



Handreikingen voor de eerste lijns fysiotherapeut met betrekking tot de behandeling van COVID-19 patiënten in de thuissituatie

Met dank aan:

mw. Mariska Klaassen, fysiotherapeut Radboud UMC

mw. drs. Gerda Reinsma, fysiotherapeut Martini ziekenhuis Groningen

mw. Ellen Toet, fysiotherapeut Ede

mw. Sandra Jongenotter, fysiotherapeut Erasmus MC

Prof. dr. Daniel Langer, fysiotherapeut KU Leuven

Prof. dr. Thierry Troosters, fysiotherapeut KU Leuven, president ERS

Als gevolg van de toenemende vraag naar informatie vanuit het werkveld over het behandelen van COVID-19 patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen zijn hebben we besloten de beschikbare kennis te ontsluiten via deze weg. Met nadruk moet gesteld worden dat er nog erg weinig bekend is rond het gedrag en de gevolgen van dit virus. De mate van besmettelijkheid na een doorgemaakt infect, de immuniteit na een eenmaal doorgemaakt infect, ontstane longschade op korte en langere termijn, de mate van spierdysfunctie en graad van functionele beperkingen in ADL, de effectiviteit van de behandeling zijn vragen waar nu nog geen wetenschappelijk antwoord op gegeven kan worden.

Onderstaande handreiking zal dan ook in dit licht moeten worden gezien en zal waar nodig aangepast worden naarmate er meer wetenschappelijke kennis en ervaring beschikbaar is.

Deze handreiking is met name bedoeld voor de longfysiotherapeuten.

Patiënten

Patiëntenstroom:

- Ontslag vanuit het ziekenhuis naar huis met overdracht naar de fysiotherapeut, met of zonder IC-opname
- Ontslag vanuit zorghotel-revalidatiesetting als tussenfase van het ziekenhuis naar huis
- Vanuit de eerste lijn voor patiënten die COVID-19 doorgemaakt hebben zonder ziekenhuisopname

Het lijkt vanuit de media om een groot cohort patiënten te gaan, maar het is maar de vraag hoeveel patiënten er nu daadwerkelijk naar de fysiotherapeut zal gaan. Vanuit de IC opnames zal 40-50% overleden zijn. De grootste groep die hulp zal zoeken zal waarschijnlijk vanuit de ziekenhuisopnames zijn.



De zorgvragen kunnen liggen binnen:

1. Somatisch domein

- deconditionering (met ook spierkrachtsverlies, ondervoeding en balansproblemen)
- co-morbiditeiten, obesitas, diabetes, cardiaal
- longschade vooral gekenmerkt door desaturatie (tijdens inspanning)
- persisterende hoest

2. Psychologisch domein

- (stil) delier
- angst
- depressie
- vermoeidheid

Aangezien het virus ook op heel veel andere locaties in het lichaam schade kan veroorzaken en hierdoor een veel complexer beeld ontstaat waarbij veel organen betrokken kunnen zijn. Tevens kan er schade ontstaan door het schieten van trombussen naar long, brein, hart, en ledematen, darmen, etc.. Waarbij complicaties op het gebied van hersenletsel en cardiale problematiek (ritme stoornissen) mogelijk zijn.

Patiënten worden primair als somatische patiënten gezien. Patiënten kunnen echter ook problemen ervaren in het psychisch en cognitief functioneren.

Pas wanneer (afwijkende) longfunctie meting heeft plaatsgevonden kan een longaandoening worden vastgesteld. Longfunctiemetingen zullen op z'n vroegst 6-8 weken na ontslag uit een ziekenhuis plaats gaan vinden. Arteriële bloedgaswaarden zullen klinisch wel gedaan worden, maar dan vooral in rust.

In de thuissituatie zal er bij aanhoudende klachten van dyspneu, hoesten en/of desaturatie wel laagdrempelig een longfunctie worden afgenomen of een consult bij longarts gedaan worden. Dit indien patiënt door de acute besmettelijke fase heen is.

Poliklinische follow-up vanuit de ziekenhuizen gaat georganiseerd worden, waarschijnlijk grotendeels door de afdelingen longziekten en interne geneeskunde. Bij deze follow-ups zullen IC-artsen en revalidatieartsen indien nodig betrokken zijn.

Patiënten worden bij persisterende longafwijkingen/klachten mogelijk tot een jaar na ontslag klinisch gevolgd. Consulten na ontslag op 6-8 weken, 3-4 maanden, 6 maanden en 12 maanden. Mogelijk met metingen als: spirometrie, diffusiemeting, X-thorax en bodyplethysmografie.



Fysiotherapeuten

Gezien de complexiteit en onvoorspelbaarheid van het gepresenteerde COVID-19 ziektebeeld zou het de voorkeur hebben dat de patiënten gezien worden door een fysiotherapeut met ervaring met multi-orgaanfalen en laag belastbare patiënten. De longfysiotherapeut is er hier 1 van.

De fysiotherapeut dient beschikking te hebben over en ervaring te hebben met een pulse-oxymeter en, indien nodig, de patiënt met zuurstofsupplementen te kunnen revalideren.

Het verdient te voorkeur dat de betreffende fysiotherapeuten aangesloten zijn bij een netwerk (long, geriatrie, post-IC) zodat informatie en ervaringen gedeeld kunnen worden. Vanuit deze regionale netwerken kunnen de universitaire centra als 'helpdesk' en adviescentrum fungeren.

Multidisciplinaire samenwerking is in sommige gevallen wenselijk of noodzakelijk.

Met betrekking tot de attitude van de fysiotherapeut wordt in verband met de onvoorspelbaarheid van het ziektebeloop een gezond kritische en alerte grondhouding vereist. Kennis van en continue monitoring op rode vlaggen.

Fysiotherapie

Eerste 2-6 weken

Anamnese / functionele statusbepaling via teleconsult / videoconference in de beginfase na ontslag, en waar nodig adviezen voor mobilisatie gericht op ADL en opbouw fysieke activiteit, volgen of normaal spontaan herstel inzet alvorens metingen te gaan doen en patiënt naar de praktijk te halen.

Na 6 weken

Relevant assessment:

- Respiratoire status (desaturatie, kortademigheid, hoesten, ...)
- Zelfredzaamheid en functionele status, vermoeidheid
- fysieke capaciteit; onder andere het meten van spierkracht, indien haalbaar een TUG, 6-minuut of 2-minuut wandel test, handknijpkracht.
- Balans en proprioceptie (bij kwetsbare ouderen) door middel van de short physical performance battery (SPPB)

Als gevolg van de besluiten van de overheid zijn de praktijken nu grotendeels gesloten. Besluiten en informatie vanuit de overheid en RIVM en KNGF zijn leidend.

Aandachtspunten wanneer een patiënt zich bij u meldt:

- Patiënten kunnen na een ziekenhuisopname ernstig gedeconditioneerd zijn, al is nog niet duidelijk bij welke proportie van patiënten dit een klinisch relevant probleem is. In het ziekenhuis wordt waar mogelijk gestart met vroegmobilisatie en oefentherapie. U moet hierbij niet gelijk denken aan



trainingsprogramma's. Rompstabiliteit, transfers en zelfstandige ADL activiteiten zijn de eerste behandelingspunten.

In situaties waarbij u niet fysiek aanwezig kunt of mag zijn bij uw patiënt dient u gebruik te maken van telecoaching en klinimetrie op afstand.

- Borgscore voor ervaren 'zwaarte' en 'benauwdheid' kan hierbij helpend zijn. Wanneer de ervaren benauwdheid hoog scoort ten opzichte van de ervaren zwaarte kan een longprobleem worden vermoed. Indien er aanhoudende klachten van benauwdheid/kortademigheid blijven, er geen functioneel herstel optreedt dan terugverwijzen naar huisarts/longarts. In overleg met een arts kan dan besloten worden een longfunctie te meten. Ook het gebruik van een saturatiemeter wordt aanbevolen. Als het beeld lijkt op longfibrose is er vaak niet zoveel benauwdheid maar vooral een forse desaturatie zichtbaar bij activiteiten die niet als "zwaar" worden beoordeeld.

- Geadviseerd wordt zeer terughoudend te zijn met ademspierkrachtmeting en ademspierkrachttraining kan pas gemeten worden en geïndiceerd zijn wanneer de postinfectie besmettingsperiode is verstreken. Enkel bij mensen die langdurig beademd zijn geweest of bij mensen met persisterend pompfalen zou ademspiertraining geïndiceerd kunnen zijn. Dit wordt soms in de klinische fase al opgestart en kan zo nodig gecontinueerd worden in de eerste lijn.

-Wees kritisch op de behandelprognose. Er moet worden gestreefd naar een passende revalidatie. Bij onvoldoende herstel van kracht en inspanningsvermogen in eerste weken na aanvang is het advies om contact met arts op te nemen. Wellicht is er dan een indicatie voor medisch specialistische revalidatie of behandeling co-morbiditeit. Uit het REACH-project zien we dat de eerste 2 maanden heel belangrijk zijn voor verdere prognose en dat hier dus de juiste dingen gedaan moeten worden. De eerste lijn ziet de mensen soms pas na 6 weken real life. Dus die hele belangrijke eerste periode moeten mensen dus of in revalidatie, of zelfstandig met videoconsulten en online oefenen.

Rode vlaggen

- cardiale morbiditeit met name myocarditis, maar ook coronair syndroom
- mogelijk nierfalen
- diepe veneuze trombose
- longembolieën

Financiering

D5 is status na opname ZH, verpleeghuis of revalidatie meer dan 24 uur. De chronische Code 9380 is geldig 12 maanden na datum ontslag. Wel de eerste 20 zittingen uit aanvullende verzekering. Dit indien patiënt niet ADL zelfstandig is en de behandeling gericht is op herstel ADL zelfstandigheid. Sommige zorgverzekeraars vragen om dit vooraf aan te vragen en verstrekken een machtiging.



Usefull links:

<https://ers.app.box.com/s/npzkvigt14w3pb0vbsth4y0fxe7ae9z9>

<https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>

<https://vhvl.kngf.nl/Corona>

https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/coronavirus/aanbevelingen-covid-19-fysiotherapie-post-ziekenhuis_final-version-april-3-2020_nl-vertaling-v3.pdf

<https://www.thoracic.org/covid/index.php>

https://www.lumc.nl/sub/9600/att/Behandeladviespost-covid-19geriatriescherevalidatie_Versie1.1_15april2020

<https://www.kngf.nl/actueel/nieuws/2020/juni/versie-2.0-kngf-standpunt-beschikbaar-fysiotherapie-bij-patienten-met-covid-19.html>