

Vragen Q&A webinar 3 'MSR voor post-IC COVID patiënten'

d.d. 11-5-2020 (antwoorden kunnen nog verder aangevuld worden)

MoCA

1. Een MoCA van 20/30 bij 60%. Heeft dit te maken met de recent beschreven COVID-19 coagulopathie die in dit geval zich dan in de hersenen uit?

Heliomare: Etiologie nog onduidelijk, over het algemeen geen hersenscans verricht. Mogelijk speelt bv. ook status na delier en onder stimulatie door langdurige isolatie een rol.

2. Wat is de gemiddelde leeftijd van de revalidanten? Is de MoCA wezenlijk anders dan voor de COVID ziekte?

Heliomare: gem. leeftijd 56 jaar (spreiding 33-73 jaar). MoCA voor COVID niet getest bij patiënten; echter was anamnestic bij geen van allen 'pre-COVID' sprake van cognitieve klachten.

Op welke velden van MoCA vallen COVID patiënten uit?

Heliomare: vooralsnog lichte uitval op vnl geheugen en aandacht.

3. Aangegeven wordt dat in het ziekenhuis MoCA sterk afwijkt, hoe is dit bij ontslag? hoe verklaar je dit?

4. Is de MoCA verbeterd aan einde klinische revalidatie?

Heliomare: bij ontslag van de eerste post-COVID patiënten uit de kliniek zijn er geen cognitieve klachten gerapporteerd.

Slikstoornissen

5. hoe is het beloop van de slikstoornissen

Adelante: de slikstoornissen herstellen net als het eerste herstel van het gehele lijf vrij snel. Een kwestie van dagen. We kunnen na de opnamedag meestal al starten met de eerste slokjes water en vervolgens opbouwen van orale intake. De eerste keer blijft er een van het team altijd bij. Met de nodige voorzorgen: recht op zitten, geen afleiding rustig slikken de 4 fasen van slikken goed doorlopen. Als dat goed gaat dan kan worden uitgebreid, binnen een paar dagen zitten mensen dan op normale voeding

6. Yvette Horn vermeldt slikstoornissen? Wat is de etiologie van de slikstoornissen?

7. Zijn de slikklachten het gevolg van intubatie of is er sprake van een neurologisch probleem?

Adelante: Slikstoornissen zijn agv de langdurige intubatie en langdurig niet gebruiken van KNO-gebied. Mensen hebben vaak ook een hese stem en soms een herstellende parese van stembanden, in principe is er geen neurologisch probleem

PRB

8. Hoe kan PRB voor deze patiënten groep vormgegeven worden nu patiënten nog niet 'live' gezien kunnen worden op de revalidatie afdelingen?

Adelante: nu nog met telerevalidatie zoveel mogelijk. Op korte termijn zullen we weer live gaan starten.

9. Relatief weinig COVID patiënten in PRB, wat is de verklaring daarvoor

Adelante: kan toeval zijn, ik denk dat er wel patiënten na de kliniek gaan doorstromen en dat er wellicht ook mensen primair in PRB gaan komen die wij voorheen niet hebben gezien maar die mogelijk toch op de middellange termijn in problemen gaan komen op het moment dat zij terugkeren naar werk of als er meer van ze geëist gaat worden fysiek en psychisch

10. Veel van wat gezegd wordt betreft klinische MSR. Is er in den lande al meer kennis over poliklinische MSR programma's post-covid

Adelante: we hebben regionaal in samenwerking met academische werkplaats revalidatie en academische werkplaats ouderenzorg en een aantal eerstelijnspraktijken en een GGZ-instelling een regionale nazorg die we aan het opstarten zijn. Daarnaast willen we samen met de intensivisten en longartsen gezamenlijke nazorgpoli's gaan bemensen

11. Wat adviseren jullie voor eerste lijns fysio follow-up na ontslag uit revalidatie?

Longrevalidatie of andere?

Heliomare: nog geen poliklinische activiteiten herstart binnen het centrum. COVID patiënten gaan met ontslag naar huis met verwijzing perifere FT (vanuit REACH project), danwel naar IC nazorg poli.

Training

12. Wat houden jullie in Revant aan ten aanzien van trainingsmogelijkheden op pulmonaal en fysiek gebied? Vanuit de longartsen wordt geadviseerd om 6 weken te wachten met trainen en eerst controle bij de longarts af te wachten voordat gestart wordt met fysieke training en poliklinische revalidatie. Welke termijn wordt hierin gehanteerd binnen Revant, omdat ik hoor dat jullie al gestart zijn met poliklinische revalidatie?

13. Welke type aerobe training (progressief lineair of interval) raden jullie aan?

Heliomare: n.a.v. resultaten van de inspanningstest wordt door de sportarts een individueel advies voor opbouw van de fysieke belastbaarheid opgesteld, dit kan zowel duurtraining als intervaltraining zijn.

14. Gaan jullie de spirometrie in een isolatiekamer doen in de follow up?

Adelante: we doen geen spirometrie op de isolatieafdeling vanwege de vorming van aerosolen en dus ter bescherming van het personeel. Daarnaast heeft spirometrie in die vroege fase weinig meerwaarde, want je weet al dat iedereen een belabberde conditie heeft, het wordt ook ontraden vanwege mogelijk schade die dat kan veroorzaken in een nog ziek orgaan. In de follow-up als de patiënten niet meer besmettelijk zijn is er geen noodzaak om dat in isolatie te doen.

15. Hoe groot is het risico op aerosolen vorming bij het verrichten van spirometrie en het uitvoeren van inspiratory muscle training.

16. Wordt er ook Inspiratoire en Expiratoire spierkrachttraining gedaan?

Adelante: er wordt wel spierkrachttraining gedaan, maar daar zit niet het grootste probleem, de duurtraining vallen ze eigenlijk meteen op uit na 5 minuten.

Overige vragen

17. zou een eerste traject GRZ met aansluitend poli MSR een betere optie zijn gezien het feit dat er nog zo'n matige belastbaarheid is in het begin?

Adelante: Nee, er is zo snel verbetering te zien in belastbaarheid dat MSR de goede plek is voor deze patiënten de verbeteringen die we merken gebeuren in dagen en niet in weken zoals andere postICpatienten met PICS of CIPNP. Het heen en weer verplaatsen van patiënten is daarnaast ook niet bevorderlijk voor de begeleiding waarbij vertrouwen een grote rol speelt.

18. Op dit moment mogen toch nog geen groepjes patiënten behandeld worden door de 'lockdown' maatregelen? Hoe doen jullie dat dan?

Heliomare: Op de isolatieafdeling is groepsbehandeling mogelijk; buiten de isolatieafdeling vooralsnog alleen individuele therapie.

19. Is er nog iets meer te zeggen over het onderscheid tussen coronahoest en intubatiehoest?
20. tav besmettelijk zijn: is door Adelante de overweging gedaan te varen op IgM/IgG waarden?
21. Zijn er ook patiënten met uitval schoudermusculatuur na opname op IZ (in het bijzonder M. deltoïdeus, biceps en triceps) -? Kan dit door positionering?
22. is het in relatie tot het aantal patiënten en aanwezige expertise aan te raden om zoals Heliomare een regionale organisatie toe te passen?
23. valt er al iets te zeggen over kans op recidief? Nee
24. Is er ook, zoals eerder gemeld in de pers, sprake van een populatie met relatief hoge BMI of is dat niet correct?

25. Kan er op grond van de revalidant kenmerken aangegeven worden of het behandelprogramma vooral Post IC revalidatie of vooral Behandelprogramma COPD betreft?

Heliomare: de huidige patientengroep krijgt vnl. behandeling gericht op PICS, waarbij het fysieke opbouwprogramma is aangepast aan de verminderde cardiopulmonale belastbaarheid.

26. Patiënten zijn erg kort op de isolatie afdelingen in een centrum. Gaat om kleine aantallen. Is het wel nodig om deze afdelingen allemaal op te tuigen? Kosten - baten analyse

Heliomare: extra kosten zitten vooral in inzet personeel en PBM. Eerder starten met revalidatie levert ook weer sneller functioneel herstel op (want minder slechte uitgangstoestand, deconditionering, complicaties e.d.), dus kortere trajecten. Kosten-baten analyse moet nog verder worden uitgevoerd.