



EFFECTYF

De landelijke specialist in re-integratie

LONG COVID

THEO SENDEN AAN HET WOORD

Op 8 juli organiseerde Effectyf een interne themamiddag over Long COVID. Effectyf begeleidt op dit moment nog maar een klein aantal Long COVID-patiënten bij hun re-integratie. Echter, naar verwachting zal deze vraag groeien. Voor ons reden genoeg om zo veel mogelijk kennis op te doen. Hoe ziet het ziekte- en herstelverloop bij Long COVID eruit? Welke beperkingen staan het re-integreren in de weg? Hoe bied je als re-integratiecoach meerwaarde? Samen met Theo Senden verkenden we deze vragen.

DE ENE PATIENT IS DE ANDERE NIET

Dát is Theo Senden inmiddels wel duidelijk. Hij werkt als Klinisch Arbeidsgeneeskundige bij Radboudumc, voor diverse patiëntgroepen. Volgens hem is het zó belangrijk dat alle inzichten en ontwikkelingen uit het herstelproces ook landen op de werkvloer. “Daar zijn coaches hard voor nodig!” Gelukkig is er volgens Theo steeds meer aandacht in de zorg voor het onderdeel ‘werk’. Zowel zorg als duurzame re-integratie vragen om een multidisciplinaire aanpak op maat.

GROFWEG DRIE GROEPEN COVID PATIENTEN

De ene patiënt is de andere niet. Maar het begint bij iedereen met een acute fase, de besmetting die tot een COVID-19-infectie leidt, aldus Theo. “Het verloop daarna verschilt per persoon: sommigen overlijden kort erna, anderen merken amper iets. Bij sommigen lijkt de acute fase vlot voorbij te gaan. En tóch kan deze groep qua nasleep veel last ervaren. We hebben er geen verklaring voor; waarom is de één zo vatbaar voor ernstige gevolgen en de ander niet?”

Bij Radboudumc ziet men grofweg drie groepen COVID-patiënten met langdurige gevolgen:

- 1)** Mensen bij wie langdurige longproblemen ontstaan na een acute infectie, maar waarbij deze longafwijkingen – anders dan in het begin gevreesd werd - goed herstellen, waardoor zij het dagelijks leven en werk weer goed kunnen oppakken.
- 2)** Mensen die ernstig ziek worden, meestal langdurig op de intensive care terechtkomen en daarna het zogenaamde Post IC Syndroom (PICS) ontwikkelen. De aard van de klachten en beperkingen komt deels overeen met die bij Long (langdurige) COVID.
- 3)** Mensen die er medisch gezien goed uit komen, maar na de acute fase - soms ernstig invaliderende - langdurige klachten houden.

“Tijdens hun ic-opname gingen ze door een diep dal, wekenlang geïsoleerd, en kropen door het oog van de naald. Dat is psychisch heftig en kan lijden tot het Post Intensive Care Syndroom (PICS).”

WAT VALT OP BIJ LONG COVID?

De derde groep patiënten wordt aangeduid met Long COVID, waarbij 'Long' Engels is en staat voor 'langdurige gevolgen'. Wat valt op bij hen?

- Zij lijden aan fysieke, psychische en cognitieve klachten.
- COVID-19 komt meer voor bij mannen, maar meer vrouwen ondervinden langdurige gevolgen.
- In het algemeen krijgen ouderen vaker Long COVID dan jongeren (maar ook adolescenten kunnen dit oplopen).
- Zijn de klachten in het begin heftiger? Dan is er meer kans op Long COVID.
- Mensen met onderliggende klachten, zoals astma, krijgen vaker langdurige klachten.
- Het ziekteverloop is onvoorspelbaar: hoe je je 's ochtends voelt, zegt niets over de middag en de ene dag is anders dan de andere.
- De klachten zijn niet te verklaren aan de hand van objectieve medische afwijkingen.
- Patiënten hebben klachten aan allerlei orgaansystemen. Soms tegelijk, soms na elkaar.
- Sommigen lijken goed te zijn hersteld, maar krijgen later alsnog klachten. Een grillig proces.
- Klachten versterken elkaar: van slaapproblemen komt vermoeidheid en slechte concentratie en door de stress die dat oplevert, kunnen slaapproblemen ontstaan of versterkt worden, etc.
- Als klachten opstapelen, valt iemand terug in beginklachten, zoals keelpijn, hoesten en benauwdheid.



KLACHTEN BIJ LONG COVID

- Extreme vermoeidheid & malaise na inspanning.
- Kortademigheid.
- Breinmist
- Pijn of beklemming op de borst.
- Slaapproblemen.
- Hartkloppingen.
- Duizeligheid.
- Tintelingen.
- Gewrichts-spier-en zenuwpijnen.
- Depressie en angstklachten.
- Maag- en darmklachten, verminderde eetlust.
- Koorts, hoesten, hoofdpijn, keelpijn, heesheid.
- Veranderde of verminderde spraak en geur.

BELEMMERINGEN TIJDENS DE RE-INTEGRATIE

“Wat we in de praktijk zien is dat de mensen die stagneren of terugvallen, vaak moeite hebben met het aanpassen van hun activiteiten aan de beperkte belastbaarheid en voortdurend over hun grenzen gaan”, vertelt Theo. “Die verandering in de belastbaarheid en het leven daaraan moeten aanpassen gaat gepaard met frustratie. Hierop coachen is met name van belang.”

Het onvoorspelbare karakter van Long COVID belemmert de re-integratie, maken we op uit het verhaal van Theo Senden. Zo kun je je 's ochtends relatief goed voelen en 's middags in de lappenmand zitten. Mocht dat niet het geval zijn, belemmert de breinmist je wel in het werk. Daarbij zijn deze klachten lastig te objectiveren vanuit onderzoek. Theo zet daarom regelmatig een Duurbelastbaarheidsonderzoek in: iemand gaat in de praktijk aan het werk om te zien hoe diegene het volhoudt. Dan valt bijvoorbeeld op dat het samenspel van al aanwezige vermoeidheid en cognitieve klachten, elkaar versterken en iemand elke dag weer uitput.

“Het feit dat zoveel orgaansystemen worden aangetast, lijkt te maken te hebben met het autonome zenuwstelsel”, gaat Theo verder. “Wanneer het autonome zenuwstelsel in balans is, past bijvoorbeeld de longfunctie zich aan als je rust of sport. Wat er in je lichaam gebeurt, past bij wat je op dat moment doet. Wanneer dit autonome zenuwstelsel in de war is, kun je je voorstellen dat het op alle niveaus in verschillende orgaansystemen verkeerd gaat...”

HET AUTONOME ZENUWSTELSEL

Het autonome zenuwstelsel lijkt uit balans te zijn bij patiënten met Long COVID. Dit stelsel bestaat uit een parasympatisch deel en een (ortho)sympathisch deel.

DE SYMPATHICUS (HET GASPEDAAL VAN JE LICHAAM) IS DE TAK DIE ONS IN STAAT STELT TE OVERLEVEN IN LEVENSBEDREIGENDE SITUATIES, TE VECHTEN, TE VLUCHTEN EN TE PRESTEREN. DE STOF DIE HIER BIJ HOORT, IS ADRENALINE EN HET SLEUTELWOORD IS: ACTIE IN DEZE FASE STIJGT JE HARTSLAG, BLOEDDRUK EN ADEMSNELHEID. IN DEZE STAND VERBRUIKT JE LICHAAM ENERGIE.

DE PARASYMPATHICUS (HET REM PEDAAL EN DE "ACCULADER" VAN JE LICHAAM) IS DE TEGENSPELER VAN DE SYMPATHICUS, EN IS VERANTWOORDELIJK VOOR HERSTEL, REPARATIE, OPBOUW EN RUST. ALS DE PARASYMPATHICUS DE OVERHAND HEEFT, DAALT JE HARTSLAG, DAALT JE BLOEDDRUK, KRIJGEN JE SPIEREN EN ORGANEN VOLDOENDE BLOED EN ZUURSTOF. DIT DEEL VAN HET ZENUWSTELSEL ZORGT VOOR REGENERATIE, LICHAAMELIJKE ONTSPANNING, REPARATIEPROCESSEN. HET SLEUTELWOORD VOOR DE PARASYMPATHICUS IS: HERSTEL.

Bron: [VABS.nl](https://vabs.nl)

EEN PRAKTIJKCASUS

Theo heeft tal van voorbeelden uit de praktijk, vanuit de [Nazorgpoli](#) van Radboudumc. Een korte casus: “we zien op de poli tijdens een uitgebreide, multidisciplinaire screening geen afwijkingen, iemand heeft een prima longfunctie, maar blijft klagen over benauwdheid en kortademigheid. Dit heeft te maken met de disregulatie van de ademhaling. Het kan in de coaching dan extra waardevol zijn om daar alert op te zijn (je ziet iemand soms al tijdens het praten buiten adem raken) en te benoemen dat dit komt door een disbalans in het autonome zenuwstelsel. Dat geeft de patiënt een verklaringsmodel en houvast.”

“We zien ook veel dat patiënten met lichte klachten na een week al denken ‘ik kan wel weer!’. Die pakken alle activiteiten weer in een keer op en komen vervolgens van een koude kermis thuis. Je moet op een verstandige manier opbouwen, d.w.z. niet voortdurende de grens opzoeken en vooral eerst zorgen voor voldoende herstel. Pas als er weer ruimte komt een volgende stap zetten en elke dag proberen te eindigen met het doel dat er nog wat energie over is. Maar de juiste weg vinden is lastig. Onderpresteerders en overpresteerders hebben het moeilijk. Educatie en voorlichting zijn daarom belangrijk in ons werk.”

BEHANDELING

Welke behandeling krijgen patiënten met Long COVID momenteel? Patiënten uit de eerste coronagolf werden bij gebrek aan kennis en ervaring vrij experimenteel behandeld, geeft Theo aan. Mensen die daarna opgenomen werden, ontvingen effectievere behandeling en hebben daardoor een betere prognose. “De kunst is nu vooral om - bij gebrek aan kennis over de oorzaken - de belemmerende klachten effectief te behandelen, zonder óver te behandelen.” Op de nazorgpoli worden patiënten uitgebreid medisch gescreend, maar ook gescreend op factoren die het herstel kunnen belemmeren. In het behandelplan worden dan ook adviezen gegeven over het aanpakken van dergelijke belemmerende factoren, zoals bijvoorbeeld behandeling van angst- en depressieklachten, maar ook adviezen over zaken zoals spanningen in de werksituatie of een ‘verkeerde’ aanpak van de re-integratie in het werk.”

Op dit moment is er eerstelijnszorg (de zogeheten herstelzorg) beschikbaar, speciaal voor mensen met Long COVID. Theo geeft aan dat er beperkingen zijn bij dit model. “Zo had je er als patiënt bijvoorbeeld maar zes maanden na de diagnose recht op, terwijl velen daarna pas klachten ontwikkelen. Gelukkig is dit ondertussen aangepast. Maar deze zorg is voor veel patiënten niet toereikend – men pleit voor multidisciplinaire revalidatie. Revalidatiearts, fysiotherapeut, longarts, ergotherapeut, psycholoog, alles in één team of op zijn minst met onderlinge afstemming. Dat wordt nu langzamerhand ook in de eerste lijn georganiseerd. De behandelaars dienen samen de kar te trekken op basis van een gezamenlijk behandelplan. Er is een petitie ingediend vanuit [Long Covid NL](#), om deze vorm van zorg toegankelijk te maken voor patiënten die dat nodig hebben. Hopelijk heeft het effect.”

“Lang niet iedereen wordt op dit moment optimaal behandeld. Zolang we de oorzaak niet echt weten, kunnen we die niet behandelen. Daarom is het voor nu extra belangrijk om te beseffen dat, ondanks het gebrek aan een medisch-aantoonbare oorzaak, er ernstige beperkende factoren zijn. Het creëren van meer bewustzijn en begrip hieromtrent, voorlichten, counseling en educatie, is driekwart van ons werk.”

DE ROL VAN DE KLINISCH ARBEIDSGENEESKUNDIGE

Hoe draagt Theo als klinisch arbeidsgeneeskundige bij aan het revalidatie- en re-integratietraject van patiënten met Long COVID? Hij licht toe: “Als de multidisciplinaire medische screening is afgerond, begint ons werk als klinisch arbeidsgeneeskundige met het zorgvuldig in kaart brengen van alle factoren die herstel en re-integratie kunnen belemmeren: zowel de beperkingen, als in de persoon of zijn omgeving -privé en werk- gelegen factoren die belemmerend kunnen werken. Denk aan extra belasting door mantelzorgtaken of onvoldoende begrip en steun in de werkomgeving, maar ook aan onvermogen om de activiteiten aan te passen aan de verminderde belastbaarheid. Onze interventies zijn vervolgens gericht op het aanpakken van die belemmerende factoren en op het juiste moment de juiste stappen zetten in het kader van de re-integratie. We doen dit d.m.v. voorlichten en counseling. In de begeleiding is ‘coping’ een belangrijk onderdeel. Maar we lichten ook het proces van poortwachter toe, verwijzen naar een gespecialiseerde jobcoach, zetten een Duurbelastbaarheidsonderzoek in, lichten het WIA-traject toe, bouwen een goed medisch dossier op. Vaak blijkt dat patiënten een deel van de klachten nog niet onderkennen. Het gaat dan om onzichtbare, ongrijpbare klachten. Tijdens de interventie gaan we op zoek naar precies de juiste belastbaarheid - zó belasten dat je verwerkingsvermogen opbouwt in plaats van afbouwt door overbelasting of onderbelasting. We gaan uit van een multifactoriële aanpak – we hebben ook aandacht voor de persoonlijke situatie. Het gevoel van 'hier komt alles samen' wordt gewaardeerd door patiënten. Het helpt de patiënt om door de bomen het bos weer te zien en grip te krijgen op de eigen situatie.”

“Als klinisch arbeidsgeneeskundige speel je een belangrijke rol in de vertaling vanuit de medische hoek naar de werkvloer. Hoe verhouden medische gegevens zich tot de beperking en belastbaarheid? De medische taal en ‘bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige taal en denkwijze’ zijn erg verschillend. De klinisch arbeidsgeneeskundige, maar ook de jobcoach, heeft een belangrijke rol in het verbinden van zorg en werkvloer.”

Theo verwijst naar het ICF model van WHO en het Positieve Gezondheid Model van Huber. Beide worden ingezet tijdens de begeleiding van patiënten met Long COVID. Het model van Huber krijgt steeds meer bekendheid in de zorg, aldus Theo.

“Informatievoorziening is vaak slecht, verwachtingen onduidelijk. Daar kunnen wij een belangrijke rol in spelen, als klinische arbeidsgeneeskundigen en gespecialiseerde jobcoaches.”

VRAGEN EN BEHOEFTE VAN LONG COVID-PATIËNTEN

Theo merkt in de praktijk dat patiënten veel behoefte hebben aan handvatten. Hóe ga je om met deze klachten en beperkingen? Ze hebben behoefte aan houvast, bijvoorbeeld als het gaat om hun ontregelde zenuwstelsel. ‘Het kan overgaan, als je je voldoende aanpast’, kan geruststellend zijn om te horen.

Theo: “de Nazorgpoli van het Radboudumc behandelt patiënten die wel en niet opgenomen zijn geweest. De laatste groep wordt door de huisarts verwezen en is onderhand de grootste. In het intake team zijn allerlei disciplines gebundeld: de longarts, verpleegkundig specialist, fysiotherapeut, diëtist, psycholoog, arbeidsgeneeskundige. Samen doen we kennis en ervaring op. Uit multidisciplinair overleg komt een conclusie, advies en behandelplan. Aan de hand hiervan ontvangt een patiënt de benodigde ondersteuning en wordt de huisarts weer het eerste aanspreekpunt.

HULPVRAGEN IN RELATIE TOT WERK

- Hoe pak ik mijn re-integratie aan, zowel qua proces als inhoud?
- Hoe behoud ik balans tussen herstel en re-integratieactiviteiten? Wie/ wat kan helpen?
- Hoe onderbouw ik mijn beperking en belastbaarheid?
- Wat kun je verwachten in het re-integratietraject?
- Hoe werkt WVP?
- Hoe bouw ik mijn werk verstandig op?
- Hoe ga ik om met spanning, druk en conflict in het re-integratieproces?
- Hoe bouw ik mijn dossier op, gezien de naderende WIA grens?

VALKUILEN EN LESSEN VOOR DE RE-INTEGRATIE

In het algemeen lopen patiënten tegen dezelfde dingen aan. Acceptatie, coping en adaptatie zijn belangrijke en voor de patiënt vaak lastige begrippen in de praktijk, aldus Theo. “Ik zeg vaak tegen patiënten: ten opzichte van vroeger doe je misschien weinig, maar voor het 'nieuwe nu' loop je op je tandvlees! Je bent pas op de goede weg als je aan het eind van de dag het gevoel hebt dat je nog meer had kunnen doen, m.a.w. nog wat energie over hebt.” Onbegrip vanuit de omgeving, onvoldoende kennis en afstemming bij behandelaars en het systeem van wet- en regelgeving, maakt het er allemaal niet makkelijk op.



LONG COVID: VALKUILEN & LESSEN BIJ RE-INTEGREREN.

- Onvoldoende afwachten van herstel.
- Vroegere conditie als maatstaf & referentiekader.
- Onderbelasting, maar vooral overbelasting.
- Tijdcontingent (i.p.v. proces) opbouwen.

Dus:

- Acceptatie en adaptatie.
- PRET (**p**auzeren, **r**ustige omgeving, **é**én ding tegelijk, **t**empo aanpassen).
- Herstellen en re-integreren = MAATWERK.
- Tijd, geduld, uitleg en geruststelling.

MEER INFORMATIE?

Wij danken Theo Senden voor zijn bijscholing tijdens de themadag Long COVID en verwijzen dan ook graag naar de [Nazorgpoli van Radboudumc](#). Heb je vragen voor Effectyf over re-integratie bij Long COVID? [Neem contact op](#).

