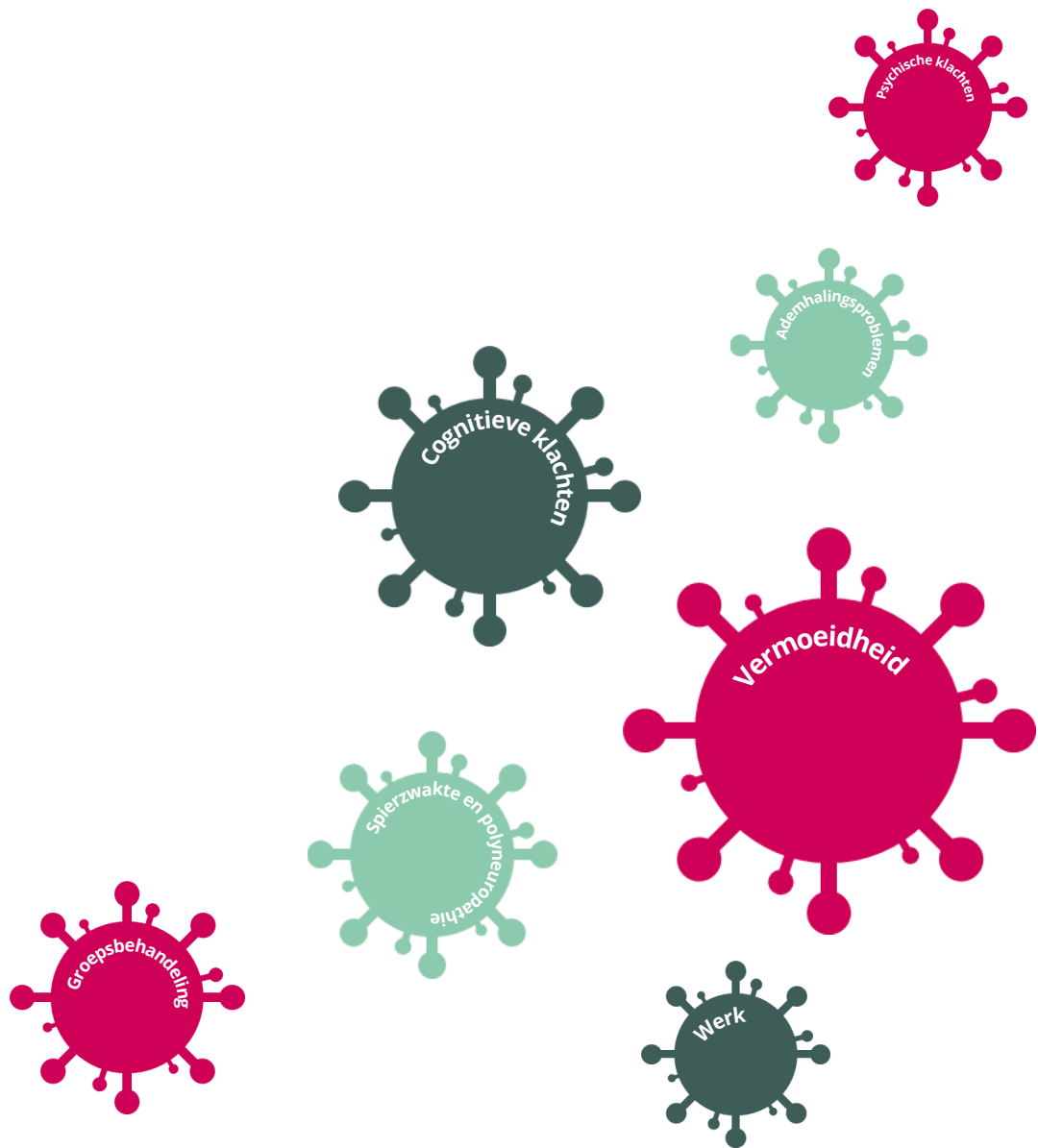


HANDREIKING ERGOTHERAPIE BIJ LONG COVID CLIËNTEN

Versie 14 januari 2022



ergotherapie
nederland

Colofon

©2021 Ergotherapie Nederland

Ergotherapie Nederland

Orteliuslaan 750

3528 BB Utrecht

T 030-262 83 56

E en@ergotherapie.nl

W www.ergotherapie.nl

Onder redactie van

Dorethé Wassink, beleidsmedewerker Ergotherapie Nederland

Dr. Lucelle van de Ven-Stevens, manager inhoudelijk beleid en kwaliteit Ergotherapie Nederland

Alle rechten voorbehouden.

Na verkregen schriftelijke toestemming mogen teksten uit deze uitgave worden overgenomen, verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, onder strikte voorwaarde van bronvermelding. Toestemming voor gebruik van teksten kunt u uitsluitend schriftelijk of per e-mail vragen bij Ergotherapie Nederland.

Disclaimer

Deze nieuwe handreiking: **“Ergotherapie bij Long COVID cliënten”** volgt op de 4e versie van de **‘Handreiking ergotherapie bij COVID-19 cliënten in de herstelfase’** die in januari 2021 is gepubliceerd. In het afgelopen jaar is gebleken dat veel COVID-19 cliënten kampen met langdurig aanhoudende en vaak grillige klachten. De term Long COVID werd geïntroduceerd. Door nieuwe medisch kennis en praktijkervaringen van ergotherapeuten ontstond de behoefte om een handreiking voor ergotherapeuten te ontwikkelen voor de behandeling van Long COVID cliënten.

Deze handreiking staat niet op zichzelf maar dient samen met de eerste handreiking te worden gebruikt.

Ook deze handreiking is een dynamisch document dat opnieuw zal worden bijgesteld als actuele wetenschappelijke inzichten, nieuwe ontwikkelingen rondom het ziektebeeld en ervaringen uit de praktijk daar om vragen.

Dit document is een handreiking en geen behandelrichtlijn. Het biedt geen volledig uitgewerkt behandelprotocol voor ergotherapeuten maar geeft met de kennis en ervaringen van nu, hier richting aan.

Voor de voorzorgsmaatregelen om te mogen behandelen, wordt verwezen naar de 2 documenten, die in gezamenlijkheid opgesteld zijn door Paramedisch Platform Nederland (PPN)¹, Koninklijk genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP): “Verantwoord verlenen paramedische zorg in de 1e lijn tijdens de coronacrisis Versie 2.1” (PPN, 2020b) en “Algemene voorzorgsmaatregelen: Leidraad tot hygiëneprotocol” (PPN, 2020a). Deze documenten zijn te raadplegen via de website van Ergotherapie Nederland www.ergotherapie.nl. Bij wijzigingen in het overheidsbeleid worden deze documenten geactualiseerd.

Ergotherapie Nederland, januari 2022

¹ Paramedisch Platform Nederland (PPN) bestaande uit Ergotherapie Nederland (EN), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), Vereniging van Oefentherapeuten Cesar En Mensendieck (VvOCM) en Optometristen Vereniging Nederland (OVN).

Handreiking ‘Ergotherapie bij Long COVID-19 cliënten’: Samenvatting

Deze nieuwe handreiking: “*Ergotherapie bij Long COVID cliënten*” volgt op de 4^e versie van de ‘*Handreiking ergotherapie bij COVID-19 cliënten in de herstelfase*’.

Inleiding

Na een COVID-19 infectie kan sprake zijn van lang aanhoudende en grillig verlopende klachten die grote gevolgen kunnen hebben op het dagelijkse functioneren. Ergotherapeuten kunnen een belangrijke rol vervullen in de behandeling van Long COVID cliënten. Een verklaringsmodel voor de aanhoudende klachten in combinatie met de toegenomen expertise in de ergotherapeutische behandeling van de doelgroep hebben geleid tot het ontwikkelen van een tweede handreiking: ‘Ergotherapie bij Long COVID cliënten’. Indien nieuwe wetenschappelijke inzichten, ontwikkelingen rondom het ziektebeeld en ervaringen uit de praktijk daar om vragen dan zal dit document worden bijgesteld.

Doel

Het doel van dit document is het bieden van een handreiking voor de ergotherapeuten in de latere fase van het herstelproces, indien de postinfectieuze klachten langer aanhouden die geduid worden als Long COVID. Dit document is geschikt voor ergotherapeuten werkzaam in de 1^e lijn die de cliënten behandelen in het kader van de paramedische herstellzorg COVID-19. Ook in de 2^e lijn biedt dit document aangrijpingspunten om de behandeling vorm te geven. Deze handreiking staat niet op zichzelf maar dient altijd samen met de eerste handreiking gebruikt te worden in de praktijk.

Long COVID

Mensen die langdurig klachten ervaren na het doormaken van een COVID-19 infectie, ondervinden daarvan gevolgen die het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven beïnvloeden. De WHO introduceert hiervoor de term ‘Long COVID’. We stellen vast dat het begrip in ons land inmiddels alom bekend is. Om die reden gebruiken we deze term in de handreiking. Bij Long COVID cliënten overheerst vaak de vermoeidheid. Er zijn meestal geen aanwijzingen voor orgaanbeschadiging voor zover te objectiveren met aanvullend onderzoek.

Een van de mechanismen die mogelijk een rol speelt bij Long COVID is de autonome disregulatie. Dit wordt, zolang er nog geen nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn, in deze handreiking gebruikt als verklaringsmodel voor de klachten die cliënten ervaren. Een verklaringsmodel biedt (h)erkenning van de klachten en het inzicht kan de cliënt en de behandelaars ondersteunen bij de keuzes in het revalidatie of behandelprogramma.

Ergotherapie bij Long COVID

Gezien de problemen waar deze doelgroep in het dagelijks functioneren mee geconfronteerd wordt, speelt ergotherapie een belangrijke rol in het herstel van de Long COVID cliënt. Ergotherapie is er op gericht om de Long COVID cliënt te leren een (nieuwe) balans te vinden in de dagelijkse activiteiten en in de rollen die worden vervuld. Het behandeltraject kent op basis van expert based evidence, een aantal vaste kenmerken waarbij de kans op terugval in functioneren klein is.

Educatie over de klachten in relatie tot het dagelijks functioneren, een gedoseerde opbouw van activiteiten en afstemming met andere zorgverleners zijn belangrijke uitgangspunten in de ergotherapiebehandeling van de Long COVID cliënt. Als er een goede balans is bereikt kan het activiteitsniveau worden uitgebreid. Het blijkt vaak dat dit slechts in kleine stappen mogelijk is.

Het op vaste momenten afnemen van de COPM en de PRO-ergo naast een of meerdere domein specifieke meetinstrumenten wordt aanbevolen om het behandelproces te objectiveren en te evalueren.

Het bevorderen van zelfmanagement en het hervinden van eigen regie in de veranderende omstandigheden zijn overkoepelende thema's in de behandeling.

Het Canadian Practice Process Framework (CPPF) is opgenomen als bijlage om methodische behandelproces te ondersteunen als de ergotherapeut nog weinig behandelervaring heeft opgedaan met Long COVID cliënten.

Domeinen van ergotherapiebehandeling

De behandeldomeinen zoals bijvoorbeeld longproblematiek, cognitieve klachten, vermoeidheid en werk, die genoemd zijn in de handreiking 'Ergotherapie bij COVID-19 cliënten in de herstelfase', zijn ook geadresseerd voor de ergotherapiebehandeling van Long Covid cliënten. Een belangrijk verschil is dat we nu kunnen spreken van klachten binnen de verschillende domeinen en er geen sprake lijkt te zijn van orgaanschade.

Vermoeidheidsklachten met als gevolg een disbalans tussen belasting en belastbaarheid in het dagelijks functioneren is bij Long Covid de belangrijkste behandelindicatie voor ergotherapie. De combinatie met cognitieve klachten komt veelvuldig voor. Ademhalingsproblemen, slaapproblemen, spierzwakte en/of polyneuropathie hebben evenzeer invloed op de mogelijkheden de dagelijkse activiteiten en rollen naar wens te kunnen invullen. Psychische en sociale factoren kunnen een rol spelen in de aanwezigheid en de instandhouding van de klachten en het herstel belemmeren.

In de praktijk blijkt het belangrijk om in de ergotherapiebehandeling te starten met de vermoeidheidsklachten en de gevolgen voor het dagelijks functioneren. Het hervinden van een balans tussen belasting en belastbaarheid in dagelijkse activiteiten blijkt een positieve uitwerking te hebben op de vermoeidheid als ook op de andere voorkomende klachten.

Domein specifieke meetinstrumenten en interventies

Voor de specifieke meetinstrumenten en interventies in de verschillende domein geldt dat de meeste zoals beschreven in de eerste handreiking toepasbaar zijn bij long COVID cliënten. Aanvullingen worden per domein beschreven. Daarnaast wordt per domein ingegaan op mogelijkheden het activiteitsniveau op te bouwen. Tenslotte wordt ingegaan op de samenwerking met andere disciplines.

Werkhervatting

De combinatie van ziekte-specifieke factoren van Long COVID met (tijdgebonden) re-integratie en werkgerelateerde factoren kan belemmerend zijn voor de werkhervatting.

Ergotherapie bij Long COVID cliënten is gericht op het herstellen van de eigen regie en het ontwikkelen van zelfmanagement om ook de terugkeer in werk passend en duurzaam mogelijk te maken. Een belangrijk kenmerk van de ergotherapiebehandeling is dat interventies zowel gericht zijn op het werk als op de dagelijkse activiteiten in de thuissituatie. Juist deze gecombineerde aanpak naar een werk en thuissituatie die in balans is, draagt bij aan het succes van een re-integratie.

Verschillende interventiemogelijkheden in de werksituatie komen aan bod om de taken samen met de cliënt te kunnen opbouwen in complexiteit, intensiteit en duur.

Groepsbehandeling

Nieuw toegevoegd is een hoofdstuk over groepsinterventie. Gebleken is dat dit een waardevolle aanvulling kan zijn op de individuele behandeling. In groepsbehandelingen zijn de her- en erkenning van de vraagstukken die spelen en de mogelijkheid voor cliënten om te leren van elkaar, belangrijke aanvullingen in een behandelproces, welke in een individueel traject niet aan de orde komen.

Bovendien kan het inzetten van groepsbehandelingen bijdragen aan het verminderen van de wachtlijsten. Er wordt in de praktijk geëxperimenteerd met deze behandelvorm. De handvatten die worden aangereikt kunnen ergotherapeuten op weg helpen deze behandelvorm in te zetten in de praktijk.

Inhoudsopgave

Colofon	0
Disclaimer	1
Handreiking ‘Ergotherapie bij Long COVID-19 cliënten’: Samenvatting	2
Hoofdstuk 1 Inleiding	8
1.1 Doel van dit document	8
1.2 Wat is nieuw ten opzichte van de eerste handreiking	8
1.3 Totstandkoming van de handreiking	8
1.4 Leeswijzer	8
Hoofdstuk 2 Long COVID, herstel en revalidatie	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Terminologie en keuze	10
2.3 Terugblik COVID-19 pandemie	10
2.3.1 Longschade	10
2.3.2 Multi-orgaan en multi-systeem aandoening	11
2.4 Indeling voor revalidatie en behandeling	11
2.4.1 Cliënten met longschade	11
2.4.2 Cliënten met ander vormen van orgaanschade	12
2.4.3 Cliënten met aanhoudende klachten zonder orgaanschade	12
2.5 Epidemiologische situatie van Long COVID	12
2.5.1 Voorkomen	12
2.5.2 Wie krijgen Long COVID?	13
2.5.3 Erkenning van de klachten	13
2.6 Een verklaringsmodel voor Long COVID klachten	13
2.6.1 Inleiding	13
2.6.2 Autonome disregulatie	14
2.6.3 Mogelijke oorzaken	14
2.6.4 Prognose	15
2.7 Uitgangspunten voor behandeling	15
2.7.1 Indeling op basis van klachten	15
2.7.2 Stepped care	16
2.7.3 Overeenkomst met andere aandoeningen	16
2.8 Richtlijnen en onderzoek naar langdurige COVID	17
Hoofdstuk 3 Kenmerken van de ergotherapiebehandeling	18
3.1 Wat biedt ergotherapie?	18

3.2	Methodisch handelen: Assessment, doelen stellen en evalueren in dagelijkse activiteiten bij Long COVID.....	18
3.2.1	PEO model en educatie	18
3.2.2	Assessment.....	18
3.2.3	Aanbevolen meetinstrumenten	19
3.2.4	Aanbevolen meetmomenten	19
3.3	Het verloop van de ergotherapiebehandeling	19
3.4	Afronding ergotherapiebehandeling.....	20
3.5	Samenwerking met andere zorgverleners die zijn betrokken bij Long COVID.....	20
Hoofdstuk 4	Ademhalingsproblemen bij dagelijkse activiteiten	22
4.1	Verwachte problematiek.....	22
4.1.1	Inleiding	22
4.1.2	Hyperventilatiesyndroom (HVS).....	22
4.2	Ergotherapie gericht op de hyperventilatie	22
4.2.1	Klinimetrie	22
4.2.2	Ergotherapeutische interventie	23
4.3	Samenwerking andere disciplines:.....	24
Hoofdstuk 5	Spierzwakte en polyneuropathie	25
5.1	Verwachte problematiek.....	25
5.1.1	Spierzwakte	25
5.1.2	Polyneuropathie	25
5.2	Ergotherapie bij spierzwakte.....	25
5.2.1	Klinimetrie	25
5.2.2	Interventies	26
5.3	Ergotherapie bij polyneuropathie	26
5.3.1	Klinimetrie	26
5.3.2	Interventies	26
5.4	Hulpmiddelen en voorzieningen	26
5.5	Samenwerking met andere disciplines.....	27
Hoofdstuk 6	Vermoeidheidsklachten bij dagelijkse activiteiten.....	28
6.1	Verwachte problematiek.....	28
6.2	Ergotherapie bij vermoeidheid.....	28
6.2.1	Klinimetrie	29
6.2.2	Interventies	29
Hoofdstuk 7	Cognitieve klachten bij dagelijkse activiteiten	34
7.1	Cognitieve klachten bij Long COVID	34
7.2	Ergotherapie gericht op de cognitieve klachten	34
7.2.1	Klinimetrie	34

7.2.2	Ergotherapeutische interventie	36
7.3	Samenwerking met andere disciplines.....	37
Hoofdstuk 8	Psychische klachten en slaapproblemen met gevolgen voor de uitvoer van dagelijkse activiteiten.....	38
8.1	Verwachte problematiek bij Long COVID	38
8.1.1	Grote variatie in uitkomsten	38
8.1.2	Risicofactoren.....	38
8.1.3	Depressie en angst	39
8.2	Ergotherapie gericht op psychische klachten en slaapproblemen	39
8.2.1	Klinimetrie	39
8.2.2	Ergotherapeutische interventie	39
8.3	Samenwerking met andere disciplines.....	40
Hoofdstuk 9	Werkhervatting	41
9.1	Arbeidsproblematiek bij Long-Covid	41
9.2	Ergotherapie gericht op de werkhervatting.....	42
9.2.1	Klinimetrie	42
9.2.2	Ergotherapeutische interventie	42
9.3	Samenwerking met andere disciplines.....	45
9.4	Financiering	45
Hoofdstuk 10	Groepsbehandeling voor Long COVID cliënten	47
10.1	Inleiding.....	47
10.2	Toestroom Long COVID cliënten	47
10.3	Groepsbehandeling gericht op dagelijks functioneren thuis en op het werk.....	47
10.3.1	Structuur van het programma.....	47
10.3.2	Klinimetrie	48
10.3.3	Ergotherapeutische interventies.....	48
10.3.4	De eerste ervaringen	48
Totstandkoming	‘Handreiking ergotherapie bij Long COVID cliënten’	49
Bronnenlijst	50
Bijlage 1	Een methodisch behandelproces bij cliënten met Long COVID.....	55
Bijlage 2	Voorbeeld ergotherapie groepsbehandeling voor Long COVID cliënten.....	62

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Doel van dit document

Deze handreiking “Ergotherapie bij Long COVID cliënten” is een vervolg op de “Handreiking ergotherapie bij COVID-19 cliënten in de herstelfase”.

Waar de eerste handreiking zich richt op de vroege fase van herstel biedt deze tweede handreiking ergotherapeuten concrete aangrijpingspunten voor de behandeling indien COVID-19 cliënten langdurige klachten houden, de zogenoemde Long COVID klachten. Er zijn nieuwe medische inzichten over het ziektebeeld en een in de revalidatie veelgebruikt verklaringsmodel voor de langdurige klachten. Deze kunnen ergotherapeuten in hun behandelaanpak houvast bieden om samen met de cliënt aan de doelen te werken die gericht zijn op het (weer naar wens) functioneren in dagelijkse activiteiten en de rollen die de cliënt vervult.

1.2 Wat is nieuw ten opzichte van de eerste handreiking

Naast nieuwe inzichten over het ziektebeeld en de langdurige klachten zorgen de uitgebreide behandelervaring en behandelresultaten van ergotherapeuten van de afgelopen tijd er voor dat er een duidelijke richting kan worden gegeven aan de behandeling. Een aanpak die, zo blijkt, bijdraagt aan het behalen van behandeldoelen.

De hoofdstukken die de domeinen van de ergotherapie beschrijven bij Long COVID, zijn aanvullend op de informatie uit de eerste handreiking. Dat geldt ten aanzien van het klachtenpatroon, het gebruik van de meetinstrumenten en geschikte interventies.

Daar waar informatie niet is gewijzigd of aanvulling behoefde, wordt verwezen naar de eerste handreiking. Een hoofdstuk over de mantelzorger is om die reden niet opgenomen in deze handreiking. Nieuw in deze handreiking is het hoofdstuk over groepsinterventie ergotherapie voor Long COVID cliënten waarmee eerste ervaringen zijn opgedaan. Ook is het Canadian Practice Process Framework (CPPF) opgenomen dat ondersteunend kan zijn het methodische proces als de ergotherapeut nog weinig behandelervaring heeft opgedaan met Long COVID cliënten.

Belangrijk is om nogmaals te benadrukken is dat deze handreiking niet op zichzelf staat maar altijd samen met de eerste handreiking gebruikt dient te worden in de praktijk.

1.3 Totstandkoming van de handreiking

Het document is ontwikkeld door Ergotherapie Nederland, opnieuw in samenwerking met de COVID-19 expert-werkgroep bestaande uit ergotherapeuten werkzaam in (poli)klinische behandelsettings en de 1^e lijn. Allen beschikken over actuele kennis van de problematiek en hebben ruime ervaring opgedaan met de behandeling van de doelgroep. Een belangrijke bijdrage is verleend door revalidatiearts dr. Paulien Goossens, die de actuele kennis van Long COVID en een mogelijke verklaring voor de klachten beschrijft.

1.4 Leeswijzer

De handreikingen zoals die zijn ontwikkeld dienen allebei te worden gebruikt om de ergotherapiebehandeling bij Long COVID vorm te kunnen geven. Daarbij kan de eerste handreiking vooral dienen als naslagwerk. Om die reden wordt in de handreiking “Ergotherapie bij Long COVID cliënten” regelmatig verwezen naar de eerste handreiking.

In hoofdstuk 2 zijn de beschrijving van Long COVID, het veelgebruikte verklaringsmodel en revalidatiekarakteristieken voor Long COVID opgenomen. In hoofdstuk 3 gevolgd door de belangrijkste algemene kenmerken en concrete handvatten voor de ergotherapiebehandeling bij Long COVID cliënten.

Vervolgens komen in de hoofdstukken 4 t/m 9 de verschillende behandeldomeinen aan bod waarbij de verwachte klachten of problemen, de klinimetrie, de ergotherapeutische interventies alsmede de samenwerking met andere disciplines aan de orde komen:

- Ademhalingsproblemen en de gevolgen voor dagelijkse activiteiten (Hoofdstuk 4)
- Spierzwakte en polyneuropathie (Hoofdstuk 5)
- Vermoeidheid (Hoofdstuk 6)
- Cognitieve klachten (Hoofdstuk 7)
- Psychische klachten en slaapproblemen (Hoofdstuk 8)
- Werkhervatting (Hoofdstuk 9)

In het laatste hoofdstuk (Hoofdstuk 10) wordt een eerste aanzet gegeven om de behandeling van Long COVID cliënten in groepsverband aan te kunnen bieden.

Deze handreiking volgt dezelfde structuur en volgorde als de eerste handreiking. De onderwerpen behoren in samenhang te worden benaderd maar kunnen ook, afhankelijk van de vraagstelling van de cliënt en/of informatiebehoefte van de ergotherapeut, per domein geraadpleegd worden.

Voor de leesbaarheid van dit document worden 'cliënten met Long COVID', Long COVID cliënten genoemd.

Hoofdstuk 2 Long COVID, herstel en revalidatie

Voor de variatie aan symptomen, het soms grillige verloop en het lang aanhouden van klachten na een COVID-19 infectie is behoefte aan een verklaring om de behandeling van Long COVID cliënten adequaat vorm te kunnen geven. Revalidatiearts dr. Paulien Goosens heeft in het afgelopen jaar veelvuldig aandacht gevraagd voor de langdurige postinfectieuze klachten en het belang van revalidatie. Zij is bereid geweest om als expert haar opgebouwde kennis en ervaring in te zetten voor dit hoofdstuk.

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de symptomen en langdurige klachten na het doormaken van een COVID-19 infectie. De World Health Organization (WHO) geeft daarvoor de volgende definitie:

“Post COVID-19 condition occurs in individuals with a history of probable or confirmed SARS CoV-2 infection, usually 3 months from the onset of COVID-19 with symptoms and that last for at least 2 months and cannot be explained by an alternative diagnosis. Common symptoms include fatigue, shortness of breath, cognitive dysfunction but also others and generally have an impact on everyday functioning. Symptoms may be new onset following initial recovery from an acute COVID-19 episode or persist from the initial illness. Symptoms may also fluctuate or relapse over time” (WHO, 2021).

Voor de Long COVID klachten biedt dit hoofdstuk een verklaringsmodel. Er kunnen daarbij groepen onderscheiden worden aan de hand van de meest in het oog springende klachten. Daarnaast worden een aantal algemene aspecten van de revalidatie en behandeling bij Long COVID beschreven. De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de literatuur die het afgelopen jaar is verschenen over langdurige COVID-19 maar is ook gebaseerd op de ervaringskennis die het afgelopen jaar is opgedaan in de revalidatie van de doelgroep.

2.2 Terminologie en keuze

De ‘Regional office for Europe’ van de WHO heeft in een ‘policy brief’ in februari van dit jaar aandacht gevraagd aan beleidmakers voor het feit dat 1 op de 10 mensen die COVID-19 hebben doorgemaakt na 12 weken nog klachten rapporteert. Zij introduceren in dit rapport de term ‘Long COVID’ (Davis et al., 2020). Aanvankelijk was er verwarring over deze term in het Nederlandse taalgebied omdat men dacht dat het zou gaan om COVID-19 met specifieke klachten van de longen.

We stellen vast dat het begrip Long COVID in ons land inmiddels alom bekend is en gebruikt wordt. Reden om voor deze handreiking ook te kiezen voor de term “Long COVID” (RIVM, 2021).

Andere termen die gebruikt worden voor de langdurige gevolgen na het doormaken van een COVID-19 infectie zijn: “Post-Acute Sequelae of COVID-19” (PASC) en het “Post-Acute COVID-19 Syndrome” (PACS) (Rajan, Khunti, Alwan, Steves, Greenhalgh, MacDermott, Sagan, McKee, 2021).

2.3 Terugblik COVID-19 pandemie

2.3.1 Longschade

In het voorjaar van 2020 werd ook ons land geconfronteerd met een hardnekkig en gevaarlijk virus waarover nog heel weinig bekend was. De ziekenhuizen en IC’s kwamen vol te liggen en longproblemen leken op de voorgrond te staan. Patiënten die vaak wekenlang op de IC hadden gelegen werden

ontslagen naar een revalidatiecentrum, verpleeghuis of naar huis. Niemand wist nog wat de juiste behandeling was of hoe lang patiënten besmettelijk bleven. In sneltreinvaart werden revalidatieprotocollen gemaakt voor deze patiënten. Longartsen en longfysiotherapeuten namen hierin vaak het voortouw. Men ging er van uit dat patiënten last zouden krijgen van een combinatie van het Post-IC Syndroom (PICS) en longschade. De richtlijnen van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) waren daardoor mede gebaseerd op klassieke longrevalidatie principes (Federatie Medisch Specialisten, 2020; NVAB, 2021).

2.3.2 Multi-orgaan en multi-systeem aandoening

In de ziekenhuizen bleek al snel dat het SARS-CoV-2 virus niet alleen de longen aantastte, maar ook zorgde voor stollingsproblemen en aantasting van andere organen (Pavli, Theodoridou, & Maltezos, 2021). Artsen waren beducht voor het optreden van hersenschade. In de literatuur werden meerdere pathofysiologische mechanismen toegelicht: beroerte, cytokinestorm, zuurstofgebrek, encephalitis, endotheliale disfunctie. Ook werden critical illness polyneuropathie en myopathie gezien bij deze IC-patiënten (Ahmed, Hanif & Ali et al., 2020; Wu, Xu & Chen et al., 2020).

In de eerste golf van besmettingen bleek al dat niet alleen de mensen die in het ziekenhuis werden opgenomen klachten ontwikkelden. Ook mensen die thuis de ziekte doormaakten ondervonden gevolgen van COVID-19.

Opmerkelijk is dat post-acute COVID-19 symptomen multisysteem, specifiek en bovendien niet geassocieerd zijn met de ernst van acute COVID-19-infectie (Greenhalgh & Knight et al., 2020; Townsend et al., 2020). Inmiddels is er meer ervaring met cliënten die langdurend klachten houden na een besmetting met COVID-19.

Het blijft vooralsnog onduidelijk waarom de infectie mild symptomatisch of zelfs asymptomatisch is bij de meerderheid van de besmette personen maar bij een aanzienlijke minderheid ernstig en vaak levensbedreigend is (NVAB, 2021).

2.4 Indeling voor revalidatie en behandeling

Een grote groep mensen die COVID-19 doormaakt ondervindt hiervan geen restschade of langdurige klachten. Voor de groep die wel langdurige klachten ontwikkeld kunnen, met de opgebouwde ervaring in de revalidatie, clusters van cliënten worden onderscheiden. Het is een pragmatische indeling in drie groepen die laat zien welke vorm en plaats van revalidatie voor welke groep passend kan zijn:

- Cliënten met longschade
- Cliënten met andere vormen van orgaanschade
- Cliënten met aanhoudende klachten zonder orgaanschade.

2.4.1 Cliënten met longschade

Ongeveer een derde van de cliënten die in het ziekenhuis wordt opgenomen krijgt te maken met een longontsteking of het “Acute Respiratoir Distress Syndroom” (ARDS). Zij hebben langdurige ademhalingsymptomen die worden gedomineerd door kortademigheid die beperkt is tot het ademhalingsstelsel. Bij deze patiënten is het belangrijk om alert te zijn op benauwdheidsklachten veroorzaakt door stoornissen in het ademhalingsstelsel (Guler, Ebner & Aubry-Beigelman, 2021). Daarnaast kan een COVID-19 infectie bij cliënten die bekend zijn met een longaandoening leiden tot exacerbatie van hun pre-existente longprobleem (Halpin, Criner & Papi et al., 2021). De klinische praktijk en eerste resultaten van screeningspoliklinieken in ziekenhuizen leert dat longschade bijna nooit wordt gezien

bij cliënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen (Wassenburg, Keijsers, van de Glind & Meulendijks, 2021). Cliënten met ademhalings symptomen bij longschade worden meestal begeleid door de longarts en volgen daarna specifieke longrevalidatie. Zo nodig kan de longarts verwijzen naar een van de vijf kenniscentra voor complex chronische longaandoeningen voor derdelijns longrevalidatie.

2.4.2 Cliënten met ander vormen van orgaanschade

Na een ziekenhuisopname vanwege COVID-19 infectie kunnen meerdere vormen van orgaanletsel optreden, zoals bijvoorbeeld nierschade, maagdarmproblemen, hartschade en neurologische stoornissen. De klachten kunnen zich op verschillende manieren manifesteren. Het is belangrijk te realiseren dat 90% van de patiënten na een ziekenhuisopname -naast andere klachten- ook langdurende vermoeidheidsklachten ervaart (Behzad, Aghaghazvini, Radmard & Gholamrezanezhad, 2020). Revalidatie is in elk geval aangewezen bij patiënten die na COVID-19 aantoonbaar hersenletsel (waaronder beroerte) hebben. Naar schatting komt dit voor bij 3 tot 6% van de patiënten die respectievelijk in het ziekenhuis of op de IC waren opgenomen (Elkind, Boehme & Smith et al., 2020). De revalidatie van deze cliënten volgt de normale verwijspatronen. Afhankelijk van de ernst en de functionele prognose worden cliënten behandeld in medisch specialistische revalidatiecentra, geriatrische revalidatie of in de 1^e lijn.

2.4.3 Cliënten met aanhoudende klachten zonder orgaanschade.

De derde en grootste groep wordt gevormd door cliënten met aanhoudende symptomen, waarbij vermoeidheid vaak overheerst. Er zijn meestal geen aanwijzingen voor orgaanbeschadiging voor zover te objectiveren met aanvullend onderzoek. Relatief vaak betreft het cliënten die COVID-19 thuis hebben doorgemaakt. Deze derde groep staat bekend als de groep met 'Long COVID'.

Onder andere het RIVM doet onderzoek naar de omvang van de groep die deze langdurige klachten heeft ontwikkeld en volgt mensen over langere tijd (RIVM, september 2021).

Als mogelijke indeling voor de praktijk kan op basis van de Long COVID klachten die op de voorgrond staan een indeling worden gemaakt. Deze indeling wordt in paragraaf 2.7.1 toegelicht.

De twee groepen waarbij sprake is van aantoonbare orgaanschade, kunnen na een specialistisch revalidatietraject nog langdurige klachten ervaren die het dagelijks functioneren thuis of op het werk belemmeren. Zij kunnen dan eenzelfde traject volgen als de groep zonder orgaanschade.

2.5 Epidemiologische situatie van Long COVID

2.5.1 Voorkomen

In december 2021 zijn er meer dan 3 miljoen bevestigde COVID-19 infecties geregistreerd in Nederland, met ruim 20.000 geregistreerde overlijdens (RIVM, 2021; CCSE, 2021).

Veel mensen hebben COVID-19 doorgemaakt zonder dat ze (erg) ziek zijn geworden of positief zijn getest. Deze mensen zijn daardoor vaak niet meegenomen in een onderzoek. Uit verschillende onderzoeken lijkt 50% van de patiënten langdurende klachten te rapporteren (Moreno-Pérez et al., 2021). Hierbij zijn tenminste twee vormen van bias waarschijnlijk. Vaak zijn patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen oververtegenwoordigd in deze studies. Ook wordt er geen vergelijking gemaakt met het voorkomen van klachten in de algemene bevolking. Zelfs als slechts enkele procenten last heeft van langdurende COVID-19 klachten, gaat dit om een enorm aantal cliënten. Pas over een aantal jaren wordt bekend hoe groot de groep is met blijvende klachten. Eerder onderzoek naar SARS laat zien dat op de lange termijn 1-3 % langdurige klachten overhoudt (C-support, 2021).

2.5.2 Wie krijgen Long COVID?

Het is niet goed bekend waarom sommige mensen lang klachten houden na COVID-19. Zowel cliënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen als cliënten die thuis COVID-19 hebben doorgemaakt kunnen te maken krijgen met long COVID. Cliënten met pre-existente hypertensie en diabetes lijken langer klachten te houden na een COVID-19 infectie (Khunti, Davies, Kosiborod & Nauck, 2021). Er zijn aanwijzingen dat Long COVID vaker voorkomt bij vrouwen en zorgmedewerkers (Murga, Aranburu & Gargiulo, Esteban & Lafuente, 2021). Mogelijk spelen ook psychologische factoren een rol bij het ontstaan of de instandhouding van de klachten (El Sayed, Shokry & Gomaa, 2021).

Ervaringen uit de ergotherapiepraktijk laten zien dat een deel van de cliënten met long COVID, voor de besmetting moeite had met het in balans houden van de (vele) taken en rollen in het dagelijks leven. Een relatief grote groep die Long COVID heeft ervaart klachten die invloed hebben op de kwaliteit van leven.

2.5.3 Erkenning van de klachten

Wereldwijd (door de WHO) wordt een oproep gedaan om de Long COVID klachten, die invloed hebben op de mogelijkheden tot werk en kwaliteit van leven te erkennen (Rajan et al., 2021). De aanhoudende symptomen hebben een aanzienlijke impact op het dagelijks leven van de mensen met Long COVID, die ook wel “long haulers” genoemd worden. Zij worstelen om terug te keren naar werk en gezinstaken, waarbij onder andere sprake kan zijn van secundaire financiële gevolgen (Davis et al., 2020).

Aanbevolen wordt om een passende aanpak te creëren in de vorm van revalidatie en behandeling in de eerstelijnszorg en dit met cliënt en hun familie af te stemmen (Rajan et al., 2021).

2.6 Een verklaringsmodel voor Long COVID klachten

2.6.1 Inleiding

De etiologie en de pathofysiologische oorzaken van Long COVID symptomen zijn nog onduidelijk. Er is wereldwijd ook nog geen consensus over de definitie van Long COVID.

Er is meer onderzoek nodig om de achterliggende mechanismen te begrijpen waardoor Long COVID zich ontwikkelt (Rajan et al., 2021). Toch is het belangrijk om een verklaringsmodel te gebruiken gebaseerd op de meest voorkomende symptomen. Cliënten met Long COVID hebben naast tal van andere klachten, vrijwel allemaal last van vermoeidheid (Rajan et al., 2021).

De klachten hebben grote invloed op het functioneren in het dagelijks leven. Een verklaringsmodel biedt (h)erkenning van de klachten en het inzicht kan de cliënt en de behandelaars ondersteunen bij de keuzes in het revalidatie of behandelprogramma.



Fig. 1 Overzicht Long COVID klachten (Rajan, et al., 2021)

2.6.2 Autonome disregulatie

Een van de mechanismen die mogelijk een rol speelt bij Long COVID is de autonome disregulatie. De klachten die cliënten ervaren, kunnen passen bij een disregulatie van het autonoom zenuwstelsel (Dani, Dirksen, Taraborelli, Torocastro, Panagopoulos, Sutton & Lim, 2021). Het autonome zenuwstelsel, dat wordt gereguleerd door de sympathicus en de parasympathicus, zorgt ervoor dat de activiteiten van de organen passend zijn bij de inspanningen die iemand verricht.

Sympathicus

Het sympathische systeem is actief bij inspanning en stress. Het is dit systeem dat in werking treedt bij de 'fight, freeze or flight reactie'. De hartslag neemt toe, de bloedvaten in de spieren verwijden zich, pupillen verwijden zich, de ademfrequentie neemt toe, de spijsvertering wordt geremd. De aandacht is gefocust, waardoor er uiteindelijk maar weinig sensorische informatie doordringt tot het brein.

Parasympathicus

Het parasympathische systeem is actief in rust. Het bevordert de spijsvertering, verbetert de functie van de nieren en verlaagt hartslag- en ademhalingsfrequentie. De aandacht is vaak verlaagd, de gevoeligheid voor sensorische prikkels is wisselend.

Disregulatie

Om goed te functioneren is een evenwicht tussen sympathicus en parasympathicus nodig. Bij een ontregeling van dit evenwicht krijgen mensen last van allerlei klachten zoals hartkloppingen in rust, een verstoorde ademhaling, cognitieve klachten, moeite met het inschatten van inspanningscapaciteit, slaapproblemen, vermoeidheid, et cetera.

De klachten van Long COVID kunnen hierin makkelijk worden herkend.

2.6.3 Mogelijke oorzaken

De oorzaak van de autonome disregulatie is niet goed bekend en is mogelijk multifactorieel. Er wordt onder meer gedacht aan immunologische processen, langdurende infectie, endotheliale factoren en trombo-embolische processen, maar ook andere factoren, zoals angst en depressie kunnen een rol

spelen bij het ontstaan of voortduren van de klachten (Stella, Furlanis, Frezza, Valentinotti, Ajcevic & Manganotti, 2021).

Bovendien lijkt de intensieve fysieke training, zoals tijdens de eerste golf van de coronapandemie bij deze groep cliënten werd voorgeschreven, de klachten in stand te hebben gehouden met een averechts effect op het herstel.

Er zijn aanwijzingen dat een verstoord evenwicht in het autonome zenuwstelsel identificeerbaar is. Testen die in studies hiernaar werden uitgevoerd zijn onder meer bloeddrukmetingen na houdingsverandering, metingen van zweetproductie, kantelproeven en hartfrequentievariabiliteitmetingen (Goodman, Khoury, Blair & Grill, 2021; Kaliyaperumal, Rk, Alagesan & Ramalingam, 2021). De uitkomsten bij cliënten met Long COVID waren vaak afwijkend op een of meerdere testen, maar niet op alle testen. In de dagelijkse praktijk zijn deze testen niet makkelijk uitvoerbaar.

2.6.4 Prognose

Er is nog weinig literatuur over het beloop van Long COVID. De ervaring van zorgverleners die veel cliënten met Long COVID hebben behandeld, is dat het overgrote deel van de cliënten goed opknapt. Het herstel kan soms vrij snel gaan, maar ook vele maanden duren (Davis et al., 2020).

Het volhouden van de adviezen om geleidelijk op te bouwen blijkt moeilijk te zijn. Daarnaast geven cliënten aan dat zij rekening moeten blijven houden met hun belastbaarheid, ook als ze weer redelijk functioneren. Er is vaak sprake van een hele kwetsbare balans is die snel weer verstoord kan raken en kan leiden tot tijdelijke terugval.

2.7 Uitgangspunten voor behandeling

2.7.1 Indeling op basis van klachten

Op basis van de Long COVID klachten die op de voorgrond staan kan in de praktijk een indeling worden gemaakt. Deze indeling bepaalt mede welke interventies wel of niet geschikt lijken te zijn.

Verminderde inspanningsmogelijkheden

Een deel van de cliënten kampt met ernstig conditieverlies, maar kan door fysieke training de conditie goed opbouwen. Cliënten uit deze groep hebben soms hulp nodig bij hun conditie-opbouw. De inschatting is dat 3 weken na het doormaken van COVID-19 zo'n 80% van de mensen tot deze groep behoort. Deze groep zou op basis van de kenmerken van het herstel, mogelijk niet tot de Long COVID groep behoren. Er is echter op dit moment nog geen algemeen geaccepteerde definitie en nog geen consensus of deze populatie wel of niet moet worden gerekend tot de Long COVID groep.

Autonome klachten

Bij deze cliënten staan diepe vermoeidheidsklachten voorop, gecombineerd met tal van lastig te duiden klachten, waarbij kortademigheid, hoesten, pijn op de borst, hartkloppingen, duizeligheid, koorts na inspanning en gastro-intestinale klachten vaak voorkomen (Poenaru, Abdallah, Coorales-Medina & Cowan, 2021; Taribagil, Creer & Tahir, 2021). Tijdens inspanningstesten scoren deze cliënten soms opmerkelijk goed, om daarna last te krijgen van een langdurige terugval. Deze terugval wordt post-exertionele malaise (PEM) genoemd. De klachten kennen een grillig beloop, met veel slechte dagen en soms een goede dag. Cliënten lijken na conditietraining eerder achteruit dan vooruit te gaan. Er is vaak veel onbegrip vanuit de omgeving. De incidentie van deze klachten zou rond de 25% kunnen liggen (Stella et al., 2021).

Cognitieve klachten

Naast vermoeidheid komen in deze groep cognitieve klachten voor zoals de vergeetachtigheid, aandachts- en concentratieproblemen en (sensorische) overprikkelingsverschijnselen. Het gaat hierbij niet om cognitieve stoornissen. Het intellectueel vermogen en de cognitieve capaciteiten zijn op goede momenten intact. Wel maakt de cliënt vergissingen, is vergeetachtig en heeft last van de zogenoemde 'brain fog' of 'hersennmist'. 'Brain fog' wordt door cliënten vaak omschreven als het gevoel dat er watten in het hoofd zitten, waardoor prikkels niet goed binnenkomen en ook adequate reacties uitblijven.

Het is nog niet duidelijk of de groep die (fysieke) vermoeidheid en autonome klachten ervaart en de groep met vermoeidheid en cognitieve klachten, twee aparte groepen betreft, of dat vermoeidheid en autonome klachten evolueren naar cognitieve klachten.

Veel cliënten geven aan dat ze aanvankelijk met name last hadden van vermoeidheid, en dat tijdens hun herstel een verschuiving optrad naar cognitieve klachten.

Een mogelijke verklaring daarvan is dat cliënten in het begin erg vermoeid zijn en daardoor weinig activiteiten ondernemen. Zodra zij meer activiteiten gaan uitvoeren die cognitie (capaciteit en vaardigheden) vraagt, merken zij dat er cognitieve klachten zijn.

2.7.2 Stepped care

De behandeling van cliënten met Long COVID volgt, zolang er nog geen bewijs is voor andere methoden, de principes van stepped care. Het principe van stepped care is, dat de cliënt niet zwaarder wordt behandeld dan strikt noodzakelijk. Er wordt dus gestart met de eenvoudigste interventie die past bij de klachten. Dit principe vertaalt zich door in de keuze om in de 1^e lijn te starten met behandelen.

Verwijzing naar ergotherapie in de 1^e lijn is geïndiceerd bij cliënten met participatieproblemen door vermoeidheid en/of cognitieve klachten bij Long COVID als er geen aanwijzingen zijn voor orgaan schade. Als ondanks adequate behandeling na ongeveer 3 maanden nauwelijks of geen herstel optreedt is het raadzaam de huisarts een verwijzing naar een revalidatiearts of neuropsycholoog voor te stellen. Mogelijk is dan een multidisciplinaire behandeling nodig in de 2^e lijn.

2.7.3 Overeenkomst met andere aandoeningen

De interventie bij Long COVID leunt op de behandeling die gebruikelijk is bij andere aandoeningen die gepaard gaan met autonome disregulatie, zoals chronische pijn en het post commotioneel syndroom (Verbunt, Swaan, Schiphorst Preuper, Schreurs, 2019). Voor de ergotherapiebehandeling van deze aandoeningen geldt dat educatie, een gedoseerde opbouw en afstemming met andere zorgverleners belangrijke uitgangspunten zijn, die ook kunnen gelden voor de Long COVID cliënt:

- Geef erkenning van de klachten.
- Verschaf een logisch verklaringsmodel, zoals de hierboven beschreven disregulatie van het autonoom zenuwstelsel.
- Leg uit dat de klachten tijdelijk zijn en herstel waarschijnlijk.
- Wijs op de zelfhulptips van Ergotherapie Nederland.
- Zet in op een rustige opbouw, gericht op vermijden van toename van klachten na inspanning (PEM).
- Leg uit dat overbelasting vaak leidt tot terugval of klachten kan verergeren
- Maak stappen in de opbouw klein en zorg voor voldoende tijd om de stappen te consolideren.
- Geef uitleg over het biopsychosociaal model en de invloed van stress op het vertragen van herstel.

- Stem de behandeling af op de persoon en zijn situatie. Het PEO-model biedt goede handvaten in het herstellen van de persoonlijke balans (zie hoofdstuk 3).
- Leer de cliënt zo nodig (tijdelijk) gebruik te maken van cognitieve compensatiestrategieën.
- Werk samen met andere zorgverleners en stem periodiek tussentijds af.

2.8 Richtlijnen en onderzoek naar langdurige COVID

Nieuwe richtlijnen van de Federatie van Medisch specialisten (FMS) over de behandeling van langdurige COVID zijn in ontwikkeling, zoals de richtlijnen 'revalidatie-' en 'nazorg COVID-19'. Er worden momenteel verschillende onderzoeken gedaan naar het beloop en de optimale behandeling van langdurige COVID-klachten, denk aan de PARACOV studie van het onderzoekconsortium o.l.v. het Radboudumc. Cliënten worden vaak gevraagd om mee te doen aan onderzoek, om bepaalde testen af te nemen of vragenlijsten in te vullen. Stimuleer cliënten vooral om hieraan mee te werken! Het zal er toe leiden dat mettertijd kan worden vastgesteld wat de meest adequate behandelmethoden zijn bij Long COVID.

Hoofdstuk 3 Kenmerken van de ergotherapiebehandeling

Het uit kunnen voeren van dagelijkse activiteiten is gerelateerd aan gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven en is het kerndomein van de ergotherapie (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2017; Van Hartingsveldt et al., 2010).

3.1 Wat biedt ergotherapie?

Het afgelopen jaar zijn, mede door de Paramedische Herstelzorg COVID-19, veel cliënten door een ergotherapeut behandeld. Gezien de problemen waar deze doelgroep in het dagelijks functioneren mee geconfronteerd wordt, speelt ergotherapie een belangrijke rol in het herstel van de cliënt. Dat geldt zowel in de vroege revalidatie na het doormaken van de COVID-19 infectie als bij Long COVID. Ergotherapie richt zich op participatie, de dagelijkse activiteiten en de rollen die de persoon vervult in zijn leven (of weer wil vervullen). Sinds het begin van de COVID-19 pandemie hebben ergotherapeuten veel ervaring opgedaan en is nieuwe kennis vergaard. De behandeldomeinen zoals die in de vorige handreiking zijn beschreven, zijn inderdaad in meerdere of mindere mate geadresseerd in de ergotherapie. Dat geldt eveneens voor de meetinstrumenten ten behoeve van de functionele diagnostiek en evaluatie en de verschillende interventies.

3.2 Methodisch handelen: Assessment, doelen stellen en evalueren in dagelijkse activiteiten bij Long COVID

3.2.1 PEO model en educatie

De 'Handreiking Ergotherapie bij Covid-19 cliënten in de herstelfase' beschrijft in hoofdstuk 3 de inbreng van de ergotherapie aan de hand van het PEO-model. Dit model is geschikt als basis voor het methodisch proces in de ergotherapiebehandeling en (in zijn eenvoud) ook geschikt in dialoog met de cliënt en met andere zorgprofessionals.

De factoren persoon, taak en omgeving hebben veel invloed op het functioneren van de cliënt in het dagelijks leven. Omdat daarin zoveel variaties zijn, worden ook zoveel verschillen in herstel bij cliënten gezien. Voor ergotherapeuten is dit vanzelfsprekend maar het is essentieel om in de voorlichting aan cliënten mee te nemen.

Ook het geven van voorlichting over klachten bij Long COVID aan de cliënt en zijn omgeving kan leiden tot meer begrip van de eigen klachten. Ook kan dit bijdragen aan meer begrip vanuit de omgeving en ten aanzien van bijvoorbeeld werkhervatting en dagbesteding.

3.2.2 Assessment

In de ergotherapiebehandeling worden de in stand houdende factoren van Long COVID op methodische wijze geïnventariseerd.

Er worden ten behoeve van het assessment observatie- en meetinstrumenten gebruikt om het functioneren en de omgeving van de cliënt in kaart te brengen: de functionele analyse. Op basis hiervan kan de ergotherapeut samen met de cliënt wensen, doelen en verwachtingen opstellen voor de behandeling.

Er is echter sprake van een nieuwe en ook vaak ook grillige aandoening. De klachten kunnen langdurig aanhouden en daarbij verloopt het herstel vaak traag. Daarmee kunnen behandeltrajecten langdurig zijn. Om hier meer grip op te krijgen en om het (tussentijds) resultaat van de behandeling te objectiveren is het afnemen van meetinstrumenten op verschillende meetmomenten belangrijk.

Ook worden (dezelfde) meetinstrumenten ingezet om de behandeling te evalueren en de (tussentijdse) resultaten te communiceren met cliënten, hun naasten en andere betrokken behandelaars. De meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden in de behandeling bij Long COVID cliënten komen grotendeels overeen met de meetinstrumenten uit de vorige handreiking.

3.2.3 Aanbevolen meetinstrumenten

Aanbevolen wordt om de volgende meetinstrumenten altijd af te nemen:

- *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*
Bij het gebruik van de COPM is het van belang de uitvoerings- en tevredenheids-score te bepalen en dit periodiek te herhalen.
- *Patient Reported Outcome voor Ergotherapie (PRO-ergo)*
Deze is specifiek ontwikkeld om de ergotherapeutische behandeling te evalueren die gericht is op de uitvoer van dagelijkse activiteiten, zelfmanagement en participatie (Arnoldus et al, 2020). Het is van belang om de vragenlijst zowel bij de start als bij afronden van de ergotherapie-behandeling in te laten vullen.
- *Een domein-specifiek meetinstrument*
Als duidelijk is op welk domein de cliënt vooral klachten heeft, wordt dat domein-specifieke meetinstrument toegevoegd aan deze minimale set.

3.2.4 Aanbevolen meetmomenten

Een gestructureerd “meetprotocol” helpt om gegevens met elkaar te kunnen vergelijken, en/of te verzamelen. Aanbevolen wordt om op de volgende momenten een evaluatie uit te voeren:

- Bij de start van de ergotherapiebehandeling
- 3 maanden na de start
- 6 maanden na de start
- 12 maanden na de start en/of ter afsluiting van de behandeling

Door periodiek te evalueren kunnen de resultaten geobjectiveerd worden en de behandeling zo nodig bijgesteld. Ook op een later moment, bij het afronden van de behandeling of zelfs een periode ná het afronden van de behandeling kan het waardevol zijn om nogmaals een afspraak te plannen voor de evaluatie van het functioneren en ervaren problemen van de cliënt, waarbij tevens de cliënt de kans krijgt om eventuele nieuwe vragen te bespreken.

3.3 Het verloop van de ergotherapiebehandeling

Na de functionele analyse zet de ergotherapeut cliëntgerichte interventies in op basis van best practice. De interventies vinden zo veel mogelijk plaats in de context van de cliënt.

Ergotherapie is erop gericht om de Long COVID cliënt te leren een (nieuwe) balans te vinden in het dagelijks functioneren. Die balans is verstoord geraakt door de (fysieke en mentale) vermoeidheidsklachten in combinatie met andere Long COVID klachten die verschillend zijn per cliënt. De behandeling is erop gericht om te kunnen herstellen van de virusinfectie door de belasting en belastbaarheid in de activiteiten en rollen die hij vervult goed op elkaar af te stemmen en over- of onder-belasting te voorkomen. Als er een goede balans is bereikt kan het activiteitsniveau worden uitgebreid.

Het blijkt dat veel Long COVID cliënten slechts in hele kleine stappen hun activiteitsniveau kunnen opbouwen.

Op basis van expert based evidence doorloopt de ergotherapiebehandeling bij Long COVID een aantal kenmerkende stappen.

1. Informatie geven over het ziektebeeld en over herstel na ziekte. Het verklaringsmodel zoals beschreven in hoofdstuk 2 is daarvoor een bruikbaar concept.
2. Het geven van inzicht in de klachten in relatie tot het huidige niveau van functioneren in dagelijkse activiteiten en rollen.
3. Het laten ervaren van nieuwe mogelijkheden zoals het op een minder belastende manier, het anders verdelen en/of maken van andere keuzes in de activiteiten.
4. De cliënt krijgt inzicht in (onderdelen van) zijn dagelijks functioneren en leert de eigen invloed hierop te onderkennen.
5. Er is een basisniveau in dagelijkse activiteiten bereikt dat is afgestemd op zijn belastbaarheid en waarover de cliënt eigen regie heeft. Activiteiten kunnen nu worden opgebouwd.
6. Het laten ervaren van een gecontroleerde opbouw in activiteiten. Dit geschiedt veelal in 3 stappen:
 - a. Uitproberen en ervaren
 - b. Succeservaringen bestendigen (er ontstaat nu enige grip op de eigen situatie)
 - c. De succeservaring (duurzaam) borgen waarbij ruimte ontstaat om activiteiten op te bouwen (in duur/aantal taken/frequentie en complexiteit).

Een proces van gecontroleerde opbouw van activiteiten kan uitgedrukt worden in periodes van weken. Het kan daarmee richting geven aan het proces van opbouw maar vaker zijn die periodes individueel afhankelijk van de hoeveelheid hersteltijd die de cliënt nodig heeft.

Door gebruik te maken van dit stappenplan is de ervaring dat vooruitgang kan worden geboekt en het risico op terugval klein is. Mocht er toch sprake zijn van terugval dan helpt dit stappenplan ook om de opbouw bij te stellen. Zodra het “actie en reactie” patroon wordt herkend en erkent door cliënt dan kan deze in staat worden geacht de principes zelf te leren toepassen in zijn dagelijks leven. De begeleiding van de ergotherapeut kan dan afgebouwd worden.

3.4 Afronding ergotherapiebehandeling

Zodra de cliënt weer voldoende eigen regie heeft gekregen over zijn activiteitenpatroon, de mogelijke signalen van de virusinfectie kan omzetten in adequate acties en heeft geleerd keuzes te maken in zijn activiteiten en rollen, dan is het vaak mogelijk de behandel frequentie te verlagen en de behandeling af te bouwen. Uiteindelijk leert de cliënt zijn dagelijks leven, met alle activiteiten en rollen die daarbij horen, zelf te managen en te hervatten.

3.5 Samenwerking met andere zorgverleners die zijn betrokken bij Long COVID

Cliënten met Long COVID ervaren vaak klachten op meerdere domeinen. Er zijn daardoor vaak meerdere hulpverleners betrokken. Onderstaand overzicht schetst, in alfabetische volgorde, op hoofdlijnen de mogelijke inzet en rol van de verschillende zorgverleners. Periodieke afstemming tussen de zorgverleners is essentieel, al was het alleen maar om overbelasting door een stapeling aan adviezen te voorkomen.

Bedrijfsarts: De bedrijfsarts begeleidt terugkeer naar eigen werk bij langdurende COVID.

Diëtist: Veel cliënten hebben, mede door veranderde geur en smaakbeleving, moeite een gezond voedingspatroon aan te houden. Diëtisten adviseren over gezonde voeding gericht op behoud van gewicht en spiermassa tijdens de herstelfase.

Fysiotherapie: Een fysiotherapeut kan, als de belastbaarheid voldoende is, helpen om de conditie te verbeteren. Een psychosomatisch fysiotherapeut houdt vaak meer rekening met autonome ontregeling. Longfysiotherapie kan van toegevoegde waarde zijn bij cliënten met een verstoorde ademhalingskoppeling. Ook psychosomatische fysiotherapie of haptotherapie kan van meerwaarde zijn, bijvoorbeeld bij patiënten met een verminderd vertrouwen in het lichaam.

Huisarts: (H)erkenning en uitleg, inventariseren ‘vlaggen’ zoals focale neurologische uitval, verlaagde O₂ saturatie in rust, afwijkend ECG, veranderde stem of slikproblemen.

Logopedie: Cliënten met een benauwd gevoel of een dysfunctionele ademkoppeling hebben vaak baat bij logopedie, die hen kan helpen om het natuurlijke patroon van ademen te herstellen. Er zijn aanwijzingen dat zingen hierbij ook kan helpen. Ook bij slikproblemen is inzet van logopedie aangewezen, zowel voor diagnostiek als voor advisering en behandeling. Soms zal verwijzing naar een KNO-arts nodig zijn.

Psychologische ondersteuning: Soms is begeleiding door een psycholoog, maatschappelijke werkende of POH-GGZ gewenst bij psychische of emotionele problemen die kunnen ontstaan door de periode van ziekte, of door de gevolgen die de langdurende COVID-klachten hebben op het dagelijks leven. Een (neuro)psycholoog brengt in kaart welke cognitieve, mentale en persoonlijkheidsaspecten een rol spelen en geeft vanuit die hoedanigheid adviezen voor het vervolg van de behandeling.

Revalidatiearts: Als een cliënt, ondanks goede begeleiding in de 1^e lijn geen vooruitgang boekt kan verwijzing naar een revalidatiearts worden overwogen. De revalidatiearts denkt met de patiënt en eerstelijns behandelaars mee over de behandelbare aspecten (revalidatiediagnostiek) en over het behandelplan. Soms zal de behandeling daarna worden voortgezet vanuit het revalidatiecentrum, maar vaak ook kan de behandeling toch worden voortgezet vanuit het reeds bestaande behandelteam.

Hoofdstuk 4 Ademhalingsproblemen bij dagelijkse activiteiten



4.1 Verwachte problematiek

4.1.1 Inleiding

Onderzoek laat zien dat 74% van de mensen die COVID-19 hebben overleefd, klagen over blijvende dyspnoe (kortademigheid) en buitensporige vermoeidheid na 3 maanden nadat ze uit het ziekenhuis komen. Dit terwijl bij slechts 10% van de gevallen afwijkende longfuncties zijn te zien (Arnold et al., 2020).

De grootste groep met blijvende klachten is de groep die een milde vorm van COVID-19 heeft ontwikkeld zonder zichtbare schade. Er blijkt weinig correlatie te vinden tussen de ernst van de ervaren klachten en de medisch gevonden symptomen.

Bij Long COVID spreken we dan ook meestal niet meer van longproblematiek maar van ademhalingsproblemen.

4.1.2 Hyperventilatiesyndroom (HVS)

Als Long COVID cliënten ademhalingsproblemen melden dan is er meestal sprake van hyperventilatie, een onbewuste ontregeling van de ademhaling. Bij hyperventilatie wordt er dusdanig snel en/of diep ademgehaald waardoor meer CO₂ uitgestoten wordt in plaats van opgenomen. Als deze klachten frequent voorkomen en langdurig aanwezig zijn wordt ook wel gesproken over het hyperventilatiesyndroom (HVS). De oorsprong van dit HVS kan gerelateerd zijn aan een afwijking van het ademhalingsmechanisme. Mogelijk te verklaren door hyperactiviteit van de autonome en corticale activatiesystemen of door het falen van het inhibitie systeem (endorfine) in de herstelperiode van een longinfectie. De hyperventilatie die optreedt bij inspanning is een belangrijke beperkende factor bij Long COVID cliënten.

Er zijn verschillende somatische en psychogene oorzaken die kunnen leiden tot hyperventilatie. Het HVS heeft alleen een psychogene oorzaak (Folgering, 1986). Angst speelt een belangrijke rol bij hyperventilatie.

4.2 Ergotherapie gericht op de hyperventilatie

4.2.1 Klinimetrie

De klinimetrie bij ademhalingsklachten zoals die is beschreven in de vorige handreiking is eveneens toepasbaar voor cliënten met long COVID klachten, dit zijn:

- Saturatiemeting in dagelijkse activiteiten
- Observatie tijdens betekenisvolle dagelijkse activiteiten
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- Borgschaal voor kortademigheid

Observatie dagelijkse activiteiten

Als aanvulling op deze meetinstrumenten dient in de analyse en observaties van dagelijkse activiteiten aandacht uit te gaan naar de mogelijkheid van het HVS en de daarbij behorende klachten.

Het betreft de volgende signalen:

- Dyspneu (kortademigheid)
- Pijn en/of druk op de borst

- Tintelingen in handen
- Vermoeidheid
- Duizeligheid en syncope (flauwvallen) bij inspanning
- Angst

(Motiejunaite et al, 2021)

Saturatiemeting in dagelijkse activiteiten

Snelle saturatiedalingen bij het uitvoeren van activiteiten lijken minder voor te komen bij Long COVID cliënten. Echter de saturatie wordt in de ergotherapie behandeling nog weinig gemeten waardoor niet met zekerheid is vast te stellen óf hier sprake van is en in welke mate. Omdat saturatiedalingen kunnen optreden wordt geadviseerd de saturatie aan het begin van het behandeltraject te meten. Klachten zoals benauwdheid, worden niet altijd door de cliënt waargenomen en zijn ook niet altijd goed waarneembaar door de therapeut. Indien er geen snelle dalingen (meer) tijdens een activiteit gemeten worden, zijn geen aanvullende interventies nodig. Als er wel sprake is van snelle saturatiedaling tijdens activiteiten zijn de interventies van toepassing zoals beschreven in hoofdstuk 4 van de eerste handreiking.

4.2.2 Ergotherapeutische interventie

Aandachtspunten

De ergotherapeutische interventies zoals die zijn beschreven in de vorige handreiking zijn eveneens toepasbaar bij cliënten met ademhalingsklachten bij long COVID.

De kern van de behandeling is de bewustwording van lichaamssignalen in dagelijkse activiteiten. Veel cliënten zijn zich er niet bewust van dat hun ademhalingsklachten te herleiden zijn naar het HVS.

Veel cliënten neigen er toe om te snel hun activiteitsniveau te vergroten. Belangrijk is om zorg te dragen voor een adequate en rustige opbouw in de activiteiten. Hierdoor kan de cliënt het gevoel van eigen regie op de ademhaling bestendigen en behouden en is de kans op terugval in het activiteiten-niveau kleiner.

Educatie

Educatie geven over hyperventilatie is nodig, hoe de signalen herkend kunnen worden en wat beïnvloedende factoren kunnen zijn. De factor angst speelt vaak een belangrijke rol bij het HVS.

Adequate ademhalingstechniek bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten

Het toepassen van ademhalingstechnieken in dagelijkse activiteiten is belangrijk bij hyperventilatie. Er zijn verschillende ademhalingstechnieken waarmee de cliënt weer de regie over de ademregulatie kan krijgen en waardoor de klachten kunnen verminderen. Bij het HVS zijn de ademhalingstechnieken zoals beschreven zijn in de eerste handreiking ook van toepassing:

- Pacing, om activiteiten in een rustig tempo uit te leren voeren en op tijd pauzes in te lassen
- Pursed Lip Breathing, om weer controle over de ademhaling te krijgen bij een disfunctionele ademhaling
- Mindfulness-technieken
- Ademhalingsondersteunende houdingen en ergonomische principes in dagelijkse activiteiten. Daarmee kunnen de hulpademhalingsspieren tijdens de activiteit zo optimaal mogelijk voor de ademhaling ingezet worden.

Belangrijk is om de technieken eerst samen met de cliënt te oefenen en met de cliënt te bespreken wanneer en hoe de technieken thuis kunnen worden toegepast.

4.3 Samenwerking andere disciplines:

Samenwerking met de fysiotherapeut en logopedist wordt geadviseerd bij de behandeling van ademhalingsproblemen bij long COVID cliënten. Het in gezamenlijkheid afstemmen van de educatie, de oefeningen en opbouw kan bijdragen aan het vertrouwen van de cliënt en biedt zorg op maat. Door tijdige afstemming kan de kans op terugval verkleind worden.

Als angst blijft bestaan of de cliënt weinig vertrouwen in het lichaam blijft ervaren dan zal dit de voortgang van de ergotherapiebehandeling belemmeren. Het via de verwijzer inschakelen en samenwerken met bijvoorbeeld een psycholoog wordt dan geadviseerd.

Hoofdstuk 5 Spierzwakte en polyneuropathie



Long COVID klachten en dan vooral de vermoeidheid leidt tot verminderde activiteit. Hierdoor kan spierzwakte ontstaan. De spierzwakte op zijn beurt zorgt voor extra vermoeidheid bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten die een fysieke inspanning vragen. Dit leidt vervolgens vaak opnieuw tot verminderde activiteit. Er ontstaat een cirkel die doorbroken kan worden door in de ergotherapiebehandeling aan te grijpen op het juiste activiteitsniveau voor de cliënt. De samenwerking tussen de fysiotherapeut en de ergotherapeut in de behandeling is hierbij van cruciaal belang.

5.1 Verwachte problematiek

5.1.1 Spierzwakte

Vaak is er bij Long COVID cliënten sprake van ernstige vermoeidheid én fysieke overbelasting. Om te kunnen herstellen zal (een deel van) de fysiek belastende activiteiten verminderd of tijdelijk gestaakt moeten worden. Spierzwakte en conditieverlies zijn secundair aan de vermoeidheid. Navraag bij de fysiotherapie leert dat er, in tegenstelling tot na IC opname, geen bewijs is voor primaire spierzwakte of conditieverlies. Een laag activiteitsniveau echter, zorgt voor spiermassaverlies. Dit vervolgens leidt óók tot vermoeidheid en kan bovendien risico's met zich meebrengen voor de uitvoer van dagelijkse activiteiten. Denk aan valrisico en het laten vallen van (zware) voorwerpen.

De ernstige vermoeidheid kan er voor zorgen dat cliënten weinig activiteiten kunnen uitvoeren.

5.1.2 Polyneuropathie

Polyneuropathie kan optreden door langdurige compressie. Een fenomeen dat kan ontstaan als cliënten langdurig geïmmobiliseerd zijn geweest tijdens ziekenhuisopname zoals beschreven is in hoofdstuk 5 van de eerste handreiking. Er zijn echter ook verschillende praktijkvoorbeelden bekend van cliënten met perifere polyneuropathie klachten in handen en voeten die de ziekte thuis hebben doorgemaakt. Op basis van het verklaringsmodel lijken ook deze klachten onderdeel te kunnen zijn van de autonome disregulatie. Er zijn aanwijzingen dat COVID-19 aangrijpt op de nociceptoren en dat deze onder invloed van een actief immuunsysteem het brein gevoeliger maken voor deze informatie, wat de toename van pijnklachten kan verklaren (Mosley & Butler 2017; Siers et al, 2020) Er is nog weinig literatuur beschikbaar die dit kan bevestigen. Het is in elk geval belangrijk om co-morbiditeit uit te laten sluiten bij deze klachten. De gevoelsstoornissen en pijnklachten kunnen grote impact hebben op de uitvoer van dagelijkse activiteiten en op de herstelmogelijkheden van de cliënt.

5.2 Ergotherapie bij spierzwakte

5.2.1 Klinimetrie

Met behulp van de functionele diagnostiek zoals in de eerste handreiking is beschreven kan de impact van de spierzwakte op het niveau van functioneren van de Long COVID cliënt in kaart worden gebracht. Hiermee kan inzicht verkregen worden in:

- Het feitelijke activiteitsniveau van de cliënt;
- De veiligheid bij het uitvoeren van activiteiten;
- De mogelijkheden om activiteiten op te bouwen;
- De mogelijkheden om compensatiestrategieën te benutten;
- De mogelijkheden om activiteiten opnieuw aan te leren.

Hierbij staan als middel de dagelijkse, voor de cliënt belangrijke activiteiten centraal en kan gedacht worden aan observatie van het dagelijks handelen in een ADL-situatie, keukentaak of een andere betekenisvolle activiteit.

5.2.2 Interventies

Mobiliseren middels dagelijkse, betekenisvolle activiteiten

Belangrijk voor het herstel is het advies dat (deel)activiteiten, hoe klein ook, zo snel mogelijk hervat worden.

Een gedoseerde en gestructureerde uitvoering van dagelijkse activiteiten draagt er aan bij de fysieke grenzen te ontdekken. Zodra de cliënt hier voldoende grip krijgt (zie hoofdstuk 3) en het opvlammen van de klachten afneemt of uitblijft (zie hoofdstuk 2), kan de cliënt uitgedaagd worden zijn grenzen te verleggen.

Vertrouwen krijgen door ervaring

In veel praktijkvoorbeelden speelt angst om meer fysiek te gaan belasten een grote rol. Veel cliënten hebben door een te snelle opbouw van activiteiten of te intensief fysiek trainingsprogramma een forse terugval ervaren waardoor zij voorstelbaar bang zijn om opnieuw terug te vallen zodra zij hun activiteiten niveau vergroten. Juist onder begeleiding van ergotherapeut kan in geleidelijk stappen worden opgebouwd. De ervaring zorgt er voor dat er een nieuw lichaamsbesef kan ontstaan waarmee de cliënt meer vertrouwen krijgt in zijn lichaam.

Het advies is om als ergotherapeut bij het vergroten van de belastbaarheid door de opbouw van de fysieke belasting, samen met de cliënt te streven naar het gezonde beweeggedrag zoals wordt aangegeven in de Nederlandse bewegrichtlijn (Kenniscentrum sport&bewegen, nd).

5.3 Ergotherapie bij polyneuropathie

5.3.1 Klinimetrie

Met behulp van de functionele diagnostiek zoals in de eerste handreiking is beschreven kan de impact van de polyneuropathie klachten op het niveau van functioneren van de cliënt in kaart worden gebracht. Het is belangrijk de klachten te blijven monitoren en bij verergeren tijdig terugverwijzen naar de verwijzer

5.3.2 Interventies

Net als bij de andere klachten die mogelijk zijn te verklaren door de autonome disregulatie mag verwacht worden dat ook bij polyneuropathie geldt dat het activiteitsniveau zodanig aangepast moet zijn dat de klachten niet meer optreden en/of verergeren. Een duidelijke grenshantering en voorzichtige opbouw van activiteiten draagt daar aan bij. Daarnaast is het belangrijk de cliënt te stimuleren de normale beweegpatronen te gebruiken en alert te zijn op de herstelsignalen. De ervaringen uit de praktijk bevestigen deze aanpak. Bij twijfel over de invloed van polyneuropathie op de handfunctie kan gedacht worden aan een verwijzing naar een hand-ergotherapeut.

5.4 Hulpmiddelen en voorzieningen

Het is te verwachten dat cliënten met Long COVID zowel conditioneel als wat betreft spierkracht herstellen bij een gedoseerde opbouw van de belastbaar in dagelijkse activiteiten. In een aantal situaties kan de belastbaarheid in het begin zo laag zijn dat bijvoorbeeld buitenshuis verplaatsen niet mogelijk is en cliënten daarnaast onvoldoende in huis actief kunnen zijn om de belastbaarheid op te bouwen.

In die gevallen kan het tijdelijk inzetten van hulpmiddelen geïndiceerd zijn, waarbij nadrukkelijk de afweging gemaakt wordt in hoeverre het gebruik van de hulpmiddelen ondersteunend is aan het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten binnenshuis en buitenshuis enerzijds en anderzijds bijdraagt aan het vergroten van belastbaarheid door activatie. Als ergotherapeut is het belangrijk om hier samen met de cliënt een goede balans te vinden.

5.5 Samenwerking met andere disciplines

Het KNGF standpunt van de fysiotherapie met aanbevelingen voor cliënten die COVID-19 hebben door-
gemaakt (KNGF, 2020) benoemt de samenwerking met de ergotherapie.

In de 1^e lijn zijn er inmiddels waardevolle samenwerkingen tussen ergotherapeuten en fysiotherapeuten ontstaan bij de Long COVID doelgroep.

Verschillende fysiotherapeuten handelen naar de kenmerken van Long COVID. Zij starten met een fysiek oefenprogramma in nauwe afstemming met de ergotherapeut. Dat gebeurt in principe nádat de ergotherapeut samen met de cliënt heeft kunnen vaststellen wat het basisniveau van functioneren is in zijn dagelijkse activiteiten en er een balans ontstaat tussen belasting en belastbaarheid. Het advies is om als ergotherapeut in de opbouw van de belasting en daarmee vergroten van de belastbaarheid samen met de cliënt te streven naar het gezond beweegpatroon zoals wordt aangegeven in de Nederlandse beweegrichtlijn (Kenniscentrum sport&bewegen, nd).

In het opbouwen van de fysieke belasting is nauwkeurige afstemming nodig. Indien een cliënt stagneert in de conditionele opbouw dient fysiotherapie ingeschakeld te worden. Vanaf het moment dat de cliënt eigen regie heeft hervonden in zijn dagelijkse functioneren, al is dat vaak nog niet het niveau van functioneren vóór het doormaken van de infectie, dan kan hij meestal zelfstandig zijn activiteiten verder opbouwen en uitbreiden en daarmee zijn rollen verder invullen.

Hoofdstuk 6 Vermoeidheidsklachten bij dagelijkse activiteiten



Vermoeidheid is bij veel Long COVID cliënten de belangrijkste klacht.

De ervaringen uit de praktijk tonen aan dat het belangrijk is om in de ergotherapiebehandeling te starten met de vermoeidheid en de gevolgen voor het dagelijks functioneren. Het hervinden van een balans tussen belasting en belastbaarheid in dagelijkse activiteiten blijkt een positieve uitwerking te hebben op de vermoeidheid en op de andere voorkomende klachten.

6.1 Verwachte problematiek

Ongeveer 10% van de mensen die de COVID-19 infectie hebben doorgemaakt, houdt langdurig vermoeidheidsklachten (NVAB, 2021). Van de COVID-19 symptomen is vermoeidheid een van de meest hardnekkige en slopende gebleken (Rudroff et al., 2020). Opvallend is dat het voornamelijk vrouwen treft van middelbare leeftijd (Twomey et al., 2021).

Het verklaringsmodel, dat het disfunctioneren van het autonome zenuwstelsel (dysautonomie) ten grondslag ligt aan de klachten van mensen met Long-COVID biedt ook een denkkader voor de extreme vermoeidheid en het grillige en onvoorspelbare verloop van het herstel van Long-COVID. In de praktijk blijkt vermoeidheid zich ook een tijd ná de inspanning voor te doen, in de vorm van een terugslag zoals Post-Exertional Malaise (PEM). PEM vormt een uitdaging in de praktijk voor de cliënt, de professionals en onderzoekers (Twomey et al., 2021).

Naast de fysieke verklaring van de vermoeidheidsklachten kunnen ook psychische en sociale factoren een rol spelen in de aanwezigheid en de instandhouding van de vermoeidheid en het herstel kunnen belemmeren.

Uit de ergotherapiepraktijk komt naar voren dat veel Long COVID cliënten in de herstelfase, als herstel langzamer gaat dan gehoopt, zich zorgen gaan maken. Zij gaan twijfelen aan zichzelf en geven bijvoorbeeld aan minder vertrouwen te hebben in hun eigen lichaam. Ook worden zij onzeker over hun eigen mogelijkheden om de juiste dingen te doen die het herstel kunnen bevorderen of in hun eigen doorzettingsvermogen. Veel cliënten hebben meermaals een terugval ervaren als ze probeerden hun activiteitsniveau te verhogen. Dit kan leiden tot stressreacties en piekeren welke onderhoudende factoren kunnen worden voor de vermoeidheid.

6.2 Ergotherapie bij vermoeidheid

Vermoeidheid in dagelijkse activiteiten is altijd onderdeel van de ergotherapiebehandeling in de 1^e lijn, zo blijkt uit de survey die Ergotherapie Nederland periodiek afneemt onder haar leden. Er is echter nog weinig literatuur beschikbaar over valide en betrouwbare klinimetrie en interventies als er sprake is van vermoeidheid bij Long COVID. Onderstaande informatie is gebaseerd op praktijkervaringen met Long COVID en daarnaast gebaseerd op de ergotherapiebehandeling bij andere doelgroepen, waarbij ook sprake kan zijn van ernstige en vergelijkbare vermoeidheidsklachten. Dat betreft bijvoorbeeld Q-koorts, Chronische vermoeidheid (CVS/ME), gevolgen van cardiale aandoeningen en vermoeidheid als gevolg van hersenletsel.

6.2.1 Klinimetrie

Naast het gebruiken van het “biologische” verklaringsmodel over de ontregeling van het autonome zenuwstelsel die de vermoeidheid kunnen duiden, is het belangrijk om bij vermoeidheid ook de psychische en sociale factoren in kaart te brengen. Deze factoren kunnen eveneens een rol spelen in de aanwezigheid en de instandhouding van de vermoeidheid en kunnen het herstel belemmeren.

- De mate en ernst van vermoeidheid;
- Het activiteitenpatroon en het activiteitsniveau;
- Slaap/waakpatroon;
- Persoonlijke waarden en interesses;
- Cognities t.a.v. Long COVID en vermoeidheid;
- Reactie van anderen op Long COVID en vermoeidheid;
- Premorbide functioneren.

Meetinstrumenten

Vastgesteld kan worden dat alle (meet)instrumenten voor het in kaart brengen van de vermoeidheid uit de handreiking ‘Ergotherapie bij COVID19 cliënten in de herstelfase’, nog actueel zijn en geschikt voor de behandeling van mensen met Long COVID. Dit zijn achtereenvolgens:

- In kaart brengen van Coping, gewoonten en verwachtingen
- Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)
- Checklist Individuele Spankracht (CIS20R)
- Pijn- en vermoeidheidsgrafieken
- Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid
- ADL-dagboek
- Activiteitenweger
- Activiteitenmonitor
- Occupational Balance Questionnaire (OBQ)
- Self-Efficacy in Performing Energy Conservation Strategies Assessment (SEPECSA).

Bij het selecteren van meetinstrumenten heeft het de voorkeur om ook een evaluatief meetinstrument te kiezen. De Dutch Multifactor Fatigue Scale is mogelijk geschikt voor de doelgroep (Visser et al, 2015).

Observatie van het handelen

Een observatie van het handelen, bij voorkeur meerdere observaties van activiteiten in de eigen omgeving van de cliënt, is een waardevolle aanvulling op bijvoorbeeld het invullen van registratielijsten om het activiteitenpatroon in kaart te brengen. Het geeft onder andere inzicht in het tempo van handelen, de mate van kracht en doseren, de cognitieve aspecten maar ook geeft het inzicht in de fysieke en/of sociale omgeving waarin de cliënt handelt en de eisen die dit aan de cliënt stelt. De evaluatie van deze observaties bieden de cliënt inzicht geven in zijn eigen mogelijkheden en beperkingen.

6.2.2 Interventies

Naast de interventies zoals beschreven in de handreiking ‘Ergotherapie bij COVID19 cliënten in de herstelfase’ zijn er een aantal nieuwe inzichten en behandelstrategieën aan te merken voor de behandeling van cliënten met Long COVID.

Educatie

Ook ten aanzien van de aanhoudende vermoeidheid en het grillige verloop van de klachten, is het waardevol om het verklaringsmodel van het disfunctioneren van het autonome zenuwstelsel te benoemen. Educatie is een eerste stap voor het weer verkrijgen van de eigen regie over het energieniveau en de eigen belasting en belastbaarheid in activiteiten.

Uit praktijkervaringen blijken de volgende aspecten vaak bespreekpunten te zijn

- De invloed van stress en onzekerheid (bijvoorbeeld t.a.v. het werk).
- De mogelijke veranderde subjectieve beleving van het activiteitenpatroon; activiteiten die voor COVID-19 als ontspannend werden ervaren kunnen nu bijvoorbeeld (te) inspannend zijn.
- De terugval binnen het grillige verloop van het herstel die onverwacht kan optreden en vaak eerder een teken is van een (eenmalige) overbelasting met Post-Exertional Malaise (PEM) als gevolg, dan dat de terugval een teken zou zijn van ‘niet genoeg je best doen’.
- Educatie aan belangrijke naasten en bijvoorbeeld werkgevers of collega’s. Dit kan het begrip vergroten en daarmee druk van buitenaf verminderen (Chu et al., 2020).

Vaststellen van een basisniveau in activiteiten

Het is belangrijk, op basis van het verklaringsmodel, te zoeken naar een activiteitsniveau waarbij de disfunctie van het autonome zenuwstelsel nog niet optreedt, ofwel waarmee de grens van de maximale belastbaarheid niet overschreden wordt. Er kan dan balans in dagelijkse activiteiten ontstaan. Van daaruit kan weer geleidelijk het activiteitsniveau worden opgebouwd (NVAB, 2021).

Meestal worden hier de registratielijsten voor het activiteitenpatroon voor gebruikt zoals genoemd in de vorige handreiking. Het uitvragen van de subjectieve waardering van activiteiten wat betreft de energie is daarbij belangrijk. Aandacht dient uit te gaan naar mogelijke veranderingen in energiebalans die zijn opgetreden na COVID-19. Als voorbeeld: een activiteit die voor COVID-19 energie gevend was, kan na het doormaken van COVID-19 juist energie kosten.

Activiteitsniveau opbouwen

De volgende stap is het gedoseerd opbouwen van activiteiten, zodanig dat de autonome disregulatie zich niet manifesteert. Omdat activiteiten nu meer belastend kunnen zijn dan vóór de COVID-19 infectie, zal er bij Long-COVID in elk geval tijdelijk, een ander activiteitenpatroon haalbaar en wenselijk zijn. Het is daarbij belangrijk om expliciet aandacht te schenken aan het gebruik van ontspannende activiteiten die nú geen noemenswaardige energie kosten en die nodig zijn om een balans te vinden in het activiteitenpatroon en te behouden.

Als maat voor een adequaat evenwicht geldt dat een cliënt aan het einde van de dag nog energie over moet houden (NVAB, 2021). Hiervoor de borgschaal gebruikt worden, waarbij het doel is om niet boven de 3 uit te komen bij activiteiten. Ook de activiteitenweger is een geschikt instrument om een haalbaar activiteitenpatroon te monitoren en vervolgens uit te breiden. Het blijkt in veel gevallen belangrijk dat cliënt er op alert is dat hij in de loop van de dag niet over het vooraf bepaalde activiteitsniveau heen gaat. Bovendien lijkt het vermijden van een abrupte toename van activiteiten ook essentieel voor deze doelgroep te zijn.

Het is belangrijk om de periode van balans enige tijd te handhaven voordat een volgende stap in opbouw wordt gezet (zie ook hoofdstuk 3).

Bij het opbouwen van dagelijkse activiteiten dient aandacht te zijn voor het aanwezig zijn van voldoende voor de cliënt waardevolle activiteiten in de dag en weekplanning.

Ontspanning door mini-activiteiten

Uit ervaring in de praktijk is gebleken dat de Mini-Activiteiten Aanpak geschikt is (hoofdstuk 6 van de eerste handreiking) . Een kenmerk van een mini-activiteit is dat deze meer energie geeft, dan er voor de uitvoering nodig is. Een dergelijke activiteit is goed uitvoerbaar voor de cliënten, zonder gebruik van specifieke middelen. De activiteiten kunnen voor de cliënt waardevol zijn, ook al duren ze maar kort. Mini-activiteiten dragen bij aan het vergroten van eigen regie en veerkracht (Aegler, Heigl & Zischek, 2019).

Strategieën voor energiemangement

In aanvulling op de strategieën voor energiemangement in hoofdstuk 6 van de eerste handreiking, zoals de PRET methode en het 3 P's principe, zijn de volgende regels en strategieën geschikt om de Long COVID cliënt te leren toepassen in zijn dagelijkse activiteiten. Deze worden in de huidige praktijk veelvuldig toegepast.

'ELVOSICO' regels

De Elvosico regels dragen bij aan een kritische analyse van de dagelijkse activiteiten en hoe daarin energie bespaard kan worden.

'Elvosico' staat voor:

- E**limineren
- V**olgorde veranderen
- S**implificeren
- C**ombineren

Door deze regels toe te passen in dagelijkse activiteiten en in het activiteitenpatroon kan de cliënt ervaren of en welke verandering leidt tot energiebesparing (Amsterdam UMC, n.d.).

De ' MOET IK DIT NU DOEN?' regel

Voor het maken van keuzes en het stellen van prioriteiten in dagelijkse activiteiten kan de cliënt aangeleerd worden om zichzelf 5 keer de vraag te stellen: ' MOET IK DIT NU DOEN?'

Daarbij wordt elke keer de klemtoon op een ander woord gelegd:

MOET ik dit nu doen?- Moet **IK** dit nu doen?- Moet ik **DIT** nu doen? - Moet ik dit **NU** doen?

Moet ik dit nu **DOEN**?

'Niet Rennen Maar Plannen'

Dit behandelprogramma is bedoeld voor mensen met cognitieve problemen als gevolg van hersenletsel. De volgende strategieën uit het programma blijken geschikt te zijn om toe te gebruiken in de behandeling van Long COVID cliënten.

1. Verdelen; verdeel activiteiten over de dag, wissel in- en ontspanning af.
2. Variëren/ afwisselen: mentale (DENK) en fysieke (DOE) activiteiten afwisselen
3. Pauzeren; regelmatig korte pauzes, vast inplannen, ook als je niet moe bent.
4. Plannen: dag-weekplanning maken
5. Ontspannen

(Baars-Elsinga, Geusgens, Visser-Meily & Van Heugten, 2014)

'Powernap'

Bij een verstoord dag- en nachtritme blijft het advies om niet overdag te slapen van kracht. Echter enige nuance is wenselijk. Een korte 'powernap' overdag van maximaal 20 minuten kan bijdragen aan herstel of opbouw van energie. Een kort slaapmoment omvat enkel de lichte slaap, fase één en fase twee.

Deze slaapfasen zorgen voor een:

- Vermindering van de slaperigheid;
- Verbetering van de concentratie;
- Verbetering van stemming;
- Verbetering van alertheid;
- Verbetering van de motoriek.

Het advies is de cliënt geen korte 'powernap' te laten doen na 14.00 uur om de slaapkwaliteit in de nacht niet te verstoren (Fleming & Vollebregt, 2016).

Stoplichtmethode

In hoofdstuk 6 van de vorig handreiking is het gebruik van de stoplichtmethode, waarmee bij het uitvoeren van activiteiten geleerd wordt om lichaamssignalen waar te nemen en te herkennen, reeds toegelicht. De methode wordt inmiddels veelvuldig toegepast in de behandeling van Long COVID cliënten waarbij een korte aanvulling op de informatie op zijn plaats is.

Het samen met de cliënt concretiseren waar, wanneer, en hoe de opbouw van rode-oranje (waarschuwing) en groene signalen verloopt, draagt er toe bij om de cliënt (opnieuw) te leren zijn lichaamssignalen te ervaren en te leren grenzen te stellen in zijn dagelijkse activiteiten. Het is belangrijk hier mee door te gaan totdat de cliënt hierin enige routine krijgt. Bij Long COVID cliënten is het van belang gebleken om ook de signalen van een 'groene fase' te inventariseren. Cliënten zijn vaker geneigd om deze slechts te koppelen aan de tijd vóór Long COVID.

Informatie van naasten over signalen is een welkome aanvulling, het is belangrijk hen te betrekken bij deze methode.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

De ACT is, zoals opgenomen in hoofdstuk 6 van de vorig handreiking, een behandelvorm die niet streeft naar afname van klachten maar naar het aannemen van een accepterende houding tot klachten, gedachten en gevoelens.

Omdat het herstelproces van Long COVID nog onduidelijk is kan ACT een waardevolle insteek zijn voor behandeling. Het draagt ook bij aan het verminderen van stigmatiserende gedachten over zichzelf (Masuda et al., 2007).

Het blijven vechten en verzetten tegen de klachten kan de Long COVID klachten van de cliënt verergeren en kan bovendien ten koste gaan van de (al beperkte) energie voor dagelijkse activiteiten.

Graded activity

Alleen als cliënten door terugval (te) angstig zijn geworden om hun activiteitsniveau uit te breiden terwijl dit wel mogelijk is, kan het zinvol zijn gebruik worden gemaakt van Graded activity, deze methode is echter in algemene zin niet geschikt bij Long COVID.

Is er sprake van onderhoudende factoren waardoor er geen vooruitgang geboekt wordt in de ergotherapiebehandeling dan wordt geadviseerd om in overleg met de verwijzer een andere zorgprofessional in te schakelen.

Hoofdstuk 7 Cognitieve klachten bij dagelijkse activiteiten



Naast vermoeidheid hebben veel Long COVID cliënten te maken met cognitieve klachten zoals de vergeetachtigheid, aandachts- en concentratieproblemen en (sensorische) overprikkelingsverschijnselen.

7.1 Cognitieve klachten bij Long COVID

Uit onderzoek van komt naar voren dat de kans op hersenschade na COVID-19 klein is. Na IC opname is dit 6%, bij ziekenhuisopname 2% en 0% bij thuis doorgemaakte COVID-19 (Puccioni-Sohler, Rodrigues Poton, Franklin, da Silva, Brindeiro & Tanuri, 2020). Toch ervaren cliënten na COVID-19 cognitieve klachten. De klachten zijn onder andere concentratieproblemen, geheugenproblemen en overgevoeligheid voor licht en geluid (NVAB, 2021).

Een veel genoemd verschijnsel is de zogenaamde 'brain fog' of 'hersennmist'. Hoewel het geen medische term is, beschrijft hersennmist het gevoel dat er geen volledige mentale helderheid is en het meer moeite kost om zich iets te herinneren of zich te concentreren. De klachten zijn vergelijkbaar met die van patiënten die chemotherapie voor kanker ondergaan of ondergaan hebben (chemofog of chemo-brain). Dat geldt ook voor cliënten met myalgische encefalomyelitis (ME), ook bekend als het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) of het mestcelactiveringssyndroom (MCAS). De oorzaak van hersennmist bij deze aandoeningen is nog onbekend (Theoharides et al., 2021).

Er is nog geen wetenschappelijke verklaring voor de cognitieve klachten na Long covid. Mogelijk dat de autonome disregulatie, zoals beschreven in hoofdstuk 2 een rol speelt in het in stand houden van de klachten. Ergotherapeuten zien in de praktijk dat, zodra de (mentale) vermoeidheid verminderd, ook de cognitieve klachten verminderen. De vermoeidheid zorgt er voor dat het executief functioneren in activiteiten (tijdelijk) minder goed verloopt.

Omdat in de meeste situaties er geen sprake is van cognitieve stoornissen of hersenschade mag meestal verwacht worden dat de klachten tijdelijk van aard zijn.

7.2 Ergotherapie gericht op de cognitieve klachten

7.2.1 Klinimetrie

In de ergotherapiebehandeling wordt in kaart gebracht in hoeverre de cognitieve klachten invloed hebben op het betekenisvol dagelijks handelen.

Cognitieve hiërarchie

Een model dat overzicht en inzicht geeft in cognitieve klachten is: “De cognitieve hiërarchie”, van Reif & Allen.

De piramide laat zien waarvoor de cognitieve functies nodig zijn en hoe zij invloed hebben op elkaar. Aandacht is nodig om informatie te kunnen verwerken. Het geheugen is nodig om te kunnen onthouden en plannen. De hogere cognitieve functies, executieve functies genoemd, zijn nodig om activiteiten naast bijvoorbeeld plannen, ook te kunnen sturen en te controleren. Hoe meer klachten iemand ervaart hoe ‘hoger in de piramide’ en daarmee gecompliceerder de klachten zich manifesteren in dagelijkse activiteiten. (Reif & Allen, 1992; Togliola & Kirk, 2018)



De mentale belastbaarheid van een persoon geldt als basis voor het cognitief functioneren en het inzetten van cognitieve vaardigheden. Door een lagere mentale belastbaarheid, zoals het hebben van weinig energie, is het moeilijker geworden om de cognitieve functies aan te kunnen spreken.

Om bij Long COVID de aan- of afwezigheid van cognitieve klachten en de ernst ervan op het dagelijks functioneren in kaart te brengen en te evalueren, kunnen observaties van dagelijkse activiteiten en een aantal screeningsinstrumenten worden ingezet in het ergotherapeutische onderzoek.

Observatie van het dagelijks functioneren

Het is essentieel om het handelen te observeren naast het afnemen van een meetinstrument. Dit kan middels een open observatie, een (semi) gestructureerde observatie door middel van het Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP) Assessment of met behulp van het Assessment of Process and Motor Skills (AMPS).

De keuze is afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt, de context en de eigen mogelijkheden of voorkeur van de ergotherapeut.

Meetinstrumenten en vragenlijsten

Omdat de ervaren cognitieve klachten van cliënten met Long COVID mogelijk veroorzaakt worden door (mentale) vermoeidheid is het belangrijk om ook meetinstrumenten en vragenlijsten voor de vermoeidheid af te nemen (zie hoofdstuk 6). De Modified Fatigue Impact Scale brengt zowel vermoeidheid als ook cognitieve klachten in kaart.

De volgende meetinstrumenten, die ook zijn opgenomen in de eerste handreiking, zijn geschikt om af te nemen bij cognitieve klachten van de Long COVID cliënt (en diens naaste):

- de 'Cognitive Complaints-Participation measure' (CoCo-P),
- de 'Checklist for cognitive and emotional consequence of Stroke' (CLCE-24).

Belangrijk is om uit te leggen dat er geen sprake is van hersenletsel (waar de meetinstrumenten oorspronkelijk voor bedoeld zijn) maar dat het instrument gebruikt wordt om de cognitieve klachten bij Long COVID te inventariseren.

Doelen van meten bij cognitieve klachten

De observatie van het dagelijks handelen en het invullen van de vragenlijsten draagt bij aan het geven van inzicht in de klachten aan de cliënt. Met de uitkomsten kan goed de relatie met de vermoeidheid gelegd worden.

Het periodiek meten en vastleggen van informatie is van belang om de behandeling te evalueren. Daarmee kan de mogelijke vermindering van ervaren cognitieve klachten vastgelegd worden en het kan bijdragen aan inzicht in het effect van de ergotherapeutische behandeling op de cognitieve klachten van de cliënt.

7.2.2 Ergotherapeutische interventie

Op basis van de verkregen informatie vanuit observaties en de meetinstrumenten wordt samen met de cliënt (en zijn omgeving) bepaald aan welke doelen wordt gewerkt en hoe dat vorm kan krijgen. Belangrijk daarbij is dat de benadering en de toe te passen leerstrategie zo goed mogelijk aansluit bij de individuele mogelijkheden van de cliënt.

Psycho-educatie

Belangrijk bij cognitieve klachten is het geven van psycho-educatie, het geven van uitleg over de mogelijke oorza(a)k(en) van de cognitieve klachten bij Long COVID. Daarnaast kan informatie over de verwachting dat de klachten tijdelijk van aard zijn en uitleg over de mogelijkheden die te beïnvloeden, de cliënt versterken in het de eigen regie tijdens het behandeltraject. Het geven van uitleg over de overprikkelingsklachten en het geven van uitleg over het leren herkennen van signalen en situaties waarin de overprikkelingsklachten kunnen optreden is belangrijk.

Mentaal energiemangement

In het vorige hoofdstuk over vermoeidheid is beschreven dat het belangrijk is te zoeken naar een basis-activiteitsniveau waarmee klachten niet toenemen en daarmee de grens van de maximale belastbaarheid niet overschreden wordt. Daarmee kan een balans in dagelijkse activiteiten ontstaan. Van daaruit kan weer geleidelijk het activiteitsniveau worden opgebouwd (NVAB, 2021).

Het vaststellen van een basis-activiteitsniveau, blijkt uit ervaring, is ook het vertrekpunt voor herstel van de cognitieve klachten bij Long COVID.

De interventies zijn gericht op energiemangement: het vergroten van de mentale belastbaarheid in dagelijkse activiteiten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van het aanleren van individueel voor de cliënt geschikte interne en/of externe strategieën of van compensatie strategieën Deze zijn in eerste instantie bedoeld om mentale energie te besparen in dagelijkse activiteiten.

Enkele voorbeelden die vooral gericht zijn op de aandacht:

- Vooraf een plan voor een activiteit maken
- PRET strategie toepassen
- Bewust aandacht richten op een taak, herhalen, tijd nemen
- Activiteit opdelen in deelstappen
- Zelfevaluatie

Enkele voorbeelden die vooral gericht op het geheugen

- Het opschrijven van zaken, gebruik maken van lijstjes
- Het maken van dag- of weekplanningen

Behandeling van sensorische prikkelgevoeligheid of overprikkeling

Het leren herkennen van de situaties waarin overprikkeling plaatsvindt is belangrijk. Het beïnvloeden van de overprikkelingsklachten zal voor elke cliënt anders zijn. De algemene aandachtspunten en specifieke ergotherapeutische interventies zoals beschreven in hoofdstuk 7 van de eerste handreiking kunnen worden toegepast.

Opbouw

Mentale energie kan worden opgebouwd door de duur, frequentie en/of complexiteit van activiteiten te vergroten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van mentale activiteiten die in het dagelijks leven van de cliënt passen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan lezen, computer gebruik, tv kijken, een maaltijd bereiden. Het vertrekpunt van de opbouw is het niveau dat de cliënt vrij makkelijk aan kan. De opbouw vindt plaats in haalbare, kleine stappen. Het vertrouwen in eigen mogelijkheden wordt hiermee vergroot

7.3 Samenwerking met andere disciplines

Het is belangrijk om de individuele mogelijkheden die een cliënt heeft, bewust in te zetten en daarbij ook de omgeving actief te betrekken. Dit geldt voor zowel de personen in de privésituatie als in het werk.

Belangrijk is ook om de individuele benadering en opbouw af te stemmen met andere betrokken disciplines.

Het aanpassen van de benadering is nodig bij het ontstaan of aanwezig zijn van psychosociale stress en daarbij mogelijk ontwikkelde co-morbiditeit zoals depressie, angst of een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Het is belangrijk in dergelijke situaties samen te werken met een psycholoog en/of in overleg te treden met de verwijzer.

Hoofdstuk 8 Psychische klachten en slaapproblemen met gevolgen voor de uitvoer van dagelijkse activiteiten



De Long COVID klachten grijpen vaak sterk in op het dagelijks leven en kunnen een trigger zijn voor het ontstaan van psychische klachten. Daarnaast hebben psychische klachten en ook slaapproblemen invloed op het verloop van de behandeling en het herstel. Het is dan ook belangrijk deze klachten te adresseren in de ergotherapiebehandeling van de Long COVID cliënt.

8.1 Verwachte problematiek bij Long COVID

In de eerste golf van de pandemie ging de aandacht vooral uit naar de acute symptomen en ziekenhuisopnames. De aandacht was toen slechts ten dele gericht op de mensen die COVID-19 thuis hebben meegemaakt. Het werd pas later duidelijk dat ook deze groep langdurige klachten konden ervaren. Veel mensen maakten zich zorgen over het grillige beloop van de ziekte. Onbekendheid over de duur van de (vaak lang aanhoudende) klachten van Long COVID gaf onzekerheid over de toekomst en kon daarmee psychische klachten faciliteren.

8.1.1 Grote variatie in uitkomsten

Kwantitatieve gegevens over het voorkomen van psychische klachten bij Long COVID verschillen sterk in de tot nu toe beschikbare onderzoeken. Dit heeft onder andere te maken met verschillen in de onderzochte doelgroep (thuis de infectie doorgemaakt of in het ziekenhuis), het moment van het onderzoek (direct na infectie of na langere tijd, in 1^e golf of een latere golf), en er is variatie per land en/of de sociaal-culturele omstandigheden van de pandemie.

Zo komen depressieve klachten voor bij 10% tot 68% van de onderzochte populaties voor en angstklachten in 5% tot-55% van de gevallen. Slaapproblemen, die de kans op een depressie vergroten komen in 26%-52% van de gevallen voor.

De ernst van de acute symptomen zijn niet voorspellend voor de ernst van de cognitieve of psychiatrische problemen bij Long COVID (Vanderlind et al., 2021).

8.1.2 Risicofactoren

Er blijken een aantal risicofactoren te zijn voor het ontstaan van psychische klachten bij Long COVID, namelijk:

- Vrouwen > mannen
- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Verminderde reuk
- Ervaren stigma gerelateerd aan COVID19 / onbegrip
- Infectie van een familielid
- Sociale isolatie, quarantaine, klein sociaal netwerk
- Verminderde kwaliteit van leven

Bekend is ook dat de mate en intensiteit van psychische problemen kan variëren per persoon.

Mensen met een klein sociaal netwerk blijken gevoelig te zijn voor gevoelens van hopeloosheid en psychische klachten (Berends, Claus, De Waele, Crunelle, Matthys & Vanderbruggen, 2021).

8.1.3 Depressie en angst

Angst en depressie komen vaker voor bij mensen die thuis COVID-19 hebben doorgemaakt. Velen ervaren het grillige herstel als ongrijpbaar, wat kan leiden tot paniek, huilbuien, een gevoel van falen, boosheid of machteloosheid. Overbelasting, door bijvoorbeeld het te snel hervatten van (teveel) activiteiten thuis en op het werk kan een rol spelen in het ontstaan van psychische klachten. Financiële onzekerheid alsmede onbegrip uit de omgeving (thuis of in de werksituatie) kan ook bijdragen aan het piekeren, sombere gedachten of angstklachten.

Inmiddels is er meer aandacht voor de Long COVID klachten en is betere informatie beschikbaar. Het is voor te stellen dat hiermee een aantal triggers waardoor psychische klachten kunnen ontstaan of verergeren, worden verminderd of weggenomen.

Veel COVID-19 overlevenden laten gelukkig ook een enorme veerkracht zien, waarbij mensen met een zwak sociaal netwerk aandacht behoeven (Berends et al., 2021).

8.2 Ergotherapie gericht op psychische klachten en slaapproblemen

8.2.1 Klinimetrie

Voor de ergotherapiebehandeling van de psychische klachten bij long COVID geldt dat een aantal meetinstrumenten en interventies kunnen worden ingezet die ook bij aandoeningen met psychische en somatische componenten worden gebruikt, zoals bij chronische pijn of bij somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK). Deze komen overeen met de klinimetrie bij psychische klachten zoals beschreven zijn in de eerste handreiking (hoofdstuk 8).

- Inventarisatie psychische klachten
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Primary Care Post Traumatic Stress Disorder Screen for DSM 5 (PC-PTSD-5)
- De Questionnaire Occupational Performance (QOP)
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Wat betreft slaapproblemen geldt eveneens dat verwezen wordt naar de klinimetrie bij slaapproblemen in hoofdstuk 8 van de eerste handreiking:

- Activiteitenmonitor
- Vragenlijsten en slaapdagboek

8.2.2 Ergotherapeutische interventie

Adviezen en zelfmanagement

Er zijn, in aanvulling op de interventies uit de eerste handreiking, generieke adviezen en (zelfmanagement-)strategieën beschikbaar die cliënten kunnen ondersteunen in het adequaat omgaan met stress en stressreductie. Deze kunnen ondersteunend zijn in de behandeling om het functioneren in dagelijkse activiteiten te verbeteren. Enkele voorbeelden zijn:

- Relaxatie, zoals mindfulness, yoga en ontspanningsoefeningen
- Stimuleren van de nervus vagus door bijvoorbeeld te neuriën of te zingen
- De natuur ingaan
- Zorgdragen voor een gezonde leefstijl (gezonde voeding, matig intensief bewegen (zoals wandelen), gezonde nachtrust)
- Veerkracht versterken (door te lachen, sociale betrokkenheid tonen)
- Belemmerende overtuigingen aanpakken
- Een nieuw narratief ontwikkelen en nieuwe keuzes maken

- Emotionele of praktische ondersteuning zoeken ten behoeve van veiligheid en/of sociale verbinding

(Peters et al. 2021).

Er zijn verschillende websites beschikbaar met generieke adviezen en zelfmanagement strategieën. Een aantal daarvan zijn opgenomen in deze handreiking als aanvullende informatie.

8.3 Samenwerking met andere disciplines

In geval van psychische klachten of slaapproblemen is het aan te bevelen om samen te werken met bijvoorbeeld POH-GGZ, eerstelijns psychologen of bijvoorbeeld slaapcoaches.

Als door de klachten de voortgang in de ergotherapiebehandeling wordt belemmerd kan het zinvol zijn eerst door te laten verwijzen naar een collega of andere zorgprofessional met specifieke expertise in de behandeling van psychische klachten en/of slaapproblemen. In overleg met de cliënt kan de ergotherapiebehandeling tijdelijk stop gezet worden en hervat zodra er toegang is om te werken aan de doelen binnen de ergotherapiebehandeling.

Hoofdstuk 9 Werkhervatting

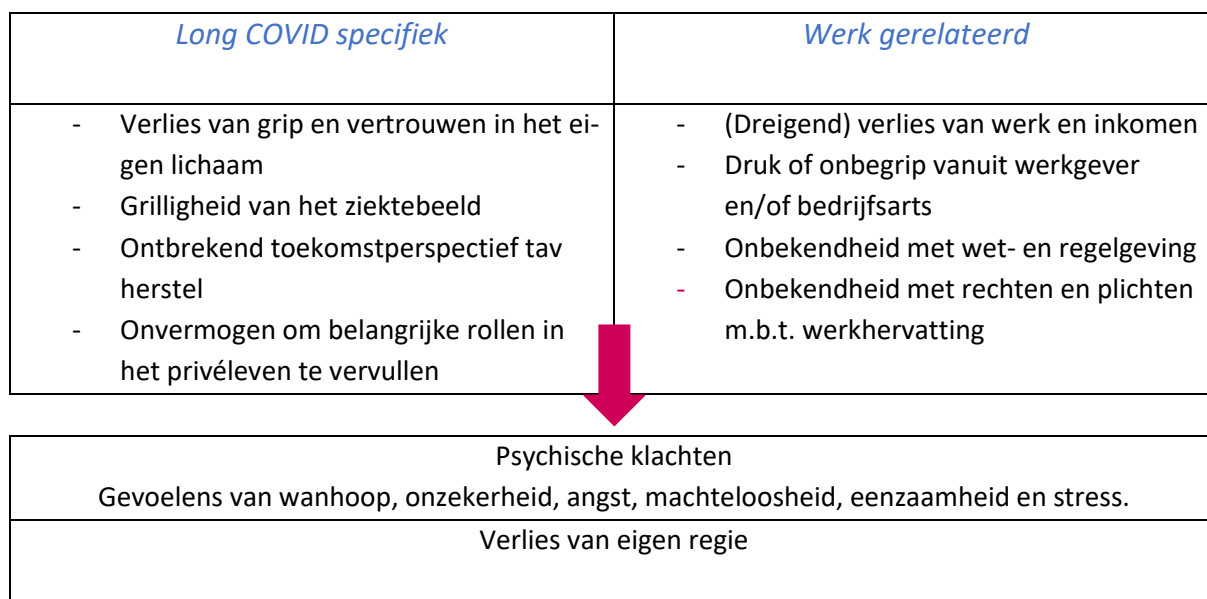


9.1 Arbeidsproblematiek bij Long-Covid

Inmiddels is duidelijk dat de vele en diverse klachten, het langzame en grillige herstel, onbekendheid van het ziektebeeld, behandeling en prognose kunnen leiden tot grote problemen bij de werkhervatting (Centrum Werk en Gezondheid 2021). Ook wordt herkend uit de praktijk dat cliënten die hun werk al weer voor een groot deel hervat hebben, na een aantal maanden opnieuw klachten kunnen ontwikkelen, daardoor terugvallen in hun functionele mogelijkheden en zich ziekmelden. Anderzijds is er een groep waarbij het herstel zo langzaam op gang komt dat bijna elke vorm van re-integratie leidt tot overbelasting en terugval in functioneren.

Beïnvloedende factoren

De combinatie van ziekte specifieke factoren van Long COVID met aan re-integratie en werk gerelateerde factoren kan zorgen voor een zeer stressvolle situatie en daarmee gepaard gaande psychische klachten. De combinatie van factoren kunnen het herstel belemmeren en daarmee ook de re-integratie in de weg staan en verzuim in stand houden zoals hier schematisch is weergegeven.



Inzicht eigen mogelijkheden

Een deel van de cliënten die weer aan het werk willen gaan blijkt hun eigen mogelijkheden te overschatten. Dat geldt dan voor zowel de fysieke als mentale mogelijkheden om hun werktaken te kunnen hervatten. Het betreft vaak mensen die gewend zijn veel aan te kunnen en een druk leven te hebben, zowel werk als privé. Zij hebben vaak moeite om lichaamssignalen te herkennen en hun nieuwe situatie en mogelijkheden goed in te schatten.

Einde eerste ziektejaar

Voor de verplichte processtappen in het eerste ziektejaar, opgenomen in de Wet verbetering Poortwachter (WVP), wordt verwezen naar de eerste handreiking.

Bij Long COVID komt het regelmatig voor dat het eerste ziektejaar al verstreken is voordat een cliënt kan starten met re-integreren.

Spoor 2

De WVP vereist na het eerste ziektejaar het inzetten van een mogelijk 'spoor 2 traject'. Dat 'spoor 2 traject' houdt in dat gezocht moet worden naar ander passend werk dan de oorspronkelijke, eigen functie en bovendien bij een andere werkgever. Dit kan zeer confronterend zijn voor de cliënt die wil re-integreren in de eigen functie maar hiertoe nog onvoldoende in staat is gebleken. Het aangaan van dit traject kan echter niet altijd voorkomen worden.

Het is soms mogelijk om ook in het tweede jaar zich te mogen richten op terugkeer in het eigen werk. Dit is afhankelijk van de mogelijkheden in de werksituatie, de bereidheid van werkgever en van persoonlijke factoren.

Geadviseerd wordt de cliënt contact te laten op nemen met C-support om de mogelijkheden te onderzoeken in hun persoonlijke situatie.

Terugkeer naar werk

Als een spoor 2 traject wordt ingezet zal meestal een re-integratiecoach betrokken worden door de werkgever. Deze vervult een begeleidende rol in het zoeken naar een passende werkplek. Die mogelijkheid geldt echter niet bij terugkeer naar eigen werk.

Zelfstandig ondernemers zijn zelf verantwoordelijk voor hun re-integratie en zijn vaak zoekende naar begeleiding bij terugkeer in hun werk. Ergotherapie kan in deze situaties een belangrijke rol vervullen.

9.2 Ergotherapie gericht op de werkhervatting

Het is wenselijk dat een cliënt zelf verantwoordelijkheid en initiatief neemt in zijn eigen re-integratieproces. De ergotherapie is er op gericht om de cliënt zich deze rol eigen te laten maken.

9.2.1 Klinimetrie

De meetinstrumenten zoals zijn opgenomen in de eerste handreiking zijn allen geschikt om af te nemen bij Long COVID cliënten.

Geschikt om af te nemen als werkhervatting een van de behandeldoelen is zijn:

- Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-P)
- Vragenlijst Beperkingen Werk
- PRPP@Work

Het is daarnaast belangrijk om in observaties een goed inschatting te krijgen van de persoonskenmerken: neigt iemand tot onder of juist overschatting van zijn mogelijkheden. Hier zal de interventie en instructie (stimuleren of juist afremmen) op worden aangepast.

9.2.2 Ergotherapeutische interventie

Gecombineerde aanpak

Ergotherapie bij Long COVID cliënten is gericht op het herstellen van de eigen regie en het ontwikkelen van zelfmanagement om de terugkeer in werk passend en duurzaam mogelijk te maken. Een belangrijk kenmerk van de ergotherapiebehandeling is dat interventies zowel gericht zijn op het werk als op de dagelijkse activiteiten in de thuissituatie. Juist deze gecombineerde aanpak naar een werk en thuissituatie die in balans is, draagt bij aan het succes van een re-integratie.

Werk als middel

In eerste instantie is werkhervatting een middel om de algehele belastbaarheid van de cliënt op te kunnen bouwen. Elke vorm van werk zal dan ook het herstel moeten dienen en niet andersom.

Algemene aandachtspunten daarbij zijn:

- Heb aandacht voor een goede werk-privébalans
- Zorg dat er voldoende tijd en energie over blijft om te werken aan het fysieke en mentale herstel
- Zorg dat cliënt voldoende tijd krijgt om in zijn werksituatie te herstellen
- Biedt een realistisch beeld wat betreft de re-integratieperiode. Het kan enkele maanden of langer duren voor cliënt weer (eigen) werkzaamheden kan uitvoeren

Maatwerk

Vanwege de variatie en het vaak lang aanhouden van klachten, zoals die eerder is geschetst, in combinatie met de individuele persoonskenmerken, is maatwerk in de behandeling van belang.

De begeleiding en rol als therapeut dient afgestemd te worden op de problemen en behoeften van de cliënt met Long COVID (Centrum Werk en Gezondheid, 2021).

Invloed op eigen handelen

Educatie over het ziektebeeld en de klachten zijn belangrijke voorwaarden om de cliënt inzicht te geven in de eigen mogelijkheden in werk. Een belangrijk kenmerk van de ergotherapiebehandeling is het in activiteiten laten ervaren welke invloed zelf kan worden aangewend om klachten te beïnvloeden. Met dit inzicht kunnen belasting en belastbaarheid in werk meer in evenwicht komen. Dit is de grondslag om het activiteitsniveau geleidelijk op te bouwen.

Educatie over wet- en regelgeving

Het kennen van het referentiekader van wet en regelgeving en, zeker zo essentieel, kennis over de rol die de cliënt zelf kan spelen in de re-integratie, kan angst en onzekerheid verminderen en leiden tot een bepaalde mate van eigen regie. Als ergotherapeut is het belangrijk alert te zijn op de tijdgebonden acties en hier de cliënt op voor te bereiden (denk bijvoorbeeld aan het invullen van een functionele mogelijkheden lijst, het tijdig beter melden)

Werkhervattingsplan

Een werkhervattingsplan geeft houvast bij het opbouwen van de belastbaarheid in werk en helpend zijn in de communicatie met de werkgever of bedrijfsarts. Daarmee ondersteunt het de re-integratie van de Long COVID cliënt. De ergotherapeut stelt dit samen met de cliënt op. De aandachtspunten en onderdelen van het werkhervattingsplan zoals zijn opgenomen in hoofdstuk 9 van de eerste handreiking zijn hiervoor geschikt.

Opbouwen in werk

De methoden, vaardigheden en de therapeutische principes die ergotherapeuten gebruiken om een cliënt zijn activiteitsniveau op te laten bouwen in de werksituatie zijn gelijk aan de interventies die kunnen worden ingezet bij dagelijkse activiteiten in de thuissituatie. Het gedoseerd en in een passend tempo opvoeren van de belasting kan zowel in het werk als in de dagelijkse activiteiten de belastbaarheid doen herstellen, al verloopt dit soms langzaam.

Aandachtspunten voor het opbouwen in werk

In de beginperiode is het niveau van functioneren van de cliënt het uitgangspunt. Gaandeweg de re-integratie wordt steeds meer toegewerkt naar de eisen en wensen van de functie en de werkgever. Werkhervatting wordt dan als doel gezien van de ergotherapiebehandeling bij Long COVID.

Naast de algemene principes voor opbouw van het activiteitsniveau uit hoofdstuk 3 is het voor een adequate opbouw in werk belangrijk om onderscheid te maken in een aantal specifieke aan het werk gerelateerde elementen die na de opsomming verder worden toegelicht:

- De werktaken
- Indeling in 'activiteitenblokken'
- Herstelactiviteiten
- Werktijden
- Werkplek
- Werkdruk

Werktaken

- Start met taken die op dat moment passen bij het niveau van belastbaarheid van de cliënt
- Kies voor taken waarin de PRET strategie (Pauzeren, Rustige omgeving opzoeken, Eén ding tegelijk, Tempo aanpassen) kan worden toegepast.
- De taken wordt door de cliënt als zinvol ervaren en/of heeft hier affiniteit mee.
- De intensiteit van de taken is laag.
- In korte tijd kan enige output geleverd worden.
- De taken moeten zonder tijdsdruk kunnen worden uitgevoerd.
- Deeltaken van de eigen functie zijn gewenst maar niet noodzakelijk.
- Pas zo nodig taken aan (bijvoorbeeld lezen van papier in plaats van beeldscherm)

De taken worden samen met de cliënt opgebouwd in complexiteit, intensiteit en duur. De opbouw in taken is gericht op de eigen functie.

Indeling in 'activiteitenblokken'

Cliënten met Long COVID blijken vaak moeite te hebben met het tijdig stoppen van hun werkzaamheden. Lichaamssignalen zoals vermoeidheid worden vaak te laat opgemerkt waardoor meer energie is verbruikt dan wenselijk. Daardoor is vaak (te) langere hersteltijd nodig.

Gebaseerd op expert based evidence blijkt het gebruik van vaste tijdseenheden en een vaste frequentie voor de werktaken effectiever om binnen de grens van belasting te kunnen blijven en adequaat op te bouwen. Het is daarbij belangrijk een combinatie te maken van een cognitieve, een fysieke en een herstelactiviteit (rust). Idealiter wisselen deze activiteiten elkaar af in een vaste volgorde en hebben eenzelfde tijdseenheid. Daarmee ontstaat een blokindeling die structuur en sturing kan brengen aan het opbouwprogramma.

De belastbaarheid van de cliënt bepaalt de duur van een activiteitenblok, de cliënt stopt vóór er klachten ontstaan. Een zorgvuldige verdeling over dag en tijd is noodzakelijk. Door de verhoudingen tussen fysieke, cognitieve en herstelactiviteiten in een activiteitenblok te veranderen en de duur van een herstelactiviteit te verminderen, neemt intensiteit van het werk toe.

Herstelactiviteiten

Een veelgebruikte strategie om bij verminderde belastbaarheid te herstellen van de inspanning na een activiteit, is het uitvoeren van een fysieke activiteit na een cognitief inspannende taak. Dit kan zorgen voor het cognitieve herstel na de activiteit. Het omgekeerde is ook het geval: het uitvoeren van een cognitieve taak na een fysieke activiteit.

De hersteltijd is daarbij het uitgangspunt. Hiermee wordt de hersteltijd bedoeld die iemand nodig heeft om na het werk weer in staat te zijn de minimale dagelijkse activiteiten thuis te kunnen uitvoeren. Als indicatie kan worden aangehouden dat de hersteltijd de werktijd niet overschrijdt. Bespreek altijd met de cliënt wat voor hem acceptabel is. Het is belangrijk samen met de cliënt de grens vast te houden en te letten op signalen van uitputting.

Werkplek

De werkplek en werkomstandigheden zijn belangrijke factoren voor de werkhervatting en waarin verschillende afwegingen gemaakt kunnen worden.

- Fysiek of online werken
- Reizen of thuiswerken
- Beïnvloeden van omgevingsprikkels

Ook ten aanzien van de werkplek en werkomstandigheden kan in de loop van de re-integratie een opbouw plaatsvinden.

Werkdruk

Werkdruk verhoogt de intensiteit van het werken. Voorzichtigheid bij de opbouw is nodig omdat het risico op overbelasting bij Long COVID groot blijkt (Post-Exertional Malaise (PEM)).

Er wordt toegewerkt naar de werkdruk die normaal/passend is voor de functie van cliënt.

9.3 Samenwerking met andere disciplines

Het uitgangspunt is om de communicatie rond werkhervatting zo veel mogelijk via de cliënt zelf te laten verlopen. Mocht dit niet toereikend zijn dan kan de ergotherapeut ten behoeve van de samenwerking contact zoeken met de werkgever en/of de bedrijfsarts. De rol van de bedrijfsarts is het toetsen van een werkhervattingsplan aan de medische mogelijkheden van de cliënt en de wetgeving. De werkgever is verantwoordelijk voor de praktische invulling van het werkhervattingsplan.

Long COVID is een nieuw en complex ziektebeeld. Er is nog weinig evidence en betrokken partijen zijn vaak nog zoekende in de meest adequate aanpak. Het is zinvol gebleken ook hierover met elkaar in gesprek te gaan en met elkaar te zoeken naar best practices.

Zijn er beperkingen of problemen aanwezig die de werkhervatting belemmeren en die zich buiten het domein van de ergotherapie bevinden dan is samenwerking met andere professionals gewenst.

Het is wenselijk dat de cliënt zelf verantwoordelijkheid en initiatief neemt in het re-integratieproces. De ergotherapeut kan de cliënt adviseren en ondersteunen in deze rol.

9.4 Financiering

Als werkhervatting een middel is om de balans tussen belasting en belastbaarheid in dagelijkse activiteiten van de cliënt te realiseren dan is financiering vanuit de paramedische COVID-19 herstellzorg opportuun. Zodra werkhervatting het doel wordt, dan ligt de financiële verantwoordelijkheid voor het traject bij de werkgever. Het is dan reëel dat de werkgever de kosten van de begeleiding door de ergotherapeut op zich neemt.

Als de aanspraak voor de herstelzorg niet meer mogelijk of niet meer toereikend is dan is het advies om een werkgever, of de cliënt zelf (zelfstandig ondernemer) te benaderen voor financiële vergoeding van de ergotherapie. De behandel mogelijkheden van de ergotherapie bij Long COVID blijken in de praktijk zeer waardevol om het cliënten mogelijk te maken hun werk op te kunnen pakken.

Hoofdstuk 10 Groepsbehandeling voor Long COVID cliënten



Groepsbehandeling wordt nog weinig toegepast binnen de ergotherapie. Toch zijn er belangrijke inhoudelijke voordelen te benoemen voor groepsinterventie. De grote toestroom van Long COVID cliënten vraagt bovendien om nieuwe, innovatieve ideeën om de ergotherapiebehandeling efficiënt vorm te kunnen geven. Een groepsprogramma zoals weergegeven in dit hoofdstuk kan dienen als voorbeeld voor de ergotherapiepraktijk.

10.1 Inleiding

In groepsbehandelingen zijn de her- en erkenning van de vraagstukken die spelen en de mogelijkheid voor cliënten om te leren van elkaar, belangrijke aanvullingen in een behandelproces, welke in een individueel traject niet aan de orde komen.

Er bestaat sinds enkele jaren een multidisciplinair groepsprogramma 'Energiek'. Dit programma bestaat uit ergotherapie en fysiotherapie groepsinterventies en is gericht op opbouw conditie en energiemangement en implementatie hiervan in het dagelijks leven thuis en op het werk. Dit programma is bewezen effectief bij mensen met een spierziekte en ernstige vermoeidheid (Veenhuizen et al, 2015). Dit programma lijkt ook geschikt voor groepsinterventie bij Long COVID. Reden waarom een aantal ergotherapeuten gestart is met het aanbieden van een programma dat is gebaseerd op het programma 'Energiek'.

10.2 Toestroom Long COVID cliënten

Sinds de zomer van 2020 is er een verwijsstroom van Long COVID cliënten naar de ergotherapie op gang gekomen, vooral in de 1^e lijn. De toestroom neemt nog steeds toe en in toenemende mate overstijgt de vraag het aanbod. Er ontstaan wachtlijsten voor ergotherapie. Verschillende ergotherapiepraktijken in Nederland onderzoeken momenteel de mogelijkheden om groepsinterventies te starten, die mede ingegeven is door het grote aanbod en/of vraag van cliënten.

10.3 Groepsbehandeling gericht op dagelijks functioneren thuis en op het werk

Gebaseerd op het groepsprogramma 'Energiek' en met de kennis en ervaring die is opgedaan in de individuele behandeltrajecten bij Long COVID, is een monodisciplinair groepsprogramma opgezet voor Long COVID cliënten. Het programma vindt plaats in kleine groepen en is gericht op energiemangement en de implementatie hiervan in het dagelijks leven thuis en in de werksituatie. Momenteel wordt het programma uitgetest in de praktijk.

10.3.1 Structuur van het programma

Het programma start met een individuele intake. Op basis van de intake wordt beoordeeld of de cliënt kan deelnemen aan het groepsprogramma. Het groepsprogramma bestaat uit 6 sessies en wordt afgesloten met een individuele evaluatie. De groepsgrootte bedraagt 3 tot maximaal 6 personen. Elke sessie duurt 1 – 1,5 uur per keer en is mede afhankelijk van de groepsgrootte en belastbaarheid van de groepsleden.

De eerste 3 sessies vinden wekelijks plaats, hierin staan educatie en het krijgen van inzicht in eigen situatie centraal. De laatste 3 sessies vinden om de week plaats. Daarin staan de implementatie van het geleerde in de dagelijkse activiteiten centraal.

Het programma op hoofdlijnen is opgenomen als bijlage in deze handreiking.

10.3.2 Klinimetrie

De volgende meetinstrumenten zijn in dit groepsprogramma geselecteerd en worden afgenomen bij de start en aan het eind van de groepsbehandeling als evaluatie:

- COPM (voor de groepsdoelen)
- Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-P)
- Patient Reported Outcome voor Ergotherapie (PRO-ergo)
- Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)
en/of
- De Checklist Individuele Spankracht (CIS20R)

De toelichting op de meetinstrumenten is opgenomen in de eerste handreiking.

10.3.3 Ergotherapeutische interventies

Van de interventies zoals die aan bod komen in deze en de vorige handreiking is een selectie gemaakt voor het groepsprogramma. Deze selectie van instrumenten en methoden is gebaseerd op de praktijkervaringen die ergotherapeuten hebben opgedaan met individuele cliënten met Long COVID. Een voorbeeld van het programma met de geselecteerde interventies is opgenomen als bijlage.

Voor ergotherapeuten die geen of weinig ervaring hebben met groepsbehandeling is het belangrijk aandacht te hebben voor de kenmerken die het behandelen in een groep met zich meebrengt, zoals de groepsdynamiek, de rol als ergotherapeut en de rol van de deelnemers naar elkaar.

10.3.4 De eerste ervaringen

De eerste ervaringen met de ergotherapie groepsbehandeling voor Long COVID cliënten in zijn huidige vorm zijn positief. Een deel van de cliënten geeft na afronding van de groepsbehandeling aan geen verdere begeleiding van een ergotherapeut meer nodig te hebben. De instructie, uitleg en oefeningen hebben hen voldoende handvatten geboden om zelfstandig verder te werken aan het herstel in dagelijkse activiteiten.

Een deel van de deelnemers heeft nog wel aansluitend een individueel ergotherapietraject nodig, bijvoorbeeld vanwege specifieke klachten of individuele doelen die in de groep sessies nog niet behaald zijn.

De uitkomsten bieden perspectief om meer ervaring op te gaan doen met deze ergotherapie groepsinterventie bij Long COVID.

Totstandkoming ‘Handreiking ergotherapie bij Long COVID cliënten’

De ‘Handreiking Ergotherapie bij Long COVID cliënten’ is tot stand gekomen door medewerking van de leden van de COVID expert-werkgroep. Deze werkgroep die bestaat uit actieve leden van verschillende overleggroepen van Ergotherapie Nederland is actief sinds het begin van de COVID-19 pandemie. Voor hoofdstuk 2 is, vanwege haar specifieke kennis revalidatiearts Paulien Goossens benaderd.

Werkgroep ‘Handreiking Ergotherapie bij Long COVID cliënten’

Adviesraad Ouderen	Ina Gommers
Commissie Arbeid	Edith Brocken, Fleur Stoffer
Landelijke werkgroep Ergotherapie en COPD	Sjoukje Appels, Elvira Blanken, Eveliene van Biemen
Overleggroep Ergotherapie bij chronische pijn	Brigitte van Gestel
Overleggroep Hersenletsel	Jacqueline Coppers, Sabine van Erp, Janneke Fleuren, Martje Huijben
Hoofdstuk 2	dr. Paulien H. Goossens, revalidatiearts en lid raad van bestuur Merem revalidatie

Bronnenlijst

Disclaimer

- Ergotherapie Nederland. (2020). Handreiking ergotherapie bij COVID-19 tijdens IC- opname en/of opname op een (cohort) verpleegafdeling in het ziekenhuis. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- PPN. (2020a). Algemene voorzorgsmaatregelen Leidraad tot hygiëneprotocol. Paramedisch Platform Nederland.
- PPN. (2020b). Verantwoord verlenen paramedische zorg in de 1^e lijn tijdens de coronacrisis Versie 2.0 (oktober 2020). Paramedisch Platform Nederland.

Hoofdstuk 2 Long COVID herstel en revalidatie

- Ahmed, M.U., Hanif, M., Ali, M.J., Haider, M.A., Kherani, D., Memon, G.M., Karim, A.H. & Sattar, A. (2020). *Neurological Manifestations of COVID-19 (SARS-CoV-2): A Review*. Front Neurol. 11:518.
- Behzad, S., Aghaghazvini, L., Radmard, A. & Gholamrezanezhad, A. (2020). *Extrapulmonary manifestations of COVID-19: Radiologic and clinical overview*. Clin Imaging. 66:35-41.
- Center for Systems Science and Engineering (CSSE), John Hopkins University (JHU) (2021), COVID-19 dashboard Coronavirus COVID-19 (2019-nCoV) (arcgis.com).
- Dani, M., Dirksen, A., Taraborelli, P., Torocastro, M., Panagopoulos, D., Sutton, R. & Lim, P.B. (2021). *Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies*. Clin Med (Lond). 21(1):e63-e67.
- Davis, H.D., Assaf, G.S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R.J., Reem, Y., . . . Akrami, A. (2020). *Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact*. MedRxiv.
- Elkind, M., Boehme, A., Smith, C., Meisel, A. & Buckwalter, M.S. (2020). *Infection as a Stroke Risk Factor and Determinant of Outcome after Stroke*. Stroke. 51(10): 3156–3168.
- El Sayed, S., Shokry, D. & Gomaa, S. (2021). *Post-COVID-19 fatigue and anhedonia: A cross-sectional study and their correlation to post-recovery period*. Neuropsychopharmacol Rep. 41(1):50-55.
- Federatie Medisch Specialisten. (2021). *Leidraad Nazorg voor IC-patiënten met COVID-19*. Opgehaald van: <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Leidraad%20Nazorg%20COVID19.pdf>
- Goodman, B., Houry, J., Blair, J., Grill, M. (2021). *COVID-19 Dysautonomia*. Front Neurol. 12: 624968.
- Greenhalgh, T., Knight, M., A'Court, C., Buxton, M., & Husain, L. (2020). *Management of post-acute covid-19 in primary care*. BMJ, 370, m3026. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3026>
- Guler, S., Ebner, L., Aubry-Beigelman, C. (2021). *Pulmonary function and radiological features 4 months after COVID-19: first results from the national prospective observational Swiss COVID-19 lung study*. Eur Respir J. Apr 29;57(4):2003690.
- Halpin, D., Criner, G., Papi, A., Singh, D., Anzueto, A., Martinez F.J., Agusti, A.A., & Vogelmeier C.F. (2021). *Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Am J Respir Crit Care Med. Jan 1;203(1):24-36.

- Kaliyaperumal, D., Rk, K., Alagesan, M.m Ramalingam, S. (2021). *Characterization of cardiac autonomic function in COVID-19 using heart rate variability: a hospital based preliminary observational study*. J Basic Clin Physiol Pharmacol. 32(3):247-253.
- Khunti, K., Davies, M., Kosiborod, M. & Nauck, M. (2021). *Long COVID - metabolic risk factors and novel therapeutic management*. Nat Rev Endocrinol. 17(7):379-380.
- Murga, I., Aranburu, L., Gargiulo, P., Esteban, J.C.G. & Lafuente, J. (2021). *Clinical Heterogeneity in ME/CFS. A Way to Understand Long-COVID19 Fatigue*. Front Psychiatry. 12:735784.
- Moreno-Pérez O, Merino E, Leon-Ramirez J-M et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study. J Infect. 2021 Mar;82(3):378-383
- NVAB. (2021). *Leidraad Herstel & Re-integratie in het kielzog van COVID-19; Post-Acute gevolgen van SARS CoV-2 infectie (PASC)*. Opgehaald van: www.nvab-online.nl
- Pavli, A., Theodoridou, M. & Maltezou, H.C. (2021). *Post-COVID syndrome: Incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals*. Arch Med Res. May 4; S0188-4409(21)00081-3.
- Poenaru, S., Abdallah, S., Coorales-Medina, V. & Cowan, J. (2021). *COVID-19 and post-infectious myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a narrative review*. Ther Adv Infect Dis. 8
- Rajan, S., Khunti, K., Alwan, N., Steves, C., Greenhalgh, T., MacDermott, N., Sagan, A. & McKee, M. (2021). *Policy Brief 39: In the wake of the pandemic: preparing for Long COVID*. Denmark: World Health Organization regional office for Europe.
- RIVM. (September, 2021). *Long (langdurige) COVID*. Opgehaald van: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/long-covid>
- RIVM. (2021). *LongCOVID-Onderzoek*. Opgehaald van: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/long-covid>
- Stella, A., Furlanis, G., Frezza, N., Valentinotti, R., Ajcevic, M. & Manganotti, P. (2021). *Autonomic dysfunction in post-COVID patients with and without neurological symptoms: a prospective multidomain observational study*. J Neurol. 1-10. doi: 10.1007/s00415-021-10735-y.
- Taribagil, P., Creer, D. & Tahir, H. (2021). *'Long COVID' syndrome*. BMJ Case Rep. 14(4).
- Townsend, L., Dyer, A.H., Jones, K., Dunne, J., Mooney, A., Gaffney, F., . . . Conlon, N. (2020). *Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection*. PLoS One, 15, e0240784.
- Verbunt, J.A., Swaan, J.L., Schiphorst Preuper, H.R., Schreurs, K.M.G. (2018). *Handboek pijnrevalidatie*. BSL. ISBN 978-90-368-2229-9
- Wassenburg, N., Keijsers, K., van de Glind, E. & Meulendijks, F. (2021). *Ernst long covid lijkt mee te vallen*. Medisch Contact.
- World Health Organisation (WHO). (2021). *Post COVID-19 condition (Long COVID)*. Opgehaald van: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/16-10-2021-post-covid-19-condition>
- Wu, Y., Xu, X., Chen, Z., Duan, J., Hashimoto K., Yang, L., Liu C. & Yang, C. (2020). *Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses*. Brain Behav Immun. 2020 87: 18–22.

Hoofdstuk 3 Kenmerken van de ergotherapiebehandeling

- Le Granse, M., Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). *Grondslagen van de Ergotherapie (5e herziene druk)*. Amsterdam: Reed Business.

- Van Hartingsveldt, M., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.

Hoofdstuk 4 Ademhalingsproblemen bij dagelijkse activiteiten

- Folgering, H.Th.M. (1986). *Diagnostiek van het hyperventilatiesyndroom*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 130:2260-3
- High incidence of hyperventilation syndrome after COVID-19 J. Taverne, et al.. Submitted Aug 28, 2020. Accepted for publication Apr 29, 2021. doi: 10.21037/jtd-20-2753.
- Motiejunaite, J., Balagny, P., Arnoult, F., Mangin, L., Bancal, C., d'Ortho, M. P., & Frija-Masson, J. (2021). *Hyperventilation: a possible explanation for long-lasting exercise intolerance in mild Covid-19 survivors?* *Frontiers in Physiology*, 11, 1856.

Hoofdstuk 5 Spierzwakte en polyneuropathie

- Beweegrichtlijnen - Kenniscentrum Sport en Bewegen
- KNGF (2020) Versie 2.0 KNGF Standpunt: 'Fysiotherapie bij Patienten met COVID-19'
- Mosley, G. L., & Butler, D. S. (2017). Explain pain supercharged. NOI.
- Shiers, S., Ray, P.R., Wangzhou, A., Sankaranarayanan, I., Tatsui, C.E., Rhines, L.D., ... & Price, T.J. (2020). ACE2 and SCARF expression in human dorsal root ganglion nociceptors: implications for SARS-CoV-2 virus neurological effects. *Pain*, 161(11), 2494-2501.

Hoofdstuk 6 Vermoeidheidsklachten bij dagelijkse activiteiten

- Aegler, B., Heigl, F., Zischeck, F. (2019). *De mini-activiteiten-aanpak (MAA)*. Ergotherapie Magazin, 6.
- Amsterdam UMC. (n.d.). *5 W-vragen en EIVoSiCo-regels*. Amsterdam. Opgehaald van: <https://www.vumc.nl/web/file?uuid=c62fa8f5-782d-4337-99289c6bc6ab0f65&owner=5ec2d559-9d3f-4285-8cbd-140abc921b69&contentid=13042&disposition=inline>
- Baars-Elsinga, A., Geusgens, C., Visser-Meily, A., & Van Heugten, C. (2014). *Behandelprogramma niet rennen maar plannen*. Utrecht: Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde.
- Chu, L., Fuentes, L. R., Marshall, O. M., Mirin, A. A., & Mooney, A. (2020). *Environmental accommodations for university students affected by Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS)*. 66(2). Amsterdam, Nederland: WORK.
- Hiemstra, D. & Bohlmeijer, E. (2013). *De sterke-kanten-benadering: Persoonlijke kwaliteiten als hefboom voor verandering*, in Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., Walburg, J.A. *Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek, toepassingen*. Uitgeverij Boom.
- Fleming, A. en Vollebregt, J. (2016). *Pijn en het brein*. Amsterdam.
- NVAB (2021). *Long -COVID: focus op het herstel van de energiebalans*. Opgehaald van: www.nvab-online.nl.
- Rudroff, T., Fietsam, A.C., Deters, J.R., Bryant, A.D., & Kamholz, J. (2020). *Post-covid-19 fatigue: Potential contributing factors*. *Brain sciences*, 10(12), 1012.
- Smolders, A. (2017). *Start to sleep*. Borgershoff & Lamberigts.
- Twomey, R., DeMars, J., Franklin, K., Culos-Reed, S. N., Weatherald, J., & Wrightson, J.G. (2021). *Chronic fatigue and post-exertional malaise in people living with long COVID*. medRxiv.

- Visser-Keizer, A. C., Hogenkamp, A., Westerhof-Evers, H. J., Egberink, I. J., & Spikman, J. M. (2015). Dutch multifactor fatigue scale: a new scale to measure the different aspects of fatigue after acquired brain injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(6), 1056-1063.

Hoofdstuk 7 Cognitieve klachten in dagelijkse activiteiten

- Heeren T.J., Kat M.G., Stek M.L. (red). (2002). *Handboek ouderenpsychiatrie (tweede druk)*. De Tijdstroom. pp 184-8.
- Katz, N. & Togli, J. (2018). *Cognition, Occupation, and Participation Across the Lifespan Neuroscience, Neurorehabilitation, and Models of Intervention in Occupational Therapy*. American Occupational Therapy Association.
- NVAB (2021). *Herstel & Re-integratie in het kielzorg van COVID-19 - Post-Acute gevolgen van SARS CoV-2 infectie (PASC)*. Versie 10-1 mei.pdf Opgehaald van: www.nvab-online.nl
- Puccioni-Sohler M., Rodrigues Poton, A., Franklin, M., da Silva, S.J., Brindeiro, R., Tanuri, A., (2020). *Current evidence of neurological features, diagnosis, and neuropathogenesis associated with COVID-19*. *Rev Soc Bras Med Trop*. 53.
- Reif, F., & Allen, S. (1992). *Cognition for interpreting scientific concepts: A study of acceleration*. *Cognition and instruction*, 9(1), 1-44.
- Theoharides, T.C., Cholevas, C., Polyzoidis, K., & Politis, A. (2021). *Long-COVID syndrome-associated brain fog and chemofog: Luteolin to the rescue*. *Biofactors*, 47(2), 232-241.
- www.ergotherapiegouda.nl/gecertificeerde-asitt-therapeuten/

Hoofdstuk 8 Psychische klachten, slaapproblemen en gevolgen voor de uitvoer van dagelijkse activiteiten

- Berends, K., Claus, L., De Waele, E., Crunelle, C.L., Matthys F., & Vanderbruggen N. (2021). *Ervaringen van patiënten die COVID-ic-opname overleefden: enquête naar psychische gevolgen*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 63.
- Bonazza F., Borghi, L., Cao di San Marco, E., Piscopo, K., Bai, F., Monforte, A. & Vegni, E. (2020). *Psychological outcomes after hospitalization for COVID-19: data from a multidisciplinary follow-up screening program for recovered patients*. *Res Psychother*. 13;23(3):491.
- Kandeğer, A., Aydin, M., Altinbas, K., Cansiz, A., Tan, O., Tomar Bozkurt, H., Egilmez, U., Tekdemir, R., Sen, B., Aktug Demir, N., ... Kanat, F. (2020). *Evaluation of the relationship between perceived social support, coping strategies, anxiety, and depression symptoms among hospitalized COVID-19 patients*. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 56(4), 240-254.
- Peters, E.M.J., Schedlowski, M., Watzl, C., & Gimsa, U. (2021). *To stress or not to stress: brain-behavior-immune interaction may weaken or promote the immune response to SARS-CoV-2*. *Neurobiol Stress*. 14:100296.
- Vanderlind, W.M., Rabinovitz, B.B., Miao, I.Y., Oberlin, L.E., Bueno-Catellano, C., Fridman, C., Yaywant, A., Kanellopoulos, D. (2021). *A systematic review of neuropsychological and psychiatric sequelae of COVID-19: implications for treatment*. *Current Opinion in Psychiatry* 34(4):420-433.

Hoofdstuk 9 Werkhervatting

- Baars-Elsinga, A., Geusgens, C., Visser-Meily, A., & Van Heugten, C. (2014). *Behandelprogramma niet rennen maar plannen*. Utrecht: Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde.

- Centrum Werk Gezondheid. (n.d.). *Praktische handreikingen voor werkgevers, werknemers, zelfstandig werkenden en zorgprofessionals gericht op aan het werk kunnen blijven met langdurige coronaklachten*. Opgehaald van: <https://centrumwerkgezondheid.nl/>
- NVAB. (2021). *Leidraad Herstel & Re-integratie in het kielzog van COVID-19; Post-Acute gevolgen van SARS CoV-2 infectie (PASC)*. Opgehaald van: www.nvab-online.nl

Hoofdstuk 10 Groepsbehandeling voor Long COVID cliënten

- Cup E, Packer T. (2018, March, 23). Energie besparen bij chronische vermoeidheid; bepaal jouw strategie! [YouTube]. Opgehaald van <https://www.youtube.com/watch?v=FiklclHmoUs>
- Packer, T. L., Brink, N., & Sauriol, A. (1995). *Managing fatigue: A six-week course for energy conservation*. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders
- Veenhuizen, Y., Cup, E. H., Groothuis, J. T., Hendriks, J. C., Adang, E. M., van Engelen, B. G., & Geurts, A. C. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of a self-management group program to improve social participation in patients with neuromuscular disease and chronic fatigue: protocol of the Energetic study. *BMC neurology*, 15(1), 1-8.

Bijlage 1

- Le Granse, M., Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). *Grondslagen van de Ergotherapie (5e herziene druk)*. Amsterdam: Reed Business.
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2007). Canadian practice process framework (CPPF). *EA Townsend & HJ Polatajko. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*, 233.

Aanvullende informatie

Hoofdstuk 6

Waardekaarten <https://info.ergotherapie.nl/cursus/cursus-waardekaarten>

Waardenlijst ACT in Actie - ACT cursus & ACT opleiding

Hoofdstuk 8

- www.actionforhappiness.org Great Dreams: Ten keys to happier living
- 50 ways to take a break: <https://images.huffingtonpost.com/2012-06-27-50waystotakeabreaksmallweb55.jpg>
- NHS (2020) Your COVID Recovery: Managing Your Mood and Coping with Frustration: <https://www.yourcovidrecovery.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/07/YCR-02-Managing-Your-Mood-and-Coping-with-Frustration.pdf>
- NHS (2020) Your COVID Recovery: Managing Fear and Anxiety <https://www.yourcovidrecovery.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/07/YCR-02-Managing-Fear-and-Anxiety.pdf>
- WHO (2020) Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide, zie <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

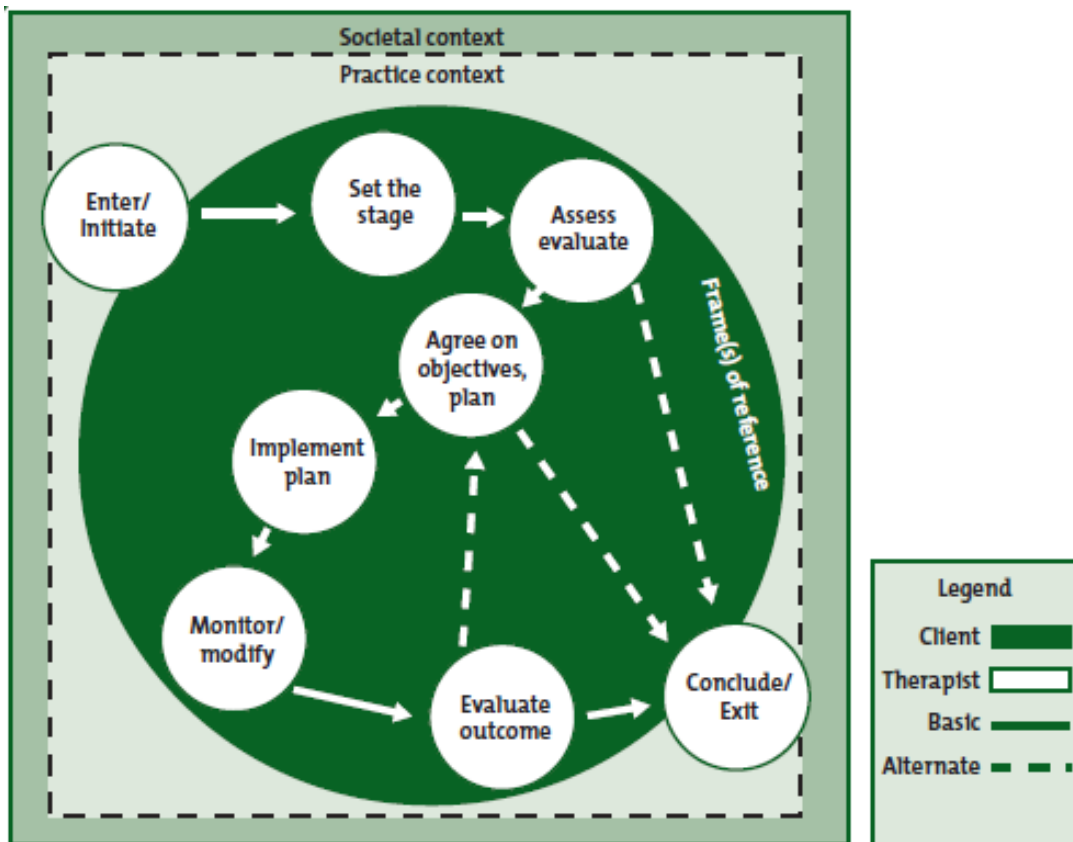
Hoofdstuk 9

- <https://centrumwerkgezondheid.nl/>
- <https://www.c-support.nu/>

Bijlage 1 Een methodisch behandelproces bij cliënten met Long COVID

Het Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Het Canadian Practice Process Framework (CPPF) is een praktijkprocesmodel. Het is een generiek instrument voor ergotherapeuten om hun werk met cliënten te sturen. Het ondersteunt de therapeut om evidence-based, cliëntgericht en activiteitengericht te werken. Het procesmodel geeft inzicht in de acht stappen van het ergotherapeutisch behandelproces (Polatajko, Craik, Davis, & Townsend, 2007). Het procesmodel kan beginnende ergotherapeuten en ergotherapeuten die weinig ervaring hebben met de behandeling van de doelgroep, handvatten te geven de behandeling in te vullen en te structureren. Voor de behandeling van Long COVID cliënten is door de COVID werkgroep van Ergotherapie Nederland, een eerste aanzet gegeven om de acht processtappen in te vullen als ondersteuning voor de behandelpraktijk.



Figuur 1 Canadian Practice Process Framework (Polatajko, Craik, Davis, & Townsend, 2007).

Gebruik van het stappenplan

Onderstaand stappenplan kan als leidraad gebruikt worden in het ergotherapeutisch behandelproces bij Long COVID vanaf het moment dat de cliënt een verwijzing heeft voor ergotherapie. Het geeft chronologisch de stappen weer in het ergotherapeutische behandelproces bij Long COVID. De inhoudelijke informatie die nodig is om de behandeling vorm te geven is opgenomen in de beide handreikingen: 'Ergotherapie bij COVID-19 cliënten in de (vroege) herstelfase' en 'Ergotherapie bij Long COVID cliënten'. Het stappenplan dient altijd samen met de beide handreikingen gebruikt te worden.

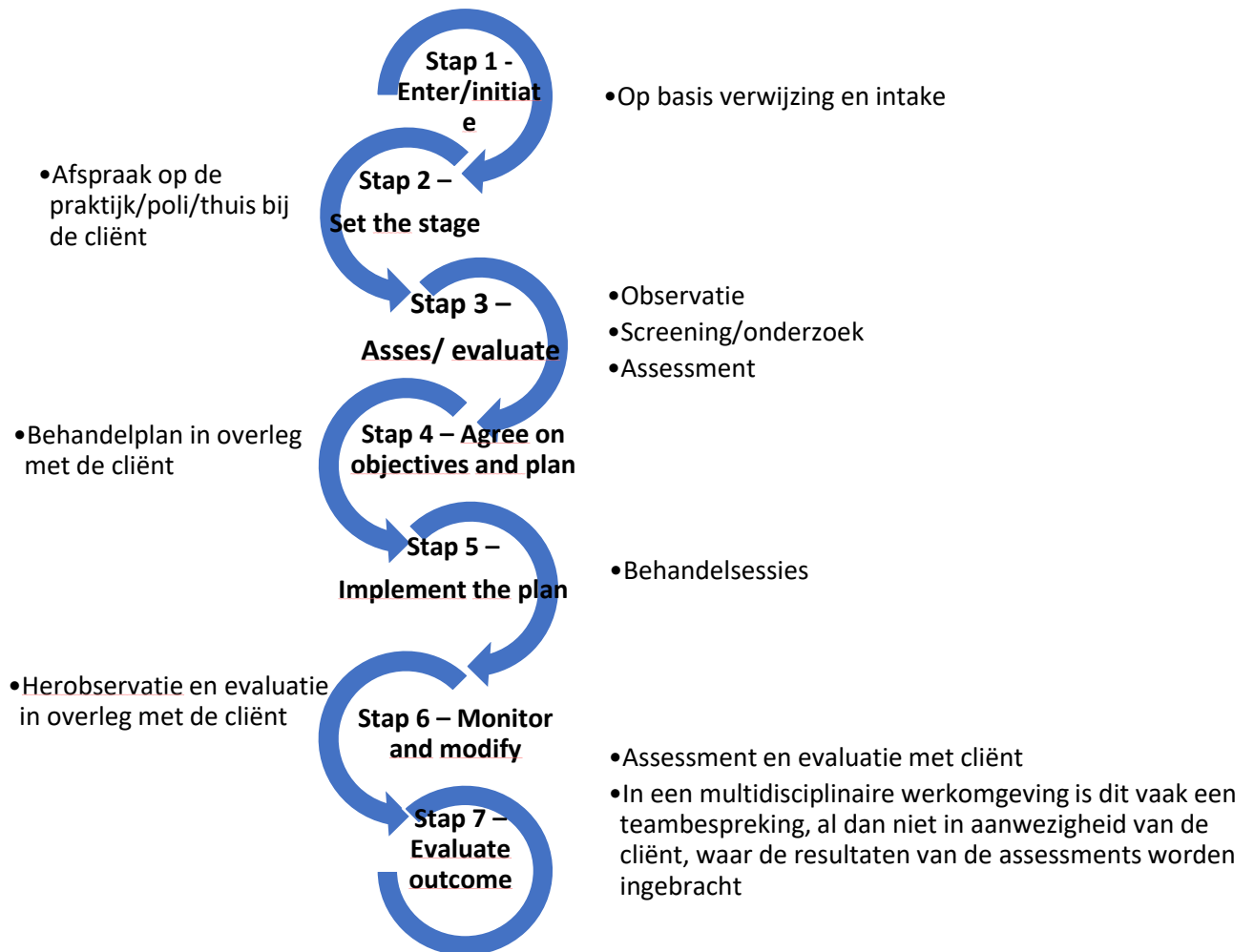
Stappen	CPPF	Omschrijving	Globale beschrijving van uitvoering
Stap 0	Wachlijst	Aanbieden zelfhulptips	Zelfhulptips* zijn bedoeld om de wachttijd te overbruggen (Ergotherapie Nederland, 2021)
Stap 1	Enter/ initiate	Beoordelen indicatie ergotherapie. Telefonisch contact cliënt. Raadplegen regels herstelzorg	Beoordeling op basis van verwijsgegevens, vraagstelling cliënt en regels paramedische herstelzorg COVID-19. eerste informatie geven over ergotherapiebehandeling Zo mogelijk vragenlijsten* toesturen: <ul style="list-style-type: none"> - PRO-ergo vragenlijst - Domein specifieke vragenlijst (bijvoorbeeld CoCo-P cliënt en naaste) Zo mogelijk laten invullen voor eerste behandeling. Indien nodig vraagt de ergotherapeut informatie van andere (para)medici.
Stap 2	Set the stage	De samenwerking aangaan met de cliënt	Intake Afspraak op de praktijk, afdeling of thuis bij de cliënt <ul style="list-style-type: none"> - Kennismaking cliënt - Vraagstelling verhelderen - De therapeut geeft aan wat zijn mogelijkheden zijn betreffende de vraag van de cliënt. - Geef zo nodig aanvullende informatie over mogelijkheden ergotherapie en de maximale aanspraak ergotherapie herstelzorg. - Er vindt uitwisseling plaats van gemeenschappelijke verwachtingen Meetinstrumenten: <ul style="list-style-type: none"> - COPM - Pro-ergo - Een domein specifiek meetinstrument Tijdschrijffijst laten invullen voor volgende afspraak (Evenhuis & Eyssen, 2012)

Stappen	CPPF	Omschrijving	Globale beschrijving van uitvoering
Stap 3	Assess/ evalueer	<p>Persoonlijke, omgevings- en handelingsgerichte problemen in kaart brengen: Analyseren en interpreteren van de handelingsvraag op basis van observaties en assessments, met als doel inhoudsmodel, theoretisch kader en behandelstrategieën te kunnen gaan bepalen.</p>	<p>Observatie Betekenisvolle activiteit(en) observeren, let hierbij op alle domeinen waarop de cliënt klachten aangeeft (denk aan ademhalingstechniek, fysieke kenmerken, tempo en doseren, gebruikte cognitieve strategieën, omgevingsfactoren) Gebruik</p> <ul style="list-style-type: none"> - PRPP of AMPS (zo mogelijk) - Vrije observatie van dagelijkse activiteiten (ook op de werkplek indien mogelijk/ relevant) <p>Onderzoek / Assessment Activiteitsniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tijdschrijflijsten, activiteitenweger, activiteitenmonitor. <p>Domein specifiek aanvullend onderzoek of assessment gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermoeidheid - Energiebalans in activiteiten - Overprikkeling - Cognitieve klachten - Psychische klachten - Werkhervatting - Belasting van naasten <p>Sterke kanten en hulpbronnen inventariseren</p> <ul style="list-style-type: none"> - uitvragen - PEO-fit (Fit-chart) <p>(Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2017)</p>

Stap 4	Agree on objectives and plan	Opstellen van behandeldoelen, behandelplan en behandelstrategie	<p>Behandeldoelen</p> <p>Op basis van de uitkomsten van de onderzoeken wordt samen met de cliënt behandeldoelen opgesteld. Betrek zo mogelijk of gewenst, diens naaste. Behandeldoelen zijn, zolang er nog weinig bekend is over het beloop van Long COVID, gericht op herstel, ook al kan dat grillig verlopen en lang duren.</p> <p>Doelen zijn gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het (h)erkennen en leren omgaan met de langdurige klachten, - Het opbouwen van het activiteitsniveau en - Het weer naar wens kunnen functioneren in het dagelijks activiteiten en rollen.
Stappen	CPPF	Omschrijving	Globale beschrijving van uitvoering
			<p>Beschrijf de doelen SMART</p> <p>Behandelplan</p> <p>Dit wordt samen met de cliënt opgesteld o.b.v. prioritering van doelen.</p> <p>De behandeling en het te behalen resultaat worden beïnvloed door de ernst van de klachten, de actuele belastbaarheid en de indruk van het adaptieve vermogen van de cliënt (zoals de algemene gezondheids- en voedingstoestand, leeftijd, copingstijl en co-morbiditeit).</p> <p>Keuzes wordt gemaakt in referentiekader, behandelstrategieën, context, benodigde middelen en therapeutische houding.</p> <p>Behandelstrategieën</p> <p>Bij het bepalen van de behandelstrategieën wordt rekening gehouden met de mate van ervaren beperkingen, vraagstelling cliënt, coping strategieën en veerkracht van de cliënt.</p> <p>Wegens het grillige en onvoorspelbare verloop van de klachten is educatie over Long COVID (verklaringsmodel) vaak situatie gebonden nodig.</p> <p>Mogelijke behandelstrategieën zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zelf veranderen (herstellen, ontwikkelen, coping, health promotion) - Veranderingen in het dagelijks functioneren aanbrengen (compenseren, aanpassen, vereenvoudigen) - Veranderingen in de omgeving (aanpassing fysieke omgeving, voorlichting en instructie naasten)

			<ul style="list-style-type: none"> - Verandering door (nieuwe) interactie tussen persoon, activiteit, context. - Veranderingen in handelingspatronen (in activiteiten en rollen) - Bijstellen verwachtingen door cliënt (zo nodig ondersteund door de ergotherapeut) (Townsend et al, 2013; Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2017) <p>Aandacht zal ook uitgaan naar strategieën gericht op eigen regie en zelfmanagement t.a.v.</p> <ul style="list-style-type: none"> - het volhouden van succesfactoren (dat wat heeft gewerkt) - factoren die het makkelijker maken van gedrag vol te houden (consolidatie) - aandachtspunten voor het omgaan met terugval (inclusief triggers voor terugval), - leren het in gang gezette plan van aanpak zelfstandig voort te zetten en op te bouwen.
Stappen	CPPF	Omschrijving	Globale beschrijving van uitvoering
Stap 5	Implement the plan	Het behandelplan uitvoeren	Voor het uitvoeren van het behandelplan dient in de eerste plaats hoofdstuk 3 geraadpleegd te worden. Daarin komen de kenmerken van het behandelverloop en opbouw mogelijkheden aan bod. Vervolgens wordt verwezen naar de domein specifieke hoofdstukken van de handreiking waar uitgewerkte interventiemogelijkheden worden aangereikt.
Stap 6	Monitor and modify	Evalueren en bijstellen van behandeldoelen en behandelplan	Tussentijds worden de resultaten geëvalueerd. Aanbevolen meetmomenten zijn na 3, 6 en 12 maanden waarbij zo mogelijk de (meet) instrumenten gebruikt worden zoals bij de start van de behandeling. Indien nodig wordt samen met de cliënt (onderdelen van) het behandelplan bijgesteld. -
Stap 7	Evaluate outcome	Evalueren van behandeluitkomsten	Gezamenlijke evaluatie, afnemen van de meetinstrumenten en vergelijken met de eerste meting. - PRO-Ergo - COPM - Domein specifiek meetinstrument

			De interventie wordt afgerond als de gestelde doelen zijn bereikt en de cliënt geen nieuwe hulpvragen heeft. Bij nieuwe hulpvragen wordt de behandeling voortgezet en opnieuw doelen en behandelplan vastgesteld. Indien de doelen niet bereikt zijn, bespreken de ergotherapeut en de cliënt een vervolg waarbij, met wederzijdse toestemming, afronden van de ergotherapie en verwijzing naar een andere professional tot de mogelijkheden behoort.
Stap 8	Conclude /exit	Het gezamenlijk beëindigen van de behandeling	<p>Afrondend gesprek</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandelindicaties bij terugval in functioneren. - Zo mogelijk follow-up afspraak na 3 - 6 maanden - (Evenhuis & Eyssen) - Eindrapportage naar verwijzer, cc cliënt. - Nazorg, in overleg met verwijzer zo nodig doorverwijzen



*Figuur 2 De stappen van het 'Canadian Practice Process Framework (CPPF).
Door de overleggroep ergotherapie bij COPD vertaald naar de Nederlandse ergotherapiepraktijk*

Bijlage 2 Voorbeeld ergotherapie groepsbehandeling voor Long COVID cliënten

Er wordt een individuele intake afgenomen, waarbij voorafgaand de USER-P en PRO-ergo is afgenomen en aan het eind van de intake de COPM afgenomen wordt.

Maximale groepsgrootte 3-4 personen

Sessie	Doel	Onderwerpen	Duur
1	Kennismaking en theorie energie-management	Uitwisselen klachten en ervaringen Verklaringsmodel Long COVID Theorie energiemangement (bijv. a.d.h.v. NRMP) Metafoor accu: invullen voor eigen situatie Huiswerkopdracht : tijdschrijf lijsten invullen	1 uur
2	Inzicht krijgen in belasting en belastbaarheid	Tijdschrijflijsten scoren Inzicht geven in activiteiten niveau (mentaal, fysiek, rust, ontspanning) Theorie belasting-belastbaarheid (supercompensatie) Energiemangement Huiswerkopdracht : weekplanning maken	1 uur
3	Balans vinden in het dagelijks leven	Evaluatie weekplanning ELVOSICO, PRET-methode Verklaringsmodel Long COVID Ontspanningstechnieken	1 uur
4	Opbouwen activiteiten	Evaluatie weekplanning Stoplichtmodel (grens herkenning) Opbouwen in activiteiten (uitbreiden-langer-complexer-omgeving) Theorie Cognitieve hiërarchie Prikkelverwerking	1 uur
5	Werkhervatting	Wet- en regelgeving (Wet verbetering Poortwachter	1 uur

		Opstellen werk-privébalans	
6	Evaluatie	Afronding en vervolg	1 uur
		Theorie over slapen en pacing	
		Terugvalpreventie	
		Evaluatie doelen en resultaten	
		Tips en tops voor elkaar	

In de laatste sessie worden opnieuw de meetinstrumenten afgenomen en indien nodig (individuele) vervolgafspraken gepland.