

Een beknopte gids voor ergotherapeuten: **Revalidatie voor mensen herstellende van COVID-19**

Tot op heden is er nog steeds een toename van evidentie en inzichten rond de acute en langdurige symptomen en beperkingen bij personen die herstellende zijn van COVID-19. De gezondheidszorg en maatschappelijke zorg reageren echter snel op deze pandemie omdat er meer en meer geweten is over de manier waarop het virus de mensen treft.

Ergotherapeuten en andere gezondheidswerkers zien een reeks respiratoire, musculoskeletale, neurologische en psychologische beperkingen bij patiënten die werden behandeld voor het virus. Dit betekent dat naarmate meer mensen uit het ziekenhuis worden ontslagen, in combinatie met mensen die herstellen in de gemeenschap, het aantal mensen dat revalidatie nodig heeft, snel toeneemt. Het is van cruciaal belang dat deze mensen toegang hebben tot revalidatie om de best mogelijke kans te hebben op maximaal herstel.

Als experts in holistische revalidatie hebben ergotherapeuten een cruciale rol te vervullen bij het aanpakken van de slopende effecten van COVID-19.

Als experts in holistische revalidatie hebben ergotherapeuten een cruciale rol te vervullen bij het aanpakken van de slopende effecten van COVID-19. Door een *patient-centered* en *occupation-focused* benadering te hanteren, ondersteunen ergotherapeuten het herstel van mensen die functionele problemen ondervinden als gevolg van het virus en de behandeling ervan, vooral wanneer de behandeling op intensieve zorgen werd uitgevoerd.



Wat houdt deze snelgids in?

Het doel van deze gids is om ergotherapeuten en gezondheidswerkers een praktische checklist te voorzien met aandachtspunten met betrekking tot mogelijke revalidatiebehoeften van mensen die herstellen van COVID-19. Het kan worden gebruikt voor het plannen en structureren van passende ergotherapeutische interventies.

Het is bedoeld voor gebruik door ergotherapeuten die zijn gevestigd in de acute zorg, eerste- en tweedelijnszorg, lokale autoriteiten, geïntegreerde en niet-wettelijke instellingen. De snelgids moet worden gelezen naast de huidige overheids- en nationale COVID-19 richtlijnen.

Deze gids geeft een breed overzicht van de interventies die ergotherapeuten moeten overwegen in elke fase van de behandeling en het herstel van een patiënt. Er wordt niet ingegaan op specifieke interventiestrategieën. Begeleiding, informatie en bronnen om de ergotherapiepraktijken te informeren en om de interventies te ondersteunen, zijn beschikbaar op: [www.ergotherapie&covid.be](http://www.ergotherapie& covid.be) of de Engelse website rcot.co.uk

Op de hoogte blijven van evidentie materiaal

Als geregistreerde professionals in de gezondheidszorg worden ergotherapeuten geadviseerd om op de hoogte te blijven van de opkomende evidentie met betrekking tot de functionele effecten van COVID-19 en de behandeling ervan. Dit om gebruik te maken van de bestaande evidentie met betrekking tot specifieke ergotherapeutische evidenties.

De Engelse RCOT bibliotheek werkt aan het samenstellen en actualiseren van documenten met betrekking tot ergotherapie en COVID-19. Leden hebben toegang tot deze informatie via de RCOT Bibliotheekcatalogus met de zoekterm COVID-19. Beschikbaar in het Nederlands op: www.ergotherapie&covid.be
Engels op: rcot.co.uk/practice-resources/library-resources/search-library-catalogue

Beperkingen bij COVID-19 patiënten

Evidentie met betrekking tot de acute en functionele gevolgen op lange termijn van COVID-19 is momenteel beperkt maar zal toenemen naarmate meer mensen worden behandeld en herstellen van het virus wereldwijd. De volgende niet-exhaustieve lijst, schetst beperkingen die zijn waargenomen door gezondheidswerkers die werken met COVID-19 patiënten en die waarschijnlijk van invloed zijn op de functionele uitvoering van de patiënten.

Naarmate de evidentie zich verder ontwikkelt, zal de prevalentie van specifieke symptomen duidelijker worden en zullen we een beter begrip ontwikkelen van de functionele effecten op langere termijn op verschillende populaties. Het is belangrijk om te weten dat sommige van de hieronder vermelde beperkingen vaak voorkomen bij patiënten die worden behandeld in acute settings, maar kunnen verdwijnen tegen de tijd dat de patiënt wordt ontslagen. Ook kunnen er in de loop van tijd bijkomende beperkingen worden vastgesteld, die in het beginstadium van de behandeling en herstel niet aan het licht waren gekomen.

Musculoskeletaal/Fysiek

- Overweldigende vermoeidheid
- Spierdystrofie
- Algemene spierzwakte
- Neuropathie
- Verminderd bewegingsbereik in de bovenste extremiteit
- Oedeem in bovenste ledematen
- Pijn en ongemak
- Verandering/verlies in het gezichtsvermogen

Cardiopulmonair

- Ademloosheid
- Beperkte inspanningstolerantie
- Orthostatische hypotensie
- Snelle zuurstofdesaturatie tijdens inspanning
- Dysfunctionele ademhalingspatronen
- Hyperventilatie
- Aanhoudende hartproblemen, bv. atriumfibrillatie en hartritmestoornissen

Communicatie

- Slik- en voedingsproblemen na intubatie (dysfagie)
- Spraakproblemen (dysartrie en dysfasie)
- Moeite om alternatieve communicatiemiddelen te gebruiken door cognitieve en musculoskeletale beperkingen.

Neurologisch

- Verminderde waakzaamheid
- Verminderd bewustzijn
- Aanhoudend delirium
- Ernstige aandachtstekorten en slechte concentratie
- Verminderde visuospatiale functies
- Agitatie, veranderd wandeltempo/patroon
- Desoriëntatie
- Executieve dysfunctie
- Kritieke ziekte neuropathie/ myelopathie
- Impulsiviteit
- Ontremming
- Verminderd werkgeheugen en geen herinnering van opname

Psychologisch

- Verlies van zelfzekerheid en vertrouwen in eigen lichaam
- Angst – vooral bij het ontwaken in een omgeving waarbij er beschermingsmiddelen worden gedragen/gebruikt
- Verlies van waardigheid en controle
- Angstig, paniekaanvallen
- Slecht humeur, depressie
- Rouwig
- Problemen met lichaamsbeeld, gerelateerd aan behandeling
- Verminderde verankering in eigen belevingen
- Verergering of terugval van bestaande psychische aandoeningen
- Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

De impact voor patiënten op intensieve zorg

Voor mensen die een langdurig verblijf op intensieve zorg hebben meegemaakt, zijn de longfunctie, het fysiek functioneren en het emotioneel welzijn aangetast¹. Veel voorkomende symptomen die een jaar later worden gemeld door mensen die op intensieve zorg zijn geweest, zijn onder meer angst (34%), depressie (33%) en posttraumatische stressstoornis (19%)². Mensen met het acute ademnoodsyndroom kunnen ook cognitieve afwijkingen ervaren, met name in het geheugen en de executieve functies³.

Het post-intensive caresyndroom (PICS) beschrijft een verzameling van moeilijkheden die mensen kunnen ondervinden na een opname op intensieve zorg. Deze omvatten fysieke, cognitieve en psychologische problemen die kunnen aanhouden, tot 15 jaar kunnen duren en waarvan bekend is dat ze een invloed hebben op de terugkeer naar de dagelijkse activiteiten en werk⁴. Dit kan een aanzienlijke financiële impact hebben op de persoon, zijn gezin en de maatschappij. Gezinnen moeten nieuwe zorgrollen op zich nemen en kunnen ook de psychologische gevolgen ervaren van het PICS zoals angst, depressie en PTSS. Vroegtijdige revalidatie wordt opgestart door ergotherapie, kinesitherapie en logopedie. Dit om de uitkomsten en kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren.

De prevalentie van PICS bij mensen die een intensieve zorg behandeling voor COVID-19 hebben ondergaan, moet nog blijken, maar er is een groeiend besef dat er waarschijnlijk een aanzienlijke toename zal zijn van het aantal mensen dat revalidatie nodig heeft om de problemen die verband houden met het syndroom, aan te pakken⁵.

Inschatten van de revalidatiebehoeften van COVID-19 patiënten

De volledige omvang van de revalidatiebehoeften van mensen die herstellen van COVID-19 zijn nog niet bekend, toch voorspelt het *NHS Discharge to Assess Model*⁶ dat:

- 50% van de mensen heeft na ontslag geen medische of maatschappelijke zorg nodig
- 45% van de mensen zal na ontslag naar huis kunnen met steun van gezondheids- en maatschappelijke zorg
- 4% van de mensen heeft revalidatie in bed nodig
- 1% van de mensen heeft een levensveranderende gebeurtenis meegemaakt en zal niet uit de acute setting naar huis kunnen worden ontslagen

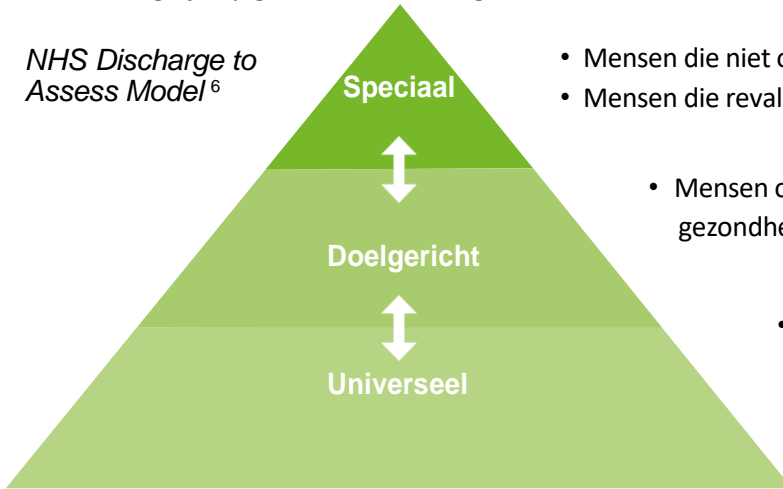
De kans is groot dat sommige mensen die COVID-19 hebben meegemaakt, maar niet in het ziekenhuis waren opgenomen, ook behoefte hebben aan revalidatie en ondersteuning. De omvang van deze behoefte is nog niet gekend.

Het type en intensiteit van de ergotherapeutische input die nodig is voor mensen herstellende van COVID-19 zal waarschijnlijk sterk variëren en moet volgens de *person-centered* principes gebeuren. Belangrijk te vermelden is dat mensen die getroffen zijn door COVID-19 meer kans hebben op andere onderliggende gezondheidsproblemen^{7,8} en dat sommige levenservaringen de kans op psychologische problemen als gevolg van de COVID-19 behandeling kunnen vergroten⁹. De nodige aandacht moet worden besteed aan het persoonlijke, medische en functionele verleden van het individu wanneer assessments en interventies worden geselecteerd.

Bij het structureren van het ergotherapeutisch aanbod en het identificeren van een geschikte balans tussen vaardigheden en het nodige personeel is het nuttig te overwegen of de behoeften van de patiënten speciale aandacht nodig hebben, doelgericht zijn of universeel zijn.

- **Gespecialiseerde** benaderingen ondersteunen individuen met de meest complexe behoeften die individuele input vereisen.
- **Gerichte** benaderingen ondersteunen mensen met minder complexe behoeften en met een lager risico, maar die toch op maat gemaakte input vereisen.
- **Universele** benaderingen faciliteren zelfmanagement voor mensen met duidelijke behoeften en kunnen ook een aanvulling zijn op gerichte benaderingen.

NHS Discharge to Assess Model⁶



- Mensen die niet ontslagen kunnen worden vanuit de acute setting (1%)
- Mensen die revalidatie nodig hebben in bed (4%)

- Mensen ontslagen met ondersteuning van gezondheids-en maatschappelijke zorg (45%)

- Mensen ontslagen naar huis, zonder ondersteuning van gezondheids- en maatschappelijke zorg (50%)

Best practice principes voor alle settings

De persoon die wordt ondersteund en de occupaties die voor hem of haar belangrijk zijn, moeten centraal staan in alle ergotherapeutische interventies, ongeacht de omgeving.

Modellen, zoals het Person-Environment-Occupation (PEO) Model,¹⁰ kan worden gebruikt om de sessie te begeleiden en ervoor te zorgen dat interventies de occupatie-focus behouden, vooral in kritieke en acute omgevingen waar participatie aan dagelijkse activiteiten waarschijnlijk beperkt zal zijn. Het model ondersteunt therapeuten ook om na te denken over hoe de behoeften van de persoon in de loop van de tijd en in verschillende omgevingen kunnen veranderen, wat helpt bij het stellen van langetermijndoelstellingen en het plannen van ontslag.

Ergotherapeutische benadering

(PEO model¹⁰)



Persoon:

Ergotherapeuten bieden een uniek perspectief aan de multidisciplinaire aanpak, gericht op het vermogen van de persoon om deel te nemen in het dagelijkse leven. Traumatische en plotselinge veranderingen hebben gevolgen voor iemands psychologisch, fysiek en cognitief vermogen om te functioneren. Bij de permanente evaluatie moet ook rekening worden gehouden met de impact op de identiteit, relaties, de rollen en de verantwoordelijkheden van de persoon op korte en lange termijn. Eveneens moet er worden gekeken naar het behoud van vaardigheden en de sterktes die kunnen worden gebruikt om belemmeringen voor het uitvoeren van en participatie in occupaties te overwinnen.

Omgeving:

De omgeving van de persoon zal een impact hebben op elke fase van de revalidatie, waardoor de uitvoering en de mogelijkheid tot participatie worden ondersteund of belemmerd. Ergotherapeuten zullen overwegen hoe de persoon zichzelf aanpast aan de fysieke omgeving en hoe de omgeving kan worden aangepast. De sociale omgeving is in dit verband zeer belangrijk met barrières zoals persoonlijk beschermingsmateriaal en aanhoudend sociaal isolement. Het faciliteren van communicatie tijdens de isolatie en het voeren van moeilijke gesprekken over toekomstige uitkomsten zal van fundamenteel belang zijn, voor het succesvol werken met en ondersteunen van de patiënt. Gezinsleden en mantelzorgers moeten waar nodig bij deze gesprekken worden betrokken.

Occupaties:

Door samen te werken met de persoon, en indien van toepassing, familieleden en mantelzorgers, ondersteunen ergotherapeuten mensen om waardevolle occupaties te identificeren, doelen te stellen en te participeren in interventies die het herstel en de revalidatie van vaardigheden van het dagelijkse leven vergemakkelijken. Voor personen die een intensieve behandeling voor COVID-19 hebben ondergaan, zal dit onvermijdelijk beginnen met persoonlijke zorg, maar het ondersteunen van de persoon om een occupationele balans te bereiken tijdens hun herstelstadia, zal de motivatie en het welzijn ondersteunen.

Ergotherapeuten moeten ook rekening houden met de impact van infectiebeheersing op veelgebruikte evaluatie- en behandelingstechnieken, en zullen zich daaraan moeten aanpassen. De *Ethische en Professionele gedragscode* van het Royal College of Occupational Therapists stelt duidelijk dat¹¹:

3.2.11. U moet passende voorzorgsmaatregelen nemen om servicegebruikers, hun verzorgers en familie en uzelf te beschermen tegen infectie met betrekking tot persoonlijke hygiëne, apparatuur en omgeving. De richtlijnen en het beleid voor lokale infectiebeheersing moeten worden gevolgd.

Bij het verstrekken van ergotherapie aan mensen die herstellen van COVID-19, is routinematige professionele activiteit zoals het bijhouden van gegevens, risicomanagement, waarborgen van vertrouwelijkheid voor elke ergotherapeut een verantwoordelijkheid. Er wordt ervan uitgegaan dat de regelgeving van professionele instanties worden nageleefd^{11,12,13,14,15,16}.

De zorgplicht van ergotherapeuten omvat ook aandacht voor eigen gezondheid en welzijn. Hulpbronnen ter ondersteuning van de geestelijke gezondheid en het welzijn van ergotherapeuten zijn te vinden op www.ergotherapie&covid.be (Nederlands) of (Engels): rcot.co.uk/coronavirus-covid-19-0

Assessment en uitkomsten:

Assessments zijn fundamenteel voor effectieve ergotherapie. Het vormt de basis voor alle daaropvolgende beslissingen, inclusief het overeenstemmen van geïndividualiseerde doelen en het selecteren van geschikte interventies. Er zijn een aantal bestaande evidence-based tools die betrekking hebben op functionele beperkingen die worden ervaren door mensen die herstellen van COVID-19.

Sommige evaluatie-instrumenten kunnen als uitkomstmaatstaf worden gebruikt als ze robuuste meeteigenschappen hebben (bv. in termen van validiteit, betrouwbaarheid en responsiviteit). RCOT doet geen specifieke aanbevelingen over welke beoordelingen en uitkomstmaten individuele professionals of teams zouden moeten gebruiken. Het is belangrijk om klinische redenering toe te passen, rekening houdend met de behoeften van de mensen die worden ondersteund, en de parameters van de dienst.

Bij het selecteren van een assessment of uitkomstmaat dienen zorgverleners rekening te houden met:

- De betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van het assessment of uitkomstmaat
- Of het gevalideerd is voor gebruik met een Belgische populatie en voor de relevante doelgroep
- Of de verwerking en opslag van gegevens voldoet aan de General Data Protection Regulation (GDPR) wetgeving en andere informatiebeheer vereisten.

Advies en verdere informatie is beschikbaar op (Engels):

rcot.co.uk/practice-resources/occupational-therapy-topics/assessments-and-outcome-measures

Settings voor voorgestelde ergotherapeutische interventies

De voorgestelde assessments en interventie settings in deze gids zijn niet uitputtend en niet alle suggesties zullen voor elk individu nodig of geschikt zijn.

Het is de bedoeling om een breed overzicht te geven van de interventies die ergotherapeuten zouden moeten overwegen in elke fase van iemands behandeling en herstel. Dit is gestructureerd rond de belangrijkste praktijksettings waar ergotherapeuten werken met mensen met COVID-19.

1. Instellingen voor kritieke zorg
2. Intramurale/stapsgewijze revalidatie na ontslag uit intensieve zorg of acute afdeling
3. Revalidatie in de gemeenschap
4. Poliklinieken

Zorgverleners moeten persoonsgericht redeneren om passende, gepersonaliseerde benaderingen te identificeren die inspelen op de behoeften van elk individu waarmee ze werken, geïnformeerd maar niet beperkt door de praktijk settings in volgende tabellen.

Ergotherapeutische noden

Mensen die in deze setting worden ondersteund, hebben waarschijnlijk zeer complexe behoeften die specialistische tussenkomst vereisen.

De richtlijnen van de Faculteit *Intensive Care Medicine and Intensive Care Society* voor het verlenen van intensieve zorg¹⁷ bevelen aan dat :

Het kritieke zorgteam dient een ergotherapeut te omvatten met voldoende ervaring om bij te dragen aan en ontwikkeling van revalidatieprogramma's die inspelen op de complexe functionele cognitieve en psychosociale behoeften van de patiënten.

Als er geen ergotherapievoorziening is binnen de intensieve zorgafdeling, moet indien nodig een consultatie van ergotherapeuten beschikbaar worden gesteld. Wanneer ergotherapeuten worden overgeplaatst naar intensieve zorgen, moeten zij de nodige opleiding en begeleiding krijgen om ervoor te zorgen dat ze over de nodige kennis en competenties beschikken om veilig en effectief in de setting te kunnen werken.^{12,14}

Met de juiste supervisie en training kunnen niet-geregistreerde ergotherapeuten en gezondheidsmedewerkers zorgen voor ondersteuning.

Ergotherapeutische kennis en vaardigheden

- Mogelijkheid om mensen in kritieke toestand met complexe behoeften, te beoordelen en te managen.
- Mogelijkheid om risico te beoordelen of de therapie geschikt is en om vitale functies te herkennen die aangeven wanneer sessies moeten worden stopgezet.
- Ervaring met het werken met mensen aan beademingsapparatuur, met tracheostomie en andere medische hulpmaterialen.
- Bekwaamheid in handmatige bediening en positionering.
- Ervaring met het werken met mensen met complexe neurologische symptomen en met lage alertheid en activatietoestand.
- Competenties rond de nood aan spalken.

Overwegingen bij ergotherapeutische interventies

Screening en assessment

Behouden van een occupationele focus:

- Informatie verzamelen – van de persoon, familieleden, mantelzorgers
- Identificeer verleden van occupaties, sociale en mentale gezondheid
- Cognitie – door functie, evenals gestandaardiseerde screening – en beoordelingsinstrumenten
- Delirium
- Waakzaamheid en bewustzijn – voor degene die langzaam ontwaken van sedatie of langdurige bewustzijnsstoornissen ervaren.
- Fysieke vaardigheden – kracht, tonus, grove en fijne motoriek, coördinatie
- Myopathie en neuropathie
- Communicatie
- Perceptie en zicht
- Mentale gezondheid – angst en stemming
- Mentale capaciteit
- Functionele uitkomsten, mate van onafhankelijkheid en activiteit metingen.

<p>Doelen stellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Waar mogelijk aangevuld met de persoon, familie en mantelzorgers. • Activiteitenanalyse en indeling van taken ter ondersteuning van het geleidelijk herwinnen van de functies bij mensen met een beperkte bewegings- en activiteitentolerantie • Kortetermijndoelstellingen – wat wil en moet de persoon kunnen doen? Interventies om de kans op langdurige beperkingen te verminderen; vaardigheden ter ondersteuning van ziekenhuisontslag (mobiliteit, transfers, zelfzorg) • Langetermijndoelstellingen – vaardigheden om de terugkeer naar de gewenste occupatie te ondersteunen (zelfzorg, productiviteit, vrije tijd).
<p>Preventie en management van fysieke beperking</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Advies over positionering voor bed en stoel, om het bewegingsbereik te behouden, veranderingen in de spierspanning te managen en faciliteren van occupationele betrokkenheid. • Manueel handelen en assisteren bij buikligpositionering samen met multidisciplinair team. • Voorzien van speciale zitmogelijkheden om occupationele betrokkenheid mogelijk te maken. • Rekening houden met de zorg voor decubituswonden samen met multidisciplinair team. • Management van bovenste ledematen, aanpak van verlies aan bereik en oedeem. • Spalken van de bovenste en onderste ledematen, wanneer dit klinisch voordeel oplevert (niet routinematig).
<p>Occupationele betrokkenheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Advies over de behandeling van kortademigheid en vermoeidheid. Overweeg om de taken te graderen in tempo en opdelingen. Leer patiënten energiebesparende strategieën. • Vroege en complexe revalidatie om de statische en dynamische zitbalans en tolerantie te verbeteren. • Vroegtijdige en complexe revalidatie ter bevordering van de mobiliteit en het functioneren. • Persoonlijke verzorging – dagelijkse occupaties als wassen, aankleden en verzorgingstaken. • Faciliteren van autonomie en controle door aanpassing van Yanker zuigslang, bedbediening en betrokkenheid in routine, tijdschema en het stellen van doelen. • Communicatie – werk samen met logopedisten, gebruik compenserende, adaptieve strategieën en technologie waar nodig. • Voeding en drinken – overweeg compenserende/adaptieve hulpmiddelen die nodig zijn om de onafhankelijkheid en het gebruik van grove bewegingen van de bovenste ledematen te verbeteren. • Advies geven aan het verplegend personeel over cognitieve strategieën. • Betrokkenheid in vrijetijdsactiviteiten om lichamelijke, cognitieve en psychologisch herstel te bevorderen en ook om afleiding te bieden. Individueel geselecteerd op basis van de keuze van de persoon en de beschikbare middelen.

Psychologische interventies

- Luister naar de *lived experience* van de patiënt, normaliseer zijn ervaring en ondersteun een gevoel van veiligheid.
- Connectie met familie en vrienden mogelijk maken – met behulp van digitale hulpmiddelen, foto's en brieven.
- Rust en ontspanning – geef toegang tot geschikte hulpmiddelen voor mindfulness en welzijn, met de ondersteuning van technologie, indien beschikbaar.
- Stimuleer het gebruik van slaaphygiëne strategieën.
- Overweeg het gebruik van patiëntdagboeken om herstel na ontslag te bevorderen.
- Management strategieën voor angstsymptomen, met inbegrip van doorverwijzing naar geschikte psychologische diensten in samenwerking met multidisciplinair team. Overweeg de angstcomponent om ademnood en een disfunctionele ademhaling te voorkomen.
- Nadenken over wanneer er slechte gemoedstoestanden zijn en strategieën bedenken om deze stemmingen te verbeteren, met inbegrip van tijdschema's en betrokkenheid bij betekenisvolle activiteiten. Verwijzing naar geschikte psychologische/psychiatrische diensten in samenwerking met multidisciplinair team.

Ontslagplanning en verdere doorverwijzing

- Verdere doorverwijzing naar intramurale- en eerste lijn, zo vroeg mogelijk om het ontslagproces te versnellen.
- Vroegtijdige voorbereiding op het ontslag door middel van contact met de familie.
- Risicobeoordeling voor ontslag op de afdeling, in het bijzonder voor personen met delirium, agitatie of onvermogen te communiceren of om hulp te vragen.
- Overdracht aan het therapieteam met betrekking tot huidige doelen en revalidatieplannen, het delen van resultaten van assessments en uitkomstmaten waar nodig en toegestaan.
- Advies aan persoon en/of hun gezin over wettelijke rechten met betrekking tot werk, ziektegeld en wat te melden aan de werkgever. Wegwijs maken in de financiën en informeren over voordelen om rekeningen te beheren tijdens ziekenhuisverblijf.
- Informatie voor de persoon en familie/mantelzorgers over de mogelijke functionele impact op lange termijn door behandeling op intensieve zorg.

2. Intramurale/stapsgewijze revalidatie na ontslag uit intensieve zorg of acute afdeling

Speciaal



Doelgericht

Ergotherapeutische noden

Patiënten die in deze setting worden ondersteund, hebben waarschijnlijk complexe behoeften, waarvoor gespecialiseerde en gerichte interventies nodig zijn.

Ergotherapeuten met ervaring in het beoordelen en ondersteunen van patiënten met complexe behoeften en met tracheostomieën, kunnen begeleiding bieden aan ergotherapeuten zonder deze ervaring, of met beperkte ervaring met het werken met mensen die intensieve zorg kregen.

Het advies van ergotherapeuten werkende op de intensieve zorgafdeling kan geschikt zijn wanneer de vereiste competenties complex zijn en ergotherapeuten geen ervaring hebben met kritieke zorg.

Met de juiste begeleiding kunnen ongeregistreerde ergotherapeuten en gezondheidsmedewerkers ondersteuning bieden.

Kennis en vaardigheden op het gebied van ergotherapie

Van intensieve zorg:

- Ervaring met het beoordelen en ondersteunen van mensen met complexe behoeften
- Ervaring met het werken met mensen met tracheostomieën
- Kennis van beperkingen na opname intensieve zorg
- Kennis van ontslagplanning en verwijzingen naar eerstelijnsgezondheidszorg

Van acute zorg:

- Ervaring met het beoordelen en ondersteunen van mensen met complexe behoeften
- Kennis van ontslagplanning en verwijzing naar eerstelijnsgezondheidszorg

Overwegingen bij ergotherapie interventies

Screening en assessment

Bij het toepassen van de occupationele focus moet er nagegaan worden welke assessments en interventies er al zijn uitgevoerd bij de patiënt in intensieve zorg en/of in de acute setting. Verwijs naar eerdere resultaten waar nodig en herhaal waar nodig om het huidige functieniveau vast te stellen.

- Ademloosheid
- Vermoeidheid
- Gespecialiseerde assessments van houding en zitposities voor het verstrekken van passende zitmaterialen op de revalidatieafdeling en voor ontslag
- Fysieke vaardigheden – kracht, tonus, grove en fijne motoriek, coördinatie
- Hulpmiddelen en assistentie nodig voor de activiteiten van het dagelijkse leven
- Cognitie - door middel van functie, evenals gestandaardiseerde screening- en beoordelingsinstrumenten
- Perceptie en zicht
- Communicatie
- Behoeftte aan stapsgewijze afnemende zorg
- Mentale gezondheid; angst, onrust en gemoedstoestand
- Mentale capaciteit
- Identificatie van PICS en aanbevelingen voor een management plan
- Functionele uitkomst, mate van onafhankelijkheid en activiteit metingen



Doelen stellen

- Bespreek en spreek af met de persoon (indien van toepassing met familie en mantelzorgers) waarbij er een “wat is belangrijk voor u”-benadering wordt gehanteerd.
- Kortetermijndoelstellingen – interventies om de kans op langdurige beperkingen te minimaliseren, vaardigheden om ziekenhuisontslag te ondersteunen (mobiliteit, transfers, zelfzorg)
- Langetermijndoelstellingen – vaardigheden om de terugkeer naar de gewenste occupaties te ondersteunen, die verder kunnen worden ontwikkeld in de gemeenschap (zelfzorg, productiviteit, vrije tijd)
- Pas activiteitanalyse en gegradeerde taken toe om het herstel van functies te ondersteunen voor mensen met beperkte lichaamsbeweging en activiteit tolerantie.
- Risicobeoordeling ter ondersteuning van strategieën voor het nemen van positieve risico's om de persoon te helpen bij het herwinnen van functies en zelfvertrouwen.

Occupationele betrokkenheid

- Positionering management – advies over het bewegingsbereik en de spiertonusveranderingen door middel van een 24-uurs positioneringsregime en interventies, inclusief spalken zoals vereist voor bovenste extremiteiten, correcte positionering van de voeten en onderste ledematen.
- Intensieve revalidatie om het functionele zitvermogen, de tolerantie, het evenwicht en de mobiliteit te verbeteren.
- Advies over de behandeling van kortademigheid en vermoeidheid, samen met kinesitherapeuten. Overweeg om taken in te delen en tempo aan te passen en leer hen energiebesparende strategieën.
- Functionele revalidatie en hertrainen van bovenste ledematen.
- Revalidatie van transfers en mobiliteit.
- Persoonlijke verzorging – toilet en incontinentiemanagement; dagelijkse uitvoering van wassen, aankleden en verzorgingstaken.
- Interventies ter ondersteuning van de communicatie, het drinken en eten, in samenwerking met logopedisten.
- Cognitieve revalidatie en delirium management
- Betrokkenheid bij vrijetijdsactiviteiten om lichamelijk, cognitief en psychologisch herstel te bevorderen en om afleiding te bieden. Individueel geselecteerd op basis van de keuzes van de persoon en de beschikbare materialen.



Psychologische interventies

- Luister naar de *lived experience* van de patiënt, normaliseer zijn ervaring en ondersteun een gevoel van veiligheid.
- Connectie met familie en vrienden mogelijk maken – met behulp van digitale hulpmiddelen, foto's en brieven.
- Rust en ontspanning – geef toegang tot geschikte hulpmiddelen voor mindfulness en welzijn, met de ondersteuning van technologie, indien beschikbaar.
- Stimuleer het gebruik van slaaphygiëne strategieën.
- Overweeg het gebruik van patiëntdagboeken om herstel na ontslag te bevorderen.
- Management strategieën voor angstsymptomen, met inbegrip van doorverwijzing naar geschikte psychologische diensten in samenwerking met multidisciplinair team. Overweeg de angstcomponent om ademnood en een disfunctionele ademhaling te voorkomen.
- Nadenken over wanneer er slechte gemoedstoestanden zijn en strategieën bedenken om deze stemmingen te verbeteren, met inbegrip van tijdschema's en betrokkenheid bij betekenisvolle activiteiten. Verwijzing naar geschikte psychologische/psychiatrische diensten in samenwerking met multidisciplinair team.

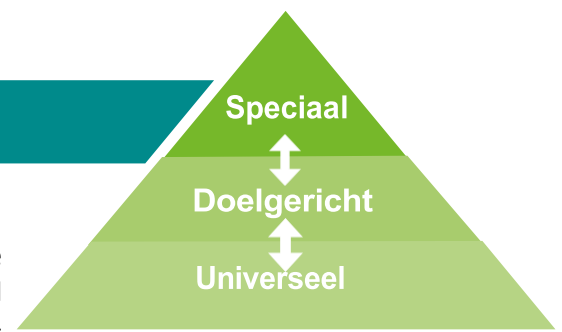
Ontslagplanning en verdere doorverwijzing

- Cognitieve beoordeling en interventie voorafgaand aan ontslag inclusief strategieën en educatie.
- Houd rekening met de fysieke omgeving waar de persoon naartoe gaat na ontslag en zorg voor de nodige uitrusting en aanpassingen aan de omgeving.
- Houd rekening met de sociale omgeving van de patiënt en de ondersteuningsbehoeften van het huishouden, en verwijs zo nodig naar maatschappelijke zorg.
- Zorg ervoor bij ontslagregeling dat andere kwetsbare leden van het huishouden worden beschermd, bv. als de persoon bij ontslag een extra periode van zelfisolatie nodig heeft.
- Zorg voor welzijn- en terug naar het werk-advies, inclusief gefaseerde aanpassingsgesprekken.
- Verdere doorverwijzingen maken voor fysieke en psychologische revalidatie in de gemeenschap.
- Educatie en contact met familie en verzorgers met betrekking tot ontslag en ondersteuningsbehoeften.
- Complexe ontslagplanning en risicobeoordeling als de patiënt moet worden ontslagen met kunstmatige beademing of niet-invasieve beademing.
- Geef informatie aan patiënt, familie en mantelzorgers over vermoeidheid na COVID-19, psychologische veranderingen, cognitie en kortademigheid.

3. Revalidatie in de gemeenschap

Ergotherapeutische noden

Mensen die in de gemeenschap worden ondersteund, kunnen een breed scala aan revalidatiebehoeften op korte en lange termijn hebben. Complexe behoeften vereisen een gespecialiseerde ergotherapeutische aanpak, terwijl primaire behoeften baat hebben bij een doelgerichte aanpak, occupatie-gefocusste ondersteuning en toepassing van universele zelfmanagementtechnieken.



Ergotherapeuten kunnen werken in de gezondheidszorg, lokale autoriteiten of geïntegreerde juridische diensten, maar ook in dienst zijn van liefdadigheidsinstellingen en andere niet-geregistreerde dienstverleningen.

Met de juiste training en supervisie kunnen niet-geregistreerde ergotherapeuten en gezondheidsmedewerkers ondersteuning bieden. Collega's van andere beroepen met relevante opleidingen kunnen ook dienen om bepaalde gerichte en universele interventies te geven.

Ergotherapeutische kennis en vaardigheden

- Ervaring met het beoordelen en ondersteunen van mensen met complexe behoeften
- Ervaring met het ondersteunen van mensen die zuurstoftherapie krijgen
- Ervaring met het ondersteunen van mensen met tracheostomieën
- Ervaring met assessments omtrent omgeving en specificatie van aanpassingen
- Kennis van een reeks lichamelijke en neurologische beperkingen
- Kennis van psychische aandoeningen, waaronder angst, depressie en PTSS
- Bekwaamheid in het screenen op geestelijke gezondheidsbehoeften en het verstrekken van psychosociale interventies om het welzijn en acceptatie te bevorderen.
- Triage- en risicobeoordelingsvaardigheden – om de juiste ondersteuning te identificeren om aan de behoeften van patiënten te voldoen en de behoefte vast te stellen aan onmiddellijke of vertraagde ergotherapeutische input.
- Bewustwording van bestaande eerstelijnsstrajecten en beschikbaarheid van gespecialiseerde lokale diensten bv. psychologisch, pulmonaal, respiratoir.

Overwegingen bij ergotherapeutische interventies

Screening en assessment

Behouden van een occupationele focus:

- In samenwerking met het ontslagteam van het ziekenhuis, worden er assessments rond omgeving afgenomen om de veiligheid en de onafhankelijkheid in de woning te vergemakkelijken.
- Verzamelen van informatie van individuen, familie en mantelzorgers – het vaststellen van een pre-morbide baseline en eventuele gerapporteerde of waargenomen veranderingen in functionele onafhankelijkheid bij dagelijkse activiteiten.
- Functionele beoordelingen om te identificeren van:
 - Cognitieve en fysieke vaardigheden tijdens dagelijkse activiteiten, mobiliteit en transfers
 - Aandacht, geheugen, executief functioneren, oriëntatie
 - Houding en positionering, tolerantie, spierkracht, functie van de bovenste extremiteiten
- Screening op visuele problemen en sensorische veranderingen
- Screening op angst en depressie
- Capaciteits- en inzicht assessments

Doelen stellen

- Voortdurend doelen stellen en beoordelen volgens een model van coaching en actief luisteren: de patiënt ondersteunen om complexe en moeilijke gesprekken te voeren over wat voor hem belangrijk is.
- Vertrouwen opbouwen door positieve ervaringen.
- De persoon ondersteunen om een gezonde occupationele balans tot stand te brengen tussen zelfzorg, productiviteit en vrije tijd.
- Een graduele benadering gebruiken om veerkracht en vaardigheden op te bouwen om terug de rollen, routines en occupaties op te nemen.

Occupationeel engagement

Gespecialiseerd/doelgericht

- Omgevingsgerichte interventies – leer strategieën, adviseer over ondersteunende technologie en pas het huis aan om de veiligheid en onafhankelijkheid te bevorderen.
- Cognitieve revalidatie – executief functioneren, geheugen, oriëntatie. Aanleren van strategieën, gebruik van geheugenhulpmiddelen en communicatietechnieken om onafhankelijkheid te vergroten. Indien nodig verwijzen naar gespecialiseerde neurologische en cognitieve diensten.
- Verstrekking en graderen van interventies van de bovenste ledematen met occupationele focus.
- Interventies rond bewegen en handelingen uitvoeren, specificatie van hefmiddele en opleiding van mantelzorgers.
- Mobiliteitsinterventies en specificatie van mobiliteitshulpmiddelen. Doorverwijzingen voor rolstoelservices, valpreventie en kracht- en evenwichtsprogramma's.
- Identificeer de behoefte aan compenserende maatregelen op lange termijn, bv. woningaanpassingen, herhuisvesting en doorverwijzing indien nodig.
- Beroepsrevalidatie, werkdagindeling, werkoptimalisatie, relatie werkgever
- Educatie en interventie rond psychologisch welzijn. Aanpakken van barrières voor mensen die in contact blijven met familie, vrienden, werk en hun gemeenschap.
- Stimuleer betrokkenheid in betekenisvolle activiteiten, fysieke activiteit en ontspanning om het welzijn te bevorderen en de symptomen van geestelijke gezondheidsproblemen te verminderen.
- Doorverwijzing en samenwerking waar extra gespecialiseerde input nodig is, bv. cardiaal, pulmonaal.

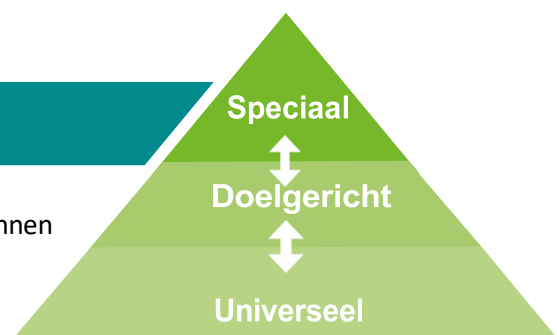
Doelgericht/universeel

- Toezien op het leren van vaardigheden en stimuleren van zelfvertrouwen
- Ademnood en vermoeidheidsbeheersing – educatie, interventie en evaluatie. zelfmanagement technieken - tempo, faseren, prioriteiten stellen, ontspanning
- Educatie over slaaphygiëne
- Facilitering van groeps-/individuele revalidatie door andere competente professionals bv. bijscholing en opleiding van therapie-assistenten, ondersteunende werknemers en vrijetijdsaanbieders.
- Verwijzing naar 'afstands' diensten waar interventies effectief kunnen worden verleend door telefoon- of videogesprek.
- Verwijzing en wegwijs maken naar sociale dienstverlening en maatschappelijke organisaties en advies over welzijnsrechten.
- Creëren van hulpmiddelen voor zelfmanagement die geschikt zijn voor een scala aan doelgroepen.
- Educatie, advies en ondersteuning voor familie en mantelzorgers.

4. Poliklinieken

Ergotherapeutische noden

Mensen die herstellen van een ziekenhuisopname als gevolg van COVID-19 kunnen een breed scala aan revalidatiebehoefte op korte en lange termijn hebben.



In sommige regio's kan overwogen worden om lokale post-COVID-19 multidisciplinaire klinieken op te zetten, of om mensen die herstellen van het virus op te volgen in bestaande poliklinieken. De rol van ergotherapeuten in deze klinieken zal overlappen met die van collega's in de eerstelijns. De samenwerking en communicatie tussen de instellingen moet worden aangemoedigd om een effectieve en efficiënte service aan individuen te bieden.

Erkenning

Deze gids is oorspronkelijk een Engelse gids die in september 2020 werd vertaald om Nederlandstalige ergotherapeuten een handleiding te kunnen bieden rond COVID-19 en ergotherapie. De Engelse gids werd samengesteld met ondersteuning van expertise van ergotherapeuten die werkzaam zijn in een aantal instellingen, waaronder intensieve zorg en neurologische, respiratoire en pulmonaire praktijk.

Referenties

1. Herridge MS, Transey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A...Cheung AM: Canadian Critical Care Trials Group (2011) Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*, 364(14),1293–1304. Available at: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21470008
2. Dijkstra- Kersten SMA, Kok L, Kerchoffs MC, Cremer OL, de Lange DW, van Dijk D...Slooter AJC (2020) Neuropsychiatric outcome in subgroups of Intensive Care Unit survivors: Implications for after-care. *Journal of Critical Care*, 55, 171–176. doi: 10.1016/j.jcrc.2019.11.006. Available at: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31739086
3. Mikkelsen ME, Shull WH, Biester RC, Taichman DB, Lynch S, Demissie E...Christie JD (2009) Cognitive, mood and quality of life impairments in a select population of ARDS survivors. *Respiratory*, 14(1), 76-82. Available at: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144052
4. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H...Harvey MA (2012) Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine* 40(2), 502-509 Available at: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21946660
5. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J (2020) COVID-19 and post intensive care syndrome: a call for action [Online]. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), pp. jrm00044. doi: 10.2340/16501977-2677. Available at: medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-2677
6. Department of Health and Social Care (2020) *COVID-19 hospital discharge service requirements*. London: Department of Health and Social Care. Available at: assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/880288/COVID-19_hospital_discharge_service_requirements.pdf
7. Madjid M, Safavi-Naeini P, Solomon SD, Vardeny O (2020). Potential effects of Coronaviruses on the cardiovascular system: a review. *Jama Cardiology*, 2020 Mar 27. doi: 10.1001/jamacardio.2020.1286. Available at: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32219363



8. NHS (2020) *Who's at higher risk from coronavirus*. Available at: [nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/people-at-higher-risk-from-coronavirus/whos-at-higher-risk-from-coronavirus](https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/people-at-higher-risk-from-coronavirus/whos-at-higher-risk-from-coronavirus)
9. British Psychological Society (2020) Meeting the psychological needs of people recovering from severe coronavirus (COVID-19). Leicester: BPS. Available at: [bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/Meeting%20the%20psychological%20needs%20of%20people%20recovering%20from%20severe%20coronavirus.pdf](https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/Meeting%20the%20psychological%20needs%20of%20people%20recovering%20from%20severe%20coronavirus.pdf)
10. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L (1996) The Person Environment Occupation Model: a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23.
11. College of Occupational Therapists (2015) *Code of ethics and professional conduct*. London: COT. Available at: [rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/rcot-standards-and-ethics](https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/rcot-standards-and-ethics)
12. Health and Care Professions Council (2013) *Standards of proficiency: occupational therapists*. London: HCPC. Available at: [hcpc-uk.org/standards/standards-of-proficiency/occupational-therapists](https://www.hcpc-uk.org/standards/standards-of-proficiency/occupational-therapists)
13. Health and Care Professions Council (2016) *Standards of conduct, performance and ethics*. London: HCPC. Available at: [hcpc-uk.org/standards/standards-of-conduct-performance-and-ethics](https://www.hcpc-uk.org/standards/standards-of-conduct-performance-and-ethics)
14. College of Occupational Therapists (2017) *Professional standards for occupational therapy practice*. London: COT. Available at: [rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/professional-standards](https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/professional-standards)
15. Royal College of Occupational Therapists (2018) *Keeping records: guidance for occupational therapists*. London: RCOT. Available at: [rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/keeping-records](https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/keeping-records)
16. Royal College of Occupational Therapists (2017) *Embracing risk, enabling choice: guidance for occupational therapists*. London: RCOT. Available at: [rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/embracing-risk](https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/embracing-risk)
17. Faculty of Intensive Care Medicine and Intensive Care Society (2019) *Guidelines for the provision of intensive care services*. (2nd ed). London: FICM/ICS. Available at: [ficm.ac.uk/sites/default/files/gpics-v2.pdf](https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/gpics-v2.pdf)

