

KNGF-Standpunt

Fysiotherapie bij patiënten met COVID-19

**Aanbevelingen voor fysiotherapie bij patiënten na ontslag uit het ziekenhuis
of patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt in de thuissituatie**

Versie 1.0 / 17 april 2020

KNGF-standpunt Fysiotherapie bij patiënten met COVID-19

Aanbevelingen voor fysiotherapie bij patiënten na ontslag uit het ziekenhuis of patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt in de thuissituatie

Versie 1.0 / 17 april 2020

Versiebeheer	
versie 0.1	11 april 2020
Versie 1.0	17 april 2020

DISCLAIMER

Dit is een levend document om fysiotherapeuten praktische handvatten te kunnen bieden. Dit document wordt in de komende periode continu aangescherpt en bijgesteld op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten en klinische ervaringen.

Versie 1.0 is een duiding en uitwerking van de eerder gepubliceerde versie 0.1 (dd. 11 april). Versie 1.0 vervangt hiermee versie 0.1. Versie 1.0 is geldend vanaf 17 april. Versie 1.0 is tot stand gekomen in samenwerking met werkgroep bestaande uit hoogleraren, fysiotherapeuten en vertegenwoordigers vanuit de VHVL, NVFG, NVRF, NFP, Long Alliantie Nederland en Longfonds. Ook is versie 1.0 voorgelegd aan NHG/CAHAG, VRA, NVALT en V&VN.

Versie 2.0 volgt naar verwachting medio mei.

Voor de meest actuele versie verwijzen wij u naar [KNGF Kennisplatform](#)*.

* <https://www.kngf.nl/kennisplatform/overige-producten/coronavirus-informatiemateriaal-voor-de-fysiotherapeut>

Aanleiding

Dit Standpunt is ontwikkeld op initiatief van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), in samenwerking met de Vereniging voor Hart-, Vaat-, Longfysiotherapie (VHVL), Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Geriatrie (NVFG), Nederlandse Vereniging van Revalidatiefysiotherapeuten (NVRF), Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapie (NVZF), Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Psychosomatiek (NFP), Longfonds en Long Alliantie Nederland.

Het Standpunt geeft aanbevelingen betreffende fysiotherapeutisch handelen bij twee groepen patiënten: patiënten met COVID-19 die ontslagen zijn uit het ziekenhuis en zich in de thuissituatie bevinden, en patiënten die thuis COVID-19 hebben doorgemaakt.

Het Standpunt heeft als doel de fysiotherapeut praktische handvatten te geven voor het fysiotherapeutisch handelen bij deze doelgroep.

Het Standpunt is een levend document. Dit betekent dat het gedurende de komende periode continu aangescherpt en bijgesteld wordt, op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten en klinische ervaringen.

Op het [KNGF Kennisplatform](https://www.kngf.nl/kennisplatform)¹ wordt altijd de meest actuele versie van het Standpunt gepubliceerd.

Ontwikkeltraject

Het Standpunt is ontwikkeld door een werkgroep, bestaande uit hoogleraren, lectoren, fysiotherapeuten, Longfonds en Long Alliantie Nederland. Daarnaast is een externe klankbordgroep schriftelijk geconsulteerd, bestaande uit andere beroepsverenigingen, ter becommentariëring van het Standpunt en hun akkoord hierop. Al het commentaar is verwerkt in voorliggende versie van dit Standpunt.

De leden van de werkgroep en de externe klankbordgroep zijn hierna weergegeven.

Naam	Functie/specialisatie
Werkgroep	
Prof. dr. Martijn A. Spruit	Hoogleraar Revalidatie bij Chronisch Orgaanfalen, Universiteit Maastricht; wetenschappelijk directeur a.i., behandel- en expertisecentrum CIRO+, Horn
Femke Driehuis, MSc	Richtlijnexpert, KNGF
Prof. dr. Rob A. de Bie	Hoogleraar Physiotherapy Research, Universiteit Maastricht
Dr. Marike van der Schaaf	Lector Revalidatie in de Acute zorg, Hogeschool van Amsterdam, senior onderzoeker bij Amsterdam UMC (locatie AMC) en tevens vertegenwoordiging namens REACH
Prof. dr. Cindy Veenhof	Hoogleraar Fysiotherapiewetenschap, Universiteit Utrecht en lector Innovatie van Beweegzorg Hogeschool Utrecht
Prof. dr. Ton Lenssen	Hoogleraar fysiotherapie, Maastricht UMC+

¹ <https://www.kngf.nl/kennisplatform/overige-producten/coronavirus-informatiemateriaal-voor-de-fysiotherapeut>

Prof. dr. Philip J. van der Wees	Hoogleraar Paramedische Wetenschappen, Radboudumc
Susan Blom-de Heer, MSc	Fysiotherapeut bij Rijndam Revalidatie, namens NVRF
Ward Heij, MSc	Geriatricfysiotherapeut en onderzoeker bij Radboudumc, namens NVFG
Niek Koenders, MSc	Fysiotherapeut en onderzoeker bij Radboudumc, namens NVZF
Renée Koolen, MPt	Hart-Vaat-Longfysiotherapeut, Beleidsmedewerker Longfonds
Marie-José Schrasser	Beleidsadviseur Zorg Longfonds
Thirza Douglas	Psychosomatisch Fysiotherapeut, namens NFP
Dr. Maurice Sillen	Fysiotherapeut bij CIRO+, Horn, namens VHVL
Ellen Toet	Hart-Vaat-Longfysiotherapeut bij Lijf & Leven
Anne-Loes van der Valk, MSc	Geriatricfysiotherapeut en Hart-Vaat-Longfysiotherapeut bij FysioCompany van Mourik & van der Valk ('s-Hertogenbosch) en FysioCompany de Baronie (Hedel), namens Long Alliantie Nederland (LAN)
Cor Zagers, MSc	Hart-Vaat-Longfysiotherapeut bij Adphys, Fysiotherapiecentrum Lombok, Utrecht
Externe klankbordgroep	
Emma Smeets, Margriet Bouma	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Jiska Snoeck-Stroband	COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG)
Sami Simons	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
Rifka Hofman	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
Hinke Kruizenga	Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Gretha Gorter	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Inhoud

Samenvatting van de aanbevelingen 6

1. Introductie 7
 - Aanleiding 7
 - Doel KNGF-standpunt 7
 - Rol van de fysiotherapeut 7
 - Doelgroep 8
 - Algemene aandachtspunten besmettingsgevaar en veiligheid voor de fysiotherapeut en patiënt 8
2. Beperkingen in functioneren en indicatie voor fysiotherapie 9
3. Aanbevelingen fysiotherapeutisch handelen 9
- 3.1 De eerste zes weken na ontslag uit het ziekenhuis / symptoomvrij na thuis doorgemaakte COVID-19 10
 - Eerste contact en indicatie voor fysiotherapie 11
 - Advisering en coaching 12
 - Klinimetrie 12
 - Gedoseerd belasten 13
- 3.2 Zes weken na ontslag uit het ziekenhuis / symptoomvrij na thuis doorgemaakte COVID-19 14
 - Evaluatie en (vervolg)indicatie 14
 - Klinimetrie 15
 - Opbouwen van belasting 15
 - Organisatie van zorg 16
4. De fysiotherapeut 17
 - Document in ontwikkeling 17

Referenties 18

Bijlagen

- Kernset klinimetrie eerste zes weken 19*
- Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) 19
- Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid 19
- Toevoeging aan Kernset klinimetrie na zes weken 20*
- Short Physical Performance Battery (SPPB) 20
- Handknijpkracht 20
- 6-minuten wandeltest (6MWT) 20

Samenvatting van de aanbevelingen

Kernboodschappen

- Er is nog veel onduidelijkheid over de besmettelijkheid na COVID-19 en hiermee de veiligheid voor fysiotherapeut en patiënt.
- Fysiotherapeutische zorg dient in de eerste zes weken na ziekenhuisopslag of na thuis doorgemaakte COVID-19 zoveel mogelijk op afstand geleverd te worden. Wanneer dit echt niet mogelijk is, dient de fysiotherapeut in overleg te treden met de verwijzend (huis)arts.
- Patiënten met een hulpvraag gerelateerd aan beperking in fysiek functioneren hebben een indicatie voor fysiotherapie.

Eerste zes weken na ziekenhuisopslag of thuis doorgemaakte COVID-19

- Neem in de eerste twee weken telefonisch contact op met de patiënt om na te gaan of er beperkingen worden ervaren in het dagelijks bewegend functioneren en of er een indicatie is voor fysiotherapie.
- Adviseer en coach de patiënt bij het geleidelijk hervatten van activiteiten in het dagelijks leven en het bewegend functioneren. Draag hierbij zorg voor de monitoring van het dagelijks functioneren.
- Maak zoveel mogelijk gebruik van e-health voor het geven van instructies, coaching en begeleiding tijdens het uitvoeren van oefeningen.
- Patiënten die opgenomen zijn geweest op de IC, en symptomen vertonen van PICS, zijn extra laag belastbaar. Activiteiten in het dagelijks leven en aanvullende oefentherapie dient op lage tot matige intensiteit uitgevoerd te worden, met korte duur van de inspanning.
- Gebruik klinimetrie bestaande uit de PSK, zuurstofsaturatie- en hartfrequentiemeting en de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid.
- Laat patiënten enkel fysieke oefeningen uitvoeren in de thuissituatie waarbij patiënten gedoseerd belasten. Focus hierbij op het bewegend functioneren in het dagelijks leven. Een score van 4 op de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid is hierbij het maximum.

Na zes weken

- Bepaal op basis van de hulpvraag van de patiënt en het feitelijk fysieke functioneren eventuele verdere behandeldoelen
- Stel eventuele doelen voor verdere opbouw van fysieke activiteit en/of fysieke capaciteit van de patiënt op basis van de inspanningstest en/of meting van de fysieke activiteit.
- Gebruik klinimetrie bestaande uit de PSK, de 'Short Physical Performance Battery' (SPPB), een hand-held dynamometer, een 6-Minuten wandeltest (6MWT) en een stappenteller/accelerometer om het bewegend functioneren te inventariseren en evalueren. Monitor in rust, bij fysieke inspanning en direct na afloop de zuurstofsaturatie en hartfrequentie, en gebruik de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid.
- Zorg voor rustige, gegradieerde opbouw van trainingsintensiteit en frequentie op basis van de hulpvraag en behandeldoelen, en mogelijkheden van de patiënt.
- Tijdens inspanning geldt een score van 4 tot 6 op de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid en/of een intensiteit van 60-80% van de maximale fietsbelasting, gemiddelde score op de 6MWT en/of het 1 RM.

1. INTRODUCTIE

Aanleiding

Op dit moment zijn er nog veel vragen onbeantwoord met betrekking tot COVID-19. Dit betreft zowel de besmettelijkheid en de kans op herbesmetting als de impact van het doormaken van COVID-19 op het fysiek functioneren, de mate van fysieke trainbaarheid en de optimale (fysiotherapeutische) zorg. Om fysiotherapeuten te ondersteunen in het nemen van beslissingen hebben we in dit Standpunt aanbevelingen opgesteld over fysiotherapeutische diagnostiek, behandeling en evaluatie. De aanbevelingen in dit Standpunt worden aangepast op geleide van relevante informatie die beschikbaar komt uit het werkveld en/of wetenschappelijke publicaties.

Patiënten die opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis, al dan niet in combinatie met opname op de intensive care (IC), worden momenteel in sommige gevallen eerder ontslagen uit het ziekenhuis dan onder normale omstandigheden in een ziekenhuis zou gebeuren. Patiënten die onafhankelijk zijn in basale functionele dagelijkse activiteiten, te weten onafhankelijk rechtop kunnen zitten, transfers kunnen maken en kunnen staan en lopen, zullen ontslagen worden. Behalve met de beperkte opnamecapaciteit van het ziekenhuis, kan vroeg ontslag naar huis ook te maken hebben met de wens van patiënten om zo snel mogelijk weer naar huis te gaan. Een belangrijke factor bij ontslag is de mate van hulp die deze patiënten thuis kunnen krijgen, zoals van naasten/mantelzorgers. Fysiotherapeuten kunnen patiënten in hun herstel begeleiden in de thuissituatie, zorghotels, verpleeghuizen, post-klinische ziekenhuisafdelingen of revalidatie-instellingen. Voor aanbevelingen ten aanzien van fysiotherapeutisch handelen in de ziekenhuisfase wordt verwezen naar het [KNGF Kennisplatform](https://www.kngf.nl/kennisplatform)².

Doel KNGF-standpunt

Patiënten met COVID-19 kunnen worden opgenomen in het ziekenhuis of maken COVID-19 thuis door. Voorliggend Standpunt bevat aanbevelingen betreffende fysiotherapie bij patiënten met COVID-19 na ontslag uit het ziekenhuis of patiënten die COVID-19 thuis hebben doorgemaakt. Hiermee richt het Standpunt zich op fysiotherapie voor revalidatie van patiënten in de thuissituatie of in een zorghotel.

Voorliggende versie van dit Standpunt richt zich met name op fysiotherapie voor bedoelde patiëntengroep in de thuissituatie of in een zorghotel. De wens is echter om ook het Standpunt in de toekomst uit te breiden naar fysiotherapie in een revalidatiecentrum of verpleeghuis.

Rol van de fysiotherapeut

De fysiotherapeut kan een belangrijke rol spelen in het herstel van patiënten met COVID-19 die blijvende beperkingen ondervinden in het bewegend functioneren. Dit betreft specifiek patiënten die een verlaagde fysieke capaciteit en/of verlaagde fysieke activiteit ervaren. Patiënten die ernstig ziek zijn geweest, kunnen laag belastbaar zijn. Zij

² <https://www.kngf.nl/kennisplatform/overige-producten/coronavirus-informatiemateriaal-voor-de-fysiotherapeut>

hebben tijd nodig om te herstellen van de ziekte en de aan COVID-19 gerelateerde beperkingen die zij (kunnen) ondervinden. Het is belangrijk om patiënten in de eerste zes weken na ontslag uit het ziekenhuis of na de symptoomvrije periode bij thuis doorgemaakte COVID-19 dan ook gedoseerd te belasten.

Tevens is de schade die COVID-19 op de korte en langere termijn veroorzaakt aan organen en het verdere beloop van herstel bij deze patiënten nog onduidelijk. Het thans gesignaleerde risico op (irreversibele) schade aan organen, zoals long-/hartschade, restrictief longbeeld, myocarditis, cardiomyopathie en/of polyneuropathie, is nog onduidelijk. Monitoring op zowel korte als de langere termijn is dan ook van belang. Regionaal en nationaal lopen er vele initiatieven voor het organiseren van postcorona poliklinieken, wat de komende tijd meer vorm zal krijgen.

Doelgroep

De aanbevelingen in dit Standpunt hebben betrekking op zowel patiënten die zijn ontslagen uit het ziekenhuis (met of zonder opname op de intensive care (IC)) als patiënten die COVID-19 thuis hebben doorgemaakt. Patiënten die (langdurig) op de IC opgenomen zijn geweest vormen hoogst waarschijnlijk een extra kwetsbare groep met een zeer lage fysieke belastbaarheid, eventueel in combinatie met mentale en/of cognitieve problemen. Overigens is de verwachting dat een sterk verlaagd fysiek functioneren ook kan voorkomen bij patiënten die wel in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest vanwege COVID-19 zonder dat zij op de IC hebben gelegen en bij patiënten die thuis COVID-19 hebben doorgemaakt.

Algemene aandachtspunten besmettingsgevaar en veiligheid voor de fysiotherapeut en patiënt

Momenteel is er nog veel onzekerheid en onduidelijkheid over hoe lang patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt, besmettelijk kunnen zijn voor anderen. Er zijn aanwijzingen dat besmettelijkheid na het moment van klachtenvrij zijn nog kan aanhouden. Er bestaat tevens onduidelijkheid over wanneer patiënten na doorgemaakte COVID-19 als geheel klachtenvrij kunnen worden beschouwd. Niet alleen de patiënt, maar ook de fysiotherapeut kan besmettelijk zijn, zelfs wanneer de fysiotherapeut geen klachten ervaart.

Gezien de huidige onzekerheid betreffende besmettelijkheid en het belang dat het KNGF hecht aan de veiligheid van zowel fysiotherapeut en patiënt als hun omgeving, wordt aanbevolen om fysiotherapeutische zorg zoveel mogelijk op afstand te leveren in de eerste zes weken. Dit sluit aan bij het huidige [KNGF Stappenplan](https://www.kngf.nl/praktijkvoering/de+praktijk/coronavirus-aanbevelingen-kngf.html)³ (triage) die geldend is voor de gehele fysiotherapie. Patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt, vallen hier ook onder.

Wanneer zorg echt niet op afstand geleverd kan worden, en niet kan worden voldaan aan de aanbevolen 1,5 meter afstand, dient de fysiotherapeut in overleg te treden met de verwijzend (huis)arts. Afstemming is hier van belang om het leveren van veilige zorg, voor zowel fysiotherapeut, patiënt als de omgeving te kunnen garanderen.

³ <https://www.kngf.nl/praktijkvoering/de+praktijk/coronavirus-aanbevelingen-kngf.html>

Besmettingsgevaar en veiligheid voor de fysiotherapeut en patiënt

- Fysiotherapeutische zorg dient in de eerste zes weken na ziekenhuisontslag of na thuis doorgemaakte COVID-19 op afstand geleverd te worden. Wanneer dit echt niet mogelijk is, dient de fysiotherapeut in overleg te treden met de verwijzend (huis)arts om het besmettingsgevaar te bespreken en in gezamenlijk overleg verder beleid te bepalen.

2. BEPERKINGEN IN FUNCTIONEREN EN INDICATIE VOOR FYSIOTHERAPIE

Bij patiënten die ernstig ziek zijn geweest en/of (langdurig) opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis, bestaat de kans op (ernstige) beperkingen in het fysiek, emotioneel, cognitief en/of sociaal functioneren.

Fysiotherapie kan bij de revalidatie van deze patiënten een belangrijke rol spelen en richt zich primair op beperkingen in het fysiek functioneren. Het is belangrijk dat de fysiotherapeut zich bewust is van andere beperkingen die de patiënt kan ervaren en deze signaleert. Niet alle patiënten met COVID-19 zullen een indicatie hebben voor fysiotherapie. Alleen patiënten met een hulpvraag gerelateerd aan beperkingen in fysieke capaciteit en/of fysieke activiteit komen in aanmerking voor fysiotherapie.

Patiënten met ernstige meervoudige problematiek (fysiek, mentaal, cognitief en/of sociaal) zijn potentiële kandidaten voor interdisciplinaire revalidatie. Bij deze patiënten wordt fysiotherapie alleen niet voldoende geacht om te kunnen spreken van optimale behandeling.

Ook bij patiënten met een in complexiteit toenemende zorgvraag is intra- en/of interdisciplinaire samenwerking van belang.

Beperkingen in functioneren en indicatie voor fysiotherapie

- Patiënten met een hulpvraag gerelateerd aan beperking in fysiek functioneren hebben een indicatie voor fysiotherapie.
- Bij een zorgvraag die toeneemt in complexiteit is intra- en interdisciplinaire samenwerking belangrijk.

3. AANBEVELINGEN FYSIOTHERAPEUTISCH HANDELEN

Er is nog veel onduidelijkheid en onzekerheid over de fysieke belastbaarheid, het beloop van het herstel en fysieke beperkingen van patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt. Patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen, kunnen bij ontslag nog geen inspanningstest en/of functietests ondergaan, die een indicatie geven van de long- en/of hartfunctie. Dit leidt tot onzekerheid over de belastbaarheid van deze patiënten.

Patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis, krijgen naar verwachting na ongeveer zes weken een controlemoment vanuit het ziekenhuis, waarbij wél lichamelijke functies (waaronder long- en/of hartfunctie) kunnen worden getest. Deze tests dienen mede uitgevoerd te zijn om het fysiek functioneren adequaat in beeld te brengen. Daarnaast

dienen de belangrijkste aangrijpingspunten voor de fysiotherapie, de fysieke capaciteit en de fysieke activiteit, te worden bepaald. Pas op grond van de resultaten van deze tests kan de fysiotherapeut inschatten of, en in hoeverre, de belasting bij fysieke activiteit van patiënten (intensiteit, duur en/of frequentie) kan worden opgebouwd.

Bij het fysiotherapeutisch handelen staan de hulpvraag van de patiënt en de ervaren beperkingen in het fysiek functioneren altijd centraal.

In de aanbevelingen voor het fysiotherapeutisch handelen wordt onderscheid gemaakt tussen de periode van de eerste zes weken na ziekenhuisontslag of het eerste symptoom-vrije moment na thuis doorgemaakte COVID-19, en de periode na deze zes weken.

Fysiotherapeutisch handelen

- Bij het fysiotherapeutisch handelen staan de hulpvraag van de patiënt en de ervaren beperkingen in het fysiek functioneren altijd centraal.
- Er is nog veel onduidelijkheid en onzekerheid over de fysieke belastbaarheid, het beloop van het herstel en fysieke beperkingen van patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt. Hierdoor is voorzichtigheid geboden.

3.1 De eerste zes weken na ontslag uit het ziekenhuis / symptoomvrij na thuis doorgemaakte COVID-19

Patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis krijgen veelal adviezen mee betreffende het gedoseerd hervatten van de dagelijkse activiteiten, aangevuld met oefeningen. Wanneer er bij ontslag een indicatie voor fysiotherapie is, is de verwachting dat patiënten een overdracht uit het ziekenhuis meekrijgen. In sommige gevallen gebeurt het ook dat patiënten na één of twee weken gebeld worden door (de fysiotherapeut van) het ziekenhuis, met als doel te inventariseren hoe het met deze patiënten gaat in hun dagelijks functioneren. Wanneer uit deze inventarisatie blijkt dat de patiënt alsnog een indicatie voor fysiotherapie heeft, is de verwachting dat vanuit het ziekenhuis een overdracht volgt naar fysiotherapeuten die de patiënt in de thuissituatie kunnen begeleiden. De aanpak en de organisatie van de inventarisatie vanuit het ziekenhuis kan echter verschillen per ziekenhuis.

Bij patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt in de thuissituatie zal de huisarts veelal contact opnemen met de patiënt. Dit kan ook gelden voor patiënten die vanuit het ziekenhuis zijn overgedragen aan de huisarts. De huisarts kan vervolgens de fysiotherapeut informeren en inschakelen.

Patiënten, of diens naaste/mantelzorger kunnen ook zelf contact opnemen met de fysiotherapeut (DTF). De verwachting is dat deze groep klein is, gezien regionale initiatieven, waarbij aan de (huis)arts een coördinerende rol is toegekend. In geval van DTF wordt dringend aangeraden contact te leggen met de betreffende huisarts.

Eerste contact en indicatie voor fysiotherapie

Wanneer de huisarts of de patiënt zelf de fysiotherapeut inschakelt, is het belangrijk dat de fysiotherapeut in de eerste één à twee weken na ontslag of symptoomvrije moment bij thuis doorgemaakte COVID-19, contact opneemt met de patiënt, om kennis te maken, te horen hoe het met de patiënt gaat en welke eventuele beperkingen de patiënt ervaart. Hierbij kan de fysiotherapeut reeds geïmplementeerde communicatiemiddelen gebruiken, zoals telefonisch contact of videobellen.

De fysiotherapeut dient bij de patiënt navraag te doen over bestaande comorbiditeit(en) voorafgaand aan het doormaken van COVID-19 en mogelijke multipale orgaanschade, zoals long-/hartschade, gedurende de COVID-19-infectie. Wanneer de patiënt verwezen wordt vanuit het ziekenhuis, zal deze informatie naar verwachting beschreven staan in een overdracht vanuit het ziekenhuis.

Op basis van de ingewonnen informatie kan de fysiotherapeut een inschatting maken van de beperkingen in het bewegend functioneren van de patiënt, met gebruikmaking van het ICF-model. Op grond hiervan, en op grond van de hulpvraag van de patiënt bepaalt de fysiotherapeut of er een indicatie bestaat voor fysiotherapie. Afstemming met en/of terugkoppeling aan de (huis)arts wordt dringend aanbevolen.

Een specifieke doelgroep wordt gevormd door patiënten met het zogenoemde Post Intensive Care Syndroom (PICS). Bij deze patiënten kan er sprake zijn van ernstige fysieke deconditionering en ondervoeding, met fysieke, mentale en/of cognitieve functiestoornissen. De belastbaarheid van deze patiënten is extreem laag en de kans op overbelasting groot. Voor meer informatie over PICS, wordt verwezen naar de informatie van het [REACH project](#)⁴. Wanneer patiënten extreem laag belastbaar zijn en/of (ernstige) beperkingen in het fysiek, emotioneel, cognitief en/of sociaal functioneren ervaren, is het zeer wenselijk om deze patiënten (via de (huis)arts) door te verwijzen naar een revalidatiecentrum. Deze revalidatie kan plaatsvinden bij de [Kenniscentra Complex Chronische Longaandoeningen](#)⁵, bij de [medisch specialistische revalidatiecentra](#)⁶ of bij [geriatrische revalidatiecentra](#)⁷.

Fysiotherapeutisch handelen

- Neem in de eerste twee weken na ziekenhuisontslag of nadat de patiënt met thuis doorgemaakte COVID-19 symptoomvrij is telefonisch contact op met de patiënt om na te gaan of er beperkingen worden ervaren in het dagelijks bewegend functioneren en of er een indicatie is voor fysiotherapie.
- Wees alert op aanwezige of nieuw opgetreden comorbiditeit(en).

⁴ <https://www.npi.nl/home-reach>

⁵ <https://kenniscentraccl.nl/>

⁶ <https://www.revalidatie.nl/>

⁷ <https://www.verenso.nl/>

Advisering en coaching

Indien er beperkingen zijn in het fysiek functioneren van de patiënt, adviseert en coacht de fysiotherapeut de patiënt bij het geleidelijk oppakken van activiteiten in het dagelijks leven en het bewegend functioneren, en kan daarbij instructies geven voor specifieke oefeningen die het herstel in het dagelijks functioneren ondersteunen. Het uitvoeren van de oefeningen dient zoveel mogelijk onder begeleiding gedaan worden middels e-health. Het hervatten van dagelijkse activiteiten in de thuisomgeving van patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt en tevens PICS hebben, dient gedoseerd plaats te vinden. De activiteiten in het dagelijks leven en aanvullende oefentherapie dient initieel plaats te vinden op laag tot matige intensiteit en van beperkte duur te zijn. Beide dienen gedoseerd opgebouwd te worden.

Advisering en coaching

- Adviseer en coach de patiënt bij het geleidelijk hervatten van activiteiten in het dagelijks leven en het bewegend functioneren, zoals oefeningen. Draag hierbij zorg voor de monitoring van het dagelijks functioneren.
- Maak zoveel mogelijk gebruik van e-health voor het geven van instructies, coaching en begeleiding tijdens het uitvoeren van oefeningen.
- Patiënten die opgenomen zijn geweest op de IC, en symptomen vertonen van PICS, zijn extra laag belastbaar. Activiteiten in het dagelijks leven en aanvullende oefentherapie dient op lage tot matige intensiteit uitgevoerd te worden (zie gedoseerd belasten), met korte duur van de inspanning.

Klinimetrie

Het is belangrijk om de factoren die invloed kunnen hebben op het herstel en dus de behandeling en prognose, in kaart te brengen op basis van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Meetinstrumenten kunnen worden ingezet om het functioneren van patiënten te inventariseren en evalueren en behandeling op grond van de uitkomsten te optimaliseren.

De voorlopige kernset klinimetrie in de eerste zes weken bestaat uit:

- Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK), voor het vaststellen van de beperkingen de patiënt ervaart in het dagelijks functioneren.
- Zuurstofsaturatie- en hartfrequentiemeting in rust, tijdens de gedoseerde fysieke oefeningen en na inspanning. Wanneer de fysiotherapeut de beschikking heeft over een saturatiemeter, kan – indien zorg op afstand noodzakelijk is – deze saturatiemeter bij de patiënt worden afgeleverd voor gebruik in de thuissituatie. De hartfrequentie kan worden gemeten door de patiënt te instrueren hoe deze zelf te meten en/of als fysiotherapeut op afstand mee te tellen, met de door de patiënt aangegeven hartfrequentie ('hardop tellen van slagen'). De fysiotherapeut dient zich bewust te zijn dat de metingen beïnvloed kunnen worden door andere factoren, zoals medicatie.

- Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid, ter indicatie van de door de patiënt ervaren kortademigheid en vermoeidheid. Hierbij geldt een maximale score van 4 op de Borgschaal 0 tot 10.

Het inventariseren van kwaliteit van leven, ervaren vermoeidheid en kortademigheid is belangrijk. Momenteel is er nog onduidelijkheid over welke meetinstrumenten hiervoor het meest geschikt zijn.

In de volgende versie van dit Standpunt, zal klinimetrie worden uitgebreid met meetinstrumenten die zich focussen op kwaliteit van leven, ervaren vermoeidheid en/of kortademigheid. De specifieke keuze voor deze meetinstrumenten is afhankelijk van de afstemming met andere zorgdisciplines. Er dient voorkomen te worden dat verschillende meetinstrumenten zullen worden toegepast, verschillende disciplines onafhankelijk van elkaar meetinstrumenten gebruiken, en de patiënt een veelheid aan vragenlijsten zou moeten invullen.

Zie de bijlage voor een overzicht van deze klinimetrie.

Voorlopige kernset klinimetrie ‘eerste zes weken’

- Gebruik de Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) om ervaren beperkingen in dagelijkse activiteiten te inventariseren.
- Monitor bij fysieke inspanning de zuurstofsaturatie en hartfrequentie, en gebruik de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid.

Gedoseerd belasten

In de eerste zes weken dienen patiënten gedoseerd belast te worden, met een maximale score van 4 op de Borgschaal 0 tot 10. Dit heeft te maken met:

- Het virus kan een serieuze weerslag hebben op de longfunctie (onder meer zuurstof-desaturatie bij inspanning wegens virusgeïnduceerde en/of pre-existente longziekte).
- Het virus kan een serieuze weerslag hebben op de cardiale functie (onder meer virusgeïnduceerde myocarditis, aritmie en/of pre-existente cardiale ziekte).
- In de postacute fase wordt er geen maximale inspanningstest gedaan, onder andere op grond van de organisatorische beperkingen vanwege de coronacrisis in ziekenhuizen. Een goede inschatting van een adequate trainingsintensiteit is hierdoor niet mogelijk, noch is inschatting mogelijk van het eventuele risico van fysiek trainen met een matige/hoge intensiteit.

De specifieke invulling van de gedoseerde belasting is afhankelijk van het niveau van de patiënt voordat deze COVID-19 doormaakte, de hulpvraag en de mogelijkheden van de patiënt. In de eerste zes weken ligt het accent op het bewegend functioneren in het dagelijks leven. In verband met de gedoseerde belasting, wordt een maximale score van 4 op de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid aanbevolen.

Tijdens het oefenen is het van belang dat de transcute zuurstofsaturatie gemonitord wordt om eventuele desaturatie van de patiënt in kaart te brengen. Transcutane zuurstofsaturatiemeting in rust, tijdens inspanning en direct na inspanning is daarbij van

belang. Hierbij dient een ondergrens van 90% in rust en 85% tijdens fysieke inspanning gehanteerd te worden. Waar mogelijk gebruikt de patiënt een saturatiemeter in de thuissituatie.

Gedoseerd belasten

- Gebruik de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid om de belastbaarheid van de patiënt tijdens het uitvoeren van fysieke activiteiten te monitoren.
- Laat patiënten enkel fysieke oefeningen uitvoeren in de thuissituatie waarbij patiënten gedoseerd belasten. Focus hierbij op het bewegend functioneren in het dagelijks leven. Een score van 4 op de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid is hierbij het maximum.
- Maak waar mogelijk gebruik van een transcutane zuurstofsaturatiemeter om eventuele desaturatie van de patiënt in kaart te brengen.

3.2 Zes weken na ontslag uit het ziekenhuis / symptoomvrij na thuis doorgemaakte COVID-19

Evaluatie en (vervolg)indicatie

Ziekenhuizen richten in sommige gevallen de zorg na ontslag dusdanig in dat er circa zes weken na ontslag een follow-up gedaan zal worden door de medisch specialist, bijvoorbeeld de longarts, internist, cardioloog, onder meer voor een aanvullend onderzoek van de longfunctie, cardiale functie en het fysiek functioneren. Daarnaast kan naar verwachting op dat moment de inspanningscapaciteit en fysieke activiteit worden bepaald, om het fysiek functioneren adequaat in beeld te brengen. Pas hierna kan de fysiotherapeut een goede inschatting maken van de belastbaarheid van de patiënt. Op basis van de hulpvraag van de patiënt en het feitelijk fysieke functioneren kunnen eventuele verdere behandeldoelen bepaald worden. De behandeldoelen kunnen gericht zijn op het verder opbouwen van fysieke activiteit en/of fysieke capaciteit, zoals het opbouwen van spierkracht en vergroten van de inspanningscapaciteit. Ter ondersteuning van de evaluatie en het stellen van de verdere behandeldoelen kan klinimetrie worden ingezet.

Evaluatie en (vervolg)indicatie na zes weken

- Bepaal op basis van de hulpvraag van de patiënt en het feitelijk fysieke functioneren kunnen eventuele verdere behandeldoelen.
- Stel eventuele doelen voor verdere opbouw van fysieke activiteit en/of fysieke capaciteit van de patiënt op basis van de inspanningstest en/of meting van de fysieke activiteit.

Klinimetrie

Na zes weken kan de fysiotherapeut meer klinimetrie toepassen om de fysieke belastbaarheid van de patiënt te inventariseren en evalueren.

De voorlopige kernset klinimetrie na zes weken bestaat uit:

- Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK), voor het vaststellen van de beperkingen die patiënt ervaart in het dagelijks functioneren.
- 'Short Physical Performance Battery' (SPPB), namelijk: de balanstest, loopsnelheid over 4 meter, 5x herhaald opstaan uit een stoel test.
NB Draag zorg voor de veiligheid van de patiënt wanneer deze (ernstig) verzwakt is. De veiligheid van de patiënt dient voorop te staan.
- Handknijpkracht, indien mogelijk en beschikbaar met behulp van een hand-held dynamometer.
- Zuurstofsaturatie- en hartfrequentiemeting in rust, tijdens fysieke activiteit en na inspanning.
- Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid, ter indicatie van de door de patiënt ervaren kortademigheid en vermoeidheid.
- Gebruik van een stappenteller/accelerometer ter indicatie van de fysieke activiteit.
- 6-minuten wandeltest (6MWT), ter indicatie van de inspanningscapaciteit.

Zie de bijlage voor een overzicht van deze klinimetrie.

Voorlopige kernset klinimetrie 'na zes weken'

- Gebruik de Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) om ervaren beperkingen in dagelijkse activiteiten te evalueren.
- Gebruik de 'Short Physical Performance Battery' (SPPB), eventueel een hand-held dynamometer, de 6MWT en een stappenteller/accelerometer om het bewegend functioneren te inventariseren en evalueren.
- Monitor bij fysieke inspanning de zuurstofsaturatie en hartfrequentie, en gebruik de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid.
-

Opbouwen van belasting

Vooralsnog lijkt het redelijk om gekende trainingsprincipes, zoals die ook worden ingezet bij chronische longpatiënten⁸, toe te passen op geleide van de symptoomlast (kortademigheid en vermoeidheid). Het doel hiervan is het verder opbouwen van fysieke activiteit en/of fysieke capaciteit, zoals het opbouwen van spierkracht en vergroten van de inspanningscapaciteit.

Wanneer een inspanningstest aantoont dat inspanning op een hoge intensiteit veilig is, kan er worden getraind op basis van een Borgscore 4 tot 6 (schaal 0 tot 10) en/of een intensiteit van 60-80% van de maximale fietsbelasting, gemiddelde score op de 6MWT en/of het 1RM. Houd hierbij rekening met het feit dat er mogelijk (felle) inspanningsgeïnduceerde zuurstofdesaturatie kan plaatsvinden en dat patiënten eventueel pre-existente en/of nieuwverworven comorbiditeiten hebben die van invloed kunnen zijn op

⁸ <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/copd>

het fysiek functioneren en/of de mate van trainbaarheid. Het monitoren van de zuurstofsaturatie en hartfrequentie is daarbij van belang. Voor zuurstofsaturatie geldt een ondergrens van 90% in rust en 85% tijdens fysieke inspanning. Indien er geen desaturatie plaatsvindt, is het intensief monitoren van de transcutane zuurstofsaturatie niet geïndiceerd.

Opbouwen van de belasting

- Wanneer lichamelijke functies, zoals long-/functie, in kaart gebracht zijn en er geen verdere beperkingen of risico's zijn, kan de belasting opgebouwd worden.
- Zorg voor rustige, gegradueerde opbouw van trainingsintensiteit en frequentie op basis van de hulpvraag en behandeldoelen, en mogelijkheden van de patiënt.
- Tijdens inspanning geldt een score van 4 tot 6 op de Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid en/of een intensiteit van 60-80% van de maximale fietsbelasting, gemiddelde score op de 6-MWT en/of het 1 RM.

Organisatie van zorg

Bij de behandeling van patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt, werkt de fysiotherapeut samen met collega's binnen de eigen discipline en met andere disciplines. Intradisciplinair kan een samenwerking tussen hart-vaat-longfysiotherapeuten, geriatriefysiotherapeuten en/of psychosomatisch fysiotherapeuten worden opgezet, afhankelijk van de onderliggende comorbiditeit(en) en hulpvraag van de patiënt. Wanneer comorbiditeit, kwetsbaarheid en deconditionering bij ouderen op de voorgrond staan, is de specifieke expertise van de geriatriefysiotherapeut van belang. Wanneer belemmerende cognities, afwijkend beloop met angst of psychologische factoren en verminderd lichaamsbesef op de voorgrond staan, is de specifieke expertise van de psychosomatisch fysiotherapeut van belang.

Bij patiënten in de thuissituatie heeft de huisarts een coördinerende rol en is de huisarts het centrale aanspreekpunt voor de patiënt.

Bij patiënten die in de thuissituatie beperkingen of problemen ervaren die buiten het domein van de fysiotherapie vallen, zal afstemming of samenwerking met andere disciplines van belang zijn, zoals diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten en/of psychologen. Specifiek, patiënten met COVID-19 kunnen een abnormale lichaamssamenstelling hebben, waarbij sprake kan zijn van ondervoeding, sarcopenie of sarcopene obesitas. Bij deze patiënten is een geïntegreerde behandeling door een diëtist en een fysiotherapeut van belang⁹.

Patiënten met zeer complexe problematiek (d.i. meervoudige fysieke, mentale en/of cognitieve problematiek) zullen bij ontslag uit het ziekenhuis veelal worden doorverwezen naar een revalidatiecentrum. Indien patiënten niet rechteer worden doorverwezen naar een revalidatiecentrum (bijv. geen plaats beschikbaar, voorkeur van de patiënt om eerst naar huis te gaan), kan doorverwijzing alsnog plaatsvinden als na ontslag uit het

⁹ Voor meer informatie over de voedingsbehandeling in de eerstelijnszorg bij COVID-19, zie: <https://ntvd.media/artikelen/behandelplan-van-dietist-bij-covid-19-na-ontslag-uit-het-ziekenhuis/>

ziekenhuis de meervoudige problematiek in het dagelijks functioneren aanwezig is. De fysiotherapeut heeft hierbij een signalerende functie en dient hierover altijd afstemming te hebben met de (huis)arts.

4. DE FYSIOTHERAPEUT

Patiënten die vóór het doormaken van COVID-19 bekend waren met een chronische long-/hartaandoening en/of die long-/hartschade hebben overgehouden aan het doormaken van COVID-19, dienen te worden behandeld door gespecialiseerde fysiotherapeuten die specifieke expertise hebben met de behandeling van patiënten met andersoortige chronische long-/hartaandoeningen (zoals COPD, astma, idiopathische pulmonale fibrose, hartfalen etc.).

Document in ontwikkeling

Dit Standpunt is een levend document. Dit betekent dat het gedurende de komende periode continu aangescherpt en bijgesteld wordt, op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten en klinische ervaringen. Belangrijk aandachtspunt daarbij is het verder onderscheiden van setting (eerste lijn, revalidatiecentrum, verpleeghuis) en doelgroep (patiënten met COVID-19 na ontslag ziekenhuis met/zonder IC-opname, thuis doorgemaakte COVID-19, aanwezigheid comorbiditeiten). Ook zullen onderdelen verder uitgewerkt worden, waaronder de kernset van klinimetrie.

Op dit moment worden ook verschillende standpunten en richtlijnen vanuit andere disciplines ontwikkeld voor patiënten met COVID-19. Voorliggend Standpunt sluit aan bij het 'Standpunt Nazorg van IC-patiënten met COVID-19' van de Federatie Medisch Specialisten en informatie beschikbaar gesteld vanuit het [REACH-project](https://www.npi.nl/home-reach)¹⁰.

In de volgende versies van dit Standpunt zullen we aansluiting zoeken bij (concept)versies van documenten van andere beroepsgroepen. De Zorgstandaard COVID-19 die vanuit de Long Alliantie Nederland (LAN) wordt ontwikkeld vormt daarbij houvast voor de organisatie van zorg voor patiënten met COVID-19-met longproblematiek.

¹⁰ <https://www.npi.nl/home-reach>

Referenties

- Deze voorlopige aanbevelingen zijn mede gebaseerd op het verslag dat is samengesteld door de internationale ad-hoc task force van revalidatiewetenschappers, longfysiotherapeuten en longartsen vanuit de *European Respiratory Society* (ERS), versie 3 april 2020, onder aanvoering van Spruit et al. Beschikbaar via https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/coronaviruss/aanbevelingen-covid-19-fysiotherapie-post-ziekenhuis_final-version-april-3-2020_nl-vertaling-v3.pdf.
- Federatie Medisch Specialisten, Standpunt Nazorg bij IC-patiënten met COVID-19, 10 april 2020. Beschikbaar via: <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Standpunt%20Nazorg%20COVID19.pdf>
- REACH, informatie over het Post-Intensive Care Syndroom, Amsterdamumc (locatie AMC) en Hogeschool van Amsterdam, beschikbaar via: <https://www.npi.nl/home-reach>.
- Alle informatie voor de fysiotherapeut betreffende patiënten met COVID-19 is beschikbaar op KNGF Kennisplatform; <https://www.kngf.nl/kennisplatform/overige-producten/coronavirus-informatiemateriaal-voor-de-fysiotherapeut>.

Bijlage

Kernset klinimetrie eerste zes weken

Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK)

De PSK geeft inzicht in de belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten van de patiënt.

Beschikbaar via: <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/patient-specifieke-klachten/>.

Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid

De Borgschaal voor kortademigheid en vermoeidheid bevat een schaal van 0 tot 10, die inzicht geeft in de patiënt-ervaren kortademigheid en vermoeidheid.

Borgschaal voor kortademigheid/dyspneu		Borgschaal voor vermoeidheid/zwaarte	
0	helemaal niet	0	niet voelbaar
0,5	nagenoeg niet	0,5	heel erg licht
1	zeer weinig	1	erg licht
2	weinig	2	licht
3	matig	3	matig
4	tamelijk sterk	4	redelijk zwaar
5	sterk	5	zwaar
6		6	
7	zeer sterk	7	erg zwaar
8		8	
9		9	
10	helemaal geen adem meer	10	heel erg zwaar, maximaal

Toevoeging aan Kernset klinimetrie na zes weken

Short Physical Performance Battery (SPPB)

De SPPB geeft inzicht in loopsnelheid, balans en beenkracht. Dit zijn belangrijke factoren voor de zelfredzaamheid. De SPPB bestaat uit drie losse testen: een balanstest, een looptest en een herhaald opstaan uit een stoel-test.

Beschikbaar via: <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/short-physical-performance-battery/>

Handknijpkracht

Indien mogelijk en beschikbaar gemeten met behulp van een hand-held dynamometer.

6-minuten wandeltest (6MWT)

De 6MWT geeft inzicht in het looppatroon, de loopsnelheid en het uithoudingsvermogen.

Beschikbaar via: <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/6-minute-walk-test-zes-minuten-wandeltest/>

© 2020 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Dit is een publicatie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en is digitaal toegankelijk via <https://www.kngf.nl/kennisplatform/themas/corona-covid-19>.

Deze publicatie dient als volgt geciteerd te worden: KNGF Standpunt Fysiotherapie bij patiënten met COVID-19, versie 1.0, 17 april 2020, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Amersfoort, 2020.

Alle copyrightrechten voorbehouden. Uit deze publicatie kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke en correcte bronvermelding.

Opmaak en redactie: Tertius Redactie en organisatie, Houten