekend. Daarnaast hebben 2 ergotherapeuten een aantal webinars georganiseerd door buitenlandse organisaties gevolgd.

Alle deelnemers missen een kort **overzicht of schema** (maximaal een pagina), om de complexiteit van de pathologie en het zorgtraject samen te vatten. Het geven van opleiding is immers niet voldoende indien er achteraf geen korte samenvatting of structuur wordt aangereikt. Het is daarbij belangrijk dat de informatie in beknopte en eenvoudige taal wordt uitgeschreven en gemakkelijk te raadplegen is voor alle betrokken, want op dit moment voldoet de beschikbare informatie niet aan deze criteria. In tegenstelling tot de andere bestaande zorgtrajecten (bijv. diabetes, CNI) ontbreekt er bij het zorgtraject long-COVID een brochure of folder voor zowel zorgverleners als patiënten.

Verder halen de deelnemers aan dat er geen uitgeschreven stappenplan/procedure is voor het zorgtraject long-COVID. Het is voor hen niet duidelijk welke stappen ze moeten ondernemen om een

patiënt te includeren en verder op te volgen. Dit staat in contrast met de andere zorgtrajecten (bijv. diabetes en CNI) die wel heel gestructureerd zijn uitgewerkt met duidelijke procedures en een goede houvast.

*“Long-COVID-19 blijft immers een complexe problematiek, ondanks de opleidingen” (huisarts, NL)*

Omdat huisartsen niet altijd weten naar wie ze kunnen doorverwijzen en het (te veel) tijd vraagt om dit uit te zoeken, komt hierdoor een correcte doorverwijzing in het gedrang. Daarom lijkt een doorverwijzing naar de tweede lijn in hun ogen gemakkelijker dan zelf het zorgtraject op te starten. Huisartsen die werkzaam zijn in een multidisciplinaire setting of een wijkgezondheidscentrum ondervinden minder moeilijkheden bij het doorverwijzen, omdat ze dit binnen hun team kunnen doen. Toch is de gespecialiseerde kennis voor het behandelen van long-COVID-19 niet altijd aanwezig binnen het team. Er bestaan ook geen **lijsten** met geschikte doorverwijzers, noch een **vast lokaal team** dat de patiënt begeleidt tijdens zijn/haar ziekteproces. Bij andere zorgtrajecten, zoals dat van diabetes, bestaat er wel een vast team met een educator, diabetesverpleegkundigen etc. Voor de deelnemers uit meer landelijke gebieden of uit Franstalig België kan zo'n lokaal long-COVID-19 team een oplossing bieden. Een multidisciplinair netwerk uitbouwen in deze regio's verloopt vaak moeizamer. Patiënten uit deze regio's zijn minder geneigd om grote afstanden af te leggen voor hun behandeling. Het zijn voornamelijk de ergotherapeuten die aangeven dat ze een professioneel netwerk rondom de patiënt uitbouwen. Ze vinden dat het uitbouwen en onderhouden van contacten belangrijk is en eenmaal de nodige tijd hiervoor geïnvesteerd is, werkt het versterkend (zie ook [taken van de ergotherapeut](#)).

Tenslotte vinden de deelnemers dat de **Sociale Kaart** te beperkte informatie bevat. De specialisaties of behandelmethoden staan niet vermeld, waardoor men niet weet of de doorverwijzer de nodige kennis en kunde heeft om een bepaalde pathologie/klacht te behandelen.

*“Doorverwijzing en een netwerk opbouwen, is als een sneeuwbaaleffect: je bouwt een netwerk op om door te verwijzen” (ergotherapeut, NL)*

*“Best een lokaal long-COVID-19 team. Omdat het in de praktijk vaak lastig is met wisselende teams. Om praktische drempels weg te nemen. Het is immers onbegonnen werk om dit te doen met meerdere kinesitherapeuten en psychologen die verschillen van patiënt tot patiënt” (huisarts, NL)*

*“Het is moeilijk om collega's te vinden die hierin (zie long-COVID-19) expertise hebben en ik weet niet waar ik ze zou moeten zoeken. Ik woon meer landelijk en ik merk dat mijn patiëntenpopulatie liefst zo dicht mogelijk bij hun huis verzorgd wil worden. 30 minuten rijden is voor deze groep patiënten de andere kant van de wereld en zorgt voor een rem om door te verwijzen naar gespecialiseerde zorgverleners. Dit is anders als je in een meer stedelijke regio woont” (psycholoog, NL)*

De suggesties van de deelnemers om de informatiespreiding te verbeteren zijn terug te vinden in Tabel 2.

Tabel 2: Verbetersuggesties van de deelnemers bij de factor 'inhoudelijke informatie'

Suggesties inhoudelijke informatie	
Wetenschappelijke evidentie/onderbouwing	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer onderzoek over de pathologie (long-COVID-19) en het zorgtraject.</li> <li>- Duidelijker verspreiden van de richtlijnen voor de opvolging en revalidatie bij long-COVID.</li> </ul>
Webinars, opleiding, navorming	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij aanvang en bij de bekendmaking van (nieuw) zorgtraject.</li> <li>- Bij nieuwe inzichten (kennis over pathologie, verloop van zorgtraject, behandelingswijzen).</li> <li>- Over de toepassing van het zorgtraject in de praktijk, de behandelingswijzen en de richtlijnen.</li> <li>- Gegeven in eenvoudige verwoording en praktijkgericht zijn.</li> <li>- Bij de begeleiding en de ondersteuning van gedragsverandering bij zorgverleners tijdens de implementatie van nieuwe richtlijnen en zorgtrajecten.</li> <li>- Georganiseerd vanuit het RIZIV/INAMI, de beroepsverenigingen of de eerstelijnszones.</li> </ul>
Schematische samenvatting	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Korte en overzichtelijke samenvatting op 1 A4.</li> <li>- Ontwikkel informatiebrochures/folders voor zorgverleners en patiënten.</li> <li>- Duidelijke procedures en een stappenplan voor het zorgtraject.</li> </ul>
De manier van communiceren en informatieverstoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eenvoudige verwoording</li> <li>- Praktijkgericht</li> <li>- Kort en overzichtelijk</li> <li>- Schematisch</li> <li>- Good practices en succesverhalen</li> <li>- Via een goed Social Marketing Plan</li> </ul>
Sociale Kaart	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorg voor een doorverwijslijst long-COVID met specialisaties en behandelingswijzen.</li> <li>- Stimuleer vanuit de overheid, RIZIV/INAMI en/of de beroepsverenigingen om jaarlijks de gegevens te laten controleren door alle zorgverleners.</li> </ul>

### 3.3.1.3. Ziektespecifieke factoren

Tijdens de consultatie moeten huisartsen inschatten of de klachten van de patiënt gerelateerd kunnen worden met een COVID-19 infectie. Aangezien de klachten vaak vaag en subjectief zijn en weken na een infectie kunnen optreden (met een wisselend verloop), is de link niet altijd eenvoudig voor de huisartsen. De huisartsen vinden dat de parameters om de **diagnose** long-COVID-19 te stellen en de **criteria** voor het zorgtraject onvoldoende gekend en onvoldoende duidelijk zijn. De criteria zijn niet objectief genoeg en niet meetbaar en dit vormt vaak een drempel om tot een aanmelding over te gaan. Zo is *‘een toegenomen aanhoudende vermoeidheid’* heel subjectief. Dit maakt dat deze pathologie anders wordt gepercipieerd dan bijvoorbeeld diabetes of CNI waar de parameters en criteria duidelijk en meetbaar zijn (zoals de bloedwaarden). Daarom verwijzen huisartsen liever door naar een ziekenhuis of een revalidatiecentrum, zodat een specialist de diagnose kan stellen en een zorgtraject kan aanvragen. Ze geven het liever uit handen om te voorkomen dat ze de verkeerde diagnose stellen of bepaalde complicaties over het hoofd zien.

Een bijkomende moeilijkheid ten opzichte van de andere zorgtrajecten is het feit dat de diagnose long-COVID-19 pas gesteld kan worden na uitsluiting van alle andere mogelijkheden (exclusiediagnose). Pas na alle onderzoeken en bij gebrek aan evidentie voor een ander probleem of pathologie, valt de patiënt onder de noemer long-COVID-19, een restgroep (*“een vuilbak”*). Deze restgroep is bovendien zeer complex, omdat de klachten niet te reduceren zijn tot één domein/orgaanstelsel en kunnen variëren van patiënt tot patiënt.

*“Het is te flou”* (huisarts, NL)

*“Ik zou eerder doorverwijzen naar een pneumoloog of cardioloog om mogelijke complicaties uit te sluiten in plaats van zelf de aanmelding te doen”* (huisarts, NL)

*“C’est tout flou”* (huisarts, FR)

*“Je ne connais pas les critères et les paramètres objectifs pour le diagnostic. Les plaintes sont trop vagues : les symptômes sont-ils le résultat du COVID ou s’agit-il de comorbidités? De plus, la fatigue est un critère plutôt subjectif”* (huisarts, FR)

*“Cela me semble plutôt des critères d’exclusion, si l’on ne peut pas poser un autre diagnostic, le grand groupe de problèmes résiduels. Cela contraste avec d’autres trajets tels que le diabète et l’IRC, où les critères sont très clairs et peuvent être évalués objectivement”* (huisarts, FR)

De **nomenclatuurnummers** zijn niet duidelijk en de verzekeringsinstellingen zijn, volgens de deelnemers, hiervan onvoldoende op de hoogte. De kinesitherapeuten wijzen op een gebrekkige afstemming tussen het zorgtraject/de nomenclatuur en de richtlijnen wat betreft de duur van een

behandeling. De richtlijn schrijft een kinesitheriesessie voor van 50 à 60 minuten, terwijl de nomenclatuur een sessie van 30 minuten tarifeert. De problematiek is complex, alles vraagt meer tijd, soms moet de patiënt tijdens een sessie even op adem komen en er wordt vaak manueel gewerkt waardoor kinesitherapeuten vinden dat een behandeling van 30 minuten te kort is. De psychologen melden tenslotte dat zij geen apart nomenclatuurnummer hebben binnen het zorgtraject.

Alle deelnemers vinden het belangrijk dat het zorgtraject **flexibel** kan blijven zoals het nu is gezien het zorgtraject vertrekt van de noden en behoeften van de patiënt. Dit vereist echter dat iedereen de noden en behoeften van patiënten correct kan inschatten en de symptomen kan (h)erkennen. Dat is echter niet altijd het geval. Verder moet de behandeling en het aantal sessies per zorgverlener afgestemd zijn op de draagkracht van de patiënt. Sommige zorgverleners verminderen soms het aantal sessies wanneer ze merken dat de patiënt veel behandelingen per week heeft. Soms hebben patiënten 4 tot 5 behandelafspraken per week, wat voor patiënten doorgaans (te) intensief is en uitputtend is.

De suggesties van de deelnemers om beter met deze ziektespecifieke aspecten om te gaan zijn terug te vinden in Tabel 3.

Tabel 3: Verbetersuggesties van de deelnemers bij de ziektespecifieke moeilijkheden

Suggesties ziektespecifieke factoren	
Diagnose en criteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer meetbare en duidelijke criteria voor diagnose en inclusie in het zorgtraject</li> <li>- De mogelijkheid om advies in te roepen bij een specialist voor het stellen van de diagnose.</li> </ul>
Nomenclatuurnummers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder verschillende codes.</li> <li>- Een betere afstemming van het zorgtraject op de richtlijnen (zie verder bij de <a href="#">taken van de kinesist</a>).</li> <li>- Apart nomenclatuurnummer voor psychologen.</li> </ul>
Flexibiliteit/individueel aanpasbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen vaste flow/structuur.</li> <li>- Afstemming op de draagkracht, noden en behoeften van de patiënt.</li> </ul>



### 3.3.1.4. Zorgverlener afhankelijke factoren

Hoewel sommige huisartsen voorstander zijn van zorgtrajecten, lokt het bij enkele huisartsen ook wrevel op. Huisartsen hebben de **opvatting** dat het zorgtraject meer tijd en werk vraagt ten opzichte van de reguliere zorg. Ze vinden het niet steeds een meerwaarde en het lokt een negatieve **attitude** uit ten opzichte van zorgtrajecten in het algemeen. Bovendien vinden sommige artsen het moeilijk om ‘een etiket’ te plakken op hun patiënt. Hoewel dit ‘etiket’ bepaalde voordelen met zich meebrengt, zijn er ook nadelen aan verbonden. Huisartsen geloven dat dit etiket sommige patiënten het gevoel kan geven dat ze niet van hun klachten verlost zullen geraken waardoor ze minder gemotiveerd zullen zijn om actief mee te werken tijdens de behandelingen. Ze schrijven daarom niet graag een zorgtraject uit voor een patiënt en ze gaan er ook van uit dat vele patiënten niet voldoende therapietrouw blijven. Veel huisartsen hebben op hun beurt twijfels over het bestaan van long-COVID-19 als aparte en chronische pathologie.

*“Ik vind het moeilijk om zelf een etiket te plakken op een patiënt en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn, zoals arbeidsongeschiktheid, verminderde motivatie of het gevoel dat ze nooit uit hun klachten zullen uitkomen” (huisarts, NL)*

*“N'est-il pas trop tôt pour parler d'une maladie chronique?” (huisarts, FR)*

*“Est-ce la même chose que d'autres maladies chroniques telles que l'IRC ou le diabète?” (huisarts, FR)*

De deelnemers **verwachten** dat de implementatie van een zorgtraject tijdig moet plaatsvinden tijdens het piekmoment en niet achteraf. In hun ogen is het zorgtraject te laat van start gegaan, namelijk op het moment dat het aantal klachten aan het afnemen waren. Indien een zorgtraject vroeger geïntroduceerd zou worden, zouden meer patiënten er gebruik van kunnen maken en zouden huisartsen hun behandeling en adviezen niet meermaals moeten wijzigen. Een deel van de deelnemers verwacht tevens dat long-COVID-19 niet chronisch van aard is, maar eindig en zichzelf oplost of zal uitdoven na verloop van tijd.

*“Ik heb het gevoel dat het zorgtraject te laat was. Ik heb eerst mijn patiënten ‘wandelen gestuurd’, gezegd dat ze moeten uitzielen; daarna doorverwezen naar het ziekenhuis; en vervolgens zou ik weer mijn advies moeten veranderen bij de introductie van het zorgtraject? Hoe krijg je een patiënt dan nog mee in dit verhaal?!” (huisarts, NL)*

*“Het lijkt uit te doven, net zoals bij andere virale aandoeningen” (huisarts, NL)*

*“Le pire est passé, nous sommes à la fin de la période COVID” (huisarts, FR)*

Tenslotte halen huisartsen aan dat ze vaak bijkomende taken verrichten waarvoor ze geen **vergoeding** krijgen. Zo geven ze vaak advies via de telefoon of mail en nemen ze deel aan overlegmomenten. Het gebrek aan vergoeding hiervoor komt bij sommige huisartsen als respectloos over.

Verder melden alle deelnemers dat de vergoeding voor de zorgcoördinator niet overeenstemt met de geïnvesteerde tijd en inspanningen. De zorgcoördinator vervult meerdere taken (zie verder bij '[de zorgcoördinator](#)') bijkomend aan hun gewone zorgtaken. De beperkte vergoeding maakt de rol van zorgcoördinator minder aantrekkelijk voor vele deelnemers. De ergotherapeuten geven aan dat ze de coördinerende functie vaak zien als een onderdeel van hun beroep en dat ze nu een bijkomende erkenning en vergoeding voor krijgen (zie verder de [taken van de ergotherapeut](#)).

*“De rol van zorgcoördinator is heel tijdsintensief. Je moet achter andere zorgverleners aanzitten, maar daar word je niet (voldoende) voor vergoed. Dit is de reden waarom ik deze rol niet opneem”*  
(psycholoog, NL)

De suggesties van de deelnemers om de barrières die te maken hebben met de zorgverlener te verminderen zijn terug te vinden in Tabel 4.

Tabel 4: Verbetersuggesties van de deelnemers bij de zorgverlener afhankelijke factor

Suggesties zorgverlener afhankelijke factoren	
Attitude en opvattingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correcte informatieverspreiding die wetenschappelijk onderbouwd is.</li> <li>- Communiceren van good practices.</li> </ul>
Verwachtingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tijdige introductie van zorgtrajecten.</li> </ul>
Financiële incentives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergoeding voorzien voor overlegmomenten, telefonische raadplegingen en digitale consultaties.</li> <li>- Hogere vergoeding voor de rol van zorgcoördinator.</li> </ul>

### 3.3.1.5. Administratie

De administratie, die onderdeel uitmaakt van het aanmeldingssysteem, is voor alle huisartsen uit de focusgroepen **te complex en te tijdrovend**. Huisartsen wensen bijkomende ondersteuning, bijvoorbeeld van een coach/coördinator. Alle deelnemers klagen over de hoeveelheid administratie en papierwerk. Ze zouden liever minder administratie hebben en meer tijd investeren in de behandeling en de begeleiding van hun patiënten. Toch is een kleine minderheid iets positiever over de hoeveelheid administratie. Zo meldt een huisarts dat, eenmaal hij alle informatie had opgezocht over het zorgtraject long-COVID, de aanmelding vlotter verliep dan bij de andere zorgtrajecten. Het omvatte minder papierwerk.

*“Een rompslomp” (huisarts, NL)*

*“Ik zie het niet zitten om hiermee te beginnen” (huisarts, NL)*

*“Moeilijk om te beginnen, met wie maak ik het contract, hoe komt het terecht?” (huisarts, NL)*

*“Nous ne savons pas quels documents sont nécessaires, à qui s'adresser, quels formulaires remplir et mettre en ordre pour cela, quelles sont les méthodes de remboursement disponibles ...” (huisarts, FR)*

*“Je me perds dans l'administration” (huisarts, FR)*

Er zijn verschillende drempels om patiënten in zorgtraject in te schrijven. Vooreerst bevatten de meeste EMD-pakketten voor huisartsen geen gecodeerde diagnose voor long-covid. Men kan dus de patiënten niet eenvoudig diagnosticeren. Stel dat men een aantal patiënten diagnosticeerde kan dat onder verschillende ‘vrije tekst’ benamingen zijn. In elk geval zijn de patiënten niet meer traceerbaar als men ze zou willen in kaart brengen om te evalueren wie in aanmerking zou komen voor het zorgtraject. De huisartsen krijgen momenteel geen meldingen of pop-up wanneer een patiënt in aanmerking komt voor het zorgtraject long-COVID. Dit is echter wel het geval bij de andere pathologieën en zorgtrajecten. Evenmin bestaat er in de EMD's een manier om automatisch een zorgtraject te initiëren via het elektronisch medisch patiëntendossier (EMD); dit kan bijvoorbeeld gemakkelijk door een eForm formulier te voorzien. (Dit gebeurde bijvoorbeeld wel voor de aanvraag van een covid-test bij het begin van de epidemie.) Er is geen **automatisatie** en geen digitale tool die duidelijk maakt welke stappen genomen moeten worden. Met andere woorden het houvast ontbreekt.

Eenmaal huisartsen bovenstaande moeilijkheden hebben overwonnen en tot een aanmelding zijn overgegaan, ontvangen ze nadien geen **feedback** over de activatie van het traject. Dit in tegenstelling tot de andere zorgtrajecten, zoals diabetes of CNI, waar huisartsen wel in het dossier van hun patiënt kunnen zien of de patiënt geïncludeerd is in het zorgtraject.

*“eForm kan een hulpmiddel zijn, maar dit is geen volledige oplossing” (huisarts, NL)*

Niet alle zorgverleners hebben allemaal even veel inzage in het patiëntendossier. Bovendien zit niet iedereen op hetzelfde platform. Dit maakt het uitwisselen van informatie over patiënten minder gemakkelijk omwille van GDPR. Zorgverleners verliezen hierdoor tijd, omdat ze eerst de huisarts of een andere zorgverlener moeten contacteren (telefonisch) voor meer informatie. Er is weinig

**transparantie** en een beperkte afstemming tussen zorgverleners en op de noden/behoefte van de patiënt. Het gebrek aan openheid maakt het extra moeilijk wanneer de deelnemers geen deel uitmaken van hetzelfde (interne) team.

Zonder een lokaal platform is de informatie over de patiënt minder **gecentraliseerd**. Centralisatie van de zorg is volgens de deelnemers een meerwaarde. Patiënten zitten immers met veel vragen, maar worden niet geholpen en vinden te weinig antwoorden. Enerzijds omdat niet alle deelnemers even goed op de hoogte zijn. Anderzijds omdat er geen specialisten zijn op vlak van long-COVID-19. De patiënt gaat 'shoppen' van de ene zorgverlener naar de andere, op zoek naar antwoorden, en niemand is ten volle op de hoogte van de resultaten en de afspraken bij andere zorgverleners, omdat deze informatie niet gecentraliseerd wordt.

De suggesties van de deelnemers om de administratieve barrières aan te pakken zijn terug te vinden in Tabel 5.

Tabel 5: Verbetersuggesties van de deelnemers bij de factor 'administratie'

Suggesties administratie	
Complexiteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vereenvoudigde administratie.</li> <li>- Ondersteunende coach/coördinator.</li> </ul>
Feedback, terugkoppeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer feedback naar de huisartsen over de aanmelding en de activatie van het zorgtraject.</li> <li>- Terugkoppeling van zorgverleners naar de huisarts.</li> </ul>
Digitalisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gecodeerde diagnoseregels</li> <li>- Een eenvoudige elektronische tool die de vertaalslag vormt tussen de richtlijnen van het zorgtraject met informatie over de te nemen stappen binnen het zorgtraject.</li> <li>- Automatiseren van de aanmelding in een centraal systeem met 'pop-up' meldingen binnen Care Connect</li> <li>- eForms ter ondersteuning.</li> </ul>
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inzage in het patiëntendossier voor alle betrokken zorgverleners</li> <li>- Gemeenschappelijk GDPR-proof platform.</li> </ul>
Lokaal netwerk/platform	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een vast lokaal multidisciplinair team/netwerk.</li> <li>- Centralisatie van zorg: alle gegevens over de patiënt centraal coördineren</li> </ul>

### 3.3.2. Het proces van het zorgtraject: van de aanmelding tot het verdere verloop

In dit deel geven we een overzicht van het zorgtraject zelf. We bespreken de taken van de verschillende zorgverleners en hun ervaringen uit de praktijk, we bekijken de multidisciplinaire samenwerking en de rol van de zorgcoördinator. We sluiten dit deel af met een tabel dat een overzicht geeft van de taken per zorgverlener.

#### 3.3.2.1. Taken van de deelnemers en de feedback uit de praktijk

##### De huisartsen

Huisartsen zijn voor patiënten normaal de eerste contactpersoon bij gezondheidsklachten. Binnen het zorgtraject stelt de huisarts de diagnose, registreert de pseudocode en activeert het traject. Verder bepaalt de huisarts, op basis van de klachten van de patiënt, of het traject eerder mono- of multidisciplinair zal verlopen. Ze zorgen voor de doorverwijzingen naar de andere disciplines. Huisartsen melden echter dat ze niet steeds weten naar wie ze moeten doorverwijzen (zie [inhoudelijke informatie](#)).

Tijdens het traject volgt de huisarts de vorderingen van de patiënt op, maar de tijd ontbreekt voor overleg met andere zorgverleners. Uit de focusgroepen blijkt verder dat niet alle huisartsen hun patiënt actief opvolgen. Sommigen gaan er van uit dat, indien ze niets horen (en dat was bijna altijd het geval), er ook geen problemen zijn. Overleg, zoals voorzien in het zorgtraject, vond bijna nooit plaats.

De meeste huisartsen nemen minder vaak contact op met andere zorgverleners om informatie over de patiënt op te vragen of uit te wisselen. Ze krijgen graag een terugkoppeling door de zorgverleners over het verloop van de behandeling na doorverwijzing.

##### De kinesitherapeuten

Kinesitherapeuten krijgen patiënten doorverwezen via de huisarts. De behandeling is vaak symptomatisch en op basis van eigen expertise en aanvoelen. Kinesitherapeuten hebben niet altijd inzage in alle onderzoeksresultaten. Hierdoor moeten ze vaak extra contact opnemen met de huisarts voor bijkomende informatie.

Kinesitherapeuten tarifieren hun tussenkomst via de codes uit de nomenclatuur. Hier botsen ze op een discrepantie tussen het zorgtraject (nomenclatuur) en de richtlijnen wat betreft de duur van een sessie (30 minuten versus 50 à 60 minuten) (zie [ziektespecifieke factoren](#)).

Gedurende het traject melden de kinesitherapeuten tenslotte dat ze informatie missen van de huisarts. De richtlijn vraagt regelmatig overleg met alle zorgverleners samen, maar een gemeenschappelijk overlegmoment is niet evident. Niet alle kinesitherapeuten zijn bovendien voorstander van regelmatig multidisciplinair overleg.

Geen van de deelnemende kinesitherapeuten nam de rol van zorgcoördinator op zich.

### De ergotherapeuten

Ergotherapeuten krijgen patiënten doorverwezen via de huisarts, maar de doorverwijzing vindt, volgens hen, niet altijd (tijdig) plaats. Ergotherapeuten halen tijdens de focusgroepen aan dat niet alle disciplines op de hoogte zijn over wat hun functie exact is en hun meerwaarde binnen het zorgtraject.

Aangezien ergotherapeuten bij de patiënt thuis langs kunnen gaan voor hun consultaties, kunnen ze de volledige context van de patiënt in kaart te brengen. De focus van de ergotherapeut ligt op het verbeteren van de algemene dagelijkse levensverrichtingen om stap voor stap de patiënt terug te activeren en zelfredzaam te maken in het leven. De aanpak is heel praktisch en afgestemd op de noden en behoeften van de patiënt op dat moment. De ergotherapeuten die betrokken waren in een zorgtraject wisselen regelmatig informatie uit met de andere zorgverleners om onderling af te stemmen (telefonisch of per mail).

Ergotherapeuten halen aan dat ze geen toegang hebben tot het patiëntendossier, hierdoor moeten ze alle informatie actief opvragen bij de andere zorgverleners.

Tijdens de focusgroepen blijkt dat ergotherapeuten regelmatig de rol van zorgcoördinator op zich nemen. Voor hen is dit een erkenning van hun beroep (zie [zorgcoördinator](#)).

### De psychologen

De psychologen krijgen patiënten doorverwezen via de huisarts. Niet alle psychologen hebben inzage in het patiëntendossier en moeten bijkomend contact opnemen met de huisarts om de situatie van de patiënt beter te kunnen begrijpen. Hierdoor hebben ze nood aan meer informatie. Psychologen melden wel dat ze doorgaans een goed contact hebben met de huisartsen.

Psychologen in de focusgroepen maken een beknopt verslag van hun tussenkomst en versturen deze naar de huisartsen. Het verslag is vrij summier vanwege het beroepsgeheim. Dit beeld is wellicht gebiased door de aanwezigheid van gemotiveerde psychologen in de focusgroepen. Huisartsen melden van hun kant zelden of nooit feedback te krijgen van psychologen. Tijdens de focusgroepen melden de psychologen dat ze het jammer vinden dat ze zelf geen input of feedback terug krijgen van de huisarts.

Psychologen zijn vaak overbevraagd en vinden het moeilijk om een moment te vinden voor gemeenschappelijk overleg. De bevroegde psychologen vinden dat het aantal overlegmomenten elkaar te snel opvolgen. Een psychologisch behandelingstraject vraagt meer tijd, waardoor ze niet altijd kunnen bijdragen op korte termijn. De meeste psychologen uit de focusgroepen vonden een kort telefonisch overleg efficiënter dan een multidisciplinair overleg met iedereen samen. Ze vinden een multidisciplinair overleg wel een meerwaarde in het begin en op het einde van het traject.

Psychologen nemen niet vaak de rol van zorgcoördinator op zich.

#### De diëtisten

Theoretisch krijgen de diëtisten patiënten doorverwezen via de huisarts maar de bevroegde diëtisten laten weten dat niet alle huisartsen naar hen doorverwijzen. Ze hebben het gevoel dat de link tussen voeding en long-COVID-19 niet altijd even duidelijk is voor de huisarts.

Niet alle diëtisten hebben voldoende inzage in het patiëntendossier en dus moeten vaak contact opnemen met de huisarts om de situatie van de patiënt beter te kunnen begrijpen. Ze hebben nood aan bijkomende informatie..

Diëtisten maken een samenvattend verslag van hun tussenkomst en versturen deze naar de huisartsen. Tijdens de focusgroepen melden de diëtisten dat ze zelf weinig input of feedback krijgen van de huisarts. Het contact met de huisarts is vaak eenzijdig. Dit in tegenstelling tot andere pathologieën zoals diabetes of obesitas, waar er een veel vlotter contact is tussen de huisartsen en de diëtisten.

Geen van de deelnemende diëtisten nam de taak van zorgcoördinator op zich. Ze zijn wel tevreden over de ergotherapeuten die die de rol van coördinator op zich nemen.

#### De logopedisten

Aangezien er geen logopedisten hebben deelgenomen aan de focusgroepen, hebben we geen gegevens kunnen verzamelen over de taken die zij op zich nemen binnen dit zorgtraject en hoe ze dit ervaren.

#### *3.3.2.2. De multidisciplinaire samenwerking*

Een multidisciplinair zorgtraject vraagt samenwerking en afstemming tussen de verschillende disciplines. Door het ontbreken van doorverwijslijsten, van expertise in long-COVID-19, van wetenschappelijke evidentie en van een gemeenschappelijk platform voor long-COVID-19, verloopt de

samenwerking en de onderlinge afstemming moeizamer dan bij andere zorgtrajecten, aldus de mening van de deelnemers.

Het doel van een multidisciplinair overleg is het bespreken van de gezondheidstoestand van de patiënt en de onderlinge afstemming tussen de deelnemers. In de richtlijn wordt aangegeven dat patiënten best deel uitmaken van dit overleg. Het inplannen van dit overleg verloopt echter niet vlot en neemt veel tijd in beslag (zie de [zorgcoördinator](#)). Dit maakt dat niet iedereen even positief staat tegenover een gemeenschappelijk teamoverleg. Zo zien niet alle huisartsen de meerwaarde hiervan in. Toch merken sommige deelnemers dat er een verschil is in mentaliteit tussen de jongere generatie huisartsen en de oudere generatie huisartsen. Deze laatste staan vaak minder open voor multidisciplinair overleg. Verder staan huisartsen met een holistische kijk meer open voor een multidisciplinaire samenwerking.

Tenslotte zijn niet alle deelnemers ervan overtuigd dat er om de drie maanden overleg moet plaatsvinden. Een behandeling bij de psycholoog verloopt veel rustiger/trager waardoor ze minder kunnen bijdragen aan een overleg op korte termijn. Huisartsen, kinesitherapeuten en psychologen zien op tegen multidisciplinair overleg. Het is zeer tijdsconsuming, vaak gaat het dan over één patiënt en de inbreng van elk individuele zorgverstreker is beperkt. De meeste zorgverstrekkers vinden dat een telefonische 1-op-1 afstemming vaak de voorkeur heeft boven een gezamenlijk teamoverleg: het is efficiënter. Ergotherapeuten daarentegen zijn wel van mening dat een teamoverleg om de drie maanden een meerwaarde vormt.

*“Gewoon even bellen (1 op 1) gaat vaak veel sneller” (huisarts, NL + psycholoog, NL)*

*“Un simple appel est souvent plus rapide” (kinesitherapeut, FR)*

*“S'il y a quelque chose, je l'apprendrai, sinon ce n'est pas la peine” (huisarts, FR)*

### 3.3.2.3. De zorgcoördinator

Op de website van het RIZIV/INAMI wordt beknopt omschreven wat de taken zijn van een zorgcoördinator eenmaal een patiënt in een multidisciplinair long-COVID traject terechtkomt. We kunnen de volgende taken expliciet terugvinden (RIZIV, 2023):

- *“De zorgcoördinator helpt de patiënt met de organisatie, communicatie, planning, verwijzing, afspraken van de patiënt met de verschillende zorgverleners.”*
- *“De zorgcoördinator beluistert de wensen van de patiënt en welke gepersonaliseerde doelstellingen deze wilt behalen.”*



- *“De zorgcoördinator maakt een verslag op na overleg tussen de verschillende zorgverleners.”*
- *“De zorgcoördinator is verantwoordelijk dat de patiënt beschikt over alle informatie (behandelplan, teamoverleg, doelstellingen ...).”*

Deze omschrijving is vrij algemeen uitgewerkt en weinig concreet/praktijkgericht volgens de deelnemers. Uit de verschillende focusgroepen blijkt dat het voornamelijk de ergotherapeuten zijn die (spontaan) deze rol en taken op zich nemen. Ze zijn het vanuit hun opleiding en beroepshalve gewoon om informatie zelf op te zoeken en een professioneel netwerk uit te bouwen rond de patiënt. Ze maken een samenvattend overzicht van al hun verzamelde informatie over long-COVID-19 en het zorgtraject. Dit delen ze met andere zorgverleners en de patiënt en ze gaan met de patiënt op zoek naar gepaste zorgverleners die mee ingeschakeld worden in het traject. Ergotherapeuten zijn dan ook grote voorstanders van regelmatig multidisciplinair overleg en open communicatie, ook met de patiënt erbij. Ze hebben een intensief contact met de patiënt en houden rekening met alle persoonlijke en contextfactoren die van invloed kunnen zijn. Ze gaan na of alle voorgeschreven behandelingen de draagkracht van de patiënt niet overschrijden. Ze overleggen vaak 1-op-1 om persoonlijk af te stemmen, maar ook via een multidisciplinair teamoverleg. Ze maken Doodles op om een gemeenschappelijk vergadermoment te vinden, ze stimuleren andere zorgverleners om aanwezig te zijn en ze zorgen voor een efficiënt verloop van het (digitaal) overleg. Vaak nodigen ze de patiënt mee uit. Naderhand maken ze een verslag dat ze versturen naar de patiënt en de andere zorgverleners. Bovenstaande (ideale) wereld is geformuleerd op basis van enkele geëngageerde ergotherapeuten. De bovenstaande gang van zaken is, als we de ervaringen van alle zorgverleners samen leggen, meer uitzondering dan regel. De meeste huisartsen hebben geen probleem om de rol van zorgcoördinator af te staan, maar zijn wel van mening dat zij de voornaamste contactpersoon blijven, omdat ze centraal het patiëntendossier beheren. Ze wensen daarom van alle zorgverleners een verslag en advies bij afloop van de voorgeschreven behandelsessies.

De zorgcoördinatoren melden dat het niet evident is om alle deelnemers snel samen te brengen voor overleg. Dit komt omdat de agenda's van de verschillende zorgverleners niet op elkaar zijn afgestemd. Vooral huisartsen zijn vaak druk bezet en overbevraagd, waardoor ze minder goed bereikbaar zijn voor de andere deelnemers.

Dit alles toont dat de taken van een zorgcoördinator intensief zijn. Het vraagt meer tijd en moeite dan de beknopte omschrijving in het Koninklijk Besluit en de website van RIZIV/INAMI. Volgens de deelnemers is de beschikbare vergoeding niet in balans met de genomen inspanningen van de zorgcoördinator



Taken	Huisarts	Kinesist	Ergotherapeut	Psycholoog	Diëtist
<b>Intake/verkennd gesprek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patiënt komt spontaan of na doorverwijzing van andere zorgverlener</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patiënt komt spontaan of na doorverwijzing van huisarts</li> <li>- eerste gesprek duurt langer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patiënt komt spontaan of na doorverwijzing van huisarts</li> <li>- consultatie bij de patiënt thuis</li> <li>- eerste gesprek duurt langer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patiënt komt spontaan of na doorverwijzing van huisarts</li> <li>- eerste gesprek duurt langer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patiënt komt spontaan of na doorverwijzing van huisarts</li> <li>- eerste gesprek duurt langer</li> </ul>
<b>Bevragen van klachten, noden, behoeften</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (h)erkennen de symptomen niet altijd, moeilijk om diagnose te stellen vanwege vage criteria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doorvragen over vermoeidheids-, motorische en ademhalingsklachten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doorvragen over veranderingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen, in kaart brengen van alle interne en externe beïnvloedende factoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doorvragen over persoonlijke situatie, concentratieproblemen en mentale welzijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doorvragen over voedingsklachten en vermoeidheid</li> </ul>
<b>Opstellen behandelplan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gebaseerd op eigen expertise/aanvoelen</li> <li>- niet voldoende wetenschappelijk onderbouwd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gebaseerd op eigen expertise/aanvoelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gebaseerd op eigen expertise/aanvoelen</li> <li>- prioriteiten opstellen samen met patiënt en andere zorgverleners</li> <li>- behandelplan is flexibel en aanpasbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gebaseerd op eigen expertise/aanvoelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gebaseerd op eigen expertise/aanvoelen</li> </ul>
<b>Administratie na eerste consultatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ingeven pseudocodes</li> <li>- aanvraag zorgtraject</li> <li>- opzoeken van bijkomende informatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tariferen volgens nomenclatuur</li> <li>- opzoeken van bijkomende informatie</li> <li>- informatie opvragen bij huisarts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opzoeken van bijkomende informatie</li> <li>- samenvatten van verworven informatie</li> <li>- netwerk uitbouwen rond de patiënt</li> <li>- kennisdeling/informatie opvragen met andere zorgverleners over de patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opzoeken van bijkomende informatie</li> <li>- informatie opvragen bij huisarts/mutualiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opzoeken van bijkomende informatie</li> <li>- informatie opvragen bij huisarts/mutualiteit</li> </ul>

Taken	Huisarts	Kinesist	Ergotherapeut	Psycholoog	Diëtist
<b>Opvolging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geen feedback over aanmelding</li> <li>- onvoldoende extra tijd per consultatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 - 3 sessies per week</li> <li>- sessies duren doorgaans 50 tot 60 minuten</li> <li>- afstemming op noden, behoeften en draagkracht van de patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opvolging bij patiënt thuis</li> <li>- frequente opvolging, heel intensief</li> <li>- afstemming op noden, behoeften en draagkracht van de patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- traject verloopt trager en duurt langer</li> <li>- afstemming op noden, behoeften en draagkracht van de patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal sessies is afhankelijk van noden/behoeften van de patiënt</li> </ul>
<b>Overleg en informatie-uitwisseling team</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- weinig tijd voor teamoverleg</li> <li>- voorkeur kort telefonisch 1-op-1 contact</li> <li>- enkel contact indien het echt noodzakelijk is</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- weinig tijd voor teamoverleg</li> <li>- voorkeur kort telefonisch 1-op-1 contact</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- combinatie van 1-op-1 contact en teamoverleg</li> <li>- delen van kennis en informatie over long-COVID en het zorgtraject</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- weinig tijd voor teamoverleg</li> <li>- voorkeur kort telefonisch 1-op-1 contact</li> <li>- weinig bij te dragen aan teamoverleg op korte termijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- combinatie van 1-op-1 contact en teamoverleg</li> </ul>

Tabel 6: Samenvattend overzicht van taken binnen het zorgtraject per beroepsgroep

### 3.3.3. Uitkomsten van het zorgtraject

Het zorgtraject heeft verschillende effecten, dit zowel op de patiënt die geïncludeerd is tot het zorgtraject; de betrokken zorgverleners; alsook op de maatschappij in het algemeen. In dit rapport bespreken we de effecten van het zorgtraject die **gepercipieerd** worden door de deelnemers. Het gaat om hun mening, inzichten en ervaringen en niet over bewezen objectieve feiten, noch de rechtstreekse mening/feedback van de patiënten zelf.

#### 3.3.3.1. Effecten van het zorgtraject op de patiënt

##### Positieve effecten

Aangezien artsen relatief zelden feedback kregen of geen zicht hebben op de follow-up is het effect op de patiënt van het zorgtraject niet duidelijk. Sommige deelnemers zijn van mening dat hun patiënten het multidisciplinair zorgtraject als een meerwaarde ervaren. Volgens hen voelen de patiënten zich meer gesteund en meer **gehoord**. Ze zouden het overleg appreciëren tussen de verschillende disciplines waardoor er vooruitgang komt in hun **herstel**. De compliance ligt volgens de deelnemers hoger. De deelnemers, ergotherapeuten in het bijzonder, zijn van mening dat een multidisciplinair zorgtraject zou leiden tot een beter begrip bij de patiënt over zijn/haar gezondheidstoestand indien ze kunnen deelnemen aan het multidisciplinair teamoverleg. Dit zou hun **ziekte-inzicht** verbeteren. Sommige deelnemers merken op dat hun patiënt het gemakkelijk vindt om zijn/haar verhaal niet steeds opnieuw te moeten vertellen en geen tussenpersoon te moeten zijn tussen de verschillende zorgverleners.

Tenslotte melden alle deelnemers dat de terugbetaling van de verleende zorg zeer belangrijk is voor hun patiënten om de situatie **financieel draaglijk** te houden. Het zou leiden tot minder zorgen en meer psychische geruststelling bij patiënten.

*“Mijn patiënten hebben het gevoel dat er een team achter hen staat, geen aparte eilandjes meer, maar een geheel” (ergotherapeut, NL)*

##### Aandachtspunten

Sommige deelnemers maken de bedenking dat er steeds rekening moet gehouden worden met de **gezondheidsvaardigheden en de geletterdheid** van patiënten. Patiënten begrijpen niet steeds de officiële terminologie. Het taalgebruik moet beter afgestemd worden.

Verder zijn de meeste deelnemers van mening dat patiënten een actievere rol mogen spelen in het zorgtraject. Daarom is het volgens de deelnemers belangrijk dat patiënten voldoende op de hoogte

zijn over hun gezondheidstoestand en het verloop van het zorgtraject. Aangezien huisartsen slechts een kwartier per consultatie hebben, kunnen ze niet altijd ingaan op vragen en **educatie** geven, daarom nemen sommige andere deelnemers deze taak op zich. Dit gebeurt eerder op vrijwillige basis, zonder voorafgaand overleg.

Franstalige huisartsen melden daarentegen dat hun patiënten vaak beter geïnformeerd zijn dan zichzelf. Hun patiënten vragen actief naar het zorgtraject. De huisartsen wijzen hier wel op een **valkuil**: minder mondige patiënten of patiënten die niet geloven in long-COVID-19, gaan niet actief vragen naar het zorgtraject en lopen de kans minder aangemeld/doorverwezen te worden.

Tijdens de focusgroepen werd meermaals gemeld dat de **terugbetalingen** voor de patiënten niet altijd even vlot verlopen. Voor sommige patiënten die op invaliditeit staan, kan dit voor financiële moeilijkheden zorgen. Verder begrijpen sommige deelnemers niet waarom long-COVID patiënten een financiële tegemoetkoming krijgen via het zorgtraject, maar andere pathologieën niet (CVS, fybromyalgie, burn-out ...).

*“Parfois, il faut être créative et voir dans quel parcours de soins le patient est le mieux inscrit en fonction de ses problèmes et du nombre de séances remboursées” (kinesitherapeut, FR)*

### 3.3.3.2. Effecten van het zorgtraject op de zorgverleners

#### Positieve effecten

Tijdens de verschillende focusgroepen bleek dat alle deelnemers het er in principe over eens zijn dat een multidisciplinaire **samenwerking** een meerwaarde kan zijn: een patiënt is immers meer dan een optelsom van losse delen en een behandeling binnen het ene domein versterkt vaak een behandeling op een ander domein.

Hoewel niet iedere zorgverlener voldoende op de hoogte is over de **rol en functie van bepaalde andere disciplines**, leren ze elkaar via het multidisciplinair zorgtraject beter kennen op professioneel vlak. Denk daarbij aan de rol van ergotherapeuten die voor sommige deelnemers in het begin minder bekend was, maar dankzij de multidisciplinaire samenwerking is de kennis hierover verbeterd.

#### Aandachtspunten

Meerdere zorgverleners wijzen erop dat men ‘zuinig’ moet zijn met zorgtrajecten. Een zorgtraject kan nuttig zijn maar vraagt veel inzet van en extra werk. Meer generieke zorgtrajecten zijn aangewezen. In casu: mensen met chronische vage klachten zoals vermoeidheid.

Om correct te kunnen doorverwijzen en samen te werken, is het belangrijk dat alle zorgverleners voldoende **op de hoogte zijn over ieders functie** en meerwaarde. Ze moeten weten ‘bij wie’ de patiënt terecht kan ‘waarvoor’. Uit de focusgroepen blijkt bijvoorbeeld dat niet iedereen voldoende weet wat de jobinhoud van de ergotherapeut inhoudt en wat hun meerwaarde is in de behandeling van de klachten van de patiënt. De bevroegde ergotherapeuten melden dat sommige huisartsen niet direct doorverwijzen naar hun discipline, waardoor sommige ergotherapeuten pas laat in het zorgtraject instromen. Huisartsen zijn voorstander van multidisciplinaire LOKs met accreditatiepunten. Zo kunnen ze ervaringen uitwisselen en de verschillende disciplines beter leren kennen.

Sommige deelnemers melden tijdens de focusgroepen dat niet iedereen even goed op de hoogte is over de pathologie en de behandeling van long-COVID-19. De gespecialiseerde kennis blijft eerder schaars tot soms onbestaande. Net daarom is het belangrijk dat **kennis gedeeld** wordt onder de zorgverleners en van hoger af (RIZIV/INAMI, beroepsverenigingen ...). Zorgverleners op de hoogte brengen van ‘good practices’ kan daarbij een mogelijke strategie zijn. Er mag ook meer kennis gedeeld worden binnen het team.

### *3.3.3.3. Effecten van het zorgtraject op de maatschappij*

#### Positieve effecten

Er bestaat bij de zorgverstrekkers theoretisch geen weerstand tegen een zorgtraject. De meesten zien de voordelen ervan in: een multidisciplinair zorgtraject waarbij er regelmatig overleg en afstemming is tussen de verschillende disciplines heeft als voordeel dat de aangeboden zorg beter afgestemd is op de patiënt en op elkaar. Zorgverleners kunnen overleggen over wie welke taken en klachten op zich neemt. Op die manier is er geen dubbele zorg en verloopt de behandeling **efficiënter**. Maar toch is er terughoudendheid omwille van de overlast qua administratie en overlegtijd. Bij nieuwe zorgtrajecten moeten de voor en nadelen afgewogen worden en goed toegezien worden om alle stappen efficiënt te laten verlopen (van intake, over doorverwijzing, manier van overleg en feedback). Tevens moet een zorgtraject generiek zijn, zo kan het een meerwaarde zijn bij complexe chronische problematieken zoals CVS, fybromyalgie, chronische pijn, maar ook verslaving, eetstoornissen, neurologische en geriatrische patiënten, of bij ontslag uit het ziekenhuis na een acute fase en bij kwetsbare patiënten met een beperkt sociaal vangnet. De deelnemers zeggen dat het multidisciplinair zorgtraject intensief is voor hen en de patiënten, maar dat er positieve effecten zijn.

De meeste deelnemers zijn het eens dat een zorgtraject in de eerste lijn efficiënter kan verlopen, het voorbeeld is dan palliatieve zorg dat relatief eenvoudig is van concept. In dat geval is het goedkoper dan behandelingen in de tweede lijn. De meeste hebben echter vooral ervaring met zorgtrajecten in de eerste +tweede lijn en verwijzen hierbij vooral naar hun ervaringen met andere zorgtrajecten die al

langer gekend zijn en een vlotter verloop hebben (zie diabetes, CNI). Het valt op dat vooral ergotherapeuten zeer enthousiast zijn over dit experiment:

*“Je ziet patiënten kleine pasjes vooruitgang maken waar ze er zelf alleen niet uit zouden geraken”*  
(ergotherapeut, NL)

*“Door een netwerk rond de patiënt uit te bouwen en samen te werken aan gezamenlijke lange termijn doelen met alle gezichten in dezelfde richting kan je betere resultaten behalen bij de patiënt”*  
(ergotherapeut, NL)

#### Aandachtspunten

Sommige huisartsen vrezen dat het opentrekken van een zorgtraject naar alle patiënten of de evolutie naar een preventieve gezondheidszorg het risico met zich kan meebrengen dat er **veel aanmeldingen** komen (meer dan echt nodig), waardoor de **kost** voor de maatschappij toeneemt. Ze hebben schrik van een overrompeling.

Verder vrezen ze voor een tsunami aan verschillende zorgtrajecten met bijkomende codes. Ook dit verhoogt de kost op de maatschappij. Ze pleiten eerder voor een beperkt aantal goed uitgebouwde zorgtrajecten en daarnaast een uitgebreid regulier zorgaanbod. Verder zijn de huisartsen van mening dat een zorgtraject maatschappelijk pas aanvaardbaar is, wanneer het eindig, verantwoord en wetenschappelijk onderbouwd is. Het nut van een zorgtraject moet regelmatig ge(her)evalueerd worden.



## 5. Conclusie

Uit de verschillende focusgroepen en LOKs kunnen we concluderen dat de implementatie van het zorgtraject long-COVID in de eerste lijn zeer beperkt geïmplementeerd werd. Er zijn meerdere plausibele verklaringen waarom het zorgtraject weinig toegepast is geweest. In afnemende volgorde van belangrijkheid sommen we ze hieronder samenvattend op.

### 5.1. Conclusies voor huisartsen

- 1. Acht op tien huisartsen kent een jaar na opstart het bestaan van het zorgtraject long-COVID niet.** De communicatiekanalen naar huisartsen, hebben minder dan 10% bereikt. Mogelijk speelde COVID-19-moeheid mee een rol waardoor berichten niet geopend of gelezen werden. Dit vormt slechts een deel van de verklaring. Op moment van de bevraging kende minstens 80 % van de huisartsen het bestaan van het zorgtraject long-COVID niet. Van de overige 20 % werd de helft op de hoogte gebracht via hun patiënt die expliciet vroeg om geïnccludeerd te worden, waarna de huisarts actief op zoek ging naar meer informatie via Google, website RIZIV/INAMI, ... Huisartsen die wel patiënten includeerden, deden dat vaak voor slechts één patiënt.
- 2. De huisartsen zien relatief weinig long-COVID-19 patiënten.** De meesten kunnen zich maar één of twee patiënten voorstellen die in aanmerking zouden komen voor het zorgtraject. Dit staat in schril contrast met cijfers in wetenschappelijke tijdschriften. Deze contradictie vraagt nader onderzoek.
- 3. De aanmeldingsprocedure is te ingewikkeld en lijkt een zwarte doos.** De vraag wordt gesteld waarom er voor elk zorgtraject een andere administratieve formule uitgewerkt wordt. Zo is de pseudonomenclatuur anders dan bij bestaande zorgtrajecten. Een automatisatie van de aanmelding via een **eForm** lijkt veel efficiënter en tijdbesparender. Verder blijkt de huidige procedure een 'black box'. Huisartsen weten niet wat er gebeurt na het invullen van het pseudonummer. Ze krijgen geen feedback na aanmelding en ze weten niet wat er gebeurt na doorverwijzing. Centrale coördinatie ontbreekt. Uit gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing, is er ook geen stappenplan/procedure beschikbaar.
- 4. De inclusiecriteria voor zorgtraject long-COVID zijn (te) vaag.** Huisartsen voelen zich onzeker omdat de criteria voor diagnose onduidelijk, vaag en moeilijk meetbaar zijn. Bovendien moeten ze eerst alle andere mogelijke pathologieën uitsluiten alvorens de diagnose te kunnen stellen.

5. **Het zorgtraject beperken tot de eerste lijn was geen goed idee.** In dit zorgtraject was samenwerking met de tweede lijn noodzakelijk (huisartsen geven aan vaak nood te hebben aan pneumologisch en cardiologisch advies om andere oorzaken uit te sluiten). Een multidisciplinair zorgtraject beperken tot de eerste lijn blijkt minder gepast.
6. **De eindpunten zijn niet duidelijk.** Het einddoel van het zorgtraject is niet geëxpliciteerd, noch meetbaar op medisch vlak. Re-integratie in de maatschappij, het hernemen van de werkzaamheden, ... zijn zeer relevante eindpunten die mee opgenomen moeten worden. Daarom kan de inclusie van een arbeidsgeneesheer en de werkgever van de patiënt een toegevoegde waarde vormen om de drempel naar de werkvloer te verlagen.
7. **Long-COVID-19 hoeft geen aparte aanpak dan andere 'postvirale' vermoeidheid.** Er bestaan meerdere virale aandoeningen die gelijkaardige klachten geven (bijv. postgriepale vermoeidheid, mononucleose). Long-COVID-19 hoeft daarom geen apart zorgtraject en zou beter geïncorporeerd worden binnen de reguliere zorg (bijv. door toestaan van extra (meer dan 18) kinesitherapiebeurten, erkennen als F-pathologie, toegankelijke en terugbetaalde psychologische zorg, inschakeling ergotherapeut). Of op termijn een breder generiek zorgtraject met duidelijke inclusiecriteria en einddoelen invoeren.
8. **Een 'etiket' plakken op de patiënt vormt ook een risico.** Huisartsen ontkennen niet dat sommige mensen zich goed voelen bij de diagnose long-COVID-19 (vorm van erkentelijkheid, geruststelling dat er een behandeling beschikbaar is met financiële tussenkomst). Toch blijkt ook dat sommige patiënten zich 'nestelen' in zulke diagnose. Dit vormt het risico om erin verstrikt te geraken. Door expliciet een aandoening te legitimeren, vergroot de drempel om eruit te geraken. Dit is voor huisartsen een argument om geen zorgtraject op te starten.
9. **Er is twijfel over het 'evidence based' karakter van het zorgtraject.** Huisartsen vinden bij de start van een zorgtraject dat er enige solide basis moet zijn over het bewezen nut. De behandelingen moeten echt werken, evidence-based zijn. Deze opmerking toont dat er bij huisartsen weinig kennis is over de recente Belgische richtlijn. Dit geeft tevens aan dat er nood is aan flankerende maatregelen: een betere informatieverstrekking, organiseren van nascholing/opleiding/webinars en meer onderzoek. In dit geval is er, ondanks de richtlijn, scepsis om patiënten aan te melden in het zorgtraject. Verder zien huisartsen veel gelijkenis en overlap met CVS, burn out, fibromyalgie en geloven ze niet dat de huidige aanpak resultaten oplevert.
10. **Er bestaat angst voor te veel overleg.** Een zorgtraject betekent altijd enige administratieve belasting. Misschien schrikt overleg nog het meest af. Enerzijds omdat

het vaak onvoldoende doelgericht verloopt. Anderzijds omdat het tijd in beslag neemt om het in te plannen en te laten doorgaan. Huisartsen verkiezen omwille van efficiëntie liever een gerichte telefoon om 1-op-1 af te stemmen met een andere zorgverlener, dan rond de tafel te zitten met iedereen.

- 11. Long-COVID-19 is niet als gecodeerde diagnose beschikbaar in het elektronisch medisch dossier (EMD).** Patiënten met (vermoeden van) long-COVID worden in de meeste EMDs niet als dusdanig gediagnosticeerd en gecodeerd. Er was daardoor ook geen Query mogelijk om in het dossier geschikte patiënten op te sporen. Een zorgtraject zou daarom steeds gelanceerd moeten worden in samenwerking met de providers van EMDs.

## 5.2. Conclusies voor kinesitherapeuten

- 1. De meerderheid van de kinesitherapeuten kent een jaar na opstart het bestaan van het zorgtraject long-COVID onvoldoende.** De wijze van informatieverspreiding heeft de kinesitherapeuten onvoldoende bereikt. Vaak worden ze via de patiënt of de doorverwijzende huisarts op de hoogte gebracht waarna ze zelfstandig bijkomende informatie moeten opzoeken. Meestal doen ze dit op de website van RIZIV/INAMI, maar daar wordt de informatie te complex en onvoldoende praktijkgericht uitgelegd. De beroepsvereniging Axxon is bovendien niet direct een platform waar alle kinesitherapeuten (spontaan) naartoe gaan om nadere informatie op te zoeken.
- 2. Het gebrek aan uitgewerkte procedures en wetenschappelijke evidentie zorgt voor argwaan.** Kinesitherapeuten baseren ze zich vaak op hun eigen expertise en aanvoelen in plaats van op wetenschappelijk onderbouwde behandelingen. Dit vanwege een gebrek aan wetenschappelijke evidentie en onderzoek.
- 3. Er bestaan een discrepantie tussen zorgtraject/nomenclatuur en richtlijn.** Het zorgtraject komt niet steeds overeen met de richtlijn. Kinesitherapeuten kunnen enkel een behandeling van 30 minuten tarifieren volgens de code van het zorgtraject. Dit blijkt in de praktijk te kort te zijn en de richtlijn verwijst zelf bij voorkeur naar een behandlesessie van 50 à 60 minuten.
- 4. Er is een moeizame multidisciplinaire informatie-uitwisseling en overleg tussen zorgverleners.** Door de drukke agenda's is het vaak moeilijk om multidisciplinair overleg in te plannen. Informatie-uitwisseling is vaak sneller door kort 1-op-1 af te stemmen.
- 5. Er is een gebrek aan transparantie en inzage in patiëntendossier.** Kinesitherapeuten hebben niet altijd toegang tot alle informatie die voor hen relevant kan zijn.

### 5.3. Conclusies voor ergotherapeuten

1. **De ergotherapeuten zijn in vergelijking met andere actoren beter op de hoogte van het bestaan van het zorgtraject.** Dit komt omdat ze vanuit hun opleiding en beroepshalve een attitude hebben verworven om zelf actief informatie op te zoeken. Ze maken hiervan samenvattingen en delen deze met collega's en andere zorgverleners.
2. **Er is een gebrek aan transparantie en inzage in patiëntendossier.** Ergotherapeuten hebben geen toegang tot het patiëntendossier. Willen ze informatie over de patiënt verkrijgen, dan vragen ze dit zelf (telefonisch) op.
3. **Er is een moeizame multidisciplinaire informatie-uitwisseling en overleg tussen zorgverleners.** Door de drukke agenda's is het vaak moeilijk om multidisciplinair overleg in te plannen. Informatie-uitwisseling is vaak sneller door kort 1-op-1 af te stemmen. Toch zijn ergotherapeuten voorstanders van multidisciplinair overleg met heel het team en de patiënt. De voorkeur gaat vaak uit naar een digitaal overleg.
4. **De ergotherapeut neemt vaak de rol op van coördinerende zorgverlener in het zorgtraject.** Niet alle deelnemers zijn even vertrouwd met hun functie en meerwaarde. Ze namen op sommige plaatsen een groot deel van de implementatietaken op zich om het zorgtraject te introduceren aan andere deelnemers. Ook de rol van zorgcoördinator nemen ze voor hun rekening, waarbij ze meer taken uitvoeren dan wat beschreven staat in het Koninklijk Besluit en de website van het RIZIV/INAMI.

### 4.4. Conclusies voor psychologen

1. **De meerderheid van de psychologen kent een jaar na opstart het bestaan van het zorgtraject long-COVID onvoldoende.** De wijze van informatieverspreiding heeft de psychologen niet of onvoldoende bereikt. Vaak worden ze via de patiënt of de doorverwijzende huisarts op de hoogte gebracht waarna ze zelfstandig bijkomende informatie moeten opzoeken. Meestal doen ze dit op de website van RIZIV/INAMI, maar daar wordt de informatie te complex en onvoldoende praktijkgericht uitgelegd. Aangezien niet alle psychologen lid zijn van de beroepsvereniging kunnen ze niet allemaal via deze weg op de hoogte worden gebracht. Ook de verzekeringsinstellingen kunnen hen onvoldoende advies geven.
2. **Het gebrek aan uitgewerkte procedures en wetenschappelijke evidentie zorgt voor argwaan.** Vaak baseren ze zich op hun eigen expertise en aanvoelen in plaats van op wetenschappelijk onderbouwde behandelingen. Dit vanwege een gebrek aan wetenschappelijke evidentie en onderzoek.

3. **Er is een moeizame multidisciplinaire informatie-uitwisseling en overleg tussen zorgverleners.** Door de drukke agenda's is het vaak moeilijk om multidisciplinair overleg in te plannen. Informatie-uitwisseling is vaak sneller door kort 1-op-1 af te stemmen. Psychologen zijn geen voorstander van regelmatig multidisciplinair overleg in een korte tijdspanne. Hun traject met de patiënt verloopt immers trager (en langer), waardoor ze op korte termijn weinig kunnen bijbrengen aan dit overleg.
4. **Er is een gebrek aan transparantie en inzage in patiëntendossier.** Psychologen hebben geen toegang tot het EMD. Bovendien wordt er met verschillende softwarepakketten gewerkt, waardoor uitwisseling van informatie vanwege GDPR belemmerd wordt.
5. **Afwezigheid van nomenclatuur.** De psychologen melden dat er geen nomenclatuurnummer opgesteld is voor hun tussenkomsten.

#### 4.5. Conclusies voor diëtisten

1. **Veel diëtisten kennen een jaar na opstart het bestaan van het zorgtraject long-COVID onvoldoende.** De Vlaamse beroepsvereniging voor diëtisten heeft informatie verspreid, alsook webinars georganiseerd, maar niet alle diëtisten gaven aan op de hoogte te zijn van deze informatie.
2. **Het gebrek aan uitgewerkte procedures en wetenschappelijke evidentie zorgt voor argwaan.** Voor de behandeling baseren diëtisten zich op hun eigen expertise en aanvoelen in plaats van op wetenschappelijk onderbouwde evidentie.
3. **Er is een moeizame multidisciplinaire informatie-uitwisseling en overleg tussen zorgverleners.** Door de drukke agenda's is het vaak moeilijk om multidisciplinair overleg in te plannen. Informatie-uitwisseling is vaak sneller door kort 1-op-1 af te stemmen. Diëtisten krijgen weinig informatie van de huisarts en patiënten worden niet altijd doorverwezen naar een diëtist. De link tussen voeding en long-COVID-19 wordt niet altijd (h)erkend. Bij andere zorgtrajecten verloopt de doorverwijzing en samenwerking met de huisarts vlotter.
4. **Er is een gebrek aan transparantie en inzage in patiëntendossier.** Diëtisten hebben geen toegang tot het patiëntendossier. Bovendien wordt er met verschillende softwarepakketten gewerkt, waardoor uitwisseling van informatie vanwege GDPR belemmerd wordt.

## 5. Aanbevelingen

1. **Breng de centrale initiator (in casu de huisartsen) van een zorgtraject eerst op de hoogte.** Breng ze eerst op de hoogte alvorens informatie te verspreiden naar de bevolking via de media. Gebruik naast klassieke kanalen zoals eHealth ook andere wegen (cfr 2.). Bereik de huisartsen bij voorkeur ook via cirkels rond hen: de LOK groepen, de wachtkringen en/of de huisartsenkringen. Voorzie hierbij voldoende opleiding, navorming en webinars.
2. **Breng alle zorgverleners behalve met eHealth ook op de hoogte via persoonlijke mailing, de beroepsverenigingen en voorzie voldoende opleiding / navorming / webinars.**
3. **Wees zuinig met nieuwe zorgtrajecten.** Voorkom een 'steekvlampolitiek'. De voorkeur gaat uit naar, een beperkt aantal, goed onderbouwde (EBM) zorgtrajecten met duidelijke inclusiecriteria en doelstellingen. In dit geval zou een meer generiek zorgtraject beter op zijn plaats zijn. Er zijn veel patiënten met vergelijkbare algemene klachten: postvirale vermoeidheid na andere infectieziekten (griep, mononucleose), andere aandoeningen met vergelijkbare vage klachten (CVS, fibromyalgie, ...) die in een meer algemeen zorgtraject geïncorporeerd kunnen worden.
4. **Bied ook voor 'nieuwe aandoeningen' maximaal oplossingen binnen het regulier aanbod.** Bijvoorbeeld kinesitherapeutische behandeling voor long-COVID-19 kan ondergebracht worden binnen de F-pathologie. Toegankelijke en meer algemeen terugbetaalde psychotherapie zou ook al antwoord bieden.
5. **Centraliseer alle informatie op een platform en communiceer in eenvoudige taal naar alle zorgverleners.** Criteria moeten eenduidig zijn voor alle betrokken zorgverleners. Zorg dat de uitgewerkte informatie beknopt, praktijkgericht en overzichtelijk is voor alle zorgverleners.
6. **Zorg voor meer automatisatie en maak gebruik van EMD.** Daarvoor is samenwerking met de providers nodig (aangepaste diagnoseregels, eForms, ...). Hierdoor worden een aantal gegevens daarbij automatisch ingevuld, is er een vlotte progressie doorheen het document, artsen zijn het gewoon en alles is zichtbaar. Dit moet ook doorgevoerd worden bij zorgtrajecten. Een eForm module 'zorgtrajecten' zou deze trajecten sneller onder de vingers brengen. Artsen zijn meer vertrouwd met eForm dan met pseudonomenclatuurnummers.
7. **Stimuleer multidisciplinaire samenwerking en kennisdeling aan de hand van initiatieven dichtbij de praktijk:** bv multidisciplinaire LOKs met accreditatie. Biedt

tevens praktische ondersteuning bij de implementatietaken, bijvoorbeeld aan de hand van een gemeenschappelijk platform om patiëntinformatie te delen en praktische ondersteuning aan de zorgcoördinatoren (vaak de ergotherapeut).

8. **Ook in dit zorgtraject blijkt dat de functie van de ergotherapeut weinig bekend is.** Het beroep van ergotherapeut is weinig gekend bij de artsen en de andere zorgverleners. Als een zorgcoördinator gewenst is, kan deze rol die door hen worden opgenomen. Dit is een rol die ze zelf zien zitten om op te nemen.
9. **Zorg voor een goed uitgebouwde Sociale Kaart die up-to-date is.** Laat toe om bijkomende informatie erbij te zetten (zoals specialisaties en behandelmethoden). Stimuleer zorgverleners om minstens jaarlijks of bij veranderingen hun gegevens te controleren en aan te passen (bijv. via mailing naar de zorgverlener of communicatie via de beroepsverenigingen/eerstelijnszones).
10. **Aangezien overleg voor alle zorgverleners tijdrovend is moet het zeer doelgericht en efficiënt zijn, is vaak kort bilateraal (telefonisch) overleg te verkiezen.** Voorzie **gepaste vergoedingen** voor verschillende vormen van overleg en zorgcoördinatie die in lijn liggen met de geïnvesteerde tijd en inspanningen van de zorgverleners.
11. **Voorzie voor patiënten een correct aantal terugbetalingen van alle behandelingen zodat de financiële last draaglijker wordt.**
12. **Betrek bij een zorgtraject alle nuttige disciplines.** Het beperken van het zorgtraject tot de eerste lijn was niet optimaal. Veel artsen hadden vooral voor de diagnose long-COVID-19 nood aan de tweede lijn. Meer in het algemeen hebben arbeidsgeneesheren en werkgevers in verband met de wedertewerkstelling ook hun plaats in het zorgtraject.

## 6. Referenties

- Dalkin, S. M., Hardwick, R. J. L., Haighton, C. A., & Finch, T. L. (2021). Combining Realist approaches and Normalization Process Theory to understand implementation: A systematic review. *Implementation Science Communications*, 2(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00172-3>
- Dillen, H., Bekkering, G., Bastiaens, A., Li, A., Van den Broeck, A., Spiette, A.S., Vander Linden, C., Burtin, C., Langer, D., Van de Velde, D., Excelmans, E., Vanhauwaert, E., Waelkens, H., Wens, J., Platteeuw, J., Boon, P., Garin, P., Remmen, R., Tibor, S., Gijsbers, S., Teughels, S., De Baets, S., Coppens, T., Vande Weygaerde, U., Janssens, W., Gosselink, R., Troosters, T., Verbakel, J. (2022). *Richtlijn 'Opvolging en revalidatie van patiënten met aanhoudende klachten na COVID-19 in de eerste lijn'*. Geraadpleegd op 20 juli 2023 via <https://ebpnet.be/sites/default/files/2022-12/Richtlijn%20v3.pdf>
- May, C. R., Albers, B., Bracher, M., Finch, T. L., Gilbert, A., Girling, M., Greenwood, K., MacFarlane, A., Mair, F. S., May, C. M., Murray, E., Potthoff, S., & Rapley, T. (2022). Translational framework for implementation evaluation and research: A normalisation process theory coding manual for qualitative research and instrument development. *Implementation Science*, 17(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01191-x>
- May, C. R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F. S., May, C. M., Murray, E., Myall, M., Rapley, T., & Finch, T. (2018). Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 80. <https://doi.org/10/gdqb2p>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (2023). *Long-COVID-19: tegemoetkoming in de kosten van zorg bij aanhoudende COVID-19-symptomen*. Geraadpleegd op 20 juli 2023 via <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/Paginas/post-covid-tegemoetkoming-kosten-eerstelijnszorg-aanhoudende-symptomen.aspx#:~:text=van%206%20maanden.-,Hoe%20lang%20duurt%20een%20zorgtraject%20long%2DCOVID%2D19%3F,verlengd%20worden%20met%206%20maanden.>
- Schroeder, D., Luig, T., Finch, T. L., Beesoon, S., & Campbell-Scherer, D. L. (2022). Understanding implementation context and social processes through integrating Normalization Process Theory (NPT) and the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). *Implementation Science Communications*, 3(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00264-8>
- Vanhaecht, K., Bael, E. V., Coeckelberghs, E., Auwera, C. V. der, Claessens, F., Bruyneel, L., Ridder, D. D., Panella, M., Bisognano, M., Delgado, P. L., & Seys, D. (2020). Mangomoments - preconditions



and impact on patients and families, healthcare professionals and organisations: A multi-method study in Flemish hospitals. *BMJ Open*, 10(8), e034543.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034543>

Wong, G., Westhorp, G., Manzano, A., Greenhalgh, J., Jagosh, J., & Greenhalgh, T. (2016). RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Medicine*, 14(1), 96.  
<https://doi.org/10.1186/s12916-016-0643-1>

World Health Organization (WHO) (2022). *Post COVID-19 condition (Long COVID)*. Geraadpleegd op 26 juli via <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition>

# Bijlage goedkeuring advies Ethisch Comité



Leuven, 13 Jul 2023



**Ethics Committee**  
**Research UZ/KU Leuven**  
Herestraat 49  
B 3000 Leuven (Belgium)

prof. dr. Patrik Vankrunkelsven

Email : [ec@uzleuven.be](mailto:ec@uzleuven.be)

Our reference:  
S67977

EudraCT-nr:

Belg. Regnr:  
B3222022001188

## **Evaluatie van het gebruik van het zorgtraject post-COVID-19 bij zorgverleners in de eerste lijn.**

Dear colleague

The Ethics Committee Research (EC Research) of University Hospitals Leuven (UZ Leuven) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 03 Jul 2023.

EC Research has no objection to the project provided that the data is managed confidentially and in compliance with the Belgian legislation on privacy.

EC Research emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contact with patients, or when accessing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students. The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

This project does not fall within the scope of the Law of 7/5/2004.

EC Research requires that the head/staff of the clinical department or the responsible care program are informed about and concur with this study; this is the PI's responsibility.

For the assessment of this dossier, documents/answers submitted on 12 Jun 2023, 13 Jun 2023 , 12 Jul 2023 and 13 Jul 2023 have been taken into account.

S67977

1 / 4

This letter concerns:

*Protocol:*

version 2.0 dd 05Jul2023

*Informed Consent Form:*

ICF huisartsen geen aanmelding zorgtraject long-COVID-19 version 2.0 dd 05Jul2023 NI + Fr

ICF huisartsen aanmelding zorgtraject long-COVID-19 version 2.0 dd 05Jul2023 NI + Fr

ICF samenwerking zorgverleners eerste lijn version 2.0 dd 05Jul2023 NI + Fr

*Other subject information documentation:*

Gesprekshandleiding van de focusgroepen voor aanmelding van patiënten bij het zorgtraject long-COVID-19 version 1.0 dd 01Jun2023 NI

Gesprekshandleiding van de focusgroepen voor samenwerking tussen zorgverleners bij het zorgtraject long-COVID-19 version 1.0 dd 01Jun2023 NI

*Recruitment material:*

e-mail + Twitter : version received dd 13Jul2023 NI + Fr

EC Research confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

EC Research confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

List of members: see appendix.

Points of concern: (if applicable)

*The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.*

*Provided that there is a Clinical Trial Agreement, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Leuven (and/or by an authorized representative of KU Leuven R&D).*

*Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.*

*This advice of EC Research does not imply that she will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study.*

*We request you to inform us if the study will not be initiated, or when it will be closed or prematurely ended (stating the reason).*

Yours sincerely,

Prof. Dr. Minne Casteels