**Korte samenvatting handreiking zorg post COVID-19** (focus op rol huisarts)

*Inleiding*

Long Alliantie Nederland (LAN) heeft een handreiking opgesteld voor de behandeling en begeleiding van post-COVID-19-patiënten. In onderstaande samenvatting wordt specifiek ingezoomd op de rol van de huisarts bij de zorg voor patiënten die een COVID-19 infectie hebben doorgemaakt. Deze groep heeft vaak restklachten die aangeduid worden met de term CAS (COVID-19 Associated Syndrome).

Definitie: COVID-19 Associated Syndrome (CAS) is de verzamelnaam voor persisterende c.q. chronische symptomen en klachten, die in aansluiting op en waarschijnlijk ver­oorzaakt worden door COVID-19, mogelijk voor langere tijd resteren nadat ie­mand de primaire infectie heeft doorgemaakt. Iemand met CAS heeft primair longschade (zie hieronder), maar er kan tegelijkertijd ook sprake zijn van andere restschade (o.a. cardiovasculair, neurologisch), het Post Intensive Care Syndroom (PICS), alsmede van cognitieve en psychische problemen.

*Beeld patiënten*

Vooralsnog zal CAS in fysiologisch opzicht waarschijnlijk gekenmerkt worden door een verminderde longfunctie (nadruk op restrictie, minder waarschijnlijk obstructie), verminderde diffusiecapaciteit en/of verminderde compliantie. Daarnaast kunnen zich nog tal van andere klachten voordoen, bijv. gewrichts­pijn en/of -stijfheid, spierzwakte, algehele vermoeidheid, smaak- & geurver­lies. Deze fysieke klachten kunnen vergezeld gaan van verschillende cogni­tieve en psychische klachten.

*Rol huisarts in fase 1.*

De handreiking voor post COVID-19 zorg gaat uit van drie fases, die cyclisch verlopen[[1]](#footnote-1). In welke fase de behandeling van de patiënt start, is afhankelijk van de situatie van de patiënt. De rol van de huisarts is het grootst bij patiënten die in fase 1 starten. Dit zijn patiënten die veelal thuis een COVID-19 infectie hebben doorgemaakt.

Het is de bedoeling dat huisartsen deze patiënten circa 6 weken na herstel actief oproepen voor een anamnese en beperkte analyse van fysieke parameters, ervaren klachten en beperkingen en kwaliteit van leven[[2]](#footnote-2). Ook patiënten die zich bij de huisarts melden met wisselende luchtwegproblemen, zoals kortademigheid en hoesten, kunnen op de ‘diagnose’ CAS onderzocht worden. Ook bij niet-klassieke klachten, zoals vermoeidheid en conditievermindering, kan dit onderzoek geïndiceerd zijn.

Op basis van de verkregen gegevens wordt er bepaald of er een gespecialiseerde integrale beoordeling nodig is (fase 2, doorverwijzing naar longarts) of dat er gestart kan worden met behandeling en/of begeleiding op basis van een individueel zorgplan. Behandeling door paramedici (bijvoorbeeld fysiotherapie) en psychosociale ondersteuning valt hier ook onder. Bij multidisciplinaire behandeling is een goede afstemming en communicatie tussen de disciplines vereist om te komen tot een geïntegreerde analyse en een individueel zorgplan.

*Wanneer doorverwijzing naar fase 2.*

Aanleidingen om wel door te verwijzen naar de longarts voor een beoordeling (fase 2) zijn onder andere:

1. Diagnostische problemen, waaronder discrepantie tussen klachten en longfunctieafwijkingen of de verdenking op andere/bijkomende oorzaken van klachten (comorbiditeit)
2. Niet, of onvoldoende bereiken van behandeldoelen
	1. Niet behalen behandeldoelen binnen 3 maanden
	2. Het blijven bestaan van ernstige beperkingen bij de uitvoering van dagelijkse activiteiten en/of deelname aan werk en maatschappelijk leven
	3. Aanwijzingen voor externe omstandigheden of persoonlijke factoren die bijdragen aan het houden van ernstige klachten
	4. Mogelijke indicatie voor (long)revalidatie of zuurstoftherapie thuis
	5. Matige tot ernstige adaptatieproblemen
3. Niet, of onvoldoende kunnen beantwoorden aan de zorgvraag van de patiënt

*Individueel zorgplan*

De handreiking gaat uit van ‘zorg op maat’ en het opstellen van een individueel zorgplan voor de mens met CAS. Dit betekent dat de juiste zorg, op de juiste plaats en op het juiste moment geleverd wordt en dat zor­gaanbod is afgestemd op de zorgbehoeften van de individuele patiënt.

De behandeling en begeleiding wordt aangepast aan de aard en de ernst van de klachten en problemen die een patiënt ervaart in zijn integrale gezondheidstoestand, uiteraard voor zover hij of de personen in zijn directe omgeving in staat zijn dit voldoende kenbaar te maken. Een en ander vereist een adequate integrale beoordeling, waarbij alle aspecten van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt in ogenschouw genomen worden: fysieke stoornis, comorbiditeit(en), cognitieve en psychische klachten, beperkingen in het dagelijks functioneren en participatie, alsmede relevante externe en persoonlijke factoren (ICF-systeem).

Het hoofddoel van alle zorginspanningen is het bevorderen van de integrale gezondheidstoestand gericht op het zo klachtenvrij mogelijk leven, zo min mogelijk beperkingen ervaren en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Dit hoofddoel wordt bereikt door middel van drie centrale behandelstrategieën. Het optimaliseren van:

* 1. Het dagelijks functioneren op activiteitenniveau, welzijnsaspecten, sociaal functioneren, participatie en ervaren kwaliteit van leven;
	2. Het fysieke functioneren, mede om (verdere) schade op pulmonaal dan wel systemisch niveau op langere termijn te voorkomen dan wel te beperken;
	3. Het cognitieve en psychische functioneren, mede om (verdere) klachten op langere termijn te voorkomen dan wel te beperken.

Voor alle drie geldt dat onder optimalisering ook het voorkomen van verergering wordt verstaan.

De be­langrijkste behandel- en begeleidingsvormen daarbij zijn:

Fysieke klachten

* Informatie, voorlichting en advies
* Stoppen met roken
* Bewegen, conditieverbetering en toename van spierkracht (gedoseerd)
* Verbetering voedingstoestand, een goed gewicht en opbouwen van spiermassa
* Management dyspnoe, hoesten en sputum
* Medicamenteuze behandeling (incl. comorbide condities, pneumokokkenvaccinatie)
* Revalidatiebehandeling (incl. ergotherapie)
* Zuurstoftherapie
* Advance care planning

Psychische klachten

* Psycho-educatie
* Coachende begeleiding
* Psychosociale ondersteuning
* Stressmanagement
* Probleemoplossende therapie
* Cognitieve gedragstherapie
* Stimulering zelfmanagement
* Training in copingvaardigheden
* Rouw- en verliesbegeleiding

*Rol patiënt*

De patiënt (incl. naasten) is partner in de zorg. Dat betekent dat zorgplannen opgesteld worden op basis van de principes van gezamenlijke besluitvorming en dat de patiënt bij de uitvoering daarvan waar mogelijk zelf regie neemt. Hij ontvangt daarbij ondersteuning in zelfmanagement.

*Doorlooptijd behandeling*

Patiënten met CAS met lichte klachten, die onder behandeling van de huisarts zijn, krijgen voorlopig één keer per jaar een integrale beoordeling door de huisarts. Dit gebeurt aan de hand van het individueel zorgplan en de ervaren klachten. Dit stopt op het moment dat beiden besluiten dat dit niet meer nodig is. De klachten zijn bepalend voor het tijdens de integrale beoordeling uit te voeren onderzoek. Dit impliceert dat niet altijd de longfunctie hoeft te worden gecontroleerd. Indien deze

integrale beoordeling afwijkingen oplevert, is er op dat moment geen sprake meer van ‘lichte klachten’ en wordt de patiënt ingestuurd naar de longarts (fase 2).

**Bijlage 1. Overzicht van de drie fases**

**Fase 1: Integrale beoordeling**

Anamnese en beperkte analyse van fysieke parameters, ervaren klachten en beperkingen, kwaliteit van leven. Bepaling zorgvraag van de patiënt. Deze beoor­deling (Fase 1) wordt over het algemeen door de huisarts verricht. Personen waar­van bekend is dat zij COVID-19 hebben doorgemaakt, worden door de huisarts zo mogelijk actief opgeroepen circa 6 weken na herstel.

**Fase 2: Gespecialiseerde integrale beoordeling**

Bij aanwezigheid van een indicatie voor een nadere analyse (zie hieronder) volgt een gespecialiseerde integrale beoordeling waarbij fysieke en andere parameters en de persoonlijke situatie en zorgvraag van de patiënt meer gedetailleerd en zo nodig multidisciplinair worden bezien. Deze beoordeling (Fase 2) wordt in eerste instantie door een longarts verricht, maar kan afhankelijk van de omstandig­heden ook multidisciplinair plaats vinden. Personen waarvan bekend is dat zij COVID-19 in het ziekenhuis hebben doorgemaakt, worden door de poortspecialist (bij voorkeur de longarts) zo mogelijk actief opgeroepen circa 6 weken tot 3 maanden na ontslag.

**Fase 3: Intensieve integrale analyse**

Blijkt bij een gespecialiseerde integrale beoordeling dat sprake is van complexe, eventueel meervoudige problematiek, dan kan een intensieve integrale analyse plaatsvinden door zorgverleners met ervaring in de behandeling van mensen met ernstige klachten en beperkingen. Deze analyse (Fase 3) vindt altijd interdiscipli­nair in de tweede of derde lijn plaats.

**Bijlage 2.**

Inhoud van de anamnese in fase 1:

*Primair*

* Anamnese
* Lichamelijk onderzoek (incl. bloedruk en saturatie in rust en na inspanning)
* Antistoffentest COVID-19 (indien beschikbaar)
* Longfunctiebeperking: aanwij­zing voor restrictie en (mogelijk) obstructie: (F)VC, eensecondewaarde (FEV1)
* Dyspnoe score: MRC27
* Fysieke conditie: bijv. handknijpkracht, SPPB of 6MWT28
* Ervaren klachten en beperkingen: bijv. met CCQ of USD-vragenlijst
* Vermoeidheidsscore: bijv. CIS-vragenlijst
* Longpathologie: X-thorax (via diagnostisch consult)

*Op indicatie*

* Ondervoeding, onbedoeld gewichtsverlies en/of spiermassaverlies: GLIM-criteria, bijv. MUST of Snaq 65+, voor sarcopenie SARC-F
* Ervaren cognitieve en/of psychische problemen: bijv. 4DKL en MoCA of MMSE
* Kwaliteit van leven, psycho­sociaal functioneren: bijv. EQ5d of RAND-36
* Overbelasting mantelzorg: bijv. CSI en EDIZ34

In fase 1 van de integrale beoordeling stemt de huisarts zo nodig af met paramedische zorgverleners.

1. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de drie fases [↑](#footnote-ref-1)
2. Zie bijlage 2 voor de inhoud van deze anamnese [↑](#footnote-ref-2)