

## NHG-Standaard Langdurige klachten na COVID-19

Roel Wennekes, (kader)huisarts

In maart is de NHG-Standaard Langdurige klachten na COVID-19 verschenen. Deze NHG-Standaard is onderdeel van de integrale multidisciplinaire richtlijn Langdurige klachten na COVID-19. De standaard bespreekt het beleid bij volwassen patiënten met een doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie die zich bij de huisarts melden met aanhoudende klachten ( $\geq 4$  weken).

Veel patiënten hebben langdurige klachten na het doormaken van COVID-19. Uitgaande van de data van ongevaccineerde patiënten is ongeveer de helft na 3 maanden klachtenvrij. De meest voorkomende klachten zijn vermoeidheid, verminderde inspanningsintolerantie, spierzwakte, dyspneu, cognitieve klachten en reuk- of smaakstoornissen. Ook hebben veel patiënten last van angst en slaapproblemen. Er zijn nog geen data over langdurige klachten na COVID-19 bij volledig gevaccineerde patiënten.

De pathofysiologie van langdurige klachten na COVID-19 is nog onbekend. Wel zijn er theorieën over onderliggende factoren zoals disregulatie van het autonome zenuwstelsel of het immuunsysteem. Patiënten met een ernstiger beloop van de acute infectie of meer klachten hierbij lijken een hoger risico te lopen op langdurige klachten. De kans op het ontwikkelen van andere nieuwe aandoeningen na COVID-19 lijkt niet verhoogd ten opzichte van patiënten die geen COVID-19 hebben doorgemaakt. Aanhoudende vermoeidheid is de meest voorkomende langdurige klacht na COVID-19. Dit kan verergerd worden door slaapproblemen, piekeren of angst- dan wel somberheidsklachten. De prevalentie van voedingsgerelateerde klachten met risico op spierverswakte is onduidelijk. Door inactiviteit gaat het spierverswakte bij COVID-19-patiënten, die acuut ziek en bedlegerig zijn geweest, snel. Het herstel duurt vaak lang.

Dyspneu behoort tot de meest voorkomende langdurige klachten na COVID-19. Een derde van de patiënten rapporteert deze klacht 4 weken na COVID-19; 2 maanden later is dit gedaald naar een kwart. De dyspneuklachten komen geïsoleerd, maar ook in samenhang met thoracale klachten (zoals pijn of een beklemmend gevoel op de borst) voor. Een deel van de patiënten heeft bovendien last van disfunctioneel ademen (stressgerelateerd) zonder pathofysiologisch substraat. Resultaten van onderzoeken naar myocarditis en pericarditis na doorgemaakte COVID-19 berusten veelal op routematige screening bij specifieke groepen (zoals atleten), die kort ( $< 4$  weken) na de acute infectie plaatsvond. De klinische relevantie van deze bevindingen is vooralsnog twijfelachtig.

Sinds de eerste beschrijvingen van langdurige klachten na COVID-19 wordt ook gesproken over brain fog of 'hersennmist'. Dit betreft concentratieproblemen, vergeetachtigheid of verminderde tolerantie voor prikkels van buitenaf. Prevalenties liggen rond de 16-34%. Deze klachten kunnen ernstig beperkend zijn en langdurig werkverzuim of problemen met het hervatten van sociale activiteiten veroorzaken.

Reuk- en smaakstoornissen herstellen bij de overgrote meerderheid ( $> 90\%$ ) binnen een maand na de acute infectie. Angst- en somberheidsklachten na COVID-19 komen veelvuldig voor (grootveel 1 op de 5 patiënten). Patiënten beschrijven ook posttraumatische stress-

klachten en vaak slaapproblemen. Patiënten rapporteren in de eerste 3 maanden na het doormaken van COVID-19 regelmatig hoesten, gewrichtsklachten en spierpijn. Tot slot zijn er talloze minder vaak voorkomende langdurige klachten, zoals maag-darmklachten, duizeligheid, hoofdpijn, keelpijn of stemklachten.

De standaard adviseert slechts beperkt lichamelijk onderzoek, gericht op het individuele klachtenpatroon. Aanvullende onderzoeken, zoals X-Thorax, lab (o.a. D-dimeer) en ECG zijn vrijwel alleen nodig in het kader van de differentiaal diagnostiek.

De behandeling neemt vaak meerdere consulten in beslag, met aandacht voor de biologische, psychologische en sociale aspecten. De basis ervan bestaat uit voorlichting en adviezen, in samenspraak met de patiënt. Verwijs bij specifieke problematiek zo nodig naar een paramedische behandeling of tweedelijns consultatie (longarts, cardioloog of revalidatiearts). Bij verwijzing vanwege langer aanhoudende klachten van vermoeidheid, dyspneu en/of disfunctioneel ademen is er geen strikte scheiding in verwijzing naar fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. Overweeg een multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn bij matig ernstige samenhangende klachten die meer dan 6 weken na COVID-19 aanhouden.

Overweeg verwijzing naar de tweede lijn voor een multidisciplinair overleg bij onvoldoende herstel na behandeling in de eerste lijn van matig ernstige of complexe samenhangende klachten na 6 maanden.

Blijf bij langdurige (of verergerende) klachten na COVID-19 alert op andere of bijkomende oorzaken, zoals hartfalen, astma/COPD, angina pectoris, longembolie of een (nieuwe) respiratoire infectie.

### Conclusies voor de praktijk

- Veel patiënten hebben langdurige klachten ( $\geq 4$  weken) na het doormaken van COVID-19.
- De meest voorkomende klachten zijn vermoeidheid, kortademigheid, thoracale pijnklachten, cognitieve stoornissen, verminderde reuk/smaak en slaapproblemen.
- De behandeling is in aanvang afwachtend en bestaat vooral uit voorlichting en adviezen.
- Bij diagnostische twijfel of complexe en/of langdurig bestaande klachten is er een indicatie voor multidisciplinaire interventie in 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> lijn.

### Digitale vaardigheden

Esther Metting (Data Science Center in Health, UMCG)

Cynthia Hallensleben (Nationaal eHealth Living Lab (NeLL), LUMC)



Binnen de zorg wordt er steeds meer gebruik gemaakt van technologie bij de behandeling van patiënten. Dit fenomeen wordt ook wel eHealth genoemd en dit heeft zich onder andere door de corona-pandemie snel ontwikkeld. Voorbeelden van eHealth zijn beeldbellen, het monitoren van vitale functies door patiënten thuis (telemonitoring), het aanbieden van betrouwbare medische patiënteninformatie of het gebruiken van een digitaal patiëntendossier. Onderzoek heeft uitgewezen dat het gebruik van eHealth kan leiden tot betere gezondheidsresultaten en helpt bij het verminderen van de werkdruk van de zorgverlener<sup>1</sup>.

Maar wist u dat ongeveer 3 miljoen Nederlanders niet digitaalvaardig zijn?<sup>2</sup> Deze groep wordt ook wel digitaal ongeletterd genoemd, waarmee wordt bedoeld dat men niet in staat is om zelfstandig te interacteren met digitale technologie. Denk hierbij aan het downloaden van een app, het koppelen van een apparaat met Bluetooth of het aanmaken van een account. In Tabel 1 kunt u zien dat dit niet alleen ouderen betreft, maar ook jongere generaties. Opvallend hieraan is dat Nederland binnen Europa de koploper is op het gebied van internetaansluiting; meer dan 95% van de Nederlandse huishoudens heeft thuis een verbinding met internet.

**Tabel 1** Percentage digitaal ongeletterde personen in Nederland (2019)

Proportie mensen zonder basisvaardigheden (2019)	Nederland
Totaal deel van de populatie	21%
25-54 Jaar, hoog opgeleid	4%
55-74 Jaar, hoog opgeleid	11%
25-54 Jaar, laag opgeleid	41%
55-74 Jaar, laag opgeleid	62%
Geboren buiten de EU	27%
Gepensioneerd	43%
Werkloos (2019)	15%

Deze beperkte digitale vaardigheden vormen een belangrijk probleem doordat er op deze manier een gezondheidskloof kan ontstaan tussen de mensen die wel- en niet digitaalvaardig zijn. Immers, in de zorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van digitalisering om zo een hogere kwaliteit van zorg te kunnen bieden wat leidt tot verbeterde gezondheidsresultaten. Aanvullend hierop, is het extra zorgelijk dat de demografische groepen waar digitaal ongeletterdheid het meest voorkomt, ook de groepen zijn die gemiddeld genomen een hogere kans hebben op het ontwikkelen van chronische aandoeningen zoals COPD, diabetes of hart- en vaatziekten. En juist voor de behandeling van dié chronische aandoeningen zijn de meest effectieve digitale programma's ontwikkeld. Daarom is het van belang om bij de inzet van digitale zorg na te gaan hoe mensen die niet digitaal vaardig zijn toch kunnen profiteren van eHealth.

Naast digitale ongeletterdheid alleen, vormen lage gezondheidsvaardigheden en/of laaggeletterdheid ook een voornaam probleem binnen deze populatie. Het begrijpen en vinden van informatie en het gebruiken van eHealth-toepassingen is voor de mensen uit deze groepen een grote opgave wat haar weerslag heeft op het niet of nauwelijks gebruiken van vele eHealth-toepassingen. Dit terwijl juist deze mensen baat kunnen hebben bij het gebruik van digitale (zorg)toepassingen. Door middel van

applicaties zoals beeldgebruik, pictogrammen, voorleesfunctie en interactiviteit kunnen deze toepassingen gebruikt worden in eigen tempo en eventueel samen met anderen.<sup>4</sup>

Ondanks het gegeven dat een pasklare oplossing niet direct is gevonden, is bewustwording van het feit dat niet alleen ouderen digitaal ongeletterd kunnen zijn al een belangrijke stap.

Bovendien zijn er inmiddels verschillende initiatieven en mogelijkheden om digitaal ongeletterden alsnog gebruik te kunnen laten maken van digitale middelen, mits deze eenvoudig te bedienen zijn en er voldoende ondersteuning wordt geboden. Deze ondersteuning kan worden gegeven door zogeheten digicoaches, maar ook door bijvoorbeeld familieleden te betrekken bij het gebruik van eHealth. Ook vanuit de zorgpraktijk worden er verschillende hulpmiddelen gefaciliteerd in de begeleiding van patiënten met beperkte digitale vaardigheden, bijvoorbeeld door PHAROS. PHAROS biedt een QuickScan die kan worden uitgevoerd om zo de digitale vaardigheden van de patiënt binnen een paar stappen in kaart te kunnen brengen. Daarnaast biedt PHAROS digihulp en de alliantie Digitaal Samenleven aan. Een ander hulpmiddel is Digivaardig in de zorg, waar verschillende testen en leermiddelen voor onder andere de huisartsenpraktijk beschikbaar zijn.

#### Voor de praktijk

- Voordat u gebruik maakt van digitale middelen (zoals verwijzen naar thuisarts.nl) is het belangrijk te controleren of de patiënt in staat is om deze website te bezoeken. Het kan helpen om een familielid, partner of goede kennis hierbij te laten helpen.
- Er zijn verschillende websites die kunnen ondersteunen in de digitale vaardigheid van u en uw patiënten
  - Home - Huisartsenzorg (digivaardigindezorg.nl)
  - DigiHulp: samen zorgen we ervoor dat iedereen digitaal mee kan doen
  - Home - Alliantie Digitaal Samenleven
- In elke regio zijn organisaties beschikbaar die mensen kunnen ondersteunen bij het gebruik van digitale middelen zoals de nationale bibliotheken, senioren web of buurthuizen.
- Voor de aanschaf van bijvoorbeeld een tablet of computer door mensen met een kleine beurs kan de gemeente soms helpen. De patiënt kan contact opnemen met de gemeente om te vragen wat de geldende regelingen zijn.
- Tot slot: digitale zorg zal niet voor elke patiënt geschikt zijn. Er moet daarom altijd een goed analoog alternatief zijn.

#### Hoe de COVID-19 pandemie het zorggebruik voor astma en COPD via de huisarts veranderde

*Lotte Ramerman (Nivel), Corinne Rijpkema (Nivel), Maarten Homburg (UMCG), Jean Muris (MUMC+), Tim olde Hartman (Radboud UMC), Robert Verheij (Nivel), Marjolein Berger (UMCG) & Lillian Peters (UMCG)*

Huisartsen en praktijkondersteuners spelen een belangrijke rol in de zorg voor patiënten met astma of COPD bij het verminderen van klachten en het vertragen van het ziektebeloop.<sup>1</sup> Bij (ernstige) klachten buiten kantooruren bezoeken patiënten de huisartsenpost.<sup>2,3</sup> Tijdens de COVID-19 pandemie werd geadviseerd om zorg voor astma en COPD waar mogelijk uit te stellen.<sup>4</sup> Tegelijkertijd waren deze patiënten extra kwetsbaar voor een

ernstiger ziekteverloop na besmetting met COVID-19. Beide kunnen een grote impact hebben op het zorggebruik van patiënten met astma of COPD. Daarom hebben het Nivel, Universitair Medisch Centrum Groningen, Radboud Universitair Medisch Centrum en Maastricht Universitair Medisch Centrum, verenigd in het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde<sup>5</sup>, het zorggebruik voor astma of COPD onderzocht tijdens het eerste jaar van de COVID-19 pandemie.

### Onderzoek met routine zorgdata afkomstig uit het elektronisch patiëntendossier

In het ZonMw project “COVID-GP” onderzochten we veranderingen in het zorggebruik in het algemeen en de organisatie van zorg in de huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost tijdens de COVID-19 pandemie.<sup>6</sup> Daarbij hebben we ook gekeken naar wat dat betekende voor astma of COPD patiënten.<sup>7</sup> Het onderzoek werd uitgevoerd met routine zorgregistratiedata afkomstig uit elektronische patiëntendossiers van huisartsenpraktijken en huisartsenposten.

### Afname van zorggebruik

Zowel in huisartsenpraktijken als op huisartsenposten nam het aantal contacten voor astma of COPD toe in de eerste weken (9-12) van de COVID-19 pandemie, gevolgd door een sterke afname (Figuur 1). In 2020 waren er 23% minder contacten met huisartsenpraktijken en 41% minder contacten met huisartsenposten, vergeleken met 2019. Daarnaast was de toegewezen urgentie van contacten voor patiënten met astma- of COPD-klachten op de huisartsenpost lager.

Contacten met huisartsenpraktijken en huisartsenposten waren in toenemende mate telefonisch, in tegenstelling tot 2019, toen patiënten vooral fysiek werden gezien. In 2020 was gemiddeld 28% van de contacten met de huisartsenpraktijk telefonisch (14% in 2019). Voor huisartsenposten was dit 40% van de contacten (21% in 2019). Op de huisartsenpost bleef het aandeel telefonische consulten hoger dan voor de pandemie, terwijl het aandeel fysieke consulten in huisartsenpraktijken weer langzaam toenam tijdens de zomerperiode. De ketenzorg door huisartsen werd weer opgestart en patiënten werden weer uitgenodigd om langs te komen voor reguliere controles. Desondanks durfden nog niet alle patiënten naar de praktijk te komen.

### Conclusies voor de praktijk

- In het eerste jaar van de COVID-19 pandemie was het zorggebruik voor astma of COPD via huisartsenpraktijken en huisartsenposten lager dan voor de pandemie. Dit heeft in 2020 niet geleid tot meer urgente contacten met huisartsenposten vanwege exacerbaties.
- Op de huisartsenpost werden patiënten vaker telefonisch geholpen. De eerste cijfers laten zien dat dit mogelijk een permanente verandering is in de zorgverlening. Deze hangt ook samen met de toename van de telefonische consulten die de afgelopen jaren al is ingezet
- In de huisartsenpraktijk worden patiënten in toenemende mate weer fysiek gezien voor ketenzorg en reguliere controles.
- In 2020 leek uitgestelde astma- of COPD-zorg geen negatieve effecten te hebben, wat mogelijk samenhangt met de coronamaatregelen, zoals meer hygiëne en minder sociale contacten. De effecten op lange termijn moeten nog zichtbaar worden.

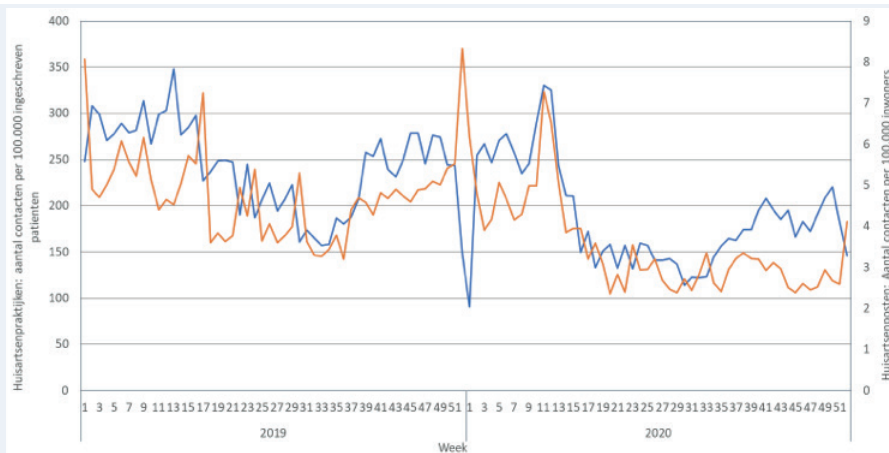
### Red een leven in 30 seconden met behulp van Very Brief Advice

*B.H.W. van Engelen (Maastricht University) & C.P. van Schayck (Maastricht University)*

Jaarlijks overlijden er in Nederland ongeveer 19.000 mensen aan de gevolgen van roken.<sup>1</sup> Bijna driekwart van alle rokers komt bij de huisarts, maar slechts met een kwart tot een derde van deze rokers wordt stoppen met roken besproken.<sup>1</sup> Stoppen met roken is één van de focuspunten van het huidige Preventieakkoord, daarom is het zeer belangrijk dat meer rokers worden aangemoedigd om een serieuze stoppoging te ondernemen. Door het geven van Very Brief Advice (VBA) kunt u in minder dan 30 seconden ondersteuning bieden bij het stoppen met roken. VBA gegeven door huisartsen is effectiever dan wanneer het gegeven wordt door een praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mogelijk door het zogenaamde ‘witte jassen’-effect.<sup>2</sup>

De VBA-methode bestaat uit 3 korte stappen: 1) het vaststellen van de rookstatus (‘rookt u?’); 2) het geven van een zeer korte uitleg over de wijze waarop de patiënt kan stoppen (‘De beste manier om te stoppen is met ondersteuning en behandeling’) en 3) het aanbieden van ondersteuning (‘Als u aan stoppen toe bent, kunt u een

**Figuur 1.**



Aantal contacten met de huisartsenpraktijk per 100.000 ingeschreven patiënten (rechter as) en het aantal contacten met de huisartsenpost per 100.000 inwoners (linker as) in 2019 en 2020, tijdens de COVID-19 pandemie.

afpraak maken met...'). VBA is een eerste stap in het proces om te stoppen met roken.<sup>3,5</sup> De Hartvaat groep van het NHG heeft een webinar over VBA ontwikkeld.<sup>6</sup> Daarnaast raadt de NHG-Standaard Stoppen met Roken aan om rokers zeer regelmatig een kort advies te geven wanneer rokers niet gemotiveerd zijn om te stoppen.<sup>7</sup> Ondervindt u weerstand bij de patiënt, dan kunt u vragen of u er een volgende keer op terug mag komen.

In een kwalitatief onderzoek hebben we gekeken naar de ervaringen, opvattingen, gevoelens en gedachten van huisartsen met VBA. De 19 deelnemende huisartsen kregen een geaccrediteerde VBA e-learning van 1 uur (e-learning Very Brief Advice bij de behandeling van rookverslaving). Vervolgens hebben zij 3 maanden de VBA-methode toegepast bij alle rokende patiënten. Er waren twee evaluatiemomenten met de deelnemende huisartsen in week 2 en maand 3.

Over het algemeen waren de huisartsen erg enthousiast over de toepassing van VBA in de dagelijkse zorg. Uit de interviews bleek dat de e-learning weinig invloed had op de al positieve mening van huisartsen over het aanbieden van hulp bij het stoppen met roken, maar wel op de manier waarop het advies werd gegeven. Dankzij de VBA-methode werd het advies als vriendelijker en minder opdringerig ervaren.

Sommige huisartsen meldden dat het geven van VBA niet in alle situaties gepast was. Wanneer een patiënt met een niet-roken gerelateerde aandoening op consult kwam werd VBA soms als ongepast ervaren. Het geven van VBA werd soms ook vergeten. Een kleine herinnering op het bureau zou hierbij al een gewenste oplossing zijn.

In het algemeen reageerden patiënten goed op de VBA-methode. Omdat het geen dwingende manier is van advies geven, hadden de patiënten minder de neiging om in de verdediging te schieten en zich te verzetten tegen het advies.

Alle huisartsen waren van plan om VBA in de toekomst te blijven gebruiken. Enerzijds omdat ze het prettiger vonden om op deze manier advies te geven en anderzijds omdat de patiënten het advies veel makkelijker accepteerden. Het slechts 30 seconden durende advies kan levensreddend zijn.

### Conclusies voor de praktijk

- VBA biedt een korte haalbare methode om stoppen met roken onder de aandacht te brengen bij een patiënt.
- Het advies is vriendelijk en minder opdringerig.
- De patiënt schiet minder snel in de verdediging door de niet dwingende toon.
- Huisartsen kunnen een kaartje op het bureau neerzetten als herinnering aan VBA.

### CAHAG-zaken

#### 4 oktober en 10 november | Online CAHAG dagen

De organisatie van de CAHAG dagen is enthousiast gestart met de voorbereidingen.

Deze zijn gepland op 4 oktober (13.30-17.00 uur) en 10 november (19.15-21.45 uur).

Noteer deze dagen alvast in uw agenda! Nadere informatie over het programma en de aanmelding volgt.

Wilt u op de hoogte gebracht worden zodra het programma gereed is, stuur dan een e-mail naar [onderwijs@secretariaatcahag.nl](mailto:onderwijs@secretariaatcahag.nl)

**20 april 2023 | CAHAG-Conferentie | Hotel Theater Figi te Zeist**  
Hierover verschijnt binnenkort meer informatie op de CAHAG website.

### CAHAG actief op LinkedIn

CAHAG is zeer actief op LinkedIn. Iedere week worden interessante nieuwtjes gedeeld. Volg ons ook via <https://www.linkedin.com/company/cahag>



### 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](http://www.cahag.nl). Het CAHAG-bulletin verschijnt 3 keer per jaar met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartsenpraktijk. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur (tenzij anders vermeld) en niet het officiële standpunt van de CAHAG.

### Redactie:

Na een aantal jaren hoofdredacteur te zijn geweest van dit bulletin, heeft Esther Metting gevraagd aan Lisette le Coq om haar taak over te nemen.

Lisette werkt als huisarts in Nieuwegein en ze is tevens kaderhuisarts. Zij stelt zich graag even voor.

Al voor mijn huisartsopleiding hield ik mij bezig met de zorg voor longpatiënten. Ik heb een aantal jaren onderzoek gedaan bij kinderen met astma, met name op het gebied van kwaliteit van leven en de diagnostiek van astma bij kinderen. Na mijn promotie heb ik de huisartsopleiding gedaan. Als huisarts ben ik speciaal gericht op de verbetering van de kwaliteit van zorg voor onze longpatiënten. Samen met collegae voer ik regelmatig projecten uit, altijd direct gericht op verbetering van de zorg in de dagelijkse praktijk.

Hier zie ik ook een verbinding met dit bulletin waar ik me dan ook graag voor wil inzetten, samen met de andere redactieleden. Met dank aan Esther voor haar inzet in de afgelopen jaren.

**De overige redactieleden zijn:** Cynthia Hallensleben praktijkverpleegkundige/researcher, Roel Wennekes (kader)huisarts, Irene van der Weerd (kader)huisarts, Yvonne Woudenberg praktijkverpleegkundige/researcher.

Redactie-adres: CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht

E-mail: [cahag@secretariaatcahag.nl](mailto:cahag@secretariaatcahag.nl)



Lisette le Coq

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subsponsor GSK en de hoofdsponsors:

