



Behoefte inventarisatie revalidatie na Covid19

16 april 2020

Aanleiding

Op verzoek van het ministerie van VWS (Directie Curatieve zorg) is vanuit de ZonMw programma's *Beter thuis* en *Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019-2022: wijkverpleging* vanaf 31 maart 2020 een korte inventarisatie (belronde) gestart naar de behoefte aan multidisciplinaire afstemming, middels kwaliteitsstandaarden, in de nazorg/revalidatie van (ex)patiënten Covid19. Onder kwaliteitsstandaarden worden richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders verstaan.

Het verzoek van VWS is na te gaan wat ontbreekt en/of zou kunnen helpen bij het leveren van kwalitatief goede multidisciplinaire nazorg/revalidatie aan kwetsbare mensen na een doorgemaakte Covid19. Het gaat hierbij om het peilen van hoe de zorg nu verloopt, wat zijn de concrete vragen/behoefte, incl. bijbehorende achtergrond/onderbouwing.

Methode

ZonMw heeft een vragenlijst en een lijst met te benaderen organisaties en contactpersonen opgesteld en afgestemd met de contactpersonen van VWS. De volgende vragen zijn gesteld:

Algemene inleidende vragen:

1. Voorziet u vanuit uw discipline problemen bij het herstel na de acute fase van corona? Welke problemen zijn dit/verwacht u?
2. Wat zou bijvoorbeeld kunnen helpen bij het inrichten van geriatrische revalidatie? Zijn hierbij eventueel tijdelijke faciliteiten nodig?

Specifieke vragen:

- 1) Hoe is de huidige revalidatie aan kwetsbare mensen na een doorgemaakte Covid19 ingericht?
- 2) Om welke patiëntgroepen gaat het en waar vindt de zorgverlening plaats?
- 3) Volstaat de huidige aanpak? Zijn er extra/aanvullende zaken/modules/onderdelen nodig? Wat ontbreekt daarbij? Waaruit zou kwalitatief goede nazorg/revalidatie moeten bestaan?
- 4) Welke disciplines zijn er betrokken bij de huidige revalidatie? Welke disciplines ontbreken daarbij?
- 5) Wat zou kunnen helpen bij het leveren van goede nazorg/revalidatie aan mensen na een doorgemaakte Covid19?
- 6) Is het wenselijk als er afspraken/de gemaakte afspraken/inzichten over nazorg/revalidatie vanuit verschillende disciplines vastgelegd worden? Welke vorm zou dit bij voorkeur moeten hebben? Wenselijkheid van het opstellen van een of meerdere richtlijnen? Voor welke beroepsgroep(en) moet een dergelijke richtlijn dan worden opgesteld (op basis van wetenschappelijke kennis en best practices)?
- 7) Wat is daar voor nodig?
- 8) Welke beroepsverenigingen of patiëntenorganisaties zouden daarbij betrokken willen en kunnen zijn?
- 9) Kan dit versneld uitgevoerd worden? Zo ja, Op welk termijn?
- 10) Is er draagvlak voor? Wat is er nodig om hiervoor draagvlak te creëren?

Afsluitende vragen:

- 1) Zijn er andere concrete vragen/behoefte?
- 2) Op welke wijze zou er verder nog concreet ondersteuning geboden kunnen worden?
- 3) Zou u bijvoorbeeld in een multidisciplinaire groep willen werken aan de ontwikkeling van gepaste instrumenten voor de inrichting van de revalidatie?

Organisaties/contactpersonen zijn vervolgens telefonisch benaderd. In dit eerste contact is de achtergrond van de inventarisatie toegelicht. In het merendeel van de gevallen zijn daarna de vragen per email naar de contactpersoon verstuurd zodat deze de antwoorden kon afstemmen met de achterban. Antwoorden zijn veelal per email ontvangen. Een enkele keer leidde dit tot een telefonische follow-up.

Daarnaast is de sneeuwbal methode gebruikt. Indien respondenten aangaven dat aanvullende organisaties belangrijke input voor de inventarisatie konden geven, zijn ook deze organisaties benaderd. De respons was hoog, van slechts één van de beoogde organisaties is geen feedback ontvangen.

Voor een volledig overzicht van de organisaties die input hebben gegeven, zie Bijlage 1.

Algemene indruk inventarisatie

Door verschillende organisaties wordt aangegeven dat er in dit stadium behoefte is om zoveel mogelijk zicht te krijgen op de feiten, bijvoorbeeld overzicht over de verschillende groepen patiënten en de exacte cijfers over gezondheidsproblematiek bij de patiënten (Verenso). Ook vanuit de medisch specialistische revalidatie wordt aangegeven dat we in Nederland nog onvoldoende weten in welke aantallen mensen met een revalidatie-zorgvraag de IC verlaten. Zicht op uitstroom van COVID patiënten na ziekenhuisfase is wenselijk; inzicht in enkel post ziekenhuisopname na IC zou al mooi zijn.

Tegelijkertijd zijn er vanuit een aantal organisaties de eerste multidisciplinaire initiatieven op het gebied van revalidatie/nazorg in gang gezet zoals bijvoorbeeld het opstellen van behandelprotocollen door de specialisten Ouderengeneeskunde (waarin t.z.t. geriatrische revalidatie een onderdeel zal zijn) en het uitbrengen van een multidisciplinair standpunt voor nazorg door de FMS werkgroep Richtlijn Nazorg en Revalidatie IC patiënten. Daarnaast zijn er eerste behandelkaders en toolkits ontwikkeld (door De Hoogstraat revalidatie) gericht op het bieden van *"handvatten voor het opstellen van een medisch specialistische revalidatiebehandeling voor patiënten na langdurige/gecompliceerde IC"*. De LAN is bezig om zo breed mogelijk organisaties te benaderen om daarmee een tijdelijke zorgstandaard op te stellen. Voor de huisartsen (NHG) geldt dat er nog weinig op het gebied van nazorg is maar zij dat wel willen gaan oppakken. Vanuit de specialisten Ouderengeneeskunde wordt aangegeven dat zij nog zoeken naar de wijze waarop het revalidatietraject multidisciplinair ingezet kan worden.

Naast ontoereikend zicht op de feiten is er sprake van kennishiaten. Kennis die juist ook nodig is om te komen tot de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Vanuit de medische specialistische revalidatie (Revalidatie Nederland, VRA) wordt bijvoorbeeld aangegeven dat zij op dit moment nog onvoldoende weten welke zorg ernstig aangedane Covid19-patiënten nodig hebben na verblijf op de IC of in het ziekenhuis. Internationaal en nationaal is hiervoor nog onvoldoende evidence.

Samenvattend komen uit de inventarisatie zowel zorginhoudelijk gerelateerde behoeften alsook randvoorwaardelijke, bijvoorbeeld op het gebied van financiering (van zorg en voor het tot stand komen van multidisciplinaire standaarden) en tijd.

Tabel 1 geeft inzicht in de belangrijkste behoeften op het gebied van inhoudelijke zorgverlening. Tabel 2 laat zien aan welke randvoorwaarden wordt gedacht bij het vormgeven van de nazorg/revalidatie van ex-covid patiënten.

In Bijlage 1 is de ontvangen gedetailleerde feedback per organisatie uitgeschreven.

Tabel 1: Behoeft m.b.t. inhoudelijke zorgverlening

Organisatie	Beschikbaar	In ontwikkeling	Nodig
Ergotherapie NL	Richtlijnen andere infectieziekten zoals Q-koorts.	Aanbevelingen voor klinische setting en revalidatie na opname.	Kennis en scholing voor 1 ^e lijn m.b.t. corona revalidatie.
FCIC/ICcontact			Gestructureerd nazorg traject met aandacht voor PICS; fysieke/cognitieve en psychosociale revalidatie. 1 ^e lijn is van belang.
FMS	Werkgroep Richtlijn Nazorg en Revalidatie IC patiënten heeft standpunt m.b.t. Covid19 patiënten opgesteld.		
KNGF	https://www.kngf.nl/kennisplatform/themas/corona-covid-19?utm_medium=email	Pressure cooker richtlijn voor post-acute fase, financiering is nodig.	
LAN		Zorgstandaard gericht op triage en multidisciplinaire behandeling, financiering is nodig.	
Longfonds		Tijdelijke zorgstandaard m.b.t. nazorg.	
Longverpleegkundigen			Aandacht voor fysieke/cognitieve en psychosociale revalidatie, ook voor niet covid patiënten die nu minder zorg ontvangen. Multidisciplinaire samenwerking.
NLVF	Document met handvatten m.b.t. spraak- en slikproblemen.		
NVD			Revalidatie m.b.t. spierverlies en maag-darm-problematiek, in samenwerking met fysio- en ergotherapie.
NVIC	Werkgroep Richtlijn Nazorg en Revalidatie IC patiënten heeft standpunt m.b.t. Covid19 patiënten		Nazorg poli's op alle IC afdelingen. Standaard nazorg door een revalidatie arts, geriater of specialist ouderengeneeskunde.

	opgesteld (zie ook FMS).		Aandacht voor PICS.
--	--------------------------	--	---------------------

Vervolg Tabel 1: Behoeft m.b.t. inhoudelijke zorgverlening

NVKG	Leidraad voor o.m. triage wel/niet ziekenhuisopname.		
NWG			Mogelijkheid tot verlenen van lange periode ADL zorg, aandacht voor traumaverwerking en mantelzorgers. Behoeft aan regionale multidisciplinaire teams.
Patiëntenfederatie-Harteraad			Goede ondersteuning voor sociaal/psychische nazorg ook voor naasten.
Revalidatie Nederland	Internationale info m.b.t. ex-corona patiënten na IC Werkgroep Richtlijn Nazorg en Revalidatie IC patiënten heeft standpunt m.b.t. Covid19 patiënten opgesteld (zie ook FMS).	Brengen in kaart: om welke mensen gaat het, hoe groot is de groep? Brengen de capaciteit voor de behandeling van klinische Covid-patiënten post IC in kaart.	Aandacht voor onderscheid tussen geriatrische revalidatie en MSR. Nazorg in 1 ^e lijn. Inrichten van nazorgpoli's. Aandacht voor psychische en cognitieve problemen. Multidisciplinaire richtlijn/versneld uitvoeren van gestarte PICS richtlijn.
Verenso		Behandelprotocollen m.b.t. geriatrische revalidatie	
V&VN			Behoeft aan praktische tools en producten voor V&V. Naast fysieke revalidatie ook aandacht voor psychosociale revalidatie.
WTW			Aandacht voor overgang ziekenhuis naar andere zorgvormen.

Tabel 2: Benodigde randvoorwaarden

Organisatie	In Ontwikkeling	Nodig
FCIC/ICcontact		Bekostiging van nazorg, denk bijvoorbeeld aan fysiotherapie. Werkhervatting na langdurige revalidatie. Leg relatie met bedrijfsartsen.
Longfonds	Verzamelt alle corona gerelateerde onderzoeksvragen van patiënten in Actieplan Covid Associated Lung Disease (CALD)	
NVD		Apparatuur om spiermassa te meten. Financiering van zorg is nu beperkt tot 3 uur zorg.
NVIC		Vergoeding nazorg in de eerste lijn. Groter volume van revalidatiefaciliteiten voor overlevenden van een lange IC behandeling.
NVGK		Capaciteitsproblemen in de revalidatiehuizen en verpleeghuizen.
Revalidatie Nederland		Geschoold multidisciplinair netwerk. Vergoeding uit basispakket. Zicht op uitstroom Covid patiënten.
Verenso		Financiering voor uitwerken behandelprotocollen en richtlijnen.

Bijlage 1: respons benaderde organisaties op alfabetische volgorde

Ergotherapie Nederland (EN)

- EN is momenteel zelf een document aan het opzetten met aanbevelingen voor klinische setting en revalidatie na opname. Zij doen dit in overleg met hun leden. Hierbij richten zij zich op vijf aandachtsgebieden: longproblematiek, cognitieve klachten, vermoeidheid, werkhervatting, mantelzorgers.
- Daarnaast wordt er veel geput uit richtlijnen van andere infectieziekten zoals Q-koorts, waar vermoeidheid een grote rol speelt.
- Met name in de 1^e lijns revalidatie voorziet EN problemen, omdat er minder mogelijkheid is om multidisciplinair af te stemmen, kennis uit te wisselen en kennis te vergroten. Voornamelijk op de 1^e lijn zou extra ingezet moet worden op scholing.
- EN heeft ook een vraag ten aanzien van de financiële ruimte bij deze zorg: er is meer overleg en afstemming nodig, niet duidelijk hoe dit financieel geregeld gaat worden.
- EN is zeker bereid om mee te denken over multidisciplinaire afspraken/leidraden. Aangegeven wordt dat dit ook breder getrokken kan worden naar infectieziekten algemeen, om er ook op langer termijn een hoger rendement uit te halen.

FCIC/ICcontact:

Het kennisinstituut bezig met een versnelde richtlijn voor revalidatie van Covid 19 patiënten. Wat vanuit perspectief FCIC/ICcontact belangrijk is:

- Dat er aandacht is voor PICS en PICS in alle facetten. Niet alleen de fysieke revalidatie, maar ook voor de cognitieve en psychosociale aspecten
- Dat er een gestructureerd nazorgtraject komt, voor patiënten (en naasten met PICS-F). Dat dit een multiprofessioneel traject moet zijn, met medici, huisartsen, revalidatieartsen, maar ook paramedisch en psychosociaal. Dus ook maatschappelijk werk, wijkverpleging etc betrekken.
- Dat er een traject moet komen niet alleen in revalidatiecentra en verpleeghuizen, maar ook opvang en begeleiding voor mensen die naar huis kunnen.
- Dat er onvoldoende zicht is op de problematiek bij veel medisch specialisten, in de 1^e lijn, maar ook bij bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.
- Dat de bekostiging van de nazorg niet geregeld is. Bijv. fysiotherapie gaat nu nog van eigen verzekering tenzij speciale code vanuit het ziekenhuis.
- Werkhervatting: bedrijfsartsen moeten weten dat er een lang revalidatie en integratietraject zal zijn tgv niet alleen COVID19 maar ook vanwege PICS klachten. ten gevolge van opname op de IC en langdurige beademing.
- Dat PICS en PICS-F breed maatschappelijk erkend en herkend worden.
- Dat er aandacht is voor de ondersteuning van huidige gebrek aan contact-/bezoekmogelijkheden.
- Huidige nazorg voor ex-covid19 patiënten is wisselend en ongestructureerd. Richtlijn IC nazorg en revalidatie is in de maak.
- Revalidatie van patiënt en naasten na IC opname wordt niet standaard aangeboden, is afhankelijk van het onderliggend lijden (is er een zorgpad?) IC nazorg wordt door nagenoeg alle IC's aangeboden, maar is zeer divers van aard (van nabellen, tot 1 jaar follow-up, diverse doelgroepen etc. Patiënten hebben veelal hun eigen zoektocht in geval van PICS gerelateerde klachten.
- In de huidige aanpak vallen veel mensen tussen wal en schip of krijgen onvoldoende nazorg.
- Gestructureerde nazorg, veranderingen in bekostiging/verzekering, erkenning en herkenning bij veel specialismen waaronder verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, huisartsen, bij- en nascholing etc is noodzakelijk
- Wijkverpleegkundigen ontbreken in de huidige nazorg. Er is nog geen sprake van een ketentraject, ontbrekende kennis over PICS en PICS-F, ivm complexe multiproblematiek, multiprofessionele aanpak nodig.
- Er is behoefte aan een multiprofessionele aanpak, bij- en nascholing voor vele professionals, casemanagement, gestructureerde nazorg. Niet alleen voor COvid19 patiënten, maar voor alle patiënten die momenteel op IC liggen (ook voor niet COvid19 patiënten en hun naasten enorme impact door alle restricties.

- Er is behoefte aan ondersteuning op het gebied van: Samenwerking met FCIC/IC connect, bij- en nascholing, maatschappelijke awareness voor PICS en PICS-F, financiering, onderzoeksgelden, ontwikkelgelden, implementatie van al bestaande kennis, gestructureerde nazorg.

FMS, NVIC

Op verzoek van de FMS heeft de werkgroep Richtlijn Nazorg en Revalidatie IC patiënten (voorzitterschap 5.1.2e namens de NVIC en 5.1.2e namens de VRA) een standpunt opgesteld over de nazorg van COVID-19 patiënten die op de IC zijn behandeld en is op de FMS gepubliceerd, Standpunt Nazorg van IC-patiënten met COVID-19:

<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Standpunt%20Nazorg%20COVID19.pdf>

Hierin wordt aangegeven dat een richtlijn over de nazorg en revalidatie van IC -patiënten en hun naasten momenteel in ontwikkeling is.

De werkgroep Richtlijn Nazorg en Revalidatie IC patiënten bestaat uit een afvaardiging vanuit de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, Nederlandse Internisten Vereniging, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Stichting FCIC en patiëntenorganisatie IC Connect.

KIMS/ FMS (informatie ingewonnen via andere kanalen binnen ZonMw)

Zijn zeker geïnteresseerd er lopen al wel een aantal zaken (triage leidraden en wat behandel adviezen). Voor nazorg na IC hebben ze een algemene richtlijn groep lopen. Zou goed zijn dit specifiek voor Covid patiënten te maken. Evenals nazorg/revalidatie na een opname voor Covid (niet IC).

KNGF, Keurmerk Fysiotherapie, dietisten:

Kern gesprekken: er gebeurt veel op veel verschillende plekken maar er is onvoldoende regie en dus te veel versnipperd.

Vanuit de KNGF loopt er veel, maar dit lijkt meestal wel redelijk monodisciplinair.

KNGF

- KNGF heeft al veel initiatieven gebundeld en veel contacten hierover met FMS, Long Alliantie Nederland etc. Dit is zowel op het gebied van revalidatie als ziekenzorg en IC-zorg. Op de KNGF website zijn een aantal instructies te vinden: https://www.kngf.nl/kennisplatform/themas/corona-covid-19?utm_medium=email
- Ze hebben een concreet verzoek voor ZonMw: Hoogleraren Stuiver, de Bie en van der Wees zijn voornemens om een pressure cooker richtlijn te ontwikkelen met tussentijds statements, op basis van de informatie die nu beschikbaar is. Dit is voor de post-acute fase in de 1^e en 3^e lijn. Moet op korte termijn al resultaat kunnen leveren. KNGF heeft hier zelf geen middelen voor beschikbaar.

Keurmerk Fysiotherapie

Ziet veel initiatieven ontstaan in den lande. Hij mist regie in hoe deze initiatieven lopen en waar ze samengebracht kunnen worden. Het gebrek aan regie is nu het grootste probleem. Er zou een regiegroep moeten zijn die een statement maakt over de beschikbare kennis en welke kennis nog tekort komt. 1 document met alle aanbevelingen. Hij is van mening dat dit niet vanuit een bepaalde beroepsvereniging moet komen. De regie moet komen van inhoudelijk experts. VWS kan hier een rol in spelen. Als duidelijk is waar de kennis mist, kan ZonMw aanzet zijn.

- De hart vaat longen fysio's zijn het niet eens met het eerder gepubliceerde document met aanbevelingen vanuit het Radboud UMC: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/nieuwsitem-bestanden/2020/maart/fysiotherapie_covid-19_v1_def.pdf. Is een politiek gedoe.
- Er is al een richtlijn op het gebied van fysiotherapie revalidatie na IC ontwikkeling door o.a. Marike van der Schaaf.
Opmerking ZonMw: onduidelijk hoe dit zich verhoudt tot het richtlijn initiatief van de KNGF.

LAN

Zijn bezig om zo breed mogelijk organisaties te benaderen om daarmee een tijdelijke zorgstandaard op te stellen. Streven is om deze binnen 5 – 6 weken te ontwikkelen. Zal gericht zijn op 1) triage; waar moeten patiënten na de acute fase naartoe? 2) multidisciplinaire behandeling. Ook Bedrijfsartsen en Maatschappelijke werk (BPSW) zijn hierbij betrokken. Aandachtspunt is dat mogelijk partijen vanuit de eigen discipline gaan redeneren. Ter voorkoming hiervan gaat de LAN regels opstellen.

LAN ontwikkelt met het Longfonds op de website een subafdeling binnen de patiënten vereniging. Specifiek voor Corona patiënten ontwikkelen zij ook een tool/plein waar patiënten met hun vragen terecht kunnen.

Wat nu voor de LAN nodig is:

- financiering voor het traject van opstellen standaard
- verzoek om LAN en Longfonds te betrekken bij het opstellen van de op Corona gerichte oproepen die ontwikkeld gaan worden door ZonMw en ook bij de beoordeling.
- er worden heel veel initiatieven ontplooid, belangrijk dat ze goed op elkaar aansluiten.

LHV

Zij heeft ons verzoek voorgelegd aan het Corona team LHV. Het team geeft aan nu geen tijd te hebben.

Longfonds

Krijgen heel veel vragen binnen van patiënten, veel onderzoekers melden zich voor onderzoeksvoorstellen. Longfonds gaat obv alle informatie onderzoeksvragen verzamelen. Gaf aan dat er heel veel gebeurd. Hebben in week 15 video call georganiseerd om (onderzoeks)initiatieven te stroomlijnen en op elkaar af te stemmen. Intentie is om een *Actieplan Covid Associated Lung Disease* (CALD) te ontwikkelen waarbij de vraag van de patiënt leidend is. Daartoe maakt het Longfonds in samenwerking met de Longalliantie een digitale landingsplek. Die landingsplek vormt de basis voor onderlinge ondersteuning van deze mensen. Maar deze plek fungeert ook als instrument waarmee de toekomstige "patient journey" in kaart gebracht kan worden en voor het beantwoorden van de zorgvraag in de zin van een doorverwijs/ advies functie. Gestart is met de ontwikkeling van de "tijdelijke" zorgstandaard voor nazorg, behandeling en begeleiding van patiënten nadat de Corona besmetting is verholpen. De Zorgstandaard zal periodiek worden aangepast, onder meer op basis van de ervaringen/ervaren knelpunten van patiënten. Voorts kunnen vanuit deze landingsplaats relevante patiënt gestuurde onderzoeksvragen ontstaan en aanbod gestuurde onderzoeksvragen verbonden worden.

Longverpleegkundigen en verpleegkundig specialist ZZG Zorggroep

Voorzien problemen. Zowel op fysiek als mentaal vlak heeft corona een grote impact op mensen. Mensen kunnen angstig of somber zijn door o.a. het sociaal isolement. Mensen hebben soms doodsangsten moeten doorstaan. En dit vaak alleen, zonder hun naasten. Depressie door isolement en verlies van grip en/of controle tijdens deze tijd, maar ook daarna. Welk gevolg heeft het gehad, ben ik echt virus vrij? Daarnaast blijkt dat mensen nog zeer lange tijd erg vermoeid zijn en aan spiermassa, kracht en mobiliteit hebben ingeleverd. Voor mensen met een eerder bestaande longziekte heeft het ook een grote impact. Zij maken zich ook grote zorgen en zijn onzeker over hun gezondheid. Het longfonds probeert met een mooi initiatief via hun website veel voorkomende vragen te beantwoorden, echter bereikt dit bijvoorbeeld de oudere patiënt zonder internet onvoldoende. Verder merken patiënten met een longziekte vaak een forse achteruitgang van hun ziektebeeld. Ondanks dat zij geen corona hebben doorgemaakt, hebben zij ook minder beweging bij ontbreken van begeleiding van fysiotherapie gedurende een langere periode. Dit resulteert in verminderde kwaliteit van leven, verhoogt risico op valincident. Daarnaast is het nog onduidelijk in hoeverre corona voor blijvende longschade bij mensen kan zorgen, wat zou kunnen betekenen dat ze de rest van hun leven longklachten zouden.

Denken dat multidisciplinaire samenwerking van grote waarde kan zijn. Fysiotherapie, psychische ondersteuning, ambulant longverpleegkundige, behandelend arts (longarts of huisarts) eventueel ergotherapeut, kunnen samen de cliënt begeleiden en behandelen naar een zo optimaal mogelijk herstel. Waarbij ieder zich kan focussen op zijn eigen discipline en expertise, maar waar gezamenlijk met de cliënt aan zijn of haar doelen wordt gewerkt.

Zou u bijvoorbeeld in een multidisciplinaire groep willen werken aan de ontwikkeling van gepaste instrumenten voor de inrichting van de revalidatie?

Jazeker. Denken dat het longteam van ZZG hier een waardevolle, cliëntgerichte aanvulling voor kan zijn. Zeker gezien de longverpleegkundigen allen ook als wijkverpleegkundige in de verschillende regio's werken en hierdoor een groot netwerk hebben en zeer laagdrempelig benaderbaar zijn. De samenwerking met verschillende huisartsen en de ziekenhuizen in de regio zijn reeds bestaand. Vooral omdat er een goede structuur en samenwerking met ziekenhuizen in Nijmegen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten in het gebied van ZZG bestaat. Daarnaast is er een groot voordeel dat de longverpleegkundigen op aanvraag ook bij de cliënt thuis kunnen komen in het werkgebied van ZZG zorggroep, klantgericht kan niet! Op deze wijze raken zij ook weer vertrouwd in hun eigen omgeving. Dit lijkt ons van grote meerwaarde gezien cliënten spiermassa/conditie wellicht hebben ingeleverd en zij zo vanuit huis de eerste stappen kunnen zetten onder onze begeleiding. In onderstaand schema staat omschreven voor welke doelgroep het longteam van ZZG zorggroep van meerwaarde zou kunnen zijn.

PATIENT	Ex-Corona patiënt				Geen Corona, wel longpatiënt	
	Was al longpatiënt		Was nog geen longpatiënt		Geen bekende client ZZG	Bekende client ZZG
	Geen beken de client ZZG	Bekende client ZZG	Geen bekende client ZZG	Bekend e client ZZG		
ACTIES	extra capaci teit	wellicht intensiev ere zorg	onbekendheid met het probleem. extra capaciteit		geen zorg	extra zorg

NHG (informatie ingewonnen via andere kanalen binnen ZonMw)

Over nazorg hebben wij nog weinig. Is wel een onderwerp dat we willen gaan oppakken. Een leidraad of richtlijn hierover lijkt me welkom.

NVLF

- Welke zorg verlenen logopedisten in de revalidatie van deze patiëntengroep: door de lange tijd dat beademing wordt toegepast treden er, na loskoppeling, slikproblemen op. Daarnaast is er sensibiliteitsproblematiek (bijv. geen gevoel in mond) en verlamming van de stembanden en ademhalingsproblematiek. Ook zien zij veel cognitieve problematiek. Kortom, dit belemmert de communicatie. Hier kan de logopedist van dienst zijn met behandeling en interventie. Ook door de bedekkende kleding wordt communicatie bemoeilijkt.
- NVLF heeft een document opgesteld met handvatten. Ook zijn zij bekend met het revalidatieprogramma van de Hoogstraat, maar hierbij is de logopedie slechts summier benoemd.
- Zij zien een grotere rol voor zichzelf weggelegd dan nu het geval is en zijn blij dat ze bij deze inventarisati zijn betrokken. Ondanks de mogelijkheden tot grotere rol zien zij ook een tekort aan logopedisten met deze specifieke expertises, zeker ten aanzien van het groeiend aantal revalidatie patiënten.
- De NVLF is zeker bereid om multidisciplinair samen te werken aan verbetering/verduidelijking van de revalidatiezorg.

NVAVG

Nu is er sprake van individuele uitbraken in de huizen, niet op die schaal dat ze problemen verwachten op gebied van revalidatie. In de huizen is een grote dichtheid aan paramedici hierdoor kan veel opgevangen worden. Zij constateert nu geen behoefte aan verder afspraken voor revalidatie bij VG omdat ze daar op dit moment voldoende op zijn toegerust. Mocht het zo zijn dat uitbraken zich uitbreiden dan zou er mogelijk een grotere behoefte aan revalidatie kunnen ontstaan. Enige waar ze geen zich op heeft is de kleinschalige voorzieningen omdat hier geen VG artsen bij betrokken zijn.

Nederlandse Vereniging van Diëtisten

- De NVD ziet veel uitdagingen in de revalidatiezorg. Bij Covid patiënten is veel voedingsproblematiek. Er is zo'n aanslag op de conditie dat eten moeizaam gaat, patiënten hebben er geen puf voor. Ook is er veel spierverlies en maag-darm-problematiek (buikpijn, misselijk, braken). De intake en behouden van voedsel is bij deze patiënten lastig.
- afbreuk van spiermassa en conditie heeft **enorme gevolgen** voor de gezondheid en functionaliteit. Mensen zijn ernstig vermoeid, ondervoed en verzwakt. Ook relatief jonge patiënten.
- Bij revalidatie is sprake van ondervoeding en veel verzwakking door achteruitgang spierkracht. Doordat Covid patiënten gemiddeld langer zijn opgenomen, is er ook meer verzwakking dan bij andere ziekenhuisopnamen. Dit maakt de revalidatiezorg voor deze patiënten intensiever en complexer.
- Doordat zorg aan corona patiënten anders is door o.a. bedekkende kleding is het lastig in te schatten in hoeverre goede voeding wordt gegeven en of de voeding voldoende op de patiënt is afgesteld.
- Door de combinatie ondervoeding en verlies spiermassa is samenwerking tussen diëtist, fysiotherapeut en ergotherapeut nodig. Kans op re-feeding syndroom, waarbij patiënten te snel te veel voedsel binnenkrijgen, wat kan leiden tot metabole problemen
- Het blijkt dat vaak mensen met obesitas in het ziekenhuis worden opgenomen. Bij deze patiënten is na ziekenhuisopname lastig om de spiermassa van de vetmassa te onderscheiden, en dus te monitoren of er voldoende spiermassa is. Er is apparatuur beschikbaar om dit te meten, maar waarschijnlijk niet voldoende voor het aantal verwachte patiënten. Dit is een inkoopvraagstuk.
- Zorg moet goed multidisciplinair zijn ingeregeld. Zij hebben er baat bij als er leidraden/statements/e-learnings worden ontwikkelt. NVD doet mee aan verschillende initiatieven, maar mist ook een bepaalde mate van regie. Aanbevelingen zijn nog niet optimaal uitgewerkt, er moet nog een slag overheen.
- De NVD heeft baat bij informatie voortkomend uit het REACH project (Marieke van der Schaaf). Deze info moet nog geïmplementeerd worden, daar ligt vraag voor ondersteuning hiervan.
- Ten slotte heeft NVD nog een financieringsvraag: in het basispakket is maar 3 uur Diëtetiek opgenomen. Bij de zorg voor de patiënten is veel meer dan 3 uur nodig. Hoe wordt dit bekostigt? Hoe gaan VWS en ZN hier mee om?

NVIC

Sinds enige tijd is er een multidisciplinaire werkgroep voor de ontwikkeling van een richtlijn Nazorg en Revalidatie van IC patiënten. Deze werkgroep staat onder voorzitterschap van 5.1.2e (namens de NVIC) en 5.1.2e (namens de VRA). De FMS heeft de werkgroep onlangs verzocht een standpunt in te nemen over de nazorg van COVID-19 patiënten die op de IC zijn behandeld. Dit standpunt is de afgelopen twee weken geschreven en nu vrijwel klaar. Het komt naar verwachting eind week 15 op de website van de FMS.

Huidige revalidatie aan kwetsbare mensen na een doorgemaakte Covid19 is ingericht volgens bestaande zorgpaden; zie bijlage Standpunt nazorg. Hierin is ook aangegeven om welke patiëntgroepen het gaat en waar de zorgverlening plaats vindt.

- Op dit moment hebben nog niet alle IC's in Nederland een nazorgpoli. Wij denken echter dat dit voor het terugzien van COVID-19 patiënten wel wenselijk is.
- Daarnaast is het nu niet gebruikelijk dat alle patiënten die een langdurige IC opname hebben gehad, voor ontslag uit het ziekenhuis een keer worden gezien door een revalidatie arts, geriater of specialist ouderengeneeskunde. Wij denken dat ook dit voor COVID-19 patiënten wenselijk is.
- We signaleren dat overlevenden van een IC behandeling die nazorg in de eerste lijn krijgen, afhankelijk van hun zorgverzekeringspakket soms hoge kosten moeten maken om de juiste begeleiding door eerstelijnszorgprofessionals te krijgen. Dit is een zeer onwenselijke situatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een ontbrekende vergoeding voor intensieve fysiotherapie in de eerste lijn.

- Het is goed voorstelbaar dat het volume van revalidatiefaciliteiten voor overlevenden van een lange IC behandeling de komende maanden tekort schiet. Er zullen veel meer ex IC patiënten dan normaal nazorg nodig hebben binnen bijvoorbeeld de medisch specialistische revalidatie of in verpleeghuizen.
- Het is nog niet overal gebruikelijk om de revalidatie arts te betrekken na een langdurige IC opname.
- Ook ondersteuning binnen de eerste lijn schiet soms tekort, omdat zorgprofessionals niet altijd bekend zijn met de lange termijn gevolgen van een lange IC behandeling.

Wat zou kunnen helpen bij het leveren van goede zorg/behandeling/revalidatie aan mensen na een doorgemaakte Covid19 is meer aandacht voor PICS, voldoende nazorgcapaciteit (zie hierboven) en vergoeding van noodzakelijke ondersteuning via de eerste lijn

Wenselijkheid vastleggen afspraken over zorg/behandeling/revalidatie vanuit verschillende disciplines: Het opgestelde document nazorg kan al duidelijkheid geven. Het is wenselijk dat dit de diverse beroepsgroepen zoals intensivisten, huisartsen, longartsen en internisten daadwerkelijk bereikt. Het gaat om de 8 verenigingen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de bijlage, plus verenigingen van huisartsen en longartsen. Draagvlak is aanwezig.

NVKG

Klinisch geriateren werken met leidraden voor o.m. triage wel/niet ziekenhuisopname. Heeft nog geen leidraad voor nazorg gezien specifiek voor KG. Verwijst verder naar de FMS en wat daar ontwikkeld wordt. Problemen KG doen zich niet zozeer voor op het vlak van revalidatie, wel op het vlak van capaciteitsproblemen in de revalidatiehuizen en verpleeghuizen.

NWG (Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap)

Wat opvallend is, is dat een heel aantal NWG leden nog amper contact hebben met cliënten met corona. Bijv in de kop van Noord-Holland. Zij kunnen dan ook nog weinig reactie hierop geven. Mogelijk komt het nog allemaal.

Herstel na acute fase

We zien dat de cliënten behoorlijk verzwakt naar huis gaan, daardoor verhoogd valrisico, lopen met rollators. Flink afgevallen. Snel vermoeid, weinig energie. Hierdoor zullen de cliënten langere tijd ADL ondersteuning behoeven, goede begeleiding van fysios om weer spierkracht op te doen en beperking valrisico. Zo nodig diëtiste. Bij mensen die met zuurstof naar huis gaan, zijn er ook strenge leefregels mbt roken e.d. Ook voor naasten.

Verder voor cliënt, maar meer nog misschien wel voor naasten, traumaverwerking. Hebben hun naaste vaak machteloos achteruit zien gaan. Cliënten kunnen niet meer evt. zorg voor kinderen, kleinkinderen opnemen in de eerste periode na de acute fase. Dit legt grote druk bij partners of familie.

We zien een grote groep echtparen, die het net met elkaar redden ondanks dat een van beide klachten van dementie heeft. Valt de partner uit door de corona, dan raakt de andere vaak ontregeld en worden de cognitieve klachten groter en heftiger. Dat is een enorme opgave voor de familie, die druk bezig is met een hele zieke vader/moeder en dan een ontregelde andere 'helft' van het echtpaar.

N.B. Hulp aan de cliënt én het 'systeem' van de cliënt!! Beide zijn getroffen door de corona!

Geriatrische revalidatie

Het zou zo mooi zijn om regionale multidisciplinaire teams te maken, die kunnen opereren in de eigen omgeving van de cliënt. Dus wijkverpleging, huisarts, fysio, evt. aangevuld met ergo (ook voor evt aanpassingen in huis), diëtiste, psycholoog, maatschappelijk werker (ivm werk en financiën), specialist ouderenzorg, welzijnswerker. Niet revalideren in de kliniek maar thuis. Zij kunnen dan expertise opbouwen en snel schakelen.

N.B. Attentie bij geriatrische revalidatie bij cliënten met PG problemen.

Multidisciplinaire groep

Vanuit het NWG is er zeker bereidheid mee te denken. Alleen is het zo dat we nu niet gemakkelijk mensen kunnen vrijmaken. Mogelijk volgende maand beter.

Patiëntenfederatie

Er zijn geen signalen via het zorgnummer binnen gekomen.

Harteraad: Er is behoefte aan goede ondersteuning voor sociaal/psychische nazorg, ook voor naasten. Er zijn nu minimale instructies m.b.t. revalidatie

KBO-PCOB: Nog geen opmerkingen/geen signalen

Revalidatie Nederland

Revalidatie Nederland/medisch specialistische revalidatie heeft nauwe afstemming met geriatrische revalidatie. Zijn er nog niet over uit wat hun rol kan worden, is nog te vroeg. Weten het nog niet.

Hebben in China, Italië en Spanje informatie opgevraagd over hoe mensen van de IC komen. De behoefte is niet eenduidig.

RN zit er dicht bovenop in Brabant en Limburg. Nu: ¾ overlijdt op de IC. Andere deel gaat naar verpleeghuis of naar huis en komt in aanmerking voor MSR. Belangrijk nog te beantwoorden vraag daarbij is: kan revalidatie vanuit huis gaan plaatsvinden of door deze mensen 6 weken op te nemen?

Verder genoemde punten:

- FMS protocol voor triage na IC is waarschijnlijk in de week van 13 april 2020 gereed.
- Om welke mensen gaat het? De getallen zijn ook nog niet duidelijk, hoe groot is de groep? Gaan dit na bij de IC specialisten.
- RN onderzoekt nu de eigen capaciteit.

Alle centra draaien mee in de acute zorg organen.

Noemt het onderscheid geriatrische revalidatie/MSR: MSR mensen hebben nog een participatie potentieel, geriatrische revalidatie mensen hebben dat minder of niet.

Verwachting is dat MSR mensen intensievere behandeltrajecten nodig zullen hebben.

Op dit moment weten we nog onvoldoende welke zorg ernstig aangedane Covid19-patiënten nodig hebben na verblijf op IC of in het ziekenhuis. Internationaal en nationaal is hiervoor nog onvoldoende evidence. Bovendien weten we in Nederland nog onvoldoende in welke aantallen mensen met een revalidatie-zorgvraag de IC verlaten. Op dit moment werken VRA en FMS aan een leidraad en triage protocol. Daarnaast zijn er eerste behandelkaders en toolkits ontwikkeld. Wij maken daarnaast een schatting van de aantallen.

De MSR (medisch specialistische revalidatie) is een specialisme dat zich vanuit multidisciplinair perspectief richt op terugkeer naar de maatschappij. Omdat Covid-patiënten zeker na de IC grote fysieke klachten hebben, onderliggend lijden en psychische problemen, kunnen ernstig aangedane Covid-patiënten baat hebben bij klinische of poliklinische MSR. In hoeverre de kracht van MSR daadwerkelijk ingezet wordt bij deze groep patiënten zal de komende weken blijken.

Er wordt gewerkt aan eenduidige triage; er is een eerste behandelkader (standpunt);

Revalidatieartsen zijn betrokken bij triage na IC. Indien nodig worden Covid19-patiënten in verschillende centra behandeld, ook post-IC.

Het gaat om zowel post-IC als ernstig aangedane patiënten met beperkingen in functioneren op meerder vlakken t.g.v. covid-19 die niet naar de IC hoeven. Zowel Covid+ als -. Indien nodig cohort-afdelingen. Er wordt in de doelgroep vooral gesproken over kwetsbare mensen met multimorbiditeit maar het betreft ook ernstig zieke patiënten die premorbide gezond waren, juist die worden geselecteerd voor IC en blijven het meest ernstig aangedaan en van daaruit is doorplaatsing naar MSR.

Samenwerking tussen centra en IC's/ziekenhuizen en eerste lijn veelal goed -regionaal bepaald. We hebben de capaciteit voor de behandeling van klinische Covid-patiënten post IC in kaart gebracht. We weten nl onvoldoende hoeveel mensen er met een MSR-indicatie van de IC komen, die analyse zijn we aan het maken. Belangrijk om de nazorg in de eerste lijn goed te regelen; geschoold netwerk is nodig evenals vergoeding uit basispakket. We weten niet of er mensen herstellen vanaf IC met blijvende beademingsbehoefte (dit verwacht het CTB wel, Gaytant UMCU). Als dat zo is, is de revalidatiezorg daar onvoldoende op ingericht qua voorzieningen en deskundigheid.

De gebruikelijke disciplines zijn betrokken bij MSR (revalidatiearts, fysiotherapie, psycholoog, maatschappelijk werk, logopedist en diëtist), indien nodig worden andere specialismen (longen, hart) bijgeschakeld. betrokkenheid van psychologen erg belangrijk ivm hoge prevalentie PTSS en daarnaast ook cognitieve problemen.

Wat zou kunnen helpen is goede samenwerking in regionale netwerken zodat juiste patiënt op juiste plek komt, waarbij financiering of beschikbaarheid van beschermingsmateriaal (eerste lijn/GRZ) geen drempel zou mogen opwerpen. Behoeftte aan ondersteuning bij landelijke registratie/follow-up van herstel; inrichten van nazorg poli's; eventueel geconcentreerd capaciteit verhogen, beschermingsmaterialen, voorzieningen voorbereiden indien blijvend beademingsbehoeftige patiënten zich gaan aandienen. De nazorg poli's voor COVID patiënten die worden opgezet dienen de aansluiting bij de revalidatiegeneeskunde te zoeken of in ieder geval klinimetrie af te nemen gericht op inzichtgeving in functionele beperkingen (biopsychosociaal) zodat er zicht komt op revalidatievraagstukken en patient verwezen kan worden voor therapie eerste lijn, de revalidatiegeneeskunde of de GRZ.

Een multidisciplinaire richtlijn is zeker wenselijk, die zowel derde, tweede als eerstelijnszorg bestrijkt. Probleem is dat we nu handvatten nodig hebben en tijd die multidisciplinaire richtlijn vraagt er niet is. Advies: versneld uitvoeren van gestarte PICS richtlijn, die toespitsen op Covid. Beroepsgroep: revalidatieartsen, klin geriaters, specialisten ouderen geneeskunde, huisartsen, longartsen, eerstelijns fysio, ergo, logo, diëtetiek, psychologie

Daarvoor nodig: tijd en hulptroepen die bijv alle evidence verzamelen, samenvatten en op basis daarvan al voorzet maken. Uitgangspunt moet zijn dat die info en adviezen breed toepasbaar en beschikbaar zijn, zonder exclusiviteit; iedere regio met op basis daarvan zijn zorg kunnen organiseren zo thuis nabij als mogelijk voor patiënt. Gericht op dat wat nodig is, i.p.v. dat wat optimaal is.

Beroepsverenigingen of patiëntenorganisaties die daarbij betrokken willen en kunnen zijn: longartsen, klin. geriaters, Verenso, VRA, KNGF, ergotherapie Nederland, Ned ver logopedie, NIP of ziekenhuis psych, diëtetiek, IC-connect

Voor de uitvoering is het van belang dat iedereen zijn schouders eronder wil zetten en eigen belang en profilering niet op voorgrond zet en gewerkt wordt vanuit vertrouwen in elkaar.

Behoeften nu:

- Zicht op uitstroom van COVID patiënten na ziekenhuisfase; alleen post ziekenhuisopname na IC zou al mooi zijn
- Voldoende beschermingsmaatregelen en geen drempels financiering (zoals eigen bijdrage FT/ET/lo eerste lijn) zodat nazorg daar kan plaatsvinden waar nodig (JZOJP) en niet op kostbare tweedelijns plek.

Revalidatie Nederland

Er is door De Hoogstraat revalidatie (Brouwers en De Graaf) een Behandelprogramma covid-19 post IC opgesteld (zie bijlage). De opstellers hebben met dit document afgelopen dagen een 'rondje langs de velden' gedaan en hebben de huidige evidence in het kader van behandelprogramma's na PICS (waar het klinisch beeld na langdurige IC opname het meest op zal lijken) op een rijtje gezet. Het document is bedoeld om 'handvatten te bieden voor het opstellen van een medisch specialistische revalidatiebehandeling voor patiënten na langdurige/gecompliceerde IC opname bij COVID-19 op basis van de huidige beschikbare kennis (d.d. 30-03-2020). Dit document kan dan ook niet gebruikt worden als behandelprotocol voor revalidatie instellingen, wel kan het dienen als kapstok om het opstellen van een lokaal behandelprogramma in revalidatiecentra te faciliteren. Indien andere revalidatie instellingen dit document gebruiken, dienen zij dan ook kritisch te beoordelen in hoeverre de informatie in dit document van toepassing is op hun eigen situatie.'

Mede in samenwerking met de VRA en de NVIC wordt er momenteel gewerkt aan een multidisciplinaire richtlijn over nazorg en revalidatie na PICS. Deze richtlijn verschijnt medio 2021. Momenteel is er dus nog geen richtlijn beschikbaar op dit gebied.

In het Behandelprogramma wordt verder het volgende aangegeven:

'De COVID-19 pandemie heeft in toenemende mate ook gevolgen voor de revalidatiesector. De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) maakte 16 maart 20 duidelijk dat de revalidatiesector klaar staat om de continuïteit van zorg te waarborgen: "Nu de druk op de IC's toeneemt, dragen revalidatie-instellingen bovendien bij aan de continuïteit van de acute zorg en de behandeling van coronapatiënten. Ze spelen een belangrijke rol in de zorgketen. De manier waarop verschilt per regio. Sommige revalidatiecentra nemen bijvoorbeeld patiënten uit het ziekenhuis eerder op om in het ziekenhuis bedden vrij te maken voor andere patiënten; andere creëren juist ruimte om zelf coronapatiënten te kunnen opnemen."

Verenso

De eerste patiënten komen binnen, hebben de acute fase doorgebracht op IC of verpleegafdeling. Hebben nog geen volledig overzicht over de verschillende groepen patiënten en de exacte cijfers over gezondheidsproblematiek bij de patiënten. Nu bezig met het opstellen van behandelprotocollen waarvan geriatrische revalidatie een onderdeel is. Het is nog zoeken hoe het revalidatie traject multidisciplinair ingezet kan worden en behoefte is ook om financiering rond te krijgen voor het uitwerken van de behandelprotocollen en richtlijnen.

V&VN

V&VN krijgt veel vragen vanuit de leden, dagelijks ongeveer 100 die via het meldpunt binnenkomen. De vragen die vanuit de eerstelijns komen worden al opgepakt vanuit het RIVM ism Actiz, ZorgthuisNL en V&VN. Zo hebben ze eind vorige week richtlijnen gepubliceerd voor zorgprofessionals in de eerste lijn, zijn er Q&A's ontwikkeld voor inhoudelijke vragen en verschijnen er dagelijks nieuwsberichten vanuit alle veldpartijen met de laatste standpunten vanuit het RIVM. Ook publiceren ze dagelijks producten, webinars, filmpjes van experts/instituten.

Overzicht van producten en richtlijnen op deze pagina's:

- www.venvn.nl/thema-s/coronavirus/
- www.lci.rivm.nl/richtlijnen/covid-19

Denken dat er nu geen behoefte is aan aanvullende activiteiten, dan dat nu door het RIVM wordt opgepakt. Denken dat er nu vooral behoefte is aan duidelijke communicatie vanuit het RIVM over de verschillende standpunten, het daadwerkelijk verspreiden van BPM, ruimte vanuit de verzekeraars rondom financiering en focus op juiste inzet van personeel. Deze onderwerpen lopen ook via de bestuurlijke lijnen en de contactmomenten met het RIVM en VWS.

Tweede reactie:

Op dit moment is er nog geen richtlijn over de nazorg en revalidatie van IC-patiënten en naasten, deze is op dit moment wel in ontwikkeling. Dit initiatief loopt vanuit Verenso – gericht onder andere op de ontwikkeling van een behandelprotocol GRZ, dit zou al enorm helpen.

V&VN verwijst verder naar deze site met het standpunt en alle thema's:

<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Standpunt%20Nazorg%20COVID19.pdf>

Verder wordt er vooral een behoefte benoemd aan praktische tools en producten, zoals filmpjes met informatie en infographics. Op dit moment worden de standpunten en 'richtlijnen' nog erg abstract gevonden, met name de RIVM richtlijnen. Er wordt op hoger niveau tussen de communicatieafdelingen afgestemd om hier verbetering in aan te brengen, maar dit blijft wel een knelpunt. Er komt nu steeds vaker informatie beschikbaar over het handelen, maar de implementatie/communicatie hierover blijft ingewikkeld. Ook omdat de richtlijnen soms binnen een week weer herzien worden.

Naast de 'fysieke revalidatie', dus lichamelijk herstel, worden ook problemen gezien in mentaal/emotioneel herstel. Dit blijft nu nog onderbelicht. Deze periode is erg zwaar voor zorgvragers, met name als ze lange tijd op de IC hebben gelegen zonder direct contact met familie en naasten. Het is op dit moment nog de vraag welke emotionele impact dit zal gaan hebben, ook gericht op het oppakken van het leven. Mogelijk dat hier nog aandacht voor kan komen. Mogelijk is dit ook benoemd door de Patiëntenfederatie?

Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging en Janneke de Man- Leerstoel Verplegingswetenschap UMCU

Het is wenselijk dat wordt gekeken naar hoe de overgang vanuit het ziekenhuis naar andere zorgvormen plaatsvindt. Dus ook als patiënten via een 'tussenstop' (waar dat ook zijn mag) naar huis gaan. In het bijzonder de geriatrische revalidatie opnames e.d.

Vanuit de huisartsenpraktijk, wijkverpleging en fysio is dit zeker een vraagstuk dat speelt en waar men over nadenkt. Ook de revalidatieartsen spelen hierop in.

Fysio's volgen een expertgroep European Respiratory Society en zij zijn bezig met ontwikkeling richtlijn voor patiënten na acute ziekenhuis opname.

Te betrekken disciplines: huisarts, (wijk-)verpleging, fysio, ergo, diëtist, revalidatie.

Kijken naar bestaande richtlijnen/initiatieven, die vervolgens op maat maken voor covid, vooral evidence based aangevuld met best practices. Vanaf het begin de praktijk erbij betrekken.

Samenwerken met beroepsverenigingen van bovengenoemde disciplines, en ook belangenorganisaties als NUZO e.d.

ZiN,

Eerst zou duidelijk moeten worden wat het probleem is, wat zijn de kennislacunes. Heeft de indruk dat er nog onvoldoende zicht is op wat er nodig is, welke medische behoefte er is. Wat zijn bijvoorbeeld nieuwe elementen? Duidelijk zou moeten worden bij mensen die een acute corona fase in een thuisomgeving hebben doorgebracht of in klinische setting of een medisch noodzakelijk verblijf nodig is. Vervolgens zou duidelijk moeten worden wie dan de regie behandelaar is (de specialist ouderengeneeskunde) Welke aspecten gaat het om en wat is hiervoor nodig? De specialist ouderengeneeskunde werkt hieraan samen met andere disciplines, fysio, ergo, diëtist etc.