

Ontwikkeling en implementatie van een geriatrisch revalidatieprogramma CO-FIT+

Inhoudsopgave

Ontwikkeling en implementatie van een geriatrisch revalidatieprogramma CO-FIT+	2
--	---

Ontwikkeling en implementatie van een geriatrisch revalidatieprogramma CO-FIT+

Marije Holstege, Corinne Eckes, Joyce Tauladan, Charlotte Eskens, Bart Visser

Samenvatting

Doel

Door de COVID-19-pandemie is een nieuwe groep revalidanten ontstaan waarbij voor een deel intensieve multidisciplinaire geriatrische revalidatie cruciaal lijkt te zijn. Gezien de nog beperkt beschikbare wetenschappelijke kennis en ervaring met het ziektebeeld, was er behoefte aan een praktijkgericht groeidocument en een continu cyclisch proces om praktijkkennis en nieuwe wetenschappelijke kennis direct te implementeren in de praktijk. Dit artikel beschrijft het proces van ontwikkeling, implementatie, evaluatie en doorontwikkeling daarvan in de praktijk, welke onder bijzondere omstandigheden heeft plaatsgevonden.

Methode

Het hele proces van de totstandkoming van het multidisciplinaire CO-FIT+ revalidatieprogramma bestond uit meerdere iteraties van de PDCA-cyclus op zowel projectorganisatie-, projectuitvoerings- als implementatieniveau. Het behandeladvies post COVID-19-geriatrische revalidatie van Verenso is gebruikt als leidraad. Dit is aangevuld met de kennis en expertise van de GRZPLUS-professionals, ketenpartners, aanbevelingen vanuit de beroepsverenigingen en kennis uit wetenschappelijk onderzoek onder andere op het gebied van geriatrische (long-)revalidatie en post IC-revalidatie.

Resultaten

Een multidisciplinair geriatrisch revalidatieprogramma CO-FIT+ welke is geïmplementeerd in de praktijk. Dit heeft geresulteerd in een uniforme werkwijze en een continue verbetercyclus.

Beschouwing

Vanuit de praktijk komt naar voren dat tijdens revalidatie het onvoorspelbare beloop, de lage belastbaarheid en aandacht voor angst op de voorgrond lagen. Voor het ontwikkelen van een breed gedragen en praktisch uitvoerbaar revalidatieprogramma, is het aan te bevelen om gebruik te maken van een systematische kort-cyclische aanpak, een multidisciplinair team, landelijke kennisnetwerken en Evidence Based Practice uitgangspunten.

Achtergrond en doel

Door de COVID-19-pandemie¹ is een nieuwe groep revalidanten ontstaan waarbij voor een deel intensieve multidisciplinaire revalidatie cruciaal lijkt te zijn. Patiënten opgenomen in het ziekenhuis en/of op de intensive care met COVID-19-besmetting, hebben vaak ernstige pulmonale problemen, ernstige functionele achteruitgang ontstaan door immobilisatie gekenmerkt door spierzwakte en ondervoeding, verminderde conditie, cognitieve als ook emotionele problemen en stress- en/of angststoornissen. Voor de naaste familie heeft COVID-19 ook een grote (emotionele) impact.^{2,3} Bij COVID-19-revalidanten wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met Post Intensive Care Syndroom (PICS), deconditionering en patiënten met pulmonale klachten of een combinatie hiervan.²

Met name de groep ouderen met multimorbiditeit ervaren grote gevolgen.² Binnen de geriatrische revalidatie is bij uitstek expertise in de revalidatie van complexe meervoudige problematiek bij vaak kwetsbare laag belastbare personen.⁴

Vanuit de diverse beroepsverenigingen zijn behandeladviezen en leidraden ontwikkeld gericht op revalidatie en herstel na COVID-19. Zoals het behandeladvies post COVID-19-geriatrische revalidatie van Verenso,² het behandelprogramma COVID-19-post-IC in de medisch specialistische revalidatie van de Hoogstraat,⁵ de toolkit post-IC-revalidatie vanuit het REACH netwerk⁶ en behandeladviezen vanuit de diverse paramedische beroepsverenigingen.

Gezien de nog beperkt beschikbare wetenschappelijke kennis en ervaring met het ziektebeeld en het beloop daarvan, was er behoefte aan een praktijkgericht groeidocument en een continu cyclisch proces, om praktijkkennis en nieuwe wetenschappelijke kennis direct toe te passen in de praktijk. Dit artikel beschrijft het proces van ontwikkeling, implementatie, evaluatie en doorontwikkeling daarvan in de praktijk, welke onder grote tijdsdruk en bijzondere omstandigheden heeft plaatsgevonden.

Methode

Proces van ontwikkeling van het CO-FIT+

Om te komen tot een breed gedragen geriatriesch revalidatieprogramma voor post-COVID-19-revalidanten is voor zowel de projectorganisatie als de projectuitvoering gebruik gemaakt van de PDCA-cyclus volgens Deming (2000).⁸ De PDCA cyclus bevat Plan, Do, Check, Act fases waarbij stapsgewijs verbeteringen worden doorgevoerd en telkens gekeken wordt of deze toepasbaar zijn in de praktijk. Indien dat niet het geval is wordt de cyclus opnieuw doorlopen. De projectleiders (senior onderzoeker, kaderarts geriatrische revalidatie (GR) en een beleidsmedewerker) maken deel uit van het MT-GR waar wekelijks een terugkoppeling over de voortgang van het proces gegeven werd en besluitvorming plaatsvond.

Het hele proces van de totstandkoming van het CO-FIT+ revalidatieprogramma bestond uit

multiple iteraties van de PDCA-cyclus op zowel projectorganisatie-, projectuitvoering- als implementatie-niveau. Net zolang tot het beoogde doel, om te komen tot een volwaardig revalidatieprogramma, behaald werd. Het ontwikkeltraject heeft in drie weken tijd plaatsgevonden, de implementatie en evaluatie is een doorlopend proces.

Projectorganisatieniveau

Met behulp van de PDCA-cyclus is door de projectleiders op projectorganisatieniveau nagedacht over de opzet van het plan en op welke wijze het behandeladvies post-COVID-19-geriatrische revalidatie van de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) vertaald zou kunnen worden naar een praktisch toepasbaar revalidatieprogramma voor GRZPLUS-behandelaren en welke stappen de projectgroep moest doorlopen.² De projectgroep bestond uit paramedici, artsen en zorgmedewerkers uit beide organisaties (per behandeldiscipline een koppel: één medewerker van Omring en één van Zorgcirkel). Besloten werd om via beeldbellen dagelijks bijeenkomsten met deze projectgroep te beleggen waarin de te nemen stappen uitgelegd werden, de betrokkenen vragen konden stellen en de voortgang van het proces gemonitord en bijgestuurd kon worden door de projectleiders. Zowel met het REACH netwerk, het LUMC als met Verenso werd informatie opgehaald en uitgewisseld om het CO-FIT+ revalidatieprogramma verder te kunnen verbeteren.

Projectuitvoeringsniveau

Op projectuitvoeringsniveau zijn drie stappen doorlopen voor de totstandkoming van het CO-FIT+ revalidatieprogramma: 1) Het vertalen en aanvullen van de behandeldoelen uit het behandeladvies van Verenso naar de praktijk van GRZPLUS. 2) Het formuleren van behandel specifieke acties passend bij de geformuleerde behandeldoelen. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen drie modules, PICS, Deconditionering en Pulmonaal . 3) Het maken van een klinimetriehandleiding behorende bij het CO-FIT+ revalidatieprogramma en een handleiding behorende bij de behandeldoelen in het revalidatieprogramma. Uitwerking van deze drie stappen gebeurde op basis van beroep specifieke richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek onder andere op het gebied van geriatrische (long-)revalidatie en Post-IC revalidatie.^{6,7,8} Hierna werd in alle drie de stappen eerst intradisciplinair en daarna multidisciplinair geëvalueerd en zo nodig het programma of de handleiding aangepast.

Implementatieniveau

De implementatie vond plaats op het moment dat de eerste COVID-19-revalidanten werden opgenomen. Het behandelend team van deze revalidanten heeft in een beeldbel overleg instructies over het gebruik van het CO-FIT+ revalidatieprogramma en de bijbehorende handleidingen gekregen van leden uit de projectgroep met waar nodig mondelinge toelichting en afstemming. Iedere twee weken is er een bijeenkomst gepland via beeldbellen om te evalueren of de praktijk aansluit bij het revalidatieprogramma. Indien nodig wordt het revalidatieprogramma aangepast, het is dus een levend document wat zal groeien naarmate er meer ervaring met COVID-19-revalidanten wordt opgedaan.

Resultaten/casuïstiek

Het revalidatieprogramma CO-FIT+

Het geriatriesch revalidatieprogramma CO-FIT+ is een multi- en interdisciplinair revalidatieprogramma. Het programma is opgesteld met specifieke behandeldoelen en bijbehorende acties voor de drie modules gebaseerd op de belangrijkste kenmerken bij COVID-19- revalidanten, zijnde; PICS, Pulmonaal en Deconditionering. Het programma bestaat uit een omschrijving van de doelen en daaraan gekoppelde acties in de opname-, behandel- en ontslagfase. Daarbij is een handleiding klinimetrie en handleiding bij de behandeldoelen opgesteld om de implementatie te ondersteunen. Documenten en uitgebreidere referentielijst zijn verkrijgbaar via: <https://grzplus.nl/onderzoek/kennisbank/revalidatieprogrammas/co-fit/>

Casus

Mevrouw B is 75 jaar en wordt eind maart opgenomen in het ziekenhuis vanwege een lage zuurstofsaturatie bij koorts en hoesten. De COVID-19-kweek is positief en in verband met respiratoire insufficiëntie volgt een opname op de Intensive Care. Daar wordt zij twee weken invasief beademd en behandeld met chloroquine en ceftriaxon. Bij pulmonaal herstel kan zij worden gedetubeerd en wordt zij overgeplaatst naar de longafdeling. Aldaar heeft zij aanhoudend lage EMV-score bij verdenking op een metabole encephalopathie. Mevrouw werd in het ziekenhuis tweemaal daags gemobiliseerd met een passieve lift in een kantelrolstoel.

Wanneer zij medisch stabiel is volgt uiteindelijk opname voor verdere revalidatie op onze cohort afdeling voor post-COVID-19-revalidanten. Voor de ziekenhuisopname woonde mevrouw B met haar echtgenoot volledig zelfstandig in een eengezinswoning. Vanwege klachten en operaties aan de wervelkolom in verband met een radiculair syndroom is de actieradius buitenshuis licht beperkt.

Opnamefase

Bij opname op de cohortafdeling wordt een multidisciplinaire intake verricht. Hierbij zijn de specialist ouderengeneeskunde, zorg en de fysiotherapeut aan bed aanwezig. Via een beeldbellenverbinding zijn de ergotherapeut, logopedist, psycholoog en diëtist aanwezig. Mevrouw is goed aanspreekbaar, maar antwoorden zijn vaak inadequaet. Zij heeft een zuurstofsaturatie van 94% met drie liter zuurstof via een neusbril. Multidisciplinaire behandeldoelen bespreken blijkt niet mogelijk en er wordt daarom direct telefonisch met echtgenoot samen een multidisciplinair plan opgesteld volgens het CO-FIT+ revalidatieprogramma.

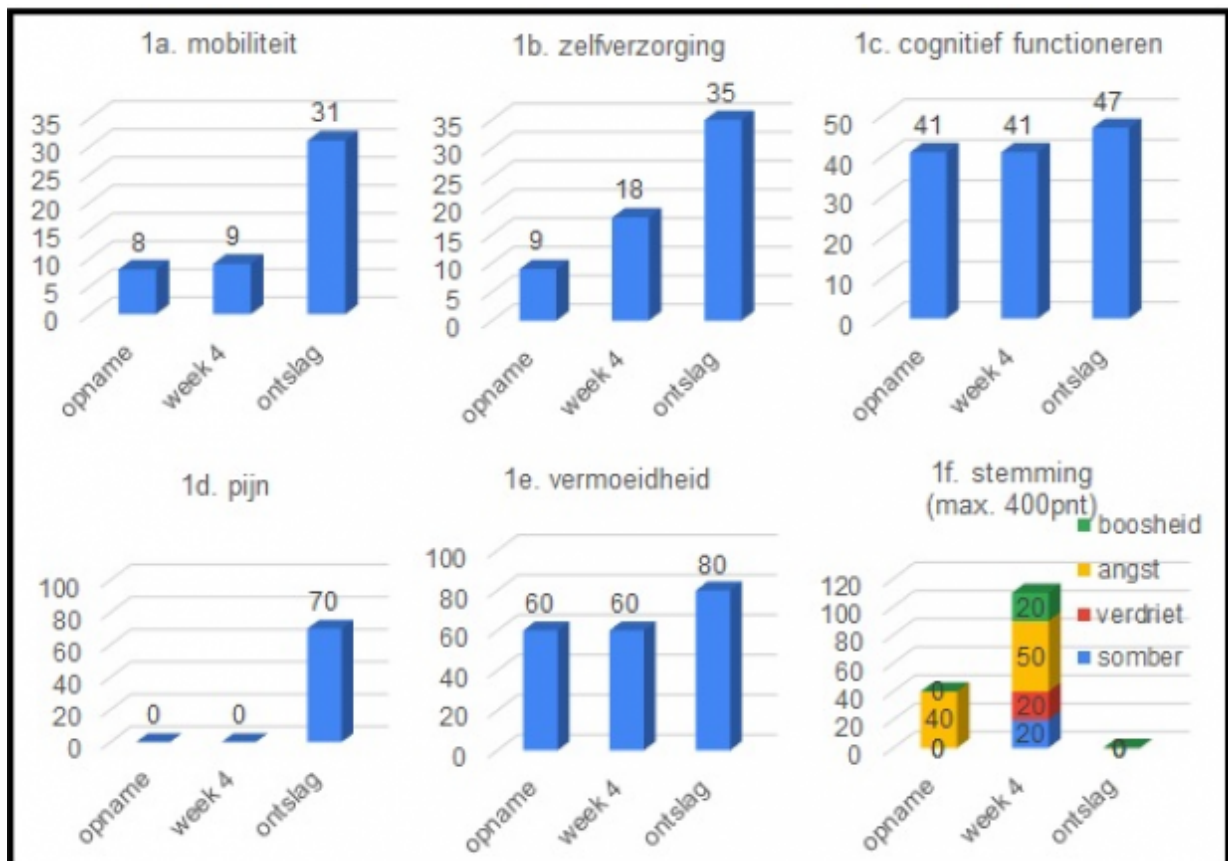
Gedurende de eerste week worden de observaties en klinimetrie volgens het CO-FIT+ revalidatieprogramma uitgevoerd. Tabel 1 geeft een overzicht van de uitkomsten van de

basisset klinimetrie bij de beschreven casus. Hierbij zijn de ergotherapeut, fysiotherapeut en de zorg fysiek op de cohortafdeling aanwezig. Klinimetrie van andere disciplines worden via een beeldbelverbinding afgenomen. Ook is het mogelijk dat de fysiek aanwezige discipline wordt geïnstrueerd om voor een andere discipline klinimetrie af te nemen. Er wordt gestart met de belastbaarheid te trainen middels een opzitschema.

Tabel 1. Klinimetrie bij casusbeschrijving

	Opname	Ontslag (42 opnamedagen)
Functional Comorbidity Index (FCI) (0-18)	6	nvt
Clinical Frailty Scale (CFS) (0-9) pre-morbide opname	3 7	nvt nvt
Pre-morbide Barthel-index (BI) (0-20)	20	nvt
SNAQ-rc	rood	rood
Body Mass Index (BMI) in kg/l ²	29,2	29,8
Vetvrije massa (VVM) in % via Bio-impedantie-analyse (BIA)	35,2	42,6
MRC (0-5) Spiergroep biceps rechts/links Spiergroep quadriceps rechts/links	4/4 4/4	4/4 4/4
Handknijpkracht (HHD in kg; normaal 23 kg) Knijpkracht (rechts) Knijpkracht (links)	7 8	10 10
Timed Up and Go (TUG) in sec; normaal 9,2sec	Niet uitvoerbaar	15,7
Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Niet uitvoerbaar	Niet uitvoerbaar

Figuur 1. Uitkomsten Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER) bij casus



De USER is een meetinstrument dat de revalidatievoortgang evalueert aan de hand van lichamelijk functioneren (subdomeinen: mobiliteit (1a) en zelfverzorging (1b)), cognitie (1c) en subjectieve klachten (subdomeinen: pijn (1d), vermoeidheid (1e) en stemming (1f) met items:

somberheid, verdriet, angst, boosheid). Een hogere score op de domeinen 1a,1b,1c indiceren een beter functioneren. Bij de subjectieve

klachten 1d, 1e, 1f indiceert een hogere score meer klachten op dit domein. De Schaal van de Y-as geeft de maximum score aan per domein

met uitzondering van domein stemming (1f) waar de maximum score mogelijkheid 400 punten is.

Behandelfase

Na week 1 volgt een multidisciplinair overleg waarbij het behandelplan wordt besproken. Nieuwe behandeldoelen worden opgesteld vanuit de module PICS. Vanwege de uitkomsten bij USER-domein cognitie (zie figuur 1c), wordt de psycholoog gevraagd de aanvullende meetinstrumenten af te nemen (HADS, MOCA en PC-PTSD) en de zorg wordt gevraagd de

delier observatieschaal (DOS) bij te houden. Mevrouw kan een aantal klinimetrische testen niet uitvoeren omdat zij te laag belastbaar is en grote delen van de dag op bed ligt. Zuurstof wordt afgebouwd volgens de handvatten zuurstof suppletie en afbouwen bij patiënten met COVID-19-infectie van Verenso.²

Wekelijks volgt een MDO waarbij naast ergotherapie, fysiotherapie, diëtetiek, psychologie en zorg, ook maatschappelijk werk en geestelijke verzorging participeren (voornamelijk via beeldbel verbinding).

Na zeven dagen opname neemt de belastbaarheid toe en wordt het opzitschema omgezet naar een dagschema waarin rust, therapie, maaltijden en oefeningen worden verwerkt. In deze fase was de behandeling vooral gericht op de doelen 'belastbaarheid opbouwen, cognitie in kaart brengen, voedingstoestand optimaliseren en zuurstof afbouwen'.

In week 4 wordt een tussentijdse USER afgenomen om de voortgang van de revalidatie te beoordelen (zie figuur 1). Mevrouw is in rust zonder zuurstof maar in de nacht en bij inspanning heeft zij saturatiedalingen tot 85% waarvoor zij zuurstof nodig heeft. De fysiotherapeut geeft advies met betrekking tot het mobiliseren, waarbij gebruik wordt gemaakt van een continue zuurstofsaturatiemeting. Dezelfde methode wordt gebruikt door de ergotherapie om een advies te geven ten aanzien van ADL-activiteiten. Mevrouw heeft opvallend weinig klachten bij lage zuurstofsaturaties (tot soms 80%) en kan daardoor zelf niet haar grenzen aangeven. Dit in combinatie met cognitieve problemen (MOCA 18/30; moeite met het onthouden en uitvoeren van de gegeven instructies) maakt dat er extra instructie is gegeven aan het team om alert te zijn op overbelasting. De adviezen ten aanzien van mobiliseren en ADL werden daarom op meerdere plekken gedeeld in het elektronische dossier, mondelinge herhaalde instructie door de therapeuten aan de zorg en op advies van de psycholoog en ergotherapeut ook uitgeprint op meerdere plekken in haar kamer gehangen. Door het consequent volgen van de adviezen van de therapeuten lukt het om mevrouw goed te begrenzen en overbelasting te voorkomen. Hierdoor nam de belastbaarheid van mevrouw toe en steeg de actieradius naar vijf meter lopen met rollator onder begeleiding. Daarnaast wordt de logopedie geconsulteerd om de ademtechniek te verbeteren. Er wordt een woninginventarisatie verricht door de ergotherapeut. Adviezen worden met echtgenoot doorgenomen en hij start met de eerste aanpassingen in huis.

Echtgenoot krijgt wekelijks een telefonisch gesprek waarin de voortgang van mevrouw wordt besproken en de uitkomsten van het MDO. In gesprekken van het team met de echtgenoot zijn er aanwijzingen voor mogelijke verwerkingsproblematiek waarop maatschappelijk werk wordt gevraagd een inventarisatie te doen. Na telefonische gesprekken in week 4 en 6 wordt geconcludeerd dat er geen noodzaak is voor verdere ondersteuning tijdens de klinische fase.

Ontslagfase

In week 6 is mevrouw in staat om zelfstandig te wassen en aan te kleden. Zij heeft hierbij nog

wel saturatiedalingen tot 88% maar dit herstelt snel in rust. Zij kan zelfstandig mobiliseren met rollator met een actieradius van 10 meter. Zij is cognitief verbeterd en kan instructies goed opvolgen en onthouden. Hierdoor kan zij ook beter haar eigen grenzen bewaken en zelfstandig oefeningen uitvoeren.

Er wordt toegewerkt naar een ontslag. Vanwege de saturatiedalingen bij inspanning wordt aan de echtgenoot gevraagd een saturatiemeter aan te schaffen, zodat er controle kan plaatsvinden in de thuissituatie. De adviezen uit de eerder verrichte woninginventarisatie zijn gereed. De zelfredzaamheid is op alle drie de domeinen van de USER verbeterd (zie figuur 1). De subjectieve aspecten pijn en vermoeidheid zijn toegenomen, terwijl op het domein stemming mevrouw bij ontslag geen klachten meer heeft. Meest waarschijnlijk is dit, omdat mevrouw door het mobiliseren weer klachten kreeg van haar radiculair syndroom en zij in deze fase door cognitieve verbetering beter vermoeidheidsklachten kon aangeven. Met mevrouw en echtgenoot worden doelen besproken voor de ambulante fase door de specialist ouderengeneeskunde en de betrokken disciplines. Bij ontslag wordt een ambulant traject gestart met inzet van ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek, psychologie en specialist ouderengeneeskunde.

Procesevaluatie

Het ontwikkeltraject is onder grote tijdsdruk en onder bijzondere omstandigheden tot stand gekomen. Nadat de grootste druk van het ontwikkelen achter ons lag, was er ook de wens om terug te blikken en te reflecteren op het proces. Hiertoe is een tweetal online bijeenkomsten georganiseerd, één met zorgprofessionals en één met de projectleiding en het management uit de ontwikkelgroep.

Aan het eerste gesprek met de zorgprofessionals namen vier participanten deel, vanuit de disciplines fysiotherapie, logopedie, diëtetiek en psychologie. Aan het tweede gesprek met projectleiding en management namen vijf personen deel, twee directeurs en drie leden van de projectleiding waarvan één specialist ouderengeneeskunde, een senior-onderzoeker en een beleidsmedewerker.

Uit beide gesprekken is naar voren gekomen dat het ontwikkelen van het revalidatieprogramma als zeer interessant en intensief is ervaren. Beide groepen zijn positief over de samenwerking met ongeveer twintig professionals vanuit twee organisaties. Zij vinden dat zij gezamenlijk een mooi resultaat hebben neergezet, waar ze trots op zijn. Daarnaast vinden beide groepen de nieuwe manier van vergaderen effectief, namelijk via online beeldbellen. Het scheelt veel reistijd in deze organisatie met zes verspreide locaties over Noord-Holland, waardoor samenkomen gemakkelijker wordt. Het werken en het verwerken van de feedback in verschillende versies van documenten vinden beide groepen onoverzichtelijk en een hele organisatie, dit zouden zij de volgende keer anders aanpakken.

De zorgprofessionals

De mogelijkheid om je echt ergens in te verdiepen wordt door de zorgprofessionals als inhoudelijke uitdaging erg gewaardeerd, maar de tijdsdruk in combinatie met de gewone werkzaamheden maakte het traject ook heftig.

*“Agenda’s leegmaken, dat is heel gemakkelijk gezegd, maar moeilijk gedaan.
Je kan niet alles op je collega’s schuiven.”*

Het samenwerken met collega’s van andere locaties en andere stakeholders, zoals het ziekenhuis en het REACH netwerk,⁶ wordt als waardevol aangemerkt. De kanttekening hierbij echter is dat de ICT-systemen (nog) onvoldoende goed op elkaar aansluiten. De zorgprofessionals geven aan dat er meer monodisciplinair gewerkt is dan ze hadden gewenst. In de toekomst zou het werken vanuit de behandeldoelstelling in plaats van uit discipline kunnen leiden tot meer interdisciplinair samenwerken. De zorgprofessionals ervaren dat het soms lastig was om de patiënten in drie verschillende categorieën te verdelen. Ze zien dat het in de praktijk soms anders loopt dan ze in de theorie van tevoren hadden bedacht en vinden het daarom spannend hoe de implementatie zal verlopen.

“We konden natuurlijk niet in een glazen bol kijken.”

Projectleiding en management

De projectleiding en management zijn zeer tevreden over het proces, onder hoge druk werd goed gepresteerd. Deze druk en snelheid was nodig, omdat de eerste revalidanten al binnen waren en het past bij de ambitie van GRZPLUS om bij te dragen aan landelijke ontwikkelingen op het gebied van GR. De groep geeft aan dat ze geen tijd hadden om een heel projectplan te schrijven, maar het was inhoudelijk goed doordacht en de kaders waren duidelijk aangegeven. Het intensieve samenwerken in korte tijd lijkt meer op te leveren dan de gebruikelijke aanpak, waarbij in een werkgroep met steeds tussenpozen van weken wordt gewerkt aan een ontwikkeling.

“Je investeert die tijd uiteindelijk toch en het afbreukrisico ten aanzien van de motivatie is in deze vorm velen malen kleiner”.

De groep geeft aan dat zij vaker zo’n intensief traject willen faciliteren.

Beschouwing

Onvoorspelbaar beloop, lage belastbaarheid en aandacht voor angst

Opvallend bij de groep COVID-19-revalidanten is het zeer wisselende beloop in zowel

lichamelijk als cognitief herstel. De revalidanten die binnen GRZPLUS zijn behandeld vormden een zeer laag belastbare groep (vooral bij post-IC revalidanten). Door de lage belastbaarheid moest de hoeveelheid klinimetrie in eerste week op individuele basis worden aangepast evenals de frequentie van multidisciplinaire behandeling. Ook leek er regelmatig sprake van overschatting bij revalidanten doordat er bij de opbouw van lichamelijke belasting geen klachten optraden maar wel sprake was van saturatiedalingen (zie ook casus) gepaard gaande met vaak cognitieve problematiek. Ook de interpretatie van de klinimetrie kan worden belemmerd door aanwezigheid van cognitieve problematiek. GR-professionals zijn gewend te revalideren met 'de handen op de rug', en om het hervatten van zelfstandige activiteiten te stimuleren. Bij deze groep revalidanten was het vaak noodzakelijk hen af te remmen in het zelfstandig activiteiten ondernemen, dit vraagt van de behandelaren (inclusief zorg) een andere aanpak. Voor de behandeling van de groep revalidanten met voornamelijk pulmonale klachten is het een vereiste om behandelaren met expertise en ervaring in de longrevalidatie in te zetten. Naast aandacht voor het fysieke herstel, was het bij deze groep ook belangrijk aandacht te hebben voor angst, stemming en cognitie. Door een vroege screening komen angstklachten sneller aan het licht en kan adequate hulp worden geboden. Daarnaast is gebleken dat bij veel revalidanten, met name zij die ernstig ziek waren en bijvoorbeeld een ic-opname hebben overleefd, existentiële vragen tijdens het revalidatieproces naar boven kwamen. Ook hadden zij veelvuldig mantelzorgers die ondersteuning konden gebruiken. De inzet van geestelijke verzorging en maatschappelijk werk is daarom als zeer waardevol gebleken.

Systematische aanpak

De systematische kort cyclische aanpak met de PDCA-cyclus kan bijdragen aan het beter opvolgen van beroep specifieke richtlijnen en aanbevelingen, waarvan in algemene zin de opvolging vaak laag lijkt te zijn.^{10,11} Door de relatief lage aantallen COVID-19-revalidanten kon het revalidatieprogramma nog niet geautomatiseerd worden ingezet. Het opdoen van ervaring met deze doelgroep om expertise op te bouwen in het behandelteam is daarbij van belang. Een aantal landelijke initiatieven hebben ervoor gezorgd dat de beroepsgroepen met elkaar in contact kwamen om praktijkervaring uit te wisselen. Om meer inzicht te krijgen in het beloop van COVID-19-revalidanten en lange termijneffecten zal vervolgonderzoek noodzakelijk zijn waarbij de klinimetrieset, zoals beschreven staat in het behandeladvies van Verenso, ook in het ambulante en/of eerstelijns traject kan worden vervolgd. Het nazorgtraject is van groot belang. Vermoedelijk zijn er grote risico's op blijvende longschade vooral bij de groep die is beademd op de IC. Het Longfonds waarschuwt voor het ontstaan van een nieuwe chronische longziekte, COVID-19- Associated Lung Disorder (CALD).¹² Het CO-FIT+ revalidatieprogramma wordt op zelfde wijze doorontwikkeld voor de ambulante fase en eerste lijn.

GRZPLUS is het samenwerkingsverband van De Zorgcirkel en Omring dat in 2017 in Noord-Holland is gestart. Onder deze naam levert een omvangrijk team van GRZ-specialisten hoogwaardige revalidatie en herstellzorg. Door de kruisbestuiving van de initiatiefnemers Omring en De Zorgcirkel komen kennis, ervaring en onderzoek op het gebied van ouderenzorg en revalidatie bij elkaar. (www.grzplus.nl).

Auteurs

- M.S. Holstege, PhD, senior onderzoeker en directieadviseur GRZPLUS (Omring en Zorgcirkel) en Omring in Hoorn
- drs. C. Eckes, MBA, specialist ouderengeneeskunde en Kaderarts Geriatrische Revalidatie, GRZPLUS (Omring) in Hoorn
- drs. J. J. Tauladan, specialist ouderengeneeskunde GRZPLUS (Zorgcirkel) in Purmerend
- C.G.A. Eskens, MSc, geriatrische revalidatie fysiotherapeut en onderzoeker – GRZPLUS (Zorgcirkel) in Alkmaar
- B. Visser, PhD, Lector Oefentherapie- Dagelijks Bewegen! Faculteit Gezondheid, Hogeschool van Amsterdam en GRZPLUS

Literatuur

1. World Health Organization WHO - WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic, 12-03-2020. Beschikbaar via: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Laatst geraadpleegd op: 25-06-2020.
2. Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde Verenso. Rapport: Update behandeladvies post-COVID-19 (geriatrische) revalidatie, 19-05-2020. Beschikbaar via: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Dossiers/Behandeladvies-post-covid-19-geriatrische-revalidatie_Versie-1-2_16-april-2020-docx.pdf. Laatst geraadpleegd op: 25-06-2020.
3. Universitair Netwerk Ouderengeneeskunde UNO-VUmc. Factsheet: Inzicht in symptomen en beloop van verpleeghuisbewoners met een verdenking op COVID-19. Beschikbaar via: <https://unovumc.nl/wp-content/uploads/2020/05/Factsheet-1-COVID-19-in-verpleeghuizen-dd-03-05-2020.pdf>. Laatst geraadpleegd op: 25-06-2020.
4. Holstege MS, Zekveld IG, Caljouw MAA, Peerenboom PB, van Balen R, Gussekloo J, Achterberg WP. Relationship of Patient Volume and Service Concentration With Outcome in Geriatric Rehabilitation. Journal of the American Medical Directors Association 2014;14(10):731-5.
5. De Hoogstraat Revalidatie. Rapport: Klinisch behandelprogramma COVID-19-post-IC in de Medisch specialistische revalidatie. Beschikbaar via: <https://www.dehoogstraat.nl/coronavirus/coronavirus-behandelprogramma-covid-19-post-ic/>. Laatst geraadpleegd op: 25-06-2020.
6. Rehabilitation After Critical illness and Hospital discharge (REACH). Post intensive care

Toolkit. Beschikbaar via: <https://www.npi.nl/home-reach>. Laatst geraadpleegd op: 25-06-2020.

7. Dam van Isselt EF et al. A prospective cohort study on the effects of geriatric rehabilitation following acute exacerbations of COPD. J Am Med Dir Assoc. 2019 Jul;20(7):850-856.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2019.02.025. Epub 2019 Apr 11.
8. GRZPLUS (Omring en Zorgcirkel) Revalidatieprogramma CO-FIT+. Beschikbaar via: <https://grzplus.nl/onderzoek/kennisbank/revalidatieprogrammas/co-fit/>
9. Deming, E. (2000). Out of the crisis. Boston: MIT Press.
10. Joosen et al. Improving occupational physicians' adherence to a practice guideline: feasibility and impact of a tailored implementation strategy. BMC Medical Education (2015) 15:82. DOI 10.1186/s12909-015-0364-8.
11. Taylor MJ et al. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2013.
12. Long Alliantie Nederland (LAN). Beschikbaar via: <http://www.longalliantie.nl/> Laatst geraadpleegd op: 25-06-2020.