

Eline bij de Vaate

longarts en medisch manager,
Merem Medische Revalidatie,
Hilversum

Karin Gerrits

onderzoekskoördinator,
Merem Medische Revalidatie,
Hilversum

Paulien Goossens

revalidatiearts,
Merem Medische Revalidatie,
Hilversum

ZET PASSENDE REVALIDATIE IN VANUIT ZORGBEHOEFTE

Covid-19-patiënten ervaren langdurig gezondheidsklachten

Veel covid-19-patiënten ondervinden na langdurige ziekenhuis- en ic-opname pulmonale, fysieke, psychosociale en/of cognitieve problemen. Aangezien de impact ervan per patiënt verschilt, is bij de revalidatie maatwerk nodig.



In Nederland zijn 11.771 covid-19-patiënten opgenomen (geweest) en hebben 2898 mensen met ernstige covid-19 op ic-afdelingen gelegen, zo blijkt uit cijfers van stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (peildatum: 5 juni 2020). De helft van de ic-patiënten (1495) heeft het ziekenhuis levend verlaten. De gemiddelde ligduur op de ic is veertien tot twintig dagen.

Covid-19-patiënten zijn na een langdurige ziekenhuisopname en/of ic-opname ernstig verzwakt en kunnen problemen ervaren op verschillende domeinen. De impact hiervan verschilt per patiënt. Behandeling gericht op herstel moet daarom maatwerk zijn. Gepersonaliseerde behandeling van patiënten met multifactoriële problematiek is in Nederland mogelijk. We willen met dit artikel richting geven aan de benadering van nazorgbehandeling van de patiënt die na een ernstige covid-19 het ziekenhuis verlaat. We doen dit vanuit het perspectief van de patiëntgerelateerde problematiek: de aard van belemmerende factoren en behandelbehoefte van de patiënt.

Predictiemodellen voor toekomstige toestroom voor revalidatiebehandeling zijn gebaseerd op aannames met een grote onzekerheidsfactor. De vereniging van revalidatieartsen schat in dat 70 procent van de ic-overlevers blijvende klachten zal overhouden aan de ziekte. Vooralsnog is er echter nog geen capaciteitsprobleem in de postacute zorg ontstaan.

Postintensivescaresyndroom

Langdurige ic-opname leidt bij 30 tot 40 procent van de patiënten tot ernstige problematiek op verschillende domeinen, bekend als postintensivescaresyndroom (PICS).¹ PICS is een combinatie van fysieke, cognitieve en psychische problemen. Fysiek is er sprake van *ICU-acquired weakness* met 'critical illness'-myopathie en -neuropathie. De extreme inactiviteit en hyperkatabole staat

Het complexe patroon van klachten en oorzaken vraagt om de juiste zorg op de juiste plek

leidt tot een afname van spiermassa, spierzwakte en gevoelsstoornissen door verstoorde functie van vooral de langste zenuwen. De prevalentie van cognitieve stoornissen bij PICS ligt rond de 37 procent en manifesteert zich vooral in aandacht-, concentratie- en geheugenproblemen.² Psychische problemen uiten zich in angst (30%), depressieve klachten (30%) en posttraumatische stressstoornis (10-50%).³⁻⁵ Dit komt overeen met wat wij bij onze patiënten zien. Ook het sociale netwerk rondom de patiënt ervaart ernstig stressvolle situaties, wat leidt tot fysieke en psychische klachten. Dit syndroom wordt PICS-F genoemd.¹

Patiënten met ernstige covid-19 ontwikkelen respiratoire insufficiëntie door de virale pneumonie. Zij hebben daardoor een hoge zuurstofbehoefte of (langdurig) invasieve beademing nodig. Dit leidt tot PICS. In onze praktijk zien wij onder andere patiënten zonder pre-existent longlijden die voor het eerst hevige kortademigheid ervaren, wat leidt tot angst en ademhalingsontregeling. Bijkomende stollingsproblematiek resulteert in trombotische complicaties als diepe veneuze trombose, longembolie of herseninfarct. Tevens zien we bij ongeveer een derde neuropathie van de lange zenuwen. Naast postanoxische encefalopathie zijn er eveneens aanwijzingen voor het bestaan van een covid-19-encefalitis. Ongeveer een kwart van de patiënten meldt verandering in, of verlies van, reukvermogen. Opvallend zijn ook smaakveranderingen (alles smaakt zout). Covid-19-patiënten kunnen door meerdere oorzaken cognitieve problemen oplopen, waarbij frequentie van optreden, ernst en prognose in relatie tot pathofysiologie nog onduidelijk zijn.¹ Mensen melden wanen als gevolg van delier, vergeetachtigheid en concentratieproblemen. Ook emotionele gevolgen mogen niet onderschat worden. Onze patiënten kampen allemaal met forse verwerkingsproblematiek. Het is goed mogelijk dat bij de covid-19-patiënt, vanwege de exceptioneel lange beademingsduur en de langdurige isolatiemaatregelen, pulmonale, cognitieve en emotionele problemen vaker voorkomen en ernstiger van aard zijn dan bij PICS door andere oorzaken. Een tijdig en adequaat revalidatietraject is van groot belang om de patiënt weer te kunnen laten deelnemen aan de maatschappij. In dit traject is een onderscheid te maken in drie fasen: de acute fase, de (subacute) intramurale revalidatiefase en de revalidatie op lange termijn, in- of extramuraal.

Multifactorieel patroon

In de acute fase heeft de patiënt onlangs extubatie ondergaan en moet reactiveren op een ziekenhuisafdeling. De orgaanfunctie herstelt zich, lijnen worden verwijderd en de eerste stappen richting zelfstandig functioneren worden gezet. In de (subacute) intramurale revalidatiefase is de patiënt medisch gestabiliseerd en vervalt de indicatie voor ziekenhuisopname. Een deel van de patiënten herstelt in deze fase voldoende snel, zodat zij direct vanuit het ziekenhuis naar huis kunnen. Anderen zijn nog ernstig beperkt en staan daarmee nog ver af van de premorbide staat van functioneren. Voor hen is een tussenstap nodig in de vorm van een intramuraal revalidatietraject, gericht op spoedige terugkeer naar huis en naasten. Complicerende factor is dat de covid-19-patiënt mogelijk nog besmettelijk is voor de omgeving. Op de lange termijn kan de patiënt zich met hulp van zijn omgeving, en eventueel met inzet van zorgprofessionals, thuis redden. Voor patiënten die dan nog invaliderende klachten houden die het dagelijks functioneren hinderen, kan alsnog een intramurale of extramurale revalidatiebehandeling geïndiceerd zijn. Het complexe, multifactoriële patroon van klachten en oorzaken vraagt maatwerk om de juiste zorg op de juiste plek en de juiste tijd te bieden. Niet alleen voor patiënten direct na hun

ziekenhuisopname, maar ook voor diegenen die direct naar huis zijn ontslagen of die niet opgenomen zijn geweest en die op langere termijn klachten ervaren. Kennis over de zorgbehoefte en participatieambitie van de patiënt is daarbij het uitgangspunt. Er zijn in Nederland verschillende mogelijkheden om patiënten revalidatiebehandeling te bieden na covid-19. Om de patiënt de juiste zorg te kunnen geven moet goed in kaart gebracht worden wat de belangrijkste beïnvloedbare belemmerende factoren (*treatable traits*) zijn die de patiënt in zijn participatie hinderen. Het doormaken van een ernstige covid-19 kan leiden tot problematiek op meerdere vlakken: pulmonaal, fysiek, psychosociaal en cognitief, naast mogelijk interfererende comorbiditeit. Overlap tussen de domeinen zal vaker voorkomen dan problematiek in een enkel domein, wat het belang van maatwerk onderstreept. Een assessment, uitgaande van deze domeinen, kan helpen richting te geven aan verwijzing.

Problematiek

Binnen de groep covid-19-patiënten zijn er mensen met pre-existent longlijden en mensen die als gevolg van de covid-19-pneumonie nog respiratoir insufficiënt zijn, of persisterend ademhalingsproblemen ervaren. In hoeverre er zich op lange termijn een covid-19-gerelateerde chronische longziekte ontwikkelt of pulmonale afwijkingen zullen persisteren, is nog onduidelijk. Omdat follow-up van ernstige covid-19 nog moet volgen, is nog niet te zeggen of de omvang van de longschade van invloed is op de revalidatieduur. Revalidatie bij Merem Medische Revalidatie in de postacute fase berust op een assessment op alle domeinen, binnen de grenzen

Zorgbehoefte en participatieambitie van de patiënt zijn het uitgangspunt

van wat mogelijk is bij een ernstig verzwakte, mogelijk nog besmettelijke patiënt. Het behandelprogramma van Merem is gericht op een zo spoedig mogelijk ontslag naar huis, eventueel met extra ondersteuning. Duur van de beademing lijkt daarbij voorsnog niet direct gerelateerd aan de duur van de revalidatiebehandeling die nodig is om dit doel te bereiken. Bij de vijftien patiënten na beademing varieert de beademingsduur van 6 tot 27 dagen en de revalidatieduur 8 tot 29 dagen. Gemiddeld is de behandelduur nu 17 dagen.

Op lange termijn ligt, bij een combinatie van chronische pulmonale problematiek in samenhang met fysiek functioneren en/of psychosociale problematiek, behandeling in een van de vijf kenniscentra voor complex chronische longaandoeningen (KCCL) voor de hand. De KCCL zijn Merem (Hilversum), Revant (Breda), Ciro (Horn), Dekkerswald (Nijmegen) en Beatrixoord (Haren). Het multidisciplinair behandelteam van een KCCL heeft een longarts als hoofdbehandelaar met de mogelijkheid een revalidatiearts te consulteren.

Net als in de postacute fase brengt een gedegen assessment de problematiek en onderlinge samenhang ervan in kaart. Dit leidt tot een persoonlijk behandeladvies. Verschil is dat nu geen

CASUS

Een 58-jarige patiënte start haar revalidatie na een ziekenhuisopname van 22 dagen, waarvan zes dagen invasieve beademing op de ic. Voor opname in het ziekenhuis was zij al twaalf dagen ziek thuis. Ze is kapster van beroep en heeft een actieve leefstijl. Medische voorgeschiedenis beperkt zich tot een darm- en gynaecologische operatie in het verleden. Bij overname is ze nog zuurstofafhankelijk met bij auscultatie van de longen bilateraal crepitaties tot driekwart van de thorax. Ze heeft last van kortademigheid en droge hoest, vooral bij inspanning, maar kortademigheid is ook bij spreken al merkbaar. Gewichtsverlies is ongeveer 3 kg. Ze kan al zelfstandig, weliswaar met veel moeite,

de transfer van bed naar stoel maken. Spierzwakte en kortademigheid/ademhalingsontregeling zijn daarbij de belemmerende factoren. De emotionele impact is groot geweest. In de periode dat ze geïntubeerd was, is haar moeder ziek geworden, overleden en begraven als gevolg van covid-19. In de screening zijn geen aanwijzingen gevonden voor stemmingsproblemen. Cognitief merkt zij vooral concentratieproblemen, voelt zich warrig en angstig. Ze heeft haar extubatie als traumatisch ervaren. Haar familie heeft een emotionele en intensieve tijd achter de rug. Ze ervaart veel steun van haar partner en gezin. Na vijftien dagen intensieve revalidatie met afbouwen zuurstof tot stop, aandacht voor ademhalings- en temporegulatie

bij inspanning, hoesttechnieken, fysieke training van kracht en balans, is ze ADL-zelfstandig naar huis ontslagen. Thuiszorg is niet nodig. Ze kan met temporegulatie haar saturatie op peil houden. Ook op aangepaste wijze traplopen lukt haar weer. Cognitieve problemen herstelden zich grotendeels spontaan. In de nazorg gaat zij verder met fysiotherapie in de eerste lijn en zal zij teruggezien worden op de nazorgpoli van het ziekenhuis. Het is belangrijk dat in de follow-up, naast aandacht voor pulmonaal en functioneel herstel, aandacht is voor cognitie en psychische gevolgen op lange termijn en voor verwerking bij haar naasten.



In hoeverre er zich op langere termijn een covid-19-gerelateerde chronische longziekte ontwikkelt is nog onduidelijk.

rekening gehouden hoeft te worden met besmettelijkheid en het verrichten van longfunctieonderzoek en cardiopulmonale inspanningstesten mogelijk zijn. Een behandeladvies varieert van gerichte adviezen ten aanzien van optimalisatie van zorg in eerste of tweede lijn, tot derdelijnsbehandeling in een KCCL.

Laagdrempelig

Bij patiënten met vooral beperkingen op het fysieke domein kan op basis van het klinisch beeld een goede inschatting worden gemaakt van de benodigde revalidatie. Bij voldoende zelfstandig functioneren kan revalidatie vaak vanuit huis. Afhankelijk van bijkomende emotionele en cognitieve problemen bestaat de keuze uit behandeling door eerstelijnsbehandelaars (fysiotherapie, maatschappelijk werk) onder begeleiding van de huisarts, of voor medisch-specialistische revalidatie (MSR). Het laagdrempelig inzetten van een consult door de revalidatiearts helpt om patiënt en huisarts te ondersteunen bij het maken van een keuze, en om zo nodig de behandelaars in de eerste lijn te coördineren. Patiënten die nog beperkt zelfstandig kunnen functioneren, bij wie goed herstel van fysieke belastbaarheid is te verwachten, die midden in de samenleving staan en een hoge participatie-

ambitie hebben, is MSR vaak de eerst aangewezen intramurale revalidatiesetting. Voor patiënten met een zeer beperkte fysieke belastbaarheid, uitgebreide comorbiditeit en een beperkte participatieambitie ligt geriatrische revalidatie (GR) meer voor de hand.

Cognitieve problemen verdienen specifieke aandacht omdat ze veelal niet goed worden onderkend. Ernstige cognitieve problematiek is meestal duidelijk merkbaar. Mildere cognitieve problemen blijven vaak verborgen tot de patiënt taken hervat die complexere cognitieve vermogens vereisen. Goede screening is daarom belangrijk. De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen Verenso bevelen de Montreal Cognitive Assessment (MOCA) aan, om als screenende test bij alle patiënten af te nemen.

Bij een afwijkende testuitslag en subjectieve cognitieve klachten kan, op indicatie, neuropsychologisch onderzoek worden ingezet. Cognitieve revalidatie, die zich richt op het herstel van participatie aan de maatschappij, wordt geboden in de meeste grotere medisch-specialistische revalidatiecentra.

Het is belangrijk te realiseren dat cognitieve problemen zich kunnen uiten als emotionele of neuropsychiatrische symptomen, maar ook andersom kunnen cognitieve klachten wijzen op emotionele problematiek. We raden nazorgpoliklinieken aan om alle patiënten te screenen op cognitieve én emotionele gevolgen en laagdrempelig met de revalidatiearts te overleggen over een passende behandeling. Patiënten en familieleden die vooral psychosociale en emotionele problemen ervaren, zullen waarschijnlijk uiteindelijk bij de huisarts terecht komen. Deze kan verwijzen naar de praktijkondersteuner (POH-ggz) of de geestelijke gezondheidszorg.

Concluderend kunnen we stellen dat patiënten na covid-19 een breed scala aan problemen ondervinden. Maatwerk in verwijzing en behandeling vergt een analyse van de onderliggende problematiek. Analyse op domeinen pulmonaal, fysiek, psychosociaal en cognitief en een goede kennis van de verwijsopties kan daarbij helpen. Revalidatieartsen kennen de mogelijkheden voor revalidatiebehandeling en zijn een belangrijke kennisbron voor hun collega's in de keten. Bij longziekten is de expertise van de Kenniscentra Complex Chronische Longaandoeningen van meerwaarde. Een deel van deze centra kan, door intensieve samenwerking met de medisch-specialistische revalidatie, patiënten met ernstige gecombineerde problematiek gerichte behandeling bieden. ■

Zie ook het bericht op bladzijde 34.

contact

evaate@merem.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer informatie vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.