

Rectificatie: in het vorige nummer is in het eerste artikel over de nieuwe NHG-Standaard een fout geslopen. Er staat: het **ademhalingscriterium** voor een ernstige exacerbatie is gewijzigd van 120 naar 100 keer per minuut. Dit moet zijn: het **hartfrequentiecriterium** voor een ernstige exacerbatie is gewijzigd van 120 naar 100 keer per minuut.

Handreiking voor zorgverleners: 'Behandeling en begeleiding van post-COVID-19 patiënten'

Cynthia Hallensleben, redactielid CAHAG-Bulletin



De handreiking is opgesteld door de Long Alliantie Nederland (LAN) in opdracht van ZonMw. Het Longfonds (namens de patiënten) en een groot aantal beroepsverenigingen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de handreiking, waaronder de verenigingen van kaderhuisartsen longziekten, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, apothekers, longartsen en psychologen.

Klachten en beperkingen

COVID-19 Associated Syndrome (CAS) is de verzamelnaam voor klachten en beperkingen die voor langere tijd blijven, nadat iemand de primaire infectie met COVID-19 heeft doorgeemaakt. Veel patiënten ondervinden langdurig problemen nadien, of zij nu een ernstig of een mild ziektebeloop hadden. Mensen met CAS hebben vaak longschade en last van vermoeidheid, benauwdheid, druk op de borst, duizeligheid en spierpijn. Onder meer de kennis, ervaringen en voorkeuren van patiënten (verkregen via www.coronalongplein.nl) en zorgverleners zijn meegenomen in de handreiking die de LAN heeft ontwikkeld.

Hans in 't Veen, longarts en Niels Chavannes, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde, zijn de voorzitters van de werkgroep die de handreiking heeft ontwikkeld: "Veel mensen lijken traag te herstellen van een COVID-19-infectie. Hoewel we nog niet duidelijk hebben hoe precies het beloop van de ziekte is en wat de behandeling zal moeten

zijn, dienen we deze mensen een kapstok te bieden," zegt Hans in 't Veen. Niels Chavannes voegt er aan toe: "Een groot deel van de mensen dat COVID-19 heeft doorgeemaakt is niet in het ziekenhuis onder behandeling geweest. Soms is zelfs de huisarts niet geconsulteerd. Het is een onjuiste aanname dat deze mensen slechts milde klachten hebben gehad. Er is een aanzienlijke ziektelast na infectie die pas net in kaart wordt gebracht en de behandeling is door de diverse uitingen van COVID-19 zeer complex".

Deze handreiking biedt houvast aan huisartsen en collega's in het ziekenhuis en ook aan andere zorgverleners die allemaal een deel van deze zorg voor hun rekening gaan nemen. In de komende maanden en jaren zal in een dynamisch en lerend samenwerkingsproces blijvend worden gewerkt aan verdere uitbreiding, onderbouwing en verbijzondering van deze handreiking.

https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Ouderen/Beter_Thuis/Handreiking_voor_de_zorg.pdf

Conclusie voor de praktijk:

- Zorg dat positief geteste COVID-19 patiënten worden gecodeerd met ICPC R-83 en pas de omschrijving aan naar COVID-19-infectie.
- Bel patiënten waarvan je een positieve test ontvangt op. Ga in op de beleving van het feit dat ze positief getest zijn, hoe ziek zijn ze, lukt het met quarantaine? Geef het belang aan van gezonde voeding en beweging, ook tijdens de quarantaineperiode en in de tijd dat ze nog herstellende zijn. Wacht niet af.
- Roep de patiënten op die niet voor de COVID-19 infectie onder behandeling zijn geweest van een specialist, circa 6 weken na herstel. Maak een inschatting van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt door middel van anamnese en een beperkte analyse van fysieke parameters, ervaren klachten, beperkingen, kwaliteit van leven om zo de zorgvraag van de patiënt te bepalen.
- Stem de zorg zo nodig af met paramedische hulpverleners zoals de fysiotherapeut, de POH-GGZ en de diëtist. Verwijs patiënten door voor een gespecialiseerde integrale beoordeling naar de specialist bij diagnostische problemen, niet of onvoldoende bereiken van de behandeldoelen of bij niet of onvoldoende beantwoorden aan de zorgvraag van de patiënt. De specialist zal in de meeste gevallen een longarts zijn.

Coronalongplein.nl, waardevol platform voor mensen met longklachten na corona

Renate van der Heijden, communicatieadviseur Longfonds

Vermoeidheid, kortademigheid, druk op de borst, hoofdpijn, spierpijn: bijna drie maanden na de eerste symptomen van het virus heeft een groot deel van de COVID-19 patiënten

nog ernstige klachten. Ruim 9 op de 10 mensen met klachten na infectie geeft zelfs aan problemen te hebben met simpele dagelijkse activiteiten. Het Longfonds komt op voor deze groep en lanceerde in samenwerking met de Long Alliantie Nederland (LAN) het Coronalongplein, dat 7 mei jl. live ging.

Mensen die ernstig ziek zijn geweest door COVID-19 en nog steeds longklachten hebben, kunnen op dit digitale patiëntenplein terecht. Informatie, ontmoeting, hulp en onderzoek komen hier samen. Het Coronalongplein voorziet duidelijk in een behoefte: ruim 90.000 mensen hebben het plein inmiddels bezocht en het aantal groeit nog dagelijks.



Herkenning en erkenning

Judith van den IJssel (51) raakte eind maart besmet met het COVID-19 virus. In het ziekenhuis bleek dat ze in beide longen meerdere ontstekingen had. Ze is opgenomen en kreeg zuurstof toegediend. “Toen mijn zuurstofgehalte weer op 94 procent zat en ik geen koorts meer had, mocht ik naar huis. Daar voelde ik me de eerste weken zo zwak dat ik hooguit een paar minuten op de rand van mijn bed kon zitten.”

Het vervelende aan de nasleep vond Judith alle vraagtekens. “De problemen zijn nieuw. Niemand kan vertellen hoe de klachten verlopen en wat je moet doen om beter te worden. Ik voelde me een aansteller. Thuis ben ik naar antwoorden gaan googelen en zo vond ik het Coronalongplein. Een veilige en verantwoorde plek op internet waar informatie van specialisten samenkomt met verhalen van lotgenoten. Dat is héél fijn. Ik vond er tips om mijn conditie weer op te bouwen en merkte bovendien dat ik niet de enige was met deze klachten. Ik vond er herkenning maar ook erkenning.”

Wat is er te vinden op het Coronalongplein?

Het Coronalongplein biedt (post-)COVID-19 patiënten en hun naasten onafhankelijke informatie en ervaringsverhalen over het herstel na infectie. Maar ook achtergrondinformatie over wat het virus doet met je longen. Daarnaast

kunnen mensen via het platform in contact komen met anderen, zodat ze ervaringen kunnen uitwisselen. Ook is er de mogelijkheid om een vraag te stellen aan deskundigen.

Vraaggestuurde zorg

Via het Coronalongplein kunnen mensen de zogenoemde ‘Ziektelastmeter’ invullen. Zo kunnen ze inzicht krijgen in hun klachten en doorverwezen worden naar de juiste zorgprofessional. Daarnaast is de handreiking ‘Behandeling en begeleiding van post-COVID-19 patiënten’ opgesteld om zorgverleners een kapstok te bieden. Hierin staan aanbevelingen hoe zij zorg kunnen verlenen aan de patiëntengroep die klachten en beperkingen heeft overgehouden aan COVID-19: het COVID-19 Associated Syndrome (CAS). De handreiking is mede tot stand gekomen op basis van kennis, ervaringen en behoeften van patiënten verkregen via het Coronalongplein.

Conclusie voor de praktijk:

- Wijs post-COVID-19 patiënten op het bestaan van het Coronalongplein. Hier kunnen ze informatie vinden en in contact komen met lotgenoten.
- Adviseer patiënten die ernstig ziek zijn geweest door COVID-19 en nog steeds longklachten hebben zich te melden op Coronalongplein.nl en hier hun ervaring te delen.
- Er is helaas nog steeds veel onbekend over het COVID-19 virus. Wel weten we dat de impact van het COVID-19 virus op het dagelijkse leven van mensen die ernstig ziek zijn geweest door COVID-19 groot kan zijn.

Discussie over de rol van aerosolen bij transmissie van COVID-19

Hans in 't Veen, longarts, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam

De COVID-19 pandemie heeft voor iedereen grote gevolgen. De effecten zijn zichtbaar en voelbaar binnen en buiten de zorg. Er wordt veel gedaan om de pandemie onder controle te krijgen, waarbij de meest bekende maatregelen natuurlijk de 1.5 meter afstand, consequent handen wassen en het hoesten/niezen in de elleboogplooï zijn. Deze maatregelen richten zich voornamelijk op het verminderen van de verspreiding van het virus via (grote) druppels. Er is recent echter ook een discussie op gang gekomen of transmissie via kleine druppels (aerosolen kleiner dan $\leq 10 \mu\text{m}$) een rol speelt in de verspreiding van het virus. Als aerosolen bijdragen bij de verspreiding dan zouden ook andere, aanvullende, maatregelen van belang kunnen zijn om verdere transmissie in najaar en winter tegen te gaan. Deze maatregelen betreffen onder andere de zorg voor adequate luchtverversing in gebouwen en het dragen van mondkapjes in openbare binnenruimtes. Er is een oproep gedaan aan zowel de Wereld gezondheidsorganisatie als naar de Nederlandse overheid en het RIVM om dit nader te onderzoeken. Het gehele artikel kunt u nalezen via:

www.ntvg.nl/artikelen/virustransmissie-bij-covid-19/icmje

De impact van de coronapandemie op het werk van POH's-GGZ: ervaringen uit de praktijk

Tessa Magnée, Henny Sinnema, Kerstin Wolters, Audry Kenter, LV POH-GGZ, Harderwijk

De coronacrisis en het daaruit voortvloeiende beleid hebben impact op het werk van praktijkondersteuners GGZ. In dit artikel beschrijven wij onze ervaringen. Onze werkdruk is toegenomen, de wijze van consultvoering meer gedigitaliseerd en er was een toename van stress- en angstklachten bij patiënten.

De volgende casus illustreert de veranderende zorgvraag waar we mee te maken kregen: *“Een jonge vrouw geeft aan dat haar omgeving moeite heeft met de zorgvuldigheid waarmee ze zich aan alle corona-regels houdt. Haar echtgenoot is onder behandeling voor kanker en is kwetsbaar. Cliënt werkt daarom zonder uitzondering thuis en slaat veel sociale activiteiten over. De reacties van haar omgeving – bijvoorbeeld collega’s en vrienden – op hoe zij met de situatie omgaat roepen veel stress, boosheid, verdriet en twijfels bij cliënt op (casus 1)”*.

Een andere verandering is de nieuwe groep post-COVID-19 patiënten die we in de eerste lijn zien vanwege de mentale gevolgen van de doorgemaakte infectie: *“Een sportieve man van middelbare leeftijd heeft een COVID-19 infectie gehad, waarvan hij thuis is hersteld. Vijf maanden nadat hij beter is verklaard is hij aan het re-integreren. Hij kan zich nog steeds slecht concentreren, heeft geheugenproblemen en moeite met groepen mensen, is snel overprikkeld en bang opnieuw besmet te raken. Hij is regelmatig zo moe, dat hij er moedeloos van wordt. Cliënt ervaart weinig begrip vanuit anderen over de duur van zijn herstel, wat voor extra stress zorgt (casus 2)”*.

Professionals die psychische hulp, zorg en ondersteuning gaven tijdens de coronacrisis ervoeren over het algemeen een hogere werkdruk. Deze toename werd vooral veroorzaakt door de inspanning die het kostte om in contact te blijven met patiënten, het naleven van de COVID-19 protocollen en de veranderde beschikbaarheid van collega’s.¹ De invloed die de coronacrisis op de ervaren werkdruk van POH's-GGZ had verschilde per praktijk. Ongeveer 48% van de POH's-GGZ had het tijdens de coronacrisis even druk als daarvoor; 39% had het rustiger en 13% had het drukker.² Dat het bij sommige praktijken rustiger was, kan komen doordat praktijken gesloten waren voor niet-acute zorg, doordat patiënten niet naar de praktijk durfden te komen uit angst ziek te worden, of omdat ze dachten dat hun probleem niet ernstig genoeg was. De verwachting is dat de werkdruk de komende periode toeneemt door uitgestelde zorg(vragen) en langere wachttijden in de GGZ. Deze toegenomen werkdruk heeft ook invloed op de omgeving van zorgmedewerkers. Zo laat deze casus zien: *“Een bejaarde, alleenstaande dame woont zelfstandig en redt zich met*

hulp van de thuiszorg nog net. Door de corona-maatregelen en haar gezichtsvermogen dat steeds verder afneemt is zij zich langzaam steeds geïsoleerder gaan voelen. Familieleden werken in de zorg en kunnen nog maar weinig op bezoek komen of mogen dat niet. Zij mist haar overleden echtgenoot en voelt zich eenzaam, gespannen en verdrietig (casus 3)”.

In het begin van de coronacrisis vonden consulten nauwelijks face-to-face plaats, maar vooral via (video)bellen. In overleg met patiënten werd soms gekozen voor een huisbezoek (bij ruimtegebrek in de praktijk) of een wandeling. De noodzaak tot videobellen leidde soms tot versnelde invoer van eHealth, met daarbij de nodige technische uitdagingen. Verschillende eHealth aanbieders ontwikkelden nieuwe programma's, speciaal gericht op COVID-19 gerelateerde problemen (zoals stress, thuiswerken, eenzaamheid en mentale revalidatie). Wij hebben tijdens de piek van de coronacrisis veel gebruik gemaakt van videobellen en iets vaker online modules ingezet dan voorheen. Inmiddels zijn face-to-face gesprekken weer mogelijk. Welke wijze van consultvoering nu gekozen wordt is vooral afhankelijk van de behoeftes en wensen van de cliënt (en de POH-GGZ). Veel patiënten hebben een voorkeur voor face-to-face gesprekken, omdat (beeld)bellen anders ervaren wordt dan 'echt' contact. Enkele patiënten geven aan (beeld)bellen juist prettiger te vinden; ze hoeven niet meer naar de praktijk te komen, of durven meer open te zijn in een online gesprek. Inmiddels werken wij weer bijna net zoals voor de coronacrisis en zien we de meeste mensen weer in de praktijk.

Samenvattend zagen wij als gevolg van de coronacrisis een toename van stress- en angstklachten (zie casus 1), sociale isolatie en eenzaamheid (zie casus 3). Daarnaast kwamen vaker zorgen over (mogelijke) financiële problemen voor. Onze ervaringen zijn in lijn met de literatuur. De coronamaatregelen worden geassocieerd met negatieve psychische gevolgen zoals depressieve klachten, angst, woede, (posttraumatische) stress, sociale isolatie, eenzaamheid en (angst voor) stigmatisering.³ Ook eerdere crises (pandemieën, rampen en economische crises) leidden tot een slechtere psychische gezondheid van burgers, en veroorzaakten meer opnames in de geestelijke gezondheidszorg en meer suïcidepogingen.⁴ De duur van de maatregelen en de gevolgen voor het inkomen zijn risicofactoren voor psychische problemen, net als reeds bestaande psychische problemen en een slechte informatievoorziening over de maatregelen.³ Overigens zagen wij in de praktijk ook patiënten die door de coronacrisis juist minder last hadden van (dreigende) psychische problemen, bijvoorbeeld overbelaste patiënten die minder druk ervoeren doordat de maatschappij tijdelijk min of meer tot stilstand kwam. Tot slot moeten patiënten die daadwerkelijk een COVID-19-infectie hebben doorgemaakt niet alleen lichamelijk maar ook cognitief⁵ en sociaal herstellen. Dit kan veel stress opleveren (casus 2).

Conclusies voor de praktijk:

- Wees proactief (POH, huisarts en assistent) in het uitvragen en signaleren van psychische problemen, zeker bij risicogroepen, zoals patiënten die hun baan zijn kwijtgeraakt, en voorkom daarmee verergering van psychische klachten.
- Werk samen met welzijnsorganisaties (bij eenzaamheid/sociaal isolement), maatschappelijk werk en schuld-hulpverlening (bij financiële problemen).
- Verwijs indien nodig tijdig naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.
- Kies de vorm van consultvoeren die het beste past bij de wens van de patiënten en de POH-GGZ.
- Raadpleeg voor meer informatie het Informatie- en Verwijscentrum mentale gezondheid COVID-19 van het RIVM.

CAHAG-zaken**Astma en COPD zorg in corona tijd.**

De CAHAG schrijft continu standpunten en richtlijnen om de reguliere zorg in de eerste lijn te ondersteunen en te adviseren in deze coronatijd. Dit doen we samen met andere organisaties, zoals het NHG, de LHV en de NVALT. U kunt de laatste richtlijnen vinden op www.cahag.nl/kennisbank/cahag-standpunten

CAHAG Conferentie 14 januari 2021

Donderdag 14 januari 2021 vindt de 11^e CAHAG Conferentie plaats in het Hotel Theater FIGI in Zeist en online via een livestream. U kunt dus kiezen of u thuis of op locatie de Conferentie bijwoont. De Conferentie staat grotendeels in het teken van COVID-19.

Het thema "Astma & COPD zorg ten tijde van de Corona crisis" wordt uitvoerig behandeld tijdens de plenaire sessies zoals de corona ziektelastmeter door Onno van Schayck en Annerika Gading. De internationale impact wordt besproken door Janwillem Kocks en Niels Chavannes praat u bij over de handreiking. Daarnaast zullen we, zoals u van ons gewend bent, in break-out sessies de nieuwste ontwikkelingen in de astma en COPD zorg belichten.

Hotel Theater FIGI anticipeert, voor zover tegen die tijd nog van toepassing, op de 1,5 meter maatschappij en neemt alle benodigde voorzorgsmaatregelen van dien. Ze volgen de richtlijnen van het RIVM om zo te zorgen dat de conferentie op een verantwoorde manier plaats kan vinden. Maar u kunt er dus ook voor kiezen om online de Conferentie bij te wonen.

De Conferentie staat open voor iedereen die geïnteresseerd is in wetenschappelijk onderzoek op het gebied van Astma en COPD en de vertaling daarvan naar de praktijk, zoals huisartsen, longartsen, praktijk- en longverpleegkundigen. Inschrijving via www.cahagconferentie.nl

Adembenemend 2021 gaat in verband met COVID-19 niet door!

We hopen u in 2022 weer op Papendal te ontmoeten.

CASPIR Module 1

Sinds kort is een nieuwe Module 1 beschikbaar. Deze Module is zeer geschikt om de basisbeginselen van spirometrie weer op te frissen of voor de eerste kennismaking met spirometrie in de huisartsenpraktijk. Het is een Nederlandstalige e-learningmodule die thuis achter de laptop of tablet gemaakt kan worden. Deze e-learningmodule gaat over de basisbeginselen van het uitvoeren en beoordelen van spirometrie in de huisartsenpraktijk. U volgt deze e-learning in de digitale leeromgeving van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en kost €25. Meer info en opgave vindt u op www.cahag.nl/cahag-congressen-scholingen/e-learnings

CAHAG-dagen 2021

De CAHAG-dagen in 2021 voor praktijkondersteuners en huisartsen vinden 10 juni in Zwolle en 28 september in Nieuwegein plaats. We hopen u dan weer op locatie te kunnen ontmoeten.

Colofon

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting, gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma, zie www.cahag.nl. Het CAHAG-bulletin verschijnt 3x per jaar met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartspraktijk. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur (tenzij anders vermeld) en niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: Esther Metting (hoofdredacteur), Frank Oldenhof, Roel Wennekes, Irene van der Weerd, allen (kader)huisarts, Cynthia Hallensleben, praktijkverpleegkundige/researcher en Marjan Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht cahagsecretariaat@nhg.org

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subspansoren Chiesi, Astra Zeneca en de hoofdspansoren:



**Boehringer
Ingelheim**