

# Nieuw KNGF-standpunt COVID-19: Roept op tot meer samenwerking

Nieuwe inzichten en ervaringen in de fysiotherapiebehandeling van mensen met COVID-19 hebben recent geleid tot een herziening van het KNGF-standpunt. Dit herziene standpunt wordt toegepast in vele initiatieven, echter om de zorg nog beter te kunnen maken voor mensen met Post-COVID klachten die vastlopen in hun herstelproces, kunnen we nog lessen leren. Welke lessen en welke veranderingen zijn er nog nodig? We leggen het voor aan een Post-COVID patiënt en enkele professionals.

Tekst en beeld: Q-Support

*Marco Reekers, besmet geraakt in april 2020 en na omzwervingen in herstelzorg, Post-COVID poli, een revalidatietraject nu met een zeer matige conditie onder behandeling van de fysiotherapeut zolang zijn beurs dat toelaat.*

*Arjan Calatz, HVL\*/bedrijfsfysiotherapeut en eigenaar van een praktijk met veel Post-COVID en Q-koortspatiënten.*

*Ron van Heerde, fysio- en manueeltherapeut, extended scope specialist en onderzoeker Radboud UMC IQ healthcare.*

*Willem Pieters, longarts en medisch adviseur bij C-support, de stichting die Post-COVID patiënten en professionals adviseert en ondersteunt en waar inmiddels z'n 14.000 Post-Covid patiënten een beroep op deden.*

*Wytze van Walsum, ergotherapeut die in samenwerking met het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis een speciaal programma voor Post-COVID patiënten ontwikkelde.*

Wytze van Walsum gooit meteen de knuppel in het hoenderhok met een zeer prikkelende stelling: 'Tijdens een congres stelde een revalidatiearts dat de herstelzorg slecht is. En hij legde ook uit waarom. Minder dan tien procent is interdisciplinair en iedereen doet wat anders. Meten of er iets werkt, lukt dan ook niet.'

Dat is erg sterk uitgedrukt, zegt Willem Pieters, initiatiefnemer voor dit gesprek, maar in het begin ging het wel mis: 'Bij C-support zien we veel mensen, met name uit de eerste golf, met minder goede ervaringen. Er was toen nog te weinig bekend. Daardoor was er onvoldoende

oog voor de balans van belastbaarheid en belasting, die juist zo nauw luistert bij postinfectieuze vermoeidheidsklachten. Dan raken patiënten juist verder in de problemen.'

## Slechter door behandeling

Marco Reekers kan dit uit eigen ervaring beamen: 'Vrij snel na mijn besmetting ben ik met fysio begonnen. Dit werkte echter averechts, ik werd er slechter van. Door mijn huisarts ben ik doorverwezen naar een COVID-19 poli in het ziekenhuis. Tussen dat moment en het daadwerkelijke revalidatietraject zat bijna een jaar. Die wachttijd is heel frustrerend

en erg slecht voor het mentale welbevinden. In februari 2021 kreeg ik een drie maanden durend revalidatieprogramma; multidisciplinair met fysio- en ergotherapie, logopedie, diëtetiek en psychologische hulpverlening. Daar heb ik veel aan gehad. Maar op het moment dat ik op begon te krabbelen, zat mijn termijn erop. In november vorig jaar sloeg de vermoeidheid en de kortademigheid weer toe. Nu moet ik een beroep doen op de beperkte behandelingen van de verzekering of ze zelf betalen.'

## Gecombineerd herstelprogramma

Voor Van Walsum was het aanleiding een gecombineerd herstelprogramma van ergo- en fysiotherapie te ontwikkelen dat tegemoetkomt aan de genoemde bezwaren: coronavrij en fitter. Het duurt twaalf weken en kent drie fasen. Van Walsum: 'In de eerste fase scheppen we orde in het patroon van pieken en dalen, verminderen we de ontregeling en leggen we een basis voor activering. Hierin ligt de nadruk op ergotherapie. Daarna begint de opbouw-fase van fysieke activering. Doelgericht en in kleine stapjes vooruit. In deze en de volgende normalisatiefase ligt de nadruk op fysiotherapie. Vooraf, tussentijds en achteraf zijn er metingen zodat het resultaat van de interventies zichtbaar wordt gemaakt. Waar nodig worden andere specialismen als logopedist of diëtist ingeschakeld. Bovendien is de bedrijfsarts van meet af aan betrokken. Dat haalt vaak veel druk van de ketel, omdat de patiënt de ruimte krijgt voor dit programma.' ►



Arjan Calatz



Ron van Heerde

**Wytze van Walsum: 'Tijdens een congres stelde een revalidatiearts dat de herstelzorg slecht is. En hij legde ook uit waarom. Minder dan tien procent is interdisciplinair en iedereen doet wat anders. Meten of er iets werkt, lukt dan ook niet.'**

Op de vraag van Reekers of de patiënt die na 12 weken niet hersteld is, dan net als hij in de kou staat, zegt Van Walsum: 'Nee, die wordt op basis van de restklachten gericht doorverwezen, bijvoorbeeld naar revalidatie. In dit geval weet je dat al na drie maanden en niet pas na een half jaar.'

### Regie ontbreekt

Ron van Heerde: 'Interdisciplinair samenwerken is soms noodzakelijk om passende zorg te kunnen verlenen. Het probleem is dat er niemand in de regie is. Wie is de casemanager van zo'n patiënt? Wie monitort of het proces volgens verwachting gaat of niet? Dat zou een ervaren ergotherapeut of extended scope fysiotherapeut kunnen zijn, die in overleg deze rol van de huisarts overneemt. Op die manier kan er een bredere kijk ontstaan. Bij IQ healthcare hebben we een transmurale patiëntreis beschreven in combinatie met dat casemanagement. Dit is een levend document dat zich aanpast aan de nieuwere inzichten van de Covid-19 zorg. Het doel is om de Covid-zorg zo optimaal mogelijk in de eerstelijns te laten plaatsvinden en indien noodzakelijk de trans-

murale verbinding aan te gaan. Op basis daarvan krijgen Post-COVID patiënten in Nijmegen sinds kort een persoonlijke begeleider (casemanager) in hun zorgtraject. Het is onderdeel van de nieuwe nazorg in deze regio door huisartsen, paramedici en ziekenhuizen en gefinancierd door VGZ en CZ. Laten we hopen dat deze proef van een jaar tot voorbeeld strekt, maar ik zie de toekomst positief in.'

### Passende zorg

Arjan Calatz: 'Samenwerken is inderdaad niet vanzelfsprekend. We zijn als paramedici toch vooral solisten. In mijn praktijk werken ook ergotherapeuten, dat maakt het al eenvoudiger omdat je in hetzelfde dossier kunt werken. Maar als je dat overleg onbetaald op moet tuigen wordt het al lastiger. Het nieuwe standpunt doet een beroep op meer interdisciplinair samenwerken. Dat is essentieel voor passende zorg voor deze groep patiënten. Ook verzekeraars moeten daar de toegevoegde waarde van willen zien. Een eerste begin is er met Nijmegen. Nu verder. Tot die tijd slalommen we tussen de beperkingen door om te doen wat nodig is.' ●



Willem Pieters

*Het vorige standpunt Post-COVID is op onderdelen aangepast en/of aangevuld:*

- Meer aandacht voor patiënten met aanhoudende klachten en deze beter herkennen en beschrijven met meetinstrumenten: klinimetrie voor betere diagnostiek, monitoring en eindevaluatie.
- Meer oog voor beperkte fysieke belastbaarheid: doseren van opbouw is belangrijk.
- Samenwerking zoeken in het veld: met een HVL-(\*), psychosomatisch-, geriatrie fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut, logopedist en huisarts.
- Kennen van stopcriteria: wanneer moet de patiënt worden overgedragen.

*Het standpunt is bedoeld om fysiotherapeuten praktische handvatten te geven voor hun dagelijks handelen. C support biedt desgewenst ook scholing.*

\*HVL: hart-, vaat-, long

*Meer informatie: [iqhealthcare.nl](http://iqhealthcare.nl), [c-support.nu](http://c-support.nu), [coronavrij-en-fitter.nl](http://coronavrij-en-fitter.nl), [kngf.nl](http://kngf.nl).*