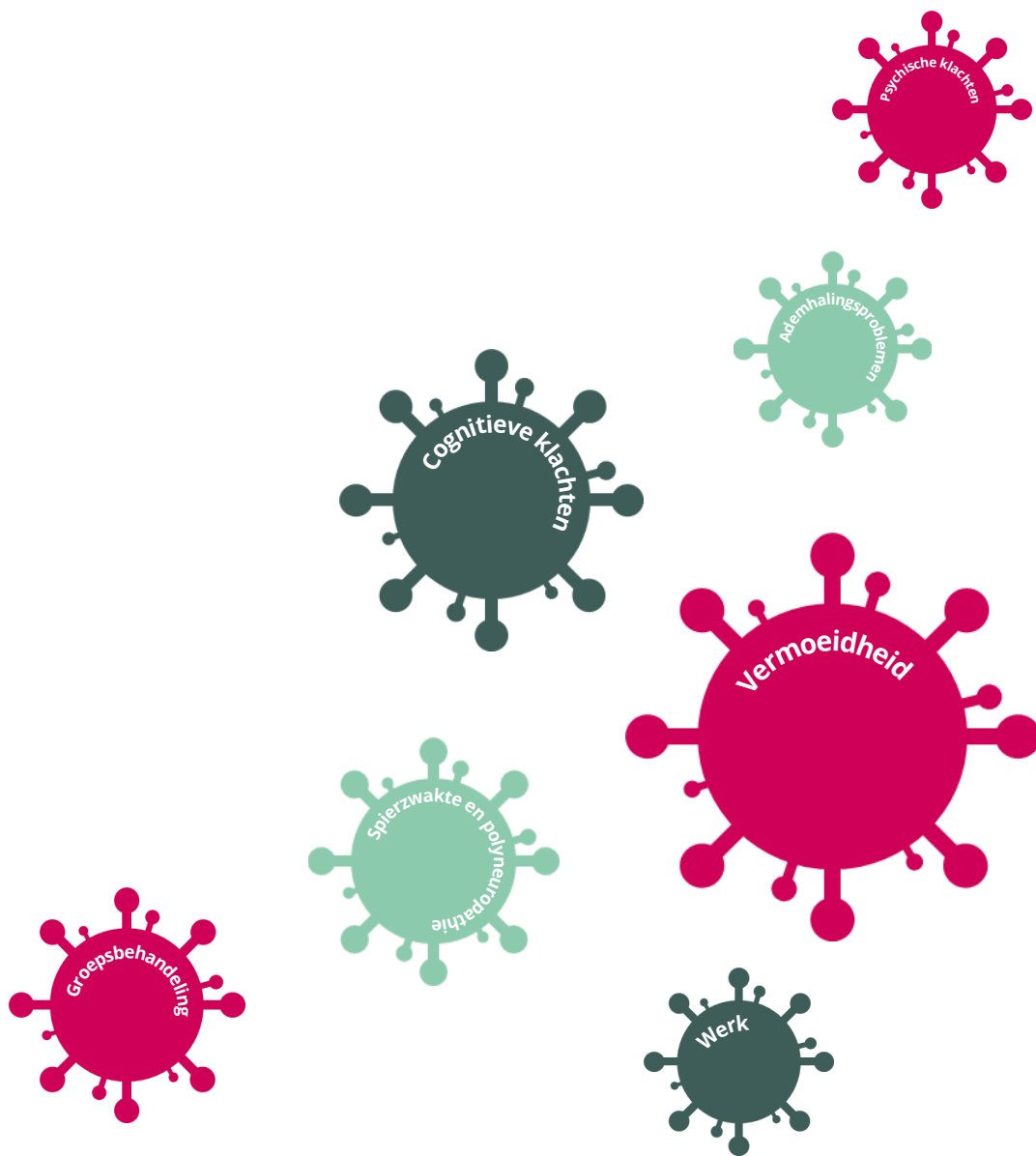


HANDREIKING ERGOTHERAPIE BIJ CLIËNTEN MET HET POST-COVID-SYNDROOM

Versie 14 juli 2023

Addendum Ergotherapie bij
kinderen en jongeren met
post-COVID



ergotherapie
nederland

Colofon

©2023 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

Dit addendum is een aanvulling op de handreiking '**Ergotherapie bij cliënten met het post-COVID-syndroom**'. Dit document beschrijft de specifieke kenmerken in de behandeling van kinderen die langdurige klachten na COVID-19 ondervinden. De hiervoor gebruikte term 'post-COVID-syndroom' wordt in toenemende mate, ook in officiële publicaties, vervangen door 'post-COVID'. In dit document is gekozen voor de term 'post-COVID'.

Dit document is net als de handreiking '**Ergotherapie bij cliënten met het post-COVID-syndroom**' een dynamisch document en zal worden bijgesteld als actuele wetenschappelijke inzichten, nieuwe ontwikkelingen rondom het ziektebeeld en ervaringen uit de praktijk daar om vragen.

In dit document gebruiken we de term kinderergotherapeut. Daarmee bedoelen we alle ergotherapeuten die met kinderen werken en niet alleen de kinderergotherapeuten die in het specialistenregister kinderergotherapie van KP staan geregistreerd.

Ergotherapie Nederland, 14 juli 2023

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Colofon | 2 |
| Disclaimer | 3 |
| Hoofdstuk 1 Inleiding | 5 |
| 1.1 Aanleiding | 5 |
| 1.2 Doel van dit document | 5 |
| 1.3 Totstandkoming van het addendum | 5 |
| 1.4 Leeswijzer | 5 |
| Hoofdstuk 2 Post-COVID bij kinderen | 6 |
| 2.1 Voorkomen van klachten bij kinderen met post-COVID | 6 |
| 2.2 Klachten | 6 |
| 2.3 Beperkingen op participatieniveau | 7 |
| 2.4 Onderhoudende factoren | 7 |
| Hoofdstuk 3 Ergotherapie bij kinderen met post-COVID | 9 |
| 3.1 Doel van de behandeling | 9 |
| 3.2 Voorwaarden in de behandeling | 9 |
| 3.2.1 De rol van de ouders | 9 |
| 3.2.2 De leeftijd van het kind | 9 |
| 3.3 Behandeling | 9 |
| 3.3.1 Anamnese en educatie | 9 |
| 3.3.2 Klinimetrie | 10 |
| 3.3.3 Ergotherapeutische interventie | 12 |
| Hoofdstuk 4 Samenwerking | 15 |
| 4.1 De school | 15 |
| 4.2 Samenwerking met andere zorgverleners | 15 |
| Totstandkoming van dit addendum | 17 |
| Bronnenlijst | 18 |

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het is gebleken dat ook kinderen kunnen kampen met de langdurig aanhoudende en vaak grillige klachten na een COVID-19 infectie. Kinderergotherapeuten stelden vast dat de reeds gepubliceerde handreikingen voor ergotherapie bij COVID-19, voor een belangrijk deel gebruikt kunnen worden in de behandeling van kinderen. De meest voorkomende klachten komen overeen. Wel zijn er specifieke aandachtspunten die in de behandeling van kinderen met post-COVID van toepassing zijn. Om die reden is een werkgroep samengesteld van kinderergotherapeuten die ervaring hebben opgedaan met de doelgroep. Ergotherapie Nederland ontwikkelde samen met de werkgroep dit document. Het document geeft richting aan de belangrijkste accenten en biedt aangrijpingspunten voor de behandeling door de ergotherapeut die kinderen met post-COVID behandelt.

1.2 Doel van dit document

Het doel van dit document is het bieden van een handreiking voor ergotherapeuten in hun behandeling van kinderen met COVID-19 in de latere fase van het herstelproces indien de postinfectieuze klachten langer dan drie maanden aanhouden en als die geduid worden als post-COVID. Dit document is bedoeld voor ergotherapeuten werkzaam in de 1e lijn die kinderen behandelen in het kader van de paramedische herstellzorg COVID-19. Ook voor de 2e lijn biedt dit document aangrijpingspunten om de behandeling vorm te geven. Dit document staat niet op zichzelf maar dient altijd samen met de eerste en tweede handreiking gebruikt te worden in de praktijk (Ergotherapie Nederland, 2021, 2022).

1.3 Totstandkoming van het addendum

Dit addendum is ontwikkeld door Ergotherapie Nederland, samen met een werkgroep bestaande uit kinderergotherapeuten werkzaam in een (poli)klinische behandelsetting en de eerste lijn. Allen beschikken over actuele kennis van de problematiek en hebben ervaring opgedaan met de behandeling van de doelgroep kinderen en jongvolwassenen. Ook is gebruik gemaakt van het handvest: 'langdurige klachten na een COVID infectie bij kinderen en jongeren' dat in februari 2022 ontwikkeld is door het kinderrevalidatieteam van het Amsterdam UMC (Bolster, et al., 2022). Kinderrevalidatiearts Dr. Mattijs Alsem en mede auteur van het handvest, heeft bijgedragen aan hoofdstuk 2 over de ziekte specifieke kenmerken van de doelgroep.

1.4 Leeswijzer

Dit addendum volgt gedeeltelijk een andere opbouw dan de twee handreikingen die ontwikkeld zijn voor volwassen cliënten met post-COVID.

In hoofdstuk 2 wordt stilgestaan bij de specifieke ziektekenmerken van kinderen met post-COVID, de meest voorkomende klachten en algemene kenmerken van de doelgroep waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen jonge kinderen, kinderen in de basisschoolleeftijd en jongvolwassenen.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de specifieke kenmerken van de klinimetrie en de ergotherapiebehandeling bij kinderen waarbij specifiek de rol van de ouders aan bod komt.

In hoofdstuk 4 wordt de samenwerking belicht met andere zorgprofessionals en de school van het kind.

Hoofdstuk 2 Post-COVID bij kinderen

Kinderen en jongvolwassenen die langdurige klachten ervaren na het doormaken van een COVID-19 infectie, ondervinden daarvan gevolgen in het dagelijks functioneren, waarmee de kwaliteit van leven wordt beïnvloed. Denk hierbij in het bijzonder aan het naar school gaan, sporten en contact onderhouden met leeftijdsgenoten.

2.1 Voorkomen van klachten bij kinderen met post-COVID

Langdurige klachten overhouden aan COVID-19, ofwel post-COVID is inmiddels een bekend verschijnsel bij volwassenen. Het is de definitie van het complex aan symptomen die meer dan 3 maanden aanhouden, dat zich ontwikkelt tijdens of na een COVID-19 infectie, en niet door een alternatieve diagnose verklaard kunnen worden (NICE, 2021).

Een van de mechanismen die mogelijk een rol speelt bij post-COVID is de autonome disregulatie. De klachten die volwassenen ervaren, kunnen passen bij een disregulatie van het autonoom zenuwstelsel (Dani, et al., 2021). De acute fase van COVID-19 bij (Nederlandse) kinderen en jongeren verloopt vaak minder ernstig en lijkt ook minder vaak voor te komen dan bij volwassenen. Toch komt post-COVID ook bij kinderen en jongeren voor en dan komen de klachten sterk overeen met die van volwassenen (Ludvigsson, 2020; Bhopal, 2021; Brackel et al, 2021). De meest genoemde klachten in de kinderpopulatie zijn: vermoeidheid, benauwdheid, verminderd cognitief functioneren, hoofdpijn, hartkloppingen of pijn op de borst, gevoel van verminderde spierkracht, duizeligheid, slaapproblemen, pijnklachten (met name in spieren en gewrichten) en huiduitslag (Brackel et al, 2021; Buonsenso et al, 2021). In januari 2021 is een survey onder Nederlandse kinderartsen gepubliceerd waarbij 48% zich presenteert met milde beperkingen (bv. kunnen wel naar school gaan maar zijn extreem vermoeid) en ervaart 36% ernstige beperkingen in het dagelijks leven (waaronder niet naar school kunnen gaan) (Brackel, et al., 2021). De precieze pathologie is nog onbekend, maar er zijn aanwijzingen dat (een deel van) de post-COVID klachten ontstaan of in stand gehouden worden door dysfunctie van het autonome zenuwstelsel (Dani et al., 2021; Yong, 2021).

2.2 Klachten

Het meest voorkomende symptoom bij kinderen met post-COVID is, net als bij volwassenen, vermoeidheid. Van het herstel van volwassenen is bekend dat dit een langdurig traject kan zijn, dat verbetering en vooruitgang in kleine stappen plaatsvindt en dat de balans kwetsbaar is voor verstoringen.

Kinderen vertonen vaak een zeer uiteenlopend beeld waarbij de symptomen ook zeer wisselend per dag kunnen zijn. Bij kinderen die worden aangemeld voor ergotherapiebehandeling varieert de ernst van de klachten; van het bijna volledige afhankelijk zijn van de ouders en de omgeving, tot alleen milde cognitieve of fysieke klachten. Naast vermoeidheid zijn er tal van andere klachten die ook aanwezig kunnen zijn en waarmee het kind zich presenteert in de ergotherapiebehandeling.

In het fysiek domein

Vermoeidheid, kortademigheid, hoofdpijn, pijn op de borst, buikpijn, spierpijn, spierzwakte, duizeligheid, reuk- en smaakverlies en slaapproblemen.

In het cognitief domein

Overgevoeligheid voor geluid, licht en aanraking, concentratieproblemen, geheugenproblemen en prikkelbaar zijn.

In het psycho-sociale domein

Angst, depressieve klachten, boosheid, verminderd zelfvertrouwen (NVK, 2022).

De aanwezigheid van post-exertionele malaise (PEM), waarbij fysieke of mentale inspanning zorgt voor verergering van klachten kan ook bij kinderen een rol spelen en heeft invloed op de behandelstrategie.

2.3 Beperkingen op participatieniveau

De klachten hebben gevolgen voor de activiteiten en de participatie van het kind. De belangrijkste activiteiten en omgevingsfactoren bij kinderen zijn:

Het uitvoeren van de ADL/zelfzorgtaken

Er worden kinderen gezien waarbij de ADL-vaardigheden al zoveel energie kosten, dat er daarnaast nog geen of weinig andere activiteiten op een dag mogelijk zijn.

Het naar schoolgaan

Als het kind beperkt of niet naar school kan gaan wordt onderwijs gemist. Als dit langdurig is, ontstaat een leerachterstand. Ook de sociale contacten die het kind op school heeft vallen daarmee terug.

De eisen die de school stelt of die extern aan de school worden opgelegd passen niet altijd bij de mogelijkheden van het kind. Het naar school gaan kan een te grote belasting zijn doordat het langere afstanden kunnen lopen of fietsen nog niet goed mogelijk is.

Het invullen van de vrije tijd

Het kind kan beperkt zijn in de mogelijkheden voor de invulling van de vrije tijd, zoals minder tot niet kunnen sporten, afspreken met leeftijdgenoten en buiten spelen.

Het gezinssysteem

Er is vaak sprake van een grote belasting binnen het gezinssysteem, doordat er extra zorg uitgaat naar het kind met post-COVID. Dit heeft effect op de belasting van de ouders en op de gezinsdynamiek zoals verandering in interactie tussen de gezinsleden. Het kan leiden tot overbelasting van de gezinsleden.

2.4 Onderhoudende factoren

Er lijken verschillende factoren een rol te spelen die de klachten en de beperkte mogelijkheden in activiteiten in stand kunnen houden. Er is meer onderzoek nodig om de achterliggende mechanismen te begrijpen waardoor post-COVID zich ontwikkelt (Rajan, et al., 2021). Mogelijk dat PEM en (aanhoudende) autonome disregulatie een rol spelen in het in stand houden van de klachten en daarmee de beperkingen op participatieniveau. Kinderergo-therapeuten zien in de praktijk ook andere factoren die het aanpassen van de belasting op de klachten gecompliceerd maken:

- De aanwezigheid van PEM kan zorgen voor een ‘push and crash’ cyclus, waarbij te snel wordt geprobeerd de activiteiten op te bouwen.
- De school kan (te) hoge eisen stellen waardoor het kind te snel het activiteitsniveau opbouwt.
- Factoren binnen het gezinssysteem die klachten of patronen in stand houden. Zoals de wijze van omgang van de ouders met het kind met post-COVID. Bijvoorbeeld overmatige voorzichtigheid of juist het stellen van hoge eisen.
- Mentale of gedragskenmerken van een kind zelf die de klachten in stand houden: is een kind gevoelig, snel emotioneel, snel angstig of heeft het bijvoorbeeld een sterke eigen wil.

- Kinderen waarbij sprake is van hoogbegaafdheid en ook kinderen met cognitieve verwerkingsproblemen zoals bij autisme of ADHD kunnen meer moeite hebben met het aanpassen van hun activiteiten op de post-COVID klachten.
- Passend bij het sociaal emotionele ontwikkelingsniveau van het kind is soms weinig nodig om uit balans te raken. Spannende dingen, zowel leuke als niet leuke kunnen onderhoudende stressfactoren zijn die veel energie kosten. Denk bijvoorbeeld aan een verjaardag, een toets op school of een bezoek aan een arts.

Hoofdstuk 3 Ergotherapie bij kinderen met post-COVID

3.1 Doel van de behandeling

Ernstige vermoeidheid en daardoor ontstane disbalans in de fysieke, cognitieve en psychosociale belasting en belastbaarheid in het dagelijks functioneren is ook bij kinderen met post-COVID de belangrijkste behandelindicatie voor ergotherapie. Het algemene doel van de kindergotherapie is dat een kind weer zo veel mogelijk deelneemt aan de voor het kind belangrijke activiteiten (op het gebied van ADL, school, vrije tijd, sport en spel). Het uitgangspunt daarbij is herstel, waarbij het dagelijks functioneren weer zoveel mogelijk overeenkomt met het niveau van voor de COVID-19 infectie. Aandacht voor de ouders, het gezinssysteem en de gevolgen van een ziek kind in het gezin maken deel uit van de ergotherapiebehandeling. Omdat het beeld zo wisselend is en ook per dag wisselend kan zijn, is op het kind afgestemd beleid en dus 'maatwerk' vanuit de ouders, de behandelaren en school essentieel.

3.2 Voorwaarden in de behandeling

3.2.1 De rol van de ouders

De ouders zijn de meest constante factor in het leven van het kind. Ouders kennen hun kind het beste. Ouders beïnvloeden het kind en de omgeving van het kind. In de gehele ergotherapie interventie spelen de ouders dan ook een belangrijke rol. Belangrijk is om als ergotherapeut inzicht te krijgen in de interactie tussen de ouders en het kind. Welke rol nemen de ouders naar het kind toe? Zijn zij beschermend, stimulerend of leggen zij veel druk op het kind? Het uitgangspunt is dat de ouders de regie hebben, als ze daarvoor de draagkracht hebben. Ouders laten zich adviseren door kinderarts, therapeuten, psycholoog en door het onderwijs. Zij maken zelf de keuzes en nemen beslissingen voor hun kind.

3.2.2 De leeftijd van het kind

Jonge kinderen tot 8 jaar hebben hulp, sturing, instructie en begeleiding nodig bij veel van hun dagelijkse activiteiten. Tot de leeftijd van 8 jaar is er dan ook om de ergotherapiebehandeling succesvol te laten zijn een grote rol voor de ouders weggelegd. Vanaf 8 jaar kan een kind over zichzelf nadenken en vanaf 12 jaar beslist een kind mee in wat er gedaan wordt m.b.t. de interventie. Naar mate een kind ouder wordt neemt de invloed van de ouders dan ook af. Echter, als een kind dat ouder is dan 8 jaar erg ziek is dan kan het mogelijk zelf moeilijk beslissingen nemen. Vaak nemen de ouders het maken van keuzes en beslissingen tijdelijk van het kind over.

3.3 Behandeling

3.3.1 Anamnese en educatie

In het eerste contact worden zoals in elke kennismaking de vraagstelling verhelderd, de mogelijkheden van de ergotherapie toegelicht en de wederzijdse verwachtingen uitgewisseld.

De mogelijk in stand houdende factoren van de klachten worden geïnventariseerd.

Voorlichting over het ziektebeeld en de gevolgen voor het dagelijkse functioneren wordt op een voor het kind en de ouders begrijpelijke wijze uitgelegd.

Informatie van het kind

Naast het uitvragen van de klachten en de beperkingen die het kind ervaart in de verschillende activiteitengebieden is het ook belangrijk te inventariseren hoe het kind tot rust komt, wat het slaap- en eetpatroon is en ook waar het kind energie van krijgt.

Informatie van de ouders

Naast het vragen naar aanvullende informatie op de informatie van het kind is het belangrijk te inventariseren welke zorgen en wensen ouders hebben voor hun kind dat vaak al meer dan 3 maanden last heeft van COVID-19 klachten:

- Welk beeld hebben de ouders van het functioneren van hun kind?
- Welke doelen hebben zij zichzelf gesteld voor hun kind?
- Welke mogelijkheden of methoden passen ouders toe om hun kind te stimuleren weer meer en vaker dagelijks handelingen zelf te laten doen? Wat werkt daarvan goed en wat is niet succesvol.
- Wat gaat er goed en waar maken zij zich zorgen over.

3.3.2 Klinimetrie

Er worden verschillende observatie- en meetinstrumenten gebruikt om het functioneren van het kind en de omgeving van het kind in kaart te brengen deze te evalueren.

Om meer grip te krijgen op de vaak grillige uitingen van het ziektebeeld en om het (tussentijds) resultaat van de behandeling te objectiveren is het afnemen van meetinstrumenten op verschillende meetmomenten belangrijk. Een gestructureerd “meetprotocol” helpt om gegevens met elkaar te kunnen vergelijken, en te verzamelen.

Aanbevolen wordt om te meten bij de start van de ergotherapiebehandeling, na 3, 6 en 12 maanden en/of als afsluiting van de behandeling. Er zijn verschillen in een ergotherapeutisch assessment bij kinderen jonger dan 8 jaar en kinderen ouder dan 8 jaar.

Meetinstrumenten op activiteitsniveau

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Het is aan te bevelen, als onderdeel van eerste behandeling, bij het kind zelf te inventariseren welke wensen er zijn m.b.t. de dagelijks activiteiten thuis en op school, door het afnemen van de COPM.

Bij kinderen jonger dan 8 jaar wordt de COPM samen met de ouders afgenomen.

Bij het gebruik van de COPM is het van belang de uitvoerings- en tevredenheids-score te bepalen en dit te herhalen als evaluatie. De COPM kan ook op school afgenomen worden (Molen-Meulmeester & Verkerk, 2019).

Foto interview en Child Occupational Self-Assessment (COSA)

Voor kinderen jonger dan 8 jaar zijn het foto interview en de COSA geschikte meetinstrumenten (Duijse, Hoogerwerf, & Hoop, 2009; Keller, Kafkes, & Basu, 2006). Deze vraag-en oplossingsgerichte instrumenten helpen het kind de eigen verbeterwensen te kunnen vertalen naar doelen.

Registratielijsten om het activiteitenpatroon in kaart te brengen

Met dagactiviteiten lijsten zoals ook bij volwassenen worden gebruik, kan geïnventariseerd worden welke activiteiten het kind nu uitvoert en hoeveel energie dat kost. Maar ook hoeveel pijn (hoofdpijn, buikpijn, spier of gewrichtspijn) dat geeft en hoeveel plezier/ betekenis de activiteit voor het kind heeft. Hiermee kan ook het dagritme in kaart wordt gebracht. Welke activiteiten worden wanneer

uitgevoerd, hoe gaat het slapen en het eten? Deze lijsten worden door het kind of indien jonger dan 8 jaar, samen met de ouders ingevuld.

School Assessment of Process and Motor Skills (SchoolAMPS) en Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP) Assessment

Met beide instrumenten kan de ergotherapeut het handelen van het kind in alledaagse (school)taken en activiteiten beoordelen. Op basis hiervan kan een uitspraak gedaan worden over de mate van inspanning, efficiëntie, veiligheid en zelfstandigheid van het handelen van het kind.

Bij cognitieve klachten kan met de PRPP de effectiviteit van het toepassen van informatieverwerkingsstrategieën beoordeeld worden in de dagelijkse activiteiten (Nott, Chapparo, & Heard, 2009).

Observatie (school)activiteiten

Om een indruk te verkrijgen over het dagelijks functioneren is een observatie van het dagelijks handelen thuis of op school essentieel. Het observeren van schooltaken geeft vaak een goed beeld van de mogelijke cognitieve klachten maar ook van mogelijke beïnvloedende factoren in de dynamiek van een klassituatie.

Naast de observatie van het functioneren van het kind op school is een gesprek met de leerkracht belangrijk. Daarbij komen vergelijkbare vragen aan bod zoals die aan ouders worden gesteld:

- Hoe kijkt de leerkracht naar het functioneren van het kind in de klas, op het plein, in de omgang met de klasgenoten?
- Wat zijn de ingangen die de leerkracht signaleert om het kind weer meer en vaker schooltaken (zelf) te laten doen?
- Wat heeft de leerkracht zelf geprobeerd en hoe pakte dat uit? Vaak is bij het gesprek op school de zorgcoördinator of een interne begeleider aanwezig.

Meetinstrumenten op functieniveau

Cognitieve klachten en mentale vermoeidheid

Omdat de ervaren cognitieve klachten van kinderen met post-COVID mogelijk veroorzaakt worden door (mentale) vermoeidheid is het belangrijk om ook meetinstrumenten en vragenlijsten voor de vermoeidheid af te nemen. Om de vermoeidheidsklachten en de impact van vermoeidheid op het functioneren in kaart kunnen brengen kan gebruik worden gemaakt van de meetinstrumenten in hoofdstuk 6 in de 'Handreiking ergotherapie bij COVID-19 in de herstelfase' en 'Handreiking ergotherapie bij het post-COVID-syndroom'.

Indien de cognitieve klachten persisteren, ook na opbouw van de dagelijkse activiteiten, kan hiervoor verdere inventarisatie volgen met behulp van meetinstrumenten zoals opgenomen in hoofdstuk 7 van de beide handreikingen.

Psychosociale factoren en coping

Aan de hand van een inventarisatie van psychosociale factoren die mogelijk een rol spelen bij de aanhoudende klachten, kan bepaald worden of dit vraagt om het aanpassen van de benadering en/of dat contact met andere professionals wenselijk is (zie ook de hoofdstukken 8 van beide handreikingen).

Sensory Profile Zelfbeoordelvragenlijst

Als tijdens het intake gesprek blijkt dat er twijfels zijn over de zintuigelijke prikkelverwerking wordt aan ouders gevraagd om de Sensory Profile oudervragenlijst in te vullen. Vanaf 12 jaar kan het kind zelf de Sensory Profile Zelfbeoordelvragenlijst invullen. Bij een basisschoolkind kan aan de leerkracht gevraagd worden om de School Companion versie van de Sensory Profile in te vullen. Beide

instrumenten geven een indicatie of nader onderzoek nodig is naar de sensorische informatieverwerking. Het afnemen van het instrument vindt altijd plaats in combinatie met een observatie van een dagelijkse activiteit.

3.3.3 Ergotherapeutische interventie

Na het inventariseren van de handelingsproblemen volgt analyse en interpretatie van de uitkomsten en worden de doelen geprioriteerd. Behandeldoelen zijn, zolang er nog weinig bekend is over het verloop van post-COVID, gericht op herstel, daarbij in acht nemend dat dit herstel lang kan duren. De ergotherapeut zet interventies in die hoofdzakelijk gericht zijn op energiemangement van het kind in dagelijkse activiteiten. Het soort interventies is gebaseerd op succesvolle ervaringen uit de praktijk.

Context

De interventies vinden zo veel mogelijk plaats in de context van het kind. Vaak blijken de gesprekken, het oefenen en het geven van adviezen in de behandeling voor het kind erg vermoeiend te zijn. Daarom instrueert en begeleidt de ergotherapeut vooral de ouders in de interventie. De intentie is dat het kind met ondersteuning van de ouders, het geleerde of de adviezen gaat toepassen in de eigen situatie.

Energiemangement

Energiemangement, het hervinden van de balans tussen belasting en belastbaarheid in dagelijkse activiteiten en het vervolgens opbouwen van de belasting over de dag en weekactiviteiten is het belangrijkste onderwerp in de ergotherapeutische interventie. Hiervoor kunnen verschillende behandelstrategieën worden gebruikt zoals die ook worden ingezet bij volwassenen (Ergotherapie Nederland, 2022). Eerst dient een basisniveau bereikt te worden in dagelijkse activiteiten afgestemd op de belastbaarheid van het kind. Uit ervaring blijkt dat het voor kinderen vaak moeilijk is om goed rust te nemen. Het is als ergotherapeut belangrijk om heel gedetailleerd vast te stellen hoe vaak een rustmoment nodig is en waar die rust uit kan bestaan.

Belangrijk is dat er reserves in de dag en weekplanning zijn alvorens de belasting heel langzaam kan worden opgebouwd. Het (ook) kunnen doen van leuke dingen, invulling van de vrije tijd en het hebben en onderhouden van de sociale contacten zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. Bij de keuzes die gemaakt worden voor de opbouw van het dagprogramma is plezier in activiteiten van groot belang.

Energiemangement op school

Als een kind nog niet naar school gaat zal terugkeer naar school een belangrijke doelstelling zijn. De school is immers zowel een leeromgeving als een belangrijke plek voor sociale contacten van kinderen. Bij kinderen is het de terugkeer of opbouw van activiteiten in school die om hele nauwkeurige afstemming vraagt. Als het kind naar school gaat kan het creëren van een plek om te kunnen rusten in afwisseling met de schooltaken zinvol zijn.

Energiemangement in het gezinssysteem

Belangrijk is ook om inzicht te hebben in de mate van belasting van het gezin. Het “ontzorgen” van gezin kan belangrijk zijn om het herstel van het kind te bevorderen en een betere balans te creëren voor de gezinsleden. Het (bijvoorbeeld via maatschappelijk werk) inschakelen van bijvoorbeeld vrijwilligers die tijdelijk een aantal taken van ouders overnemen kan heel gewenst zijn (denk aan het kind naar school brengen, het kind thuis begeleiden bij schooltaakjes).

Naar eigen regie in de opbouw van activiteiten

Het kind en de ouders worden begeleid in het leren om zelf de grens van wat wel en niet mogelijk is langzaam te verleggen. Belangrijk zijn de volgende aspecten:

- Sluit aan op wat het kind laat zien en wil. Zo kan het zijn dat er eerder gekozen wordt voor het uitbreiden van spelen met vriendjes of beoefenen van sport dan uitbreiding van het aantal uren naar school.
- Werk aan een zeer rustige opbouw
- De opbouw vindt plaats op basis van zowel fysieke, cognitieve en psychische belastbaarheid en stabiel functioneren.
- Houdt een dagprogramma wat zonder toename klachten verloopt minstens een week aan voordat het uitgebreid wordt.
- Voorkom stress. Alle vormen van spanning, ook vaak “leuke spanning” kunnen een grote belasting voor het kind zijn.
- Wees alert op angst om op te bouwen. Het komt voor dat ouders het kind stimuleren om activiteiten niet meer uit te voeren, omdat ze bang zijn dat het (opnieuw) te vermoeid raakt.
- Gebruik zo nodig instrumenten zoals de paniekcirkel en de cirkel van veiligheid en vertrouwen (Kennisnet VGCT, 2019; Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2013) . Dit kan ouders inzicht geven in dit fenomeen en wat zij kunnen doen om hun kind activiteiten gedoseerd te laten hervatten.
- Stimuleer het kind actief te zijn en indien mogelijk meer fysieke inspanning in te bouwen, bijvoorbeeld door te kiezen voor buiten spelen of een gymmoment toe te voegen. Dit werkt vaak positief vanwege het plezier, het sociale aspect en er wordt tegelijkertijd gewerkt aan de conditie.
- Let op de signalen, bij een te snelle opbouw wordt er regelmatig toename van klachten gezien en daardoor een terugval in mogelijkheden.

Tijdelijke voorzieningen

Als fysieke vermoeidheid op de voorgrond staat dan kan advies over tijdelijke hulpmiddelen en aanpassingen opportuun zijn. Denk daarbij aan aangepast (school)meubilair, een ander vervoermiddel om naar school te gaan of het tijdelijk hulp bieden bij de ADL.

Kenmerkende stappen in de behandeling

De ergotherapiebehandeling bij kinderen met post-COVID doorloopt net als bij volwassenen een aantal kenmerkende stappen. Belangrijk verschil hierbij is de betrokkenheid van de ouders waarvoor er een aantal aanvullende aandachtspunten zijn.

1. Informatie geven over het ziektebeeld en over herstel na de ziekte. Het verklaringsmodel voor de langdurige klachten is daarbij helpend. Het netwerk “Ziezon”, landelijk expertisenetwerk voor ziek zijn & onderwijs heeft een brochure over kinderen met post-COVID die hierin ook ondersteuning kan bieden (Netwerk Ziezon, 2021).
2. Het geven van inzicht in de klachten in relatie tot het huidige niveau van functioneren in dagelijkse activiteiten en rollen.

In situaties waarin het kind zijn vermoeidheid en/of pijn niet voelt, is het streven om het kind deze signaleren te leren herkennen, te erkennen of herkennen en er mee om leren gaan. Bij hele jonge kinderen (<6 jaar) wordt altijd uitgegaan van de observaties van de ouders. De ouder signaleert de vermoeidheid door uiterlijke kenmerken/gedrag van het kind en maakt het kind deze signalen duidelijk.

3. Het laten ervaren van nieuwe mogelijkheden zoals het op een minder belastende manier uitvoeren, het anders verdelen en/of maken van andere keuzes in de activiteiten. Het gebruik van de metafoor van het stoplicht of gebruik van de Activiteitenweger kan hierbij passend zijn. Er dient afwisseling te zijn tussen actieve momenten en rustige momenten.
4. Het kind krijgt inzicht in (onderdelen van) zijn dagelijks functioneren en leert de eigen invloed hierop te onderkennen. Bij hele jonge kinderen (<6 jaar) wordt altijd uitgegaan van de observaties van de ouders.
5. Er is een basisniveau in dagelijkse activiteiten bereikt dat is afgestemd op zijn belastbaarheid en waarover het kind eigen regie heeft. Een belangrijke stap is vaak ook dat het slapen beter gaat. 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).*

Hoofdstuk 4 Samenwerking

Voor een optimaal herstel van het kind met post-COVID is een goede samenwerking en afstemming tussen alle partijen die betrokken zijn bij het kind essentieel. De belangrijke rol van het gezinssysteem en de intensieve afstemming met hen is in het vorige hoofdstuk beschreven. In dit hoofdstuk worden de taken en rollen van de school en andere zorgverleners geschetst, wanneer en voor welke aspecten is de samenwerking nodig.

4.1 De school

Voor het verkrijgen van inzicht in het functioneren van het kind op school maakt de kinderergotherapeut vroegtijdig in de behandeling contact met de school. Samen met school en/of de vaste leerkracht van het kind maakt de kinderergotherapeut een opbouwplan met daarin adviezen over keuzes in de schoolactiviteiten en (volledige) terugkeer naar school. Het is belangrijk dat een leerling in het opbouwplan niet alleen cognitieve vakken volgt, maar dat er ook voldoende ruimte is voor sociale contacten en fysieke activiteiten zoals buitenspelen.

De school is verantwoordelijk voor het bieden van een rustplek binnen de school.

De school stemt het schoolrooster met de ouders af (zoals later beginnen bijvoorbeeld).

Coördinatie en ondersteuning

Voor kinderen met post-COVID die op de basisschool zitten heeft de intern begeleider een coördinerende en begeleidende rol. Voor kinderen met post-COVID in het voortgezet onderwijs zal vaak een zorgcoördinator of soms een orthopedagoog deze rol vervullen.

De school kan gebruik maken van onderwijsondersteuning, zoals bijvoorbeeld voor het online volgen van lessen. Er is extra begeleiding buiten de klas mogelijk voor het inhalen van gemiste stof of voor een rustig instructie moment.

Het samenwerkingsverband ondersteunt de school vaak met de extra middelen die hiervoor nodig zijn. Ook biedt Ziezon, vanuit een landelijk netwerk van experts, onderwijsondersteuning voor langdurig zieke kinderen. Er is door hen een brochure ontwikkeld over kinderen met post-COVID (Netwerk Ziezon, 2021).

4.2 Samenwerking met andere zorgverleners

In samenwerking is het belangrijk dat de (zorg)professionals en andere betrokkenen een zelfde aanpak hebben. Een gezamenlijke aanpak zorgt er voor dat de kans op terugval in het functioneren zo klein mogelijk wordt gehouden (Ergotherapie Nederland, 2022).

De ouders van het kind zorgen in principe voor de overdracht van informatie van de ergotherapeut naar de verschillende zorgverleners. Mocht dit niet voldoende zijn dan kan de ergotherapeut zelf contact opnemen. Uiteraard altijd met toestemming van de ouders en met een terugkoppeling van de informatie naar de ouders.

GGD/schoolarts

De GGD-/schoolarts geeft, indien geïndiceerd, toestemming voor verzuim en geeft een medische verklaring af voor geoorloofd verzuim.

De school is verantwoordelijk voor het contact met de GGD arts. Het is mogelijk om als ergotherapeut rechtstreeks contact met de GGD arts op te nemen om af te stemmen over de situatie en mogelijkheden van het kind in de opbouw van activiteiten.

Kinderfysiotherapeut

Met de kinderfysiotherapeut kan een plan gemaakt worden om de conditie stapsgewijs op te bouwen. De focus zal liggen op het vergroten van activiteiten in het dagelijks leven zoals fietsen naar school of sporten alvorens te starten met een specifieke conditietraining.

(kinder) Diëtist

Met een diëtist kan het voedingspatroon in kaart worden gebracht en adviezen gegeven worden voor een gezonder eetpatroon, opgenomen in de dagactiviteiten van het kind.

Kinderlogopedist

Als het spreken veel energie kost of de ademhaling niet onder controle is dan is het raadzaam contact op te nemen met de (kinder)logopedist en advies in te winnen.

Kinderrevalidatiearts

Als ondanks adequate aanpak de klachten na ongeveer 3 maanden niet of onvoldoende afnemen en/of een meer multidisciplinaire of intensieve behandeling nodig is voor het herstel, dan is het raadzaam de huisarts een verwijzing naar een (kinder)revalidatiearts voor te stellen.

De psycholoog/orthopedagoog

Gerichte navraag van psychische (psychosociale) en/of cognitieve klachten kan door een ergotherapeut gedaan worden. Bij ernstige psychosociale of aanhoudende cognitieve klachten is het raadzaam de huisarts een verwijzing naar een psycholoog of orthopedagoog voor te stellen.

Totstandkoming van dit addendum

Dit addendum is tot stand gekomen door medewerking van een groep actieve leden. Op initiatief van de kinderergotherapeuten uit het Amsterdam UMC is na een oproep van Ergotherapie Nederland, een werkgroep samengesteld van ervaren kinderergotherapeuten. Alle werkgroepleden hebben ruime ervaring ontwikkeld in de behandeling van kinderen met post-COVID. Aan hoofdstuk 2 heeft vanwege zijn expertise, Dr. Mattijs Alsem, kinderrevalidatiearts van het Amsterdam UMC, zijn medewerking verleend.

Werkgroep addendum 'Ergotherapie bij kinderen en jongeren met post-COVID'

Gijs Verkerk

Marieke Hijma-van der Togt

Linda Hölzel

Tamara Vreeburg

Marjolein Kuiper

Maaïke Kasander

Jeannica Ezendam

Anja Stroet

Theone Kampstra

Hoofdstuk 2

Kinderrevalidatiearts Dr. Mattijs Alsem

Amsterdam UMC.

Bronnenlijst

- Bhopal, S., Bagaria, J., Olabi, B., & Bhopal, R. (2021, May). Children and young people remain at low risk of COVID-19 mortality. *Lancet Child Adolesc Health*, 5(5), pp. e12-e13. doi:10.1016/S2352-4642(21)00066-3
- Bolster, E., Huijsmans, R., Muselaers, E., Hijma-van der Togt, M., Verkerk, G., & Alsem, M. (2022). *Handvest 'langdurige klachten na COVID infectie bij kinderen en jongeren: Informatie voor behandelend (kinder)fysiotherapeut en (kinder)ergotherapeuten*. Amsterdam: Amsterdam UMC.
- Brackel, C., Lap, C., Buddingh, E., Houten, M. v., Sande, L. v., Langereis, E., . . . Terheggen-Lagro, S. (2021, Aug). Pediatric long-COVID: An overlooked phenomenon? *Pediatr Pumonol.*, 56(8), pp. 2495-2502. doi:10.1002/ppul.25521
- Buonsenso, D., Fusco, C., De Rose, C., Valentini, P., & Vergari, J. (2022, Jan). Long COVID in children: Partnerships between families and paediatricians are a priority for better care. *Journal of Paediatric Child Health.*, 58(1), pp. 201-202. doi:10.1111/jpc.15600
- Buonsenso, D., Munblit, d., De Rose, C., Sinatti, D., Ricchiuto, A., Carfi, A., & Valentini, P. (2021, Jul). Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatr.*, 110(7), pp. 2208-2211. doi:10.1111/apa.15870
- Dani, M., Dirksen, A., Taraborrelli, P., Torocastro, M., Panagopoulos, D., Sutton, R., & Lim, P. (2021). Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies. *Clin Med (Lond)*, 21(1), pp. e63-e67. doi:10.7861/clinmed.2020-0896
- Duijse, M. v., Hoogerwerf, E., & Hoop, A. d. (2009). Wat wil ik nou zelf verbeteren? Foto-Interview helpt kinderen bij de keuze van de eigen hulvraag. *Nederlands Tijdschrift Ergotherapie*, 4, pp. 25-27.
- Ergotherapie Nederland. (2021). *Handreiking ergotherapie bij COVID-19 cliënten in de herstelfase*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- Ergotherapie Nederland. (2022). *Handreiking ergotherapie bij cliënten met het post-COVID-syndroom*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- Gezondheidsraad. (2022). *Langdurige klachten na COVID-19*. Dan Haag: Gezondheidsraad.
- Keller, J., Kafkes, A., & Basu, S. (2006). *A user's guide to Child Occupational Self-Assessment (COSA); version 21*. Chicago, USA: Clearing House. Department of occupational therapy, College of applied health science, University of Illinois.
- Ludvigsson, J. (2021, March). Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects to adults after clinical COVID-19. *Acta Paediatr.*, 110(3), pp. 914-921. doi:10.1111/apa.15673
- Molen-Meulmeester, E. v., & Verkerk, G. (2019). *Aanvullende handleiding voor het gebruik van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) bij kinderen zelf*. Amsterdam: Amsterdam UMC, loc. AMC.
- Netwerk Ziezon. (2021). *Een leerling met Post-Covid syndroom: informatie en advies voor leraren*. Den Haag: Netwerk Ziezon.
- NICE. (2021). *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19*. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Nott, M., Chapparo, C., & Heard, R. (2009, Oct). Reliability of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: a criterion-referenced assessment. *Aus Occup Ther J.*, 56(5), pp. 307-314. doi:10.1111/j.1440-1630.2008.00763.x
- Rajan, S., Khunti, K., Alwan, N., Steves, C., Greenhalgh, T., MacDermott, N., . . . Mckee, M. (2021). *In the wake of the pandemic: Preparing for Long COVID*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Yong, S. (2021, Oct). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infect Dis (Lond)*, 53(10), pp. 737-754. doi:10.1080/23744235.2021.1924397