

FAQ naar aanleiding van KNGF webinar Standpunt versie 1.0 (dd. 30 april 2020)

Is er al meer bekend over hoe lang patiënten besmettelijk kunnen zijn?

Nee, helaas niet. Over de besmettelijkheid en de duur ervan, is nog veel onzekerheid. Ook is het niet altijd duidelijk of patiënten die ontslagen worden uit het ziekenhuis, ook daadwerkelijk klachtenvrij zijn of nog besmettelijk zijn. Niet bij alle patiënten wordt een test gedaan. Dit geldt ook voor patiënten die COVID-19 thuis hebben doorgemaakt. Kortom, er is nog veel onzekerheid rondom de duur van besmettelijkheid en voorzichtigheid is dan ook geboden.

Wij houden hierbij de adviezen van het RIVM aan, die hebben geleid tot het [triage stappenplan](#). Dit stappenplan geeft aan dat fysiotherapeutische zorg zoveel mogelijk 'op afstand' (1,5 meter, e-health, e-consult) geleverd dient te worden. Wanneer in de 14 dagen voorafgaand aan de triage de patiënt (of een huisgenoot/gezinslid) positief is getest op COVID-19 en/of symptomen heeft passend bij COVID-19, dien je als fysiotherapeut, bij fysieke behandeling, gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit betreffen een chirurgisch mondkapje (type IIR), bril of faceshield en wegwerphandschoenen.

In het triage stappenplan vind je meer informatie over persoonlijke beschermingsmiddelen en algemene regels ten aanzien van hygiëne.

Voor meer vragen en antwoorden over het triage stappenplan en testbeleid voor fysiotherapeuten, verwijzen wij je naar de [FAQ Stappenplan](#).

Mag in de eerste zes weken al wel gestart worden met face-to-face fysiotherapie?

Binnen de gehele fysiotherapie gelden de adviezen voor het veilig en verantwoord opschalen van paramedische zorg, weergegeven in het [triage stappenplan](#). Voor de gehele fysiotherapie geldt: behandel op afstand indien mogelijk. Dit geldt ook voor patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt. Enkel wanneer behandeling niet mogelijk is 'op afstand', kan face-to-face behandeling overwogen worden. Hierbij gelden wel, helemaal in het geval van patiënten die COVID-19 hebben (doorgemaakt), de adviezen ten aanzien van persoonlijke beschermingsmiddelen.

De aanbevelingen in het [KNGF Standpunt](#) maken onderscheid tussen de eerste zes weken en de periode na zes weken. Waarom wordt dit onderscheid gemaakt?

Patiënten die ernstig ziek zijn geweest, en bijvoorbeeld in het ziekenhuis zijn opgenomen, kunnen ernstig verzwakt zijn. Ook kan het virus resulteren in orgaanschade, bijvoorbeeld in de longen en het hart. Hierdoor zijn patiënten veelal laag belastbaar. De eerste ervaringen zijn dat de belastbaarheid van patiënten per dag kan variëren; de ene dag voelen ze zich best goed, de volgende dag zijn ze zeer vermoeid. Het blijkt steeds meer dat deze patiënten zeer laag belastbaar zijn, zelfs zonder dat het echt aan hen te zien is of dat ze het zelf in de gaten hebben. Ook heeft het doormaken van COVID-19, en een ziekenhuisopname in het bijzonder, veel impact op de gesteldheid van een patiënt, zowel fysiek, cognitief als mentaal. We moeten patiënten de tijd gunnen om bij te komen, te herstellen en de dagelijkse activiteiten weer op te pakken. Gezien de te verwachten lage belastbaarheid, wordt de periode van de eerste zes weken aangehouden voor gedoseerd belasten. De rol van de fysiotherapeut in de eerste zes weken is daarom het monitoren, adviseren en coachen van de patiënt in het hervatten van de dagelijkse activiteiten. Patiënten die opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis, krijgen veelal na zes weken een follow-up in het ziekenhuis, waarbij functietesten worden gedaan. Op basis hiervan weet je als fysiotherapeut meer over het fysiek functioneren van de patiënt. Op basis van deze informatie kun je de therapie opbouwen in belasting en intensiteit. Het opbouwen van training staat centraal in de periode na zes weken. Zie ook KNGF Standpunt, paragraaf 3.

Wanneer gaan de eerste zes weken in?

Het onderscheid in de periode van de eerste zes weken en de periode na zes weken heeft betrekking op de (lage) belastbaarheid van patiënten. De periode van de eerste zes weken heeft betrekking op de periode na ziekenhuisopname en eerste moment thuis. Wanneer een patiënt COVID-19 thuis heeft doorgemaakt, geldt het eerste moment dat de patiënt symptoomvrij is en niet meer (ernstig) ziek is.

Waarom in de eerste twee weken monitoren?

Wanneer patiënten weer thuis komen na ziekenhuisopname of zich na thuis doorgemaakte COVID-19 niet meer ernstig ziek zijn, moeten ze ook even wennen. Patiënten hebben veelal veel op bed gelegen. Eenmaal thuis, moeten ze vanzelfsprekend meer in beweging komen. Denk hierbij bijvoorbeeld alleen al aan toiletbezoek of het oplopen van een trap om bij de bad- of slaapkamer te komen. Patiënten moeten ook de tijd krijgen om weer thuis te wennen en te herstellen. Sommige patiënten herstellen snel en pakken hun leven weer rustig op. Patiënten die ernstiger ziek zijn geweest, ervaren veelal meer beperkingen in het dagelijks leven. Om goed zicht te krijgen op hoe de patiënt herstelt en of er überhaupt een indicatie voor fysiotherapie is, is monitoring in gedurende de eerste twee weken aanbevolen. Hierbij kan je als fysiotherapeut de patiënt ook adviezen geven ten aanzien van dagelijkse activiteiten, rustige oefeningen en energieverdeling, maar ook coachen om, gedoseerd, in beweging te komen. Het is juist de bedoeling dat de patiënt weer rustig gaat opbouwen in beweging in het dagelijks functioneren. De focus is hierbij wederom op de dagelijkse activiteiten. Dit geeft je ook de mogelijkheid om de hulpvraag van de patiënt te achterhalen. Zie ook KNGF Standpunt, paragraaf 3.1: 'Eerste contact en indicatie voor fysiotherapie'.

Krijgen alle patiënten die opgenomen zijn geweest het Post Intensive Care Syndroom (PICS)?

Nee, niet alle patiënten die zijn opgenomen op de IC krijgen per definitie PICS. Vanuit eerdere onderzoeken naar IC-patiënten, is de verwachting dat 50 tot 70% van de op de IC-opgenomen patiënten met COVID-19 PICS kan ontwikkelen. Dit weten we natuurlijk nog niet. Het is belangrijk om je als fysiotherapeut hier wel bewust van te zijn, en alert te zijn op mogelijke signalen. Intra- en interdisciplinair samenwerken, bijvoorbeeld met een psychosomatisch fysiotherapeut of diëtist, is hierbij erg belangrijk. Voor meer achtergrondinformatie over wat PICS is, verwijzen we je naar www.npi.nl/reach.

Gedoseerd belasten, gericht op dagelijkse activiteiten. Wat houdt dat in?

Dagelijkse activiteiten zijn activiteiten die de patiënt in zijn thuissituatie in het dagelijks leven zal moeten doen. Denk hierbij aan opstaan uit een stoel, wandelen en traplopen. Welke activiteiten voor een patiënt relevant zijn, verschilt uiteraard per patiënt. Je kunt ook specifieke oefeningen geven gericht op deze activiteiten, zoals opstaan uit de stoel en oefeningen in lig of zit. Gedoseerd belasten betekent dat de belasting en intensiteit laag tot matig dient te zijn. Monitor hierbij de saturatie, hartslag en de ervaren kortademigheid en vermoeidheid met behulp van de Borgschaal (modified Borgschaal, lopende van 0 tot 10). Hierbij geldt een maximale score van 4 op zowel kortademigheid als vermoeidheid. Dit kun je als fysiotherapeut de patiënt ook zelf aanleren. Wanneer Borgscore 4 wordt bereikt, weet de patiënt dan dat hij/zij even rust moet nemen en de inspanning moet stoppen. Zie ook KNGF Standpunt, paragraaf 3.1: 'Gedoseerd belasten'.

Welke maximale saturatie-daling kan binnen de behandeling geaccepteerd worden?

Tijdens het oefenen is het van belang dat de transcutane zuurstofsaturatie gemonitord wordt om eventuele desaturatie van de patiënt in kaart te brengen. Transcutane zuurstofsaturatiemeting in rust, tijdens inspanning en direct na inspanning is daarbij van belang. Hierbij dient een ondergrens van 90% in rust en 85% tijdens fysieke inspanning gehanteerd te worden. Dit geldt zowel voor gedoseerd belasten als bij het opbouwen van belasting. Sommige patiënten krijgen na ziekenhuisopname een saturatiemeter mee naar huis. Dit verschilt echter per ziekenhuis. Als fysiotherapeut kun je, wanneer je zorg op afstand levert, ook een saturatiemeter bij de patiënt thuis

afleveren en zo tijdens (digitaal) contact, toch de saturatie monitoren. Vaak meet de saturatiemeter ook de hartfrequentie.

Zie KNGF Standpunt, paragraaf 3.1: 'Gedoseerd belasten' en paragraaf 3.2: 'Opbouwen van belasting'.

Als er geen desaturatie is, mag je dan een hogere Borgscore aanhouden? Eventueel met controle van de hartfrequentie?

Nee, dat bevelen we niet aan. Het virus kan zijn weerslag hebben op longen, maar ook op andere organen. Dit heeft impact op de belastbaarheid. Wanneer een patiënt niet desatureert, kan de belastbaarheid alsnog laag zijn. Een maximale Borgscore van 4 (op een schaal van 0 tot 10) wordt bij het gedoseerd belasten in de eerste zes weken aanbevolen. Wanneer na zes weken de belasting en intensiteit kan worden opgebouwd, wordt een maximale Borgscore van 6 (op een schaal van 0 tot 10) aanbevolen.

Zie KNGF Standpunt, paragraaf 3.1: 'Gedoseerd belasten' en 3.2: 'Opbouwen van belasting'.

Waarom is het belangrijk de hartfrequentie te meten?

Het virus kan zijn weerslag hebben op meerdere organen, gevallen van myocarditis, cardiomyopathie en hartritmestoornissen worden gerapporteerd. Om de belastbaarheid van de patiënt te kunnen inschatten, is het van belang om de reactie van de hartfrequentie op inspanning te monitoren. Meet en monitor daarom de hartfrequentie in rust, tijdens inspanning en na inspanning. Zie KNGF Standpunt, paragraaf 3.1 'Klinimetrie' en paragraaf 3.2: 'Klinimetrie'.

Waarom is er verschil tussen klinimetrie in de eerste zes weken en na zes weken?

Dit heeft wederom te maken met de belastbaarheid en de onzekerheid rondom belastbaarheid. De eerste zes weken richten zich op het herstel in het dagelijks functioneren. Daar is de klinimetrie ook passend bij. Wanneer patiënten een follow-up hebben gehad in het ziekenhuis en er functietesten zijn uitgevoerd, heb je als fysiotherapeut meer inzicht in de belastbaarheid en kun je de training uitbouwen. Daarbij past andere klinimetrie, zoals in het Standpunt aangegeven.

Zie KNGF Standpunt, paragraaf 3.1 'Klinimetrie' en paragraaf 3.2: 'Klinimetrie'.

Waar vind ik meer informatie over de klinimetrie die in het Standpunt wordt aanbevolen?

In het KNGF Standpunt staat klinimetrie voor de eerste zes weken en na zes weken beschreven. In de Bijlage vind je meer informatie over deze klinimetrie.

Zie KNGF Standpunt, Bijlage.

Kan ik ook voor andere klinimetrie kiezen?

Het Standpunt beschrijft aanbevelingen voor klinimetrie. In versie 1.0 is dit een eerste set van klinimetrie. We adviseren je deze klinimetrie toe te passen. Wanneer deze voor jouw patiënt niet toepasbaar, haalbaar en/of mogelijk is, kun je een ander meetinstrument overwegen. In de volgende versie van het Standpunt (verwacht: eind mei) zal klinimetrie verder worden uitgewerkt.

Kan ik ook zelf een test doen als de patiënt geen follow-up krijgt in het ziekenhuis?

Om een inschatting te maken van de belastbaarheid na zes weken, kun je voor het uithoudingsvermogen bijvoorbeeld de 6 minuten wandeltest doen. Voor een inschatting van de kracht, kun je de 1RM of 10RM gebruiken. In de eerste zes weken wordt deze klinimetrie niet geadviseerd. Zie KNGF Standpunt, paragraaf 3.1 'Klinimetrie' en paragraaf 3.2: 'Klinimetrie'.

Op welke manier kan de belasting en intensiteit opgebouwd worden na zes weken?

Het doel is om de fysieke activiteit en/of fysieke capaciteit verder op te bouwen, zoals het opbouwen van spierkracht en vergroten van de inspanningscapaciteit. In de opbouw van belasting geldt een maximale Borgscore van 6 (op een schaal van 0 tot 10) en/of 60-80% van de maximale fietsbelasting, score op de 6MWT en/of 1RM. De gekende trainingsprincipes die worden ingezet bij chronische

longpatiënten lijken redelijk om toe te passen. Dit moet wel altijd op geleide van de ervaren kortademigheid en vermoeidheid (Borgscore). Monitor hierbij ook de saturatie en hartfrequentie.

Wat kan ik als fysiotherapeut betekenen voor patiënten met COVID-19?

Veel patiënten met COVID-19 hebben milde klachten. Zij zullen mogelijk gedecontioneerd zijn en kunnen, indien er een indicatie fysiotherapie is, behandeld worden door de fysiotherapeut. Sommige patiënten zijn (zeer) ernstig ziek geweest en houden long- en/of hartproblematiek. Er wordt geadviseerd dat deze patiënten, en ook patiënten die voor COVID-19 long- en/of hartproblematiek hadden, behandeld worden door fysiotherapeuten met specifieke expertise op het gebied van long- en/of hartaandoeningen. Dit omdat het beeld van de ernstige categorie patiënten met COVID-19 onzeker is, en desaturatie vaak voorkomt.

Wanneer comorbiditeit, kwetsbaarheid en deconditionering bij ouderen op de voorgrond staan, is de specifieke expertise van de geriatriefysiotherapeut van belang. Wanneer belemmerende cognities, afwijkend beloop met angst of psychologische factoren en verminderd lichaamsbesef op de voorgrond staan, is de specifieke expertise van de psychosomatisch fysiotherapeut van belang. In sommige gevallen zal intradisciplinaire afstemming dus zeker relevant zijn.

Komen er nog meer webinars zoals deze?

Dat is op dit moment nog niet zeker. De mogelijkheid bestaat dat we een dergelijk webinar opnieuw organiseren wanneer er een nieuwe versie van het Standpunt is. Hierover zal dan via de Fysio E-nieuws, LinkedIn en Twitter gecommuniceerd worden.

Wanneer kan ik een nieuwe versie van het Standpunt verwachten?

De werkgroep is momenteel druk bezig het Standpunt verder uit te werken en aan te vullen. Hierbij wordt met name gericht op algemene informatie over COVID-19, klinimetrie en trainingsvormen en -principes. De versie 2.0 zal naar verwachting eind mei gepubliceerd worden. Houd hiervoor de berichtgeving van het KNGF in de gaten.

Voor meer informatie over declaraties, diagnosecode en vergoedingen, kijk op

<https://www.kngf.nl/praktijkvoering/de+praktijk/coronavirus---vragen-en-antwoorden.html>