

Protocol fysiotherapeutische zorg voor mensen met PICS (post-intensive-care-syndroom) voor de eerste lijn.

Gebruikmakend van informatie beschikbaar gesteld door REACH (REhabilitation After Critical illness and Hospital discharge).

- Intake/screening: Doel is om vanuit ervaren gezondheid tool cliënt doelen te inventariseren en fysiotherapeutische behandeldoelen op te stellen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het spinnenweb van Positieve Gezondheid (1,2).

Gezien de maatregelen die rondom Corona zijn getroffen is het wenselijk om middels e-consulting e.e.a. in kaart te brengen.

- Klinimetrie:
 1. 4DKL, HADS (hospital anxiety and depression scale), GPS (global psychotrauma screening) TSQ (trauma screening questionnaire) (psychische, cognitieve en voedingsproblematiek) → evt doorverwijzing h.a., POH GGZ/psycholoog, maatschappelijk werk, psychosomatisch therapeut, ergotherapeut.
 2. SNAQ65+ (bepalen ondervoeding) → evt. doorverwijzing naar dietist indien SNAQ65+score ROOD is.
 3. Handknijpkracht, 1 RM calculator (kracht)
 4. 2 minute step test, 2 MWT of 6 MWT (functionele loopcapaciteit)
 5. 5 times chair stand test of TUG (functioneel, kracht)
 6. Ervaren gezondheid (VAS), PSK (doelstelling)
 7. BORG RPE schaal, MVI (multidimensionele vermoeidheidsindex (ervaren inspanning/vermoeidheid)
 8. Evt. ademspierkracht (MIP/MEP)

Hieruit volgend kan het behandeltraject starten.

- Herstel fase direct na ontslag uit het ziekenhuis.

Voor de meeste patiënten is er een indicatie voor behandeling aan huis i.v.m. de zeer lage belastbaarheid (1,3,4).

Aangrijpingspunten voor fysiotherapie;

1. Verbeteren van fysiek functioneren (m.n. spierkracht en conditie), volgens consensus statement voor fysiotherapeutische revalidatie na ontslag uit ziekenhuis (3,4).
2. Verbeteren longfunctie en ademspierkracht (thoracale expansie, ACBT en IMT) (3,7)

Verder is de fysiotherapeut alert op de voedingsstatus (ondervoeding), mentale en cognitieve problemen en adviseert (b.v. via huisarts) indien verwijzing van andere disciplines is geïndiceerd (1-4).

- Herstel fase lange termijn (3 maanden) na ontslag uit ziekenhuis.
 1. De fysiotherapeut is proactief t.a.v. screening PIC kenmerken, ook in latere fasen van herstel en zorgt voor doorverwijzing indien noodzakelijk. Patiëntgerichte behandeling staat centraal. Interdisciplinaire samenwerking voor optimaliseren van kwaliteit van leven is gewenst (1-4)
 2. De fysiotherapeut monitort het herstelproces; symptomen van overbelasting komen vaak voor in het hersteltraject van patiënten met PICS.

Bronnen:

- 1: Van Tol, et al. Fysiotherapie bij PICS. FysioPraxis, 2020; april
- 2: Kruijenga H, et al. Ned. Tijdschrift voor Voeding & diëtetiek. Het Post Intensive Care Syndroom. 2020; maart
- 3: Major M, et al. Surviving critical illness; what is next? An expert consensus statement on physical rehabilitation after hospital discharge. Crit Care.2016;20:354
- 4: Kwakman RCH, et al. Physiotherapy treatment approaches for survivors of critical illness: a proposal from a Delphi study. Physioth. Theory Pract. 2019:1-11
- 5: Liang T., Handbook of Covid-19 prevention and treatment. [Shorturl.at/msBW](https://shorturl.at/msBW)

Behandelfasen:

1. Thuisfase
2. Revalidatiefase
3. Nazorgfase

Ad. 1: Zal middels e-consulting plaatsvinden, gezien de huidige corona-maatregelen

- Zo snel mogelijk na verlaten ziekenhuis contact met cliënt.
- Uitdiepen van de hulpvraag (gebruik maken spinnenweb, vragenlijsten en evt. 5-times chair test.)
- Opstarten oefenprogramma voor thuis
- Inschatten energiebeheer (verwijzing ergotherapie?); slaapritme, wanneer oefenen?
- Doorlopend screenen (diëtetiek, maatschappelijk werk, POHYGGZ/psychologie, ergotherapie, psychosomatisch therapeut)

Ad. 2:

- Specifieke doelen herbepalen
- Belang van coaching naar zelfstandigheid (regie terugwinnen, vasthouden)
- Basisfitheid wordt bereikt met 2 tot 3 fysiotherapeutische sessies per week
- Functioneren in ADL, werk en mentaal functioneren
- Evt. contact met IC of IC-nazorgpoli.

Ad. 3:

- Zijn de doelen bereikt? Ook in ADL?
- Indien mogelijk en gewenst; activiteiten zelfstandig uitbreiden. Bijvoorbeeld d.m.v. FysioSport/FysioFit/Medisch Fitness.
- Stimuleren actieve leefstijl, sportieve ambities bepalen.
- Arbeids(re)integratie
- Belangrijk dat patiënten weten waar ze met vragen terecht kunnen.

Behandel en trainingsaspecten:

- Informatie geven en educatie bieden; Juiste informatie op de juiste tijd (zijn patiënten er aan toe?)
- Gebruik maken van www.fcic.nl en www.ic-connect.nl
- Een actieve leefstijl/gedragsverandering bewerkstelligen (o.a. motivational interviewing), kan ook samen met of door psychosomatisch therapeut.
- Combinatie van krachttraining en duurtraining (interval).
- Overweeg inspiratoire ademspiertraining.

Voorbeelden van duurtraining:

- Start niet te hoog: 40 % van snelheid 6 MWT (minimaal 6 minuten kunnen volhouden), b.v. 2 series

Voorbeelden van intervaltraining:

- Rustnivo: 40 % van snelheid 6MWT/2MWT of lager (eerst b.v. 60 sec. rust, later b.v. 15 seconden rust)
- Inspanningsnivo: 80 % (of hoger) van snelheid 6MWT (b.v. 12 seconden)
Hiervan 4-8 herhalingen.

Voorbeelden van krachttraining:

- Inschatten van 1 RM (Holten-diagram)
- Start op 50% 1 RM 2/3 series van 10-20 herhalingen (of maak gebruik van het KRS-systeem)

Voorbeelden van inspiratoire ademspiertraining (IMT)

- Geïndiceerd bij Pi-max < 60 % van voorspeld
- Intensiteit 15-30 % van Pi-max
- In stappen van 5% opbouwen bij Borg Dyspneu van <5
- Frequentie 3 keer per week tot dagelijks
- Duur van een sessie 10-15 minuten.

Eigen vraag: is non-lineaire training geïndiceerd bij deze laag belastbare groep patiënten??

Algemene opmerkingen fysiotherapeutische behandeling

- Gesuperviseerde oefentherapie is “waarschijnlijk “ effectiever
- Maak kleine en concrete subdoelen
- Maak de voortgang duidelijk zichtbaar voor patiënten

Er is tot nu toe weinig bekend over de opbouw van de trainingsparameters:

- Er vinden wel normale fysiologische adaptaties plaats
- Het startnivo is lager
- Overweeg zo nodig een inspanningstest