

Vragen en antwoorden: Tijdelijke aanspraak eerstelijns paramedische herstelzorg na COVID-19 - versie 28 april 2022

De regeling		
1.	De regeling is tijdelijk. Wat betekent dat?	De minister voor Medische Zorg heeft eerstelijns paramedische herstelzorg tijdelijk en onder voorwaarden opgenomen in het basispakket. De ingangsdatum van de regeling is 18 juli 2020. De looptijd van de regeling is tot 1 augustus 2023. De paramedische herstelzorg wordt alleen binnen dit tijdsbestek vergoed uit het basispakket.
2.	Welke vormen van zorg vallen onder paramedische herstelzorg?	Paramedische herstelzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie.
3.	Wat betekent aanspraak maken op de regeling paramedische herstelzorg?	Mensen met ernstige COVID-19 die tijdens hun herstel ernstige klachten of beperkingen ervaren, kunnen in aanmerking komen voor (aanspraak maken op) de vergoeding van paramedische herstelzorg. De huisarts of medisch specialist bepaalt op grond van de klachten of en welke zorg dan nodig is. De kosten van deze zorg worden vergoed uit de basisverzekering. Er zijn voorwaarden verbonden aan deze vergoeding.
4.	Wat zijn voorwaarden die verbonden zijn aan het gebruik maken van deze regeling?	<p>Belangrijke voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mensen moeten tijdens hun herstel van COVID-19 ernstige klachten of beperkingen ervaren. Voorbeelden van klachten zijn: benauwdheid, conditiegebrek, vermoeidheid, spierpijn of geheugen- en concentratieproblemen. Bij beperkingen kun je denken aan niet kunnen traplopen, problemen hebben met zelfverzorging, slechts kleine afstand kunnen lopen, geen boodschappen kunnen doen, of je werk niet kunnen doen. • De huisarts of medisch specialist* bepaalt op grond van de klachten of iemand in aanmerking komt voor paramedische herstelzorg en geeft een verwijzing voor de zorg die nodig is. • Het is per patiënt verschillend hoeveel zorg van welke zorgverlener nodig is. Per zorgvorm is wel een maximum gesteld aan het aantal behandelingen (zie ook vraag 14). • Er mag maximaal 6 maanden zitten tussen het einde van het acute infectiestadium van de COVID-19 en het moment van verwijzing. Na verwijzing moet de 1e behandelsessie binnen 1 maand plaatsvinden (zie ook vraag 8, 9 en 10). • De maximale periode van behandeling is 6 maanden. • Patiënten moeten bereid zijn mee te werken aan onderzoek, waarmee de effecten van deze zorg in kaart worden gebracht. Er moet toestemming gegeven worden om behandelgegevens van deze herstelzorg te delen met de onderzoekers. Een deel

		<p>van de patiënten wordt uitgenodigd om op een aantal momenten een vragenlijst invullen.</p> <p>*Bedoeld wordt de medisch specialist die betrokken is geweest bij de behandeling van de COVID-19-patiënt in het ziekenhuis of bij de revalidatiebehandeling in een revalidatie-instelling (medisch-specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg).</p>
5.	Geldt de aanspraak alleen voor patiënten die positief getest zijn op COVID-19 ?	Nee, de aanspraak geldt ook voor patiënten die ernstig ziek zijn geweest en niet getest zijn op COVID-19. Met name in de 1e golf is veel voorgekomen dat mensen nog niet getest konden worden. De medisch specialist of huisarts stelt vast of er waarschijnlijk sprake is geweest van COVID-19 en of de patiënt deze herstelzorg moet krijgen.
6.	Geldt de aanspraak alleen voor nieuwe COVID-19-patiënten?	Nee, het gaat niet alleen om nieuwe patiënten. De regeling geldt ook voor mensen die al wat langer geleden COVID-19 hebben gehad en al enige tijd in de herstelfase zitten. Voorwaarde is dat de verwijzing voor de herstelzorg wordt gegeven binnen 6 maanden na het einde van het acute infectiestadium (zie vraag 8). Ook voor mensen die opnieuw met COVID-19 zijn besmet, is deze aanspraak van toepassing (zie vraag 7).
7.	Kunnen patiënten na herbesmetting met het coronavirus aanspraak maken op paramedische herstelzorg?	Het maakt voor de aanspraak op paramedische herstelzorg niet uit of er sprake is van een eerste besmetting of herbesmetting. Dezelfde voorwaarden zijn van toepassing. In geval van een herbesmetting start een nieuw behandeltraject.
8.	Wat is het acute infectiestadium?	Het acute infectiestadium is de fase van COVID-19, waarin een patiënt symptomen heeft als koorts, benauwdheid met verminderde zuurstofopname, lamlendigheid, misselijkheid, diarree, heftige spierpijn of hoofdpijn. Het is inmiddels bekend dat bij sommige patiënten het acute infectiestadium heel lang kan aanhouden, met symptomen als hoesten, zuurstofarmoede, koortsaanvallen en algehele malaise. De aard en de duur van de symptomen kunnen sterk variëren. De arts die verwijst, stelt in overleg met de patiënt vast wanneer het einde van het acute infectiestadium ongeveer was bereikt. De verwijzer en/of behandelend paramedicus (fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, diëtist of logopedist) zet in het behandeldossier wanneer het acute infectiestadium waarschijnlijk is begonnen en geëindigd. En ook wat de aard, ernst en duur van de COVID-19 symptomen is geweest.
9.	Hoeveel tijd mag er maximaal zitten tussen het einde van het acute infectiestadium van COVID-19 en de verwijzing?	Voor paramedische herstelzorg geldt dat er een periode van maximaal 6 maanden mag zitten tussen het einde van het acute infectiestadium van de COVID-19 (zie vraag 8) en het moment van verwijzing. Na verwijzing

		moet de 1e behandelsessie binnen 1 maand plaatsvinden.
10.	Is een verwijzing noodzakelijk?	Ja, er kan alleen gestart worden met paramedische herstelzorg na een verwijzing van huisarts of medisch specialist. Deze verwijzing moet binnen 6 maanden na het einde van het acute infectiestadium afgegeven worden. Na verwijzing moet de 1e behandelsessie binnen 1 maand plaatsvinden.
11.	Wie mag een verwijzing geven voor paramedische herstelzorg?	De huisarts en de medisch specialist mogen verwijzen. Specifiek is aan het Zorginstituut gevraagd of een sportarts en een specialist ouderengeneeskunde (SO) mogen verwijzen. De sportarts mag dit wel, de SO mag dit niet.
12.	Waarom wordt een termijn gehanteerd, waarbinnen je een verwijzing moet hebben voor paramedische herstelzorg?	Klachten waarvoor paramedische herstelzorg nodig is, blijken zich bijna altijd voor te doen binnen 6 maanden na het einde van het acute infectiestadium (zie vraag 8). Overigens hoeft alleen de verwijzing binnen die 6 maanden te gebeuren. De 1e paramedische behandeling moet binnen 1 maand na verwijzing starten.
13.	Kunnen mensen die niet binnen 6 maanden na het einde van het acute infectiestadium een verwijzing hebben gekregen, nog aanspraak maken op paramedische herstelzorg?	Nee, de regeling voor paramedische herstelzorg is specifiek gericht op het ondersteunen en bevorderen van het herstel na een doorgemaakte ernstige COVID-19-infectie. De klachten en beperkingen waarop deze zorg moet zijn gericht, zullen zich vrijwel altijd manifesteren in de eerste 6 maanden na afloop van het acute infectiestadium. Als voor de behandeling van deze klachten en beperkingen herstelzorg nodig is, kan binnen deze termijn van 6 maanden een verwijzing worden afgegeven. De regeling is niet gericht op klachten en beperkingen die zich pas manifesteren op veel langere termijn dan 6 maanden na het acute infectiestadium. Het is dan namelijk de vraag in hoeverre deze te maken hebben met de doorgemaakte COVID-19.
14.	Over hoeveel behandelingen of behandelingsduur gaat de aanspraak?	Paramedische herstelzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. De behandelingen moeten plaatsvinden binnen een periode van maximaal 6 maanden vanaf de 1e behandeling. De vergoeding op basis van deze tijdelijke regeling is voor: <ul style="list-style-type: none"> • Fysiotherapie of oefentherapie: maximaal 50 behandelingen • Ergotherapie: maximaal 10 uur • Diëtetiek: maximaal 7 uur • Logopedie: geen maximum
15.	Moeten alle paramedische behandelingen die vallen onder	Ja, bij herstelzorg gaat het om integrale zorg. Dat wil zeggen dat verschillende paramedici (fysiotherapeut,

	herstelzorg binnen 6 maanden plaatsvinden?	<p>oefentherapeut, ergotherapeut, diëtist of logopedist) samen de zorg kunnen geven en dit onderling afstemmen. De huisarts of medisch specialist kijkt per patiënt welke vormen van paramedische zorg nodig zijn en in welke omvang of voor welke duur. Als een patiënt verschillende vormen van paramedische zorg nodig blijkt te hebben, is het de bedoeling dat alle onderdelen van deze zorg al bij of vlak na de verwijzing worden ingepland. Dan kunnen de verschillende zorgverleners goed samenwerken en de zorg afstemmen.</p> <p>De herstelzorg moet plaatsvinden in maximaal 6 maanden tijd. De 1e behandeling van de paramedicus die als 1e is ingepland, is de start van het hele behandeltraject. Deze start moet plaatsvinden binnen 1 maand na verwijzing door de huisarts of medisch specialist.</p> <p>De huisarts beoordeelt op basis van de rapportages van de betrokken zorgverleners na ongeveer 3 maanden hoe de herstelzorg is verlopen en of de zorg die patiënten daarna nog krijgen in goede verhouding staat tot de resterende klachten en het al opgetreden herstel. Als in de loop van het herstelzorgtraject blijkt dat een nog niet betrokken paramedicus betrokken moet worden, dan zal de huisarts of medisch specialist die de patiënt heeft verwezen dit alsnog moeten aangeven.</p>
16.	Moet de huisarts na 3 maanden opnieuw een verwijzing uitschrijven?	De behandelaars brengen na ongeveer 3 maanden verslag uit aan de huisarts over de voortgang van de behandelingen. De huisarts beoordeelt hierna of én hoe de zorg voortgezet moet worden. Een nieuwe verwijzing is dan niet nodig.
17.	Psychosociale problemen worden wel genoemd, maar het behandelen ervan is geen onderdeel van de herstelzorg. Waarom niet?	Patiënten die COVID-19 hebben gehad, kunnen tijdens hun herstel gebruik maken van de huisarts (en de praktijkondersteuner huisartsenzorg-geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)), de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze zorg is en blijft vergoed uit de basisverzekering.
18.	Als er na 6 maanden nog paramedische behandelingen nodig zijn vanwege COVID-19, vallen die dan ook onder deze regeling?	<p>Ja, onder voorwaarden. Een medisch specialist kan vaststellen dat een patiënt specifieke, langetermijnschade door COVID-19 heeft. Als de medisch specialist inschat dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, dan kan hij de patiënt een verwijzing geven voor een 2e behandeltermijn van paramedische herstelzorg.</p> <p>Er kunnen bijzondere situaties zijn waarbij ook de huisarts een verwijzing kan geven voor een 2e behandeltermijn. Zie vraag 20.</p>
19.	Welke klachten komen in aanmerking voor een 2e	Voortzetting van paramedische herstelzorg na 6 maanden geldt alleen voor uitzonderlijke situaties,

	<p>behandeltermijn?</p>	<p>waarbij door een medisch specialist is vastgesteld dat sprake is van specifieke langetermijnschade. Het gaat dus niet om algemene, niet-specifieke klachten zoals gebrek aan conditie, vermoeidheid of spierpijn. Welke klachten komen dan wel in aanmerking voor een 2e behandeltermijn?</p> <p>Een voorbeeld van specifieke, langetermijnschade na COVID-19 is een blijvende longafwijking. Als de medisch specialist verwacht dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, dan kan verwijzing voor een 2e behandeltermijn plaatsvinden. Andere voorbeelden van specifieke langetermijnschade zijn blijvende verkortingen van pezen of spieren (contracturen) of blijvende stoornissen aan zenuwen (neuropathieën).</p> <p>In principe moet een medisch specialist dus vaststellen of de klachten door COVID-19 komen. Als de medisch specialist inschat dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, dan kan hij de patiënt een verwijzing geven voor een 2e behandeltermijn van paramedische herstelzorg.</p>
20.	<p>Kan de huisarts na 6 maanden ook opnieuw een verwijzing uitschrijven?</p>	<p>Ja, dat kan in bijzondere situaties. Het gaat dan om patiënten met één of meer van de volgende kenmerken:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Patiënten die vanwege ernstige gevolgen van COVID-19 in de eerste maanden van het paramedisch herstelzorgtraject nog maar weinig belastbaar zijn geweest. Dat resulteert in een relatief ernstig verloop van langetermijnklachten en beperkingen, en weinig resterende tijd voor adequate paramedische herstelzorg. b. Patiënten die na een periode van toenemend herstel opeens een terugslag krijgen, waardoor eerder opgetreden herstel deels weer teniet wordt gedaan. c. Patiënten die in een tot dan toe monodisciplinair behandeltraject (meestal fysio- of oefentherapie), ook zorg van een 2e of 3e paramedicus nodig blijken te hebben. In sommige gevallen krijgt deze patiënten die zorg alsnog, maar dan is er te weinig tijd over voor een adequaat behandelprogramma. <p>Daarnaast is in sommige gevallen gebleken dat er geen medisch specialist beschikbaar was aan het einde van de 1e behandelperiode. Als de huisarts in zo'n geval inschat dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, kan hij een verwijzing geven voor een 2e behandeltermijn van paramedische herstelzorg.</p> <p>Bij twijfel of doorgaan met de paramedische behandeling na 1e behandeltermijn van 6 maanden wel de juiste stap is, kan in een later stadium alsnog consultatie van de medisch specialist plaatsvinden. De verwijzing voor de 2e behandeltermijn moet een</p>

		duidelijke beschrijving bevatten waarom de aanvullende behandeling nodig en kansrijk is.
21.	Waarom moet bij voorkeur een medisch specialist bepalen of na 6 maanden nog paramedische behandelingen nodig zijn vanwege COVID-19?	<p>Een medisch specialist kan beoordelen of een patiënt specifieke, langetermijnschade heeft die door COVID-19 komt. Een voorbeeld van dat soort schade is een blijvende longafwijking. Andere voorbeelden van specifieke langetermijnschade zijn blijvende verkortingen van pezen of spieren (contracturen) of blijvende stoornissen aan zenuwen (neuropathieën).</p> <p>Als de medisch specialist inschat dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, dan kan hij de patiënt een verwijzing geven voor een 2e behandeltermijn van paramedische herstellzorg.</p> <p>Er kunnen bijzondere situaties zijn waarbij de huisarts een verwijzing kan geven voor een 2e behandeltermijn. Zie vraag 20.</p>
22.	Welke (maximale) aantallen sessies en uren zorg gelden bij een 2e behandeltermijn?	<p>In deze 2e behandelperiode (van maximaal 6 maanden) geldt opnieuw een maximale behandelomvang per zorgvorm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysiotherapie of oefentherapie: maximaal 50 behandelingen • Ergotherapie: maximaal 10 uur • Diëtetiek: maximaal 7 uur • Logopedie: geen maximum
23.	Wie houdt bij of het maximaal aantal sessies fysio- of oefentherapie, diëtetiek of ergotherapie is bereikt?	Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van de paramedische zorgverlener en de patiënt.
24.	Blijft aanspraak uit de aanvullende verzekering mogelijk?	Het Zorginstituut gaat niet over aanspraken op basis van de aanvullende verzekering. Het is aan iedere zorgverzekeraar om deze aanspraken te formuleren en te beschrijven in de polisvoorwaarden. Wanneer een patiënt gebruik wil maken van de aanvullende verzekering (bijvoorbeeld omdat een bepaald maximum voor aantal behandelingen is bereikt), is het verstandig eerst navraag te doen bij de verzekeraar of vergoeding wel mogelijk is.
25.	Moet de paramedische herstellzorg multidisciplinair worden ingezet?	<p>Een voorwaarde van de regeling is dat beoordeeld wordt welke paramedische zorg nodig is en dat die zorg zo nodig multidisciplinair wordt verleend.</p> <p>De betrokken zorgverleners moeten onderling afspraken maken over behandeldoelen en voortgang en na verloop van tijd de behandelresultaten bespreken en afspraken maken over wie op welk moment en met welke intensiteit behandelingen uitvoert. Na 3 maanden moet elke zorgverlener aan de huisarts verslag uitbrengen over de behandelresultaten (zie ook vraag 15 en 16).</p>
26.	Er geldt een eigen risico voor	Ja, deze herstellzorg valt ook onder het wettelijk eigen

	vergoede zorg vanuit de basisverzekering. Geldt dat eigen risico ook bij deze regeling?	risico, dat elk kalenderjaar van toepassing is. Wanneer de zorg zich uitstrekt over meer dan één kalenderjaar, dan is voor het volgende kalenderjaar opnieuw het eigen risico van toepassing. Een verzekerde kan daarnaast ook een vrijwillig eigen risico hebben afgesproken met zijn zorgverzekeraar. De verzekerde moet dan eerst het wettelijke eigen risico zelf betalen en dan het bedrag van het vrijwillig eigen risico. Pas daarna worden de zorgkosten betaald door de zorgverzekeraar. Meer informatie staat op de website van de zorgverzekeraar van de verzekerde of de pagina van het Zorginstituut over het 'eigen risico' .
27.	Welke paramedische zorgaanbieders kunnen deze herstellzorg verlenen?	In principe kunnen alle fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten en logopedisten deze zorg verlenen, mits zij zich ook zelf aan de voorwaarden voor deze zorg houden. Dat houdt onder andere in dat zij de patiënt om deelname aan het onderzoek vragen, samenwerken met andere betrokken zorgverleners en na 3 maanden verslag uitbrengen aan de huisarts.
28.	Wordt eerstelijns paramedische herstellzorg vergoed als de zorg in het buitenland wordt ontvangen?	Ja, maar alleen als is voldaan aan de gestelde voorwaarden voor eerstelijns paramedische herstellzorg (zie vraag 4 en 27).
29.	Wordt eerstelijns paramedische herstellzorg vergoed als de zorg gegeven wordt door een niet-gecontracteerde zorgverlener?	Als de zorgverlener geen contract heeft met de zorgverzekeraar, kan de vergoeding lager zijn dan wanneer een verzekerde naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit hangt af van de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar.
30.	Is de reguliere aanspraak op fysio- en oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie nog geldig na inwerkingtreding van deze regeling?	Ja, maar alleen voor mensen die geen gebruikmaken van paramedische herstellzorg. Bij een kleine groep patiënten komt in de 1e verwijzperiode na afloop van het acute ziektestadium van COVID-19 geen behoefte aan paramedische herstellzorg naar voren. Bij deze groep lijkt het herstel in de eerste 6 tot 12 maanden redelijk goed te verlopen. Maar op de lange termijn resteren bij deze groep toch hinderlijke klachten en beperkingen, die heel langzaam of helemaal niet verbeteren. Hierdoor ontstaat bij deze patiënten alsnog behoefte aan paramedische ondersteuning ontstaat. Doordat de verwijzperiode dan is verlopen, komen deze patiënten niet meer in aanmerking voor paramedische herstellzorg. Bij relatief veel van deze patiënten gaat het om cognitieve problemen, vermoeidheid, gebrek aan conditie en uithoudingsvermogen, en problemen in het dagelijks functioneren. Zij kunnen baat hebben bij ondersteuning door een ergotherapeut. Enkele patiënten houden langdurig last van stemproblemen en hebben behoefte aan logopedie.

31.	Moeten de logopedisten ook voldoen aan de verwijzingscriteria?	Ja.
32.	Mag deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek als voorwaarde voor vergoeding van paramedische herstellzorg verplicht gesteld worden?	<p>Ja, dat mag. Om zorg vergoed te krijgen uit het basispakket moeten behandelingen bewezen effectief zijn. Op dit moment zijn de effecten van paramedische herstellzorg bij patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt nog niet in kaart gebracht. Deze behandelingen zijn nog niet bewezen effectief. Paramedische herstellzorg kan dus niet zomaar vergoed worden uit het basispakket.</p> <p>De situatie van de COVID-19 pandemie is uitzonderlijk. We weten nog weinig over het herstel van mensen die ernstig ziek zijn geweest. Wel zien de betrokken beroepsgroepen, zorgverzekeraars, het ministerie van VWS en het Zorginstituut aanwijzingen dat paramedische herstellzorg kan bijdragen aan het herstel.</p> <p>Om de effectiviteit te onderzoeken en tegelijkertijd patiënten de mogelijkheid te bieden deze zorg vergoed te krijgen, maken we gebruik van een wettelijke mogelijkheid. Dit wordt ook wel voorwaardelijke toelating genoemd. Deze regeling staat in art. 2.2 van de Regeling zorgverzekering. In zo'n situatie kan de minister voor Medische Zorg besluiten om zorg tijdelijk toe te laten tot de verzekerde zorg met als voorwaarde dat er wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van die zorg gedaan wordt. Normaal gesproken wordt zo'n onderzoek gedaan met een kleine groep patiënten en komt de zorg pas later breder beschikbaar als de zorg bewezen effectief is. In het geval van COVID-19 is de zorg direct voor alle Nederlanders beschikbaar gemaakt.</p> <p>Een voorwaarde bij deze regeling is altijd dat in de periode van de tijdelijke toelating gegevens moeten worden verzameld over de effectiviteit van de zorg. Op deze manier kunnen we te weten komen of deze zorg daadwerkelijk effectief is en permanent in het basispakket zou moeten komen. Wie voorwaardelijk toegelaten zorg uit het basispakket vergoed wil krijgen, moet bereid zijn mee te doen aan het onderzoek.</p>

Het onderzoek

33.	Waarom is het verplicht deel te nemen aan wetenschappelijk-onderzoek?	<p>COVID-19 is een nieuwe ziekte. Wij denken dat eerstelijns paramedische herstellzorg goede effecten kan hebben in de herstelfase na deze ziekte, maar op dit moment weten we daar nog te weinig van. Wetenschappelijk onderzoek moet ons helpen om de effecten vast te stellen, zodat we voor toekomstige patiënten weten of deze vorm van behandeling inderdaad zinvol is (zie ook vraag 32).</p>
-----	---	--

34.	Wie voert het onderzoek uit?	<p>Het onderzoek wordt uitgevoerd door 9 onderzoeksinstituten onder coördinatie van het Radboudumc. Zij hebben hiervoor subsidie gekregen. Het onderzoek voldoet aan de vereisten uit de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en is voorgelegd aan de Commissie Mensgebonden Onderzoek (CMO). De CMO heeft gesteld dat het onderzoek niet WMO-plichtig is en heeft daarbij 'geen bezwaar' tegen de uitvoering.</p>
35.	Hoe is het onderzoek opgezet?	<p>Het onderzoek bestaat uit 2 delen. Het 1e deel noemen we het retrospectieve onderzoek. Het 2e deel noemen we het prospectieve onderzoek.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In het 1e deel van het onderzoek worden gegevens over de gezondheid en herstel verzameld uit het behandeldossier van de patiënt. Het 1e deel start zodra de 1e behandeling van paramedische zorg wordt gegeven. De behandelaar legt verschillende gegevens vast over bijvoorbeeld conditie, gewicht en de behandeling die nodig is. Alleen de anonieme behandelgegevens van de herstellzorg worden gebruikt voor het onderzoek. De patiënt moet mondeling toestemming geven om deze gegevens te delen met de onderzoekers. De zorgverlener legt de toestemming vast in het behandeldossier. Voor het onderzoek wordt gebruik gemaakt van anonieme gegevens. Er worden dus geen persoonsgegevens gedeeld met de onderzoekers. Ook worden er geen gegevens gedeeld over behandelingen die geen onderdeel uitmaken van de herstellzorg. De toestemming voor het delen van de anonieme gegevens kan de patiënt op elk moment, zonder reden, intrekken. Als de patiënt ervoor kiest om te stoppen met het delen van de gegevens, dan stopt de vergoeding voor deze zorg vanaf dat moment. • Hiervoor zijn ongeveer 1400 mensen via hun zorgverlener gevraagd om deel te nemen, waarmee de toelating tot dit deel van het onderzoek is gesloten. Voor alle andere patiënten blijft de verplichting gelden om aan het 1e deel van het onderzoek deel te nemen. <p>Meer informatie hierover is te vinden op de website over het onderzoek: https://covidparamedischoonderzoek.nl/</p>
36.	Is er toestemming van de patiënt nodig voor het onderzoek?	<p>Het onderzoek bestaat uit 2 delen. Het 1e deel noemen we het retrospectieve onderzoek. Het 2e deel noemen we het prospectieve onderzoek. Voor het 1e deel van het onderzoek is toestemming verplicht. Een patiënt kan die toestemming mondeling geven. De zorgverlener maakt daarvan een aantekening in het behandeldossier.</p> <p>Als een patiënt geen toestemming voor het 1e deel</p>

		<p>geeft, wordt de herstellzorg niet vergoed (zie ook vraag 36).</p> <p>Als een patiënt deelneemt aan het 2e deel van het onderzoek, is schriftelijk of digitaal geregistreerde toestemming nodig. De onderzoeksgroep heeft een app ontwikkeld waarmee die toestemming kan worden verleend.</p> <p>Meer informatie hierover is te vinden op de website over het onderzoek: https://covidparamedischoonderzoek.nl/</p>
37.	Welke gegevens worden verzameld?	<p>Het 1e deel van het onderzoek wordt gedaan met anonieme gegevens over de herstellzorg die door de zorgverleners in de behandeldossiers worden vastgelegd. (zie ook vraag 36). Daarin zitten ook vragenlijstgegevens of uitkomsten van testen die de therapeut in de praktijk gebruikt.</p> <p>In het 2e deel van het onderzoek worden op een aantal momenten aanvullende gegevens verzameld, bijvoorbeeld over het effect van de behandeling en de ervaringen van patiënten met de herstellzorg. Dit gebeurt onder andere met vragenlijsten die door de deelnemende patiënten worden ingevuld.</p> <p>Meer informatie hierover is te vinden op de website over het onderzoek: https://covidparamedischoonderzoek.nl/</p>
38.	Waar staat meer informatie over het onderzoek?	<p>Op de website over het onderzoek: https://covidparamedischoonderzoek.nl/</p>
39.	Is het geven van toestemming voor deelname aan het onderzoek een voldoende grondslag voor de verwerking van de persoonsgegevens van de patiënten in het kader van dit onderzoek?	<p>De grondslag voor de verwerking van de persoonsgegevens door de zorgaanbieder is de overeenkomst tussen de patiënt en de zorgaanbieder (artikel 9, lid 2, onderdeel h, van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)). Die overeenkomst met de zorgaanbieder heeft mede betrekking op het verrichten van onderzoek in het kader waarvan de zorg wordt verleend. De verwerking van de persoonsgegevens door het onderzoeksbureau is gebaseerd op de toestemming van betrokkene (art 9, lid 2, onderdeel a, van de AVG).</p> <p>Als de betrokkene geen toestemming geeft, dient te worden volstaan met geanonimiseerde gegevens in plaats van gepseudonimiseerde gegevens. De gevraagde toestemming voor de verwerking van persoonsgegevens kan in dit geval vrijelijk door de betrokkene worden gegeven omdat de zorg bij het onthouden van deze toestemming toch verleend wordt.</p>