

Vragen Q&A webinar 1 'Triage en post IC nazorg'

d.d. 12-5-2020 (vragen zijn beantwoord door de Coronacommissie van de VRA en/of door deelnemers van het webinar. Dit staat erbij vermeld).

Algemene vragen

1. ik zou graag willen weten of er een overzicht is tav welke revalidatiecentra in NL Covid + patiënten opnemen en welke alleen inmiddels negatief gekweekte Covid pt.

Reactie VRA: Er komt een landelijk overzicht; inmiddels is vraag uitgezet bij alle medische staven. Zodra antwoorden binnen zijn zal overzicht op Coronawebsite geplaatst worden.

Reacties deelnemers:

- *Roessingh neemt reguliere MSR pt met of zonder COVID-19 (SARS-CoV-2 aangetoond) op. Uitwerking voor PostIC/PostCOVID-19 wordt nu aan gewerkt.*
 - *Basalt neemt COVID + patiënten op een speciaal ingerichte cohort afdeling binnen locatie Den Haag. COVID - patiënten worden opgenomen op de reguliere afdelingen binnen locatie Den Haag en Leiden.*
 - *Binnen Basalt Den Haag liggen 10 patiënten voor klinische MSR op de cohort afdeling(COVID +). En 7 patiënten op de reguliere afdelingen. Wij zien zeker meerwaarde van vroege start klinische MSR, ook op cohort afdeling, ondanks alle extra maatregelen.*
 - *Adelante neemt patiënten post-IC met covid op onze speciaal ingerichte afdeling. we hebben inmiddels 19 patiënten met deze indicatie opgenomen. 4 patiënten zijn inmiddels met ontslag naar huis*
 - *Revalidatie Friesland heeft in ieder geval 1 cohortafdeling beschikbaar voor opname van covid+ patiënten. Indien deze volloopt kan er nog verder opgeschaald worden. Tot nu toe echter nog geen covid + patiënt.*
 - *MRC Aardenburg heeft cohort afdeling (in ieder geval 5 bedden) beschikbaar voor opname COVID + met MSR indicatie (niet primair COVID) en een afdeling voor primair PICS-COVID die niet meer besmettelijk zijn (circa 10 bedden). Tot op heden nog geen patiënten op deze afdelingen.*
2. Kan gedeeld worden vanuit de andere revalidatiecentra wanneer zij een COVID positieve patiënt als negatief beschouwen wanneer een patiënt wordt opgenomen in voor klinische revalidatie?

Reactie VRA: Zie leidraad niet meer besmettelijk patiënt Covid 19

<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Leidraad%20Niet%20meer%20besmettelijk%20na%20COVID-19%20infectie.pdf>

Reactie deelnemer: Adelante gebruikt het volgend criterium: 5 dagen klachten vrij (respiratoire klachten/ koortsvrij en eenmaal negatieve test na die 5 dagen)

3. Christof, blijken de pcr tests na 24u klachtenvrij inderdaad negatief?

Reactie VRA: Zie leidraad niet meer besmettelijk patient Covid 19

<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Leidraad%20Niet%20meer%20besmettelijk%20na%20COVID-19%20infectie.pdf>

Reactie deelnemers: Ja, maar....we zien dat post-IC mensen toch lang blijven hoesten, mogelijk ook tgv beademing. Dat is ook de reden dat bij ons IC patiënten toch getest worden om zeker te weten dat ze neg. Zijn ondanks hoesten.

4. Wie heeft de diagnose PICS gesteld? En wordt PICS niet onder gediagnosticeerd?

Reactie VRA: Zie beschikbare literatuur; kans op onderdiagnostiek aanwezig ivm relatieve onbekendheid met PICS

Reactie deelnemers:

- *PICS wordt in Jeroen Bosch ziekenhuis gediagnosticeerd door intensivist of door revalidatiearts aan hand van internationale criteria*
- *wij hebben het bij Adelante niet over Post IC syndroom, maar stellen fysieke en psychische klachten vast en kijken dus naar alle domeinen. uiteindelijk zie je dat de fysieke klachten sneller opknappen dan de psychische over het algemeen bij onze patiënten tot nu toe.*

5. Is de a priori kans op PICS niet kleiner omdat er geen sepsis is geweest, maar meestal gereguleerde beademing en kunstmatige slaap?

Reactie VRA: Steeds duidelijker dat bij COVID-IC meer organen aangedaan kunnen zijn; tijd zal verder leren

6. Christof, dat is 20% ontslag naar klinisch MSR van de overlevenden toch? Is dit selectie van de beteren? Omdat dit de eerste outflow is van IC? Of acht je deze eerste ervaringen representatief en extrapoleerbaar?

Reactie deelnemers: 20% ontslag naar MSR van de overlevenden in het Jeroen Bosch Ziekenhuis; vanuit Amsterdam UMC is dus identiek aan ervaringen DB

7. Kan op basis van de huidige cijfers een inschatting worden gemaakt van hoe groot de groep COVID-19 patiënten zal zijn voor poliklinische revalidatiebehandeling?

Reactie deelnemers: Nog te vroeg om daar iets over te kunnen zeggen; tot nu toe lijken aantallen behapbaar regionaal

8. Is er enige inschatting over aantal post COVID patiënten die PRB nodig gaat hebben? Dit om te beoordelen of je dit lokaal of regionaal op gaat tuigen.

Reactie deelnemers: Nog te vroeg om daar iets over te kunnen zeggen; tot nu toe lijken aantallen behapbaar regionaal

9. Hoe vaak is de klinische longrevalidatie ingezet?

Reactie deelnemers: In Uden en 's-Hertogenbosch nog niet

10. hoe klinische MSR indicatie te stellen voor welke post-IC Covid? Of is dit gewoon meervoudige problematiek ipv MSR?

Reactie VRA: VRA ontwikkelt in samenwerking met Verenso een triagestroomschema MSR/GRZ

Reactie deelnemers: Triagemodel VRA/Verenso verschilt niet zo zeer van de triage bij CVA behalve dat functionele prognose nog onduidelijk is en triageren op belastbaarheid een minder hard criterium is (ivm onduidelijk herstelverloop herstel);

11. Ik zie in het stroomschema geen mogelijkheid direct naar huis met PRB, klopt dat?

Reactie VRA: VRA ontwikkelt in samenwerking met Verenso een triagestroomschema MSR/GRZ; daarin is ook optie direct PRB opgenomen

Reactie deelnemers:

- *Paul, dat klopt niet bij indicatie MSR kan patiënt zowel klinisch als poliklinisch revalideren.*
- *Ah, dank. Vanuit het schema dat werd gepresenteerd begreep ik dat het onderscheid klinisch MSR of GRZ was en dat PRB niet was meegenomen.*
- *Triagemodel VRA/Verenso verschilt niet zo zeer van de triage bij CVA behalve dat functionele prognose nog onduidelijk is en triageren op belastbaarheid een minder hard criterium is (ivm onduidelijk herstelverloop herstel);*
- *PRB is meegenomen in nieuw schema*

12. Zijn het uitsluitend ex-ic patiënten die MSR nodig hebben? Of ook patiënten van de cohort afdelingen?

Reacties deelnemers: Uit Corona afdelingen lijken mensen goed op te knappen in ieder geval fysiek. We vragen ons nog af hoe het gaat als de eerste euforie er af is na een aantal weken, maar dat gaan we op de nazorg poli zien ook ahv vragenlijsten die iedereen krijgt. Organisatie lijkt op die van CVA keten. Ook longartsen en artsen infectie ziekten doen een deel van de nazorg van de covid-patiënten niet-IC. Dat gaat prima.

13. Hoe is de nacontrole opgezet voor de patiënten die naar de 1e lijn gaan bij jullie?

Reacties deelnemers: Alle patiënten worden na 2 weken nagebeld en na 6-8 weken gezien op IC nazorg poli. Conform CVA-keten na paar weken wordt vragenlijst opgestuurd en nazorgpoli gepland. Aan hand van uitkomsten vragenlijst en nazorgpoli wordt dan weer nazorg geregeld.

14. Is het niet zinvol om voor pt-en bij twijfel na ontslag zelf standaard een nazorgcontact in te plannen (bij MW + revalidatie arts) na 4-6 weken zoals dat bv ook bij (licht) NAH gebeurt ipv dit aan longarts/internist over te laten?

Reacties deelnemers: Ligt aan de regionale afspraken die je maakt en vertrouwen dat je in collega's hebt dat zij doorverwijzen als dat nodig is. Bij ons werken de gezamenlijk gemaakte afspraken goed zowel in de CVA, NAH-keten als in de post-ic nazorg. Boevndien leid je samen de nazorg verpleegkundigen op die signaleren

15. Welke vragenlijst wordt afgenomen bij de nacontrole?

Reactie VRA: Er komt vanuit de VRA een advies over welke vragenlijsten je het beste kunt afnemen op de ICnazorgpoli. Ook deze lijst is afgestemd met Verenso

16. Welke klinimetrie wordt ondersteunend geacht, op welke momenten worden metingen afgenomen en hoe stuurt dit triage (afkappunten die richting geven aan uitstroomrichting?), verder hoe is het beloop in de tijd (zeker omdat patiënten snel lijken te verbeteren)?

Reactie VRA: Er komt vanuit de VRA/Verenso een triage stroomschema en een advies over welke vragenlijsten je het beste kunt afnemen op de ICnazorgpoli.

17. Is er ook nagedacht over een database of iets dergelijks waarin klinimetrie, trainingsplan opgeslagen wordt? Om te leren en te onderzoeken hoe revalidatie het beste vormgegeven kan worden.

Reactie VRA: Hier wordt door groep over nagedacht en gekeken of hiervoor bij ZONMW subsidie voor aangevraagd kan worden

18. In hoeverre zie je MOF bij deze groep en wat betekent dit voor de revalidatie-indicatie?

Reacties deelnemers: Tot nu toe zien we dat niet bij de post-IC patiënten. De patiënten op IC waarbij we wel MOF zagen zijn uiteindelijk overleden. Wij hebben nu 2 patiënten gezien met dialyse

19. Zie je veel comorbiditeit bij deze patiënten groep, mn ook al aanwijzingen voor PTSS?

Officieel natuurlijk pas na half jaar, ben echter benieuwd naar jullie inschatting

Reactie VRA: Komt zeker voor

20. Is er bij COVID patiënten ook sprake van PTSS?

Reactie VRA: Komt zeker voor

21. Mijn collega's is bij post IC Covid consulten op de afdeling opgevallen dat ze geen van allen konden hoofdrekken

Reactie deelnemers: Vraag is of dat niet een aandachtsprobleem is; mensen zijn conditioneel erg slecht en snel vermoeid na fysieke en mentale inspanning. Tijd zal leren of er structurele cognitieve problemen zijn. MOCA wordt geadviseerd

22. Zijn er in de 1e lijn fysiotherapeuten beschikbaar. In onze regio zijn er vele dicht

Reactie VRA: Zie <https://chronischzorgnet.nl/nl/zorgzoeker> en REACH toolbox op NPI website

Reactie deelnemers: Ja die zijn er. Wij hebben in onze regionale netwerken van long en geriatrische fysio's praktijken bereid gevonden behandeling te geven. Deels via zorg op afstand, maar ook op creatieve wijze op locatie met voldoende beschermingsmateriaal

23. Gaan revalidanten die nog positief zijn naar de therapiezaal of enkel behandeling op kamer?

Reacties deelnemers: In Adelante hebben we een therapiezaaltje op de Covidafdeling ingericht. de patiënten krijgen een mondkapje en handschoenen aan.

Behandeling op kamer, en als moet in therapieresistente maar dan aan begin of eind van dag zodat schoongemaakt kan worden (eigenlijk conform MRSA)

24. Is er bij MSR specifieke scholing van fysiotherapeuten nodig voor deze doelgroep?

Reactie VRA: Zie REACH toolbox op NPI website

Reactie deelnemers: trainen onder controle van saturatie; omgaan met restrictieve longfunctieproblemen; trainen in omgeving met druppelisolatie; veel info en instructie op site KNGF. Goede contacten en laagdrempelig in consult longarts aan te raden, zeker bij aanhoudende kortademigheid/zuurstofbehoefte

25. Welke aanvullende scholing/metingen hebben de fysiotherapeuten nodig qua longrevalidatie alvorens in te kunnen schatten hoe de belastbaarheid opgebouwd kan worden?

Reactie deelnemers: Trainen onder controle van saturatie; omgaan met restrictieve longfunctieproblemen; trainen in omgeving met druppelisolatie; veel info en instructie op site KNGF.

Goede contacten en laagdrempelig in consult longarts aan te raden, zeker bij aanhoudende kortademigheid/zuurstofbehoefte

26. Hoe zijn de saturaties bij de post IC patiënten? Is dat richtinggevend in trainbaarheid?

Reactie deelnemers: Ja, we zien saturatiedips optreden en inspanningsintolerantie. Patiënten zijn snel kort van adem bij inspanning en laten dan ook saturatiedips zien. Getraind wordt op geleide van saturatie.

27. Wat zijn de ervaringen m.b.t. wanneer het plotselinge herstel optreedt? Is hier een bepaald time window voor te geven o.b.v. de ervaringen? Ofwel geeft het richting aan wanneer een herconsult verstandig is om te doen / nog even af te wachten voor het 'definitieve' advies natraject te geven?

Reactie deelnemers: Dat is bij adelante nog onduidelijk. We hebben patiënten gezien die binnen enkele dagen goed opknappen, maar ook die er langer over doen. tegelijkertijd zijn mensen die er veel langer over doen. Vanuit Tolbrug zelfde beeld

28. Onze ervaring is ook dat 'slechte' patiënten plots vrij snel kunnen opknappen op de klinische afdeling. Hoe is dat bij de rest?

Reactie deelnemers: Klopt dat zien wij ook, zowel post IC als op de Corona afdelingen

29. zijn patiënten op korte termijn in staat tot intensieve training bij ICUAW? (= indicatie voor MSR volgens de presentaties)

Reactie deelnemers: In beginfase zeker niet; dan beperkt belastbaar met snelle benauwdheid en saturatiedips; maar knappen daarna verrassend snel op.

30. Welke rol speelt het ROAz in het managen van de patiëntenstromen? In Limburg is dit een prominent gremium waar aanbod en beschikbaarheid van bedden afgestemd wordt

Reactie VRA: Dat geldt in alle regio's voor de spreiding van IC patiënten en Corona patiënten. Deze rol hebben zij via het landelijk coördinatiepunt patiëntenstromen ook van VWS gekregen.

Reactie deelnemers: ROAZ speelt ook in Leiden een belangrijke rol.

31. Hoe verklaar je de verschillen in MSR tussen UMCU en AMC/VU?

Reactie deelnemers: Uitstroom Den Bosch en Amsterdam UMC is vergelijkbaar; AmsterdamUMC heeft voor NH een tertiaire functie in de COVID-IC opvang