Bedömningsstöd postcovid i primärvården

Innehållsförteckning

[1 Inledning/syfte 1](#_Toc75846827)

[2 Postcovid 2](#_Toc75846828)

[3 Vårdnivå 2](#_Toc75846829)

[4 Utredningsförslag 2](#_Toc75846830)

[5 Diagnoskodning 2](#_Toc75846831)

[6 Utredning och åtgärder av läkare 3](#_Toc75846832)

[6.1 Akutbedömning 3](#_Toc75846833)

[6.2 Grundutredning 3](#_Toc75846834)

[6.3 Utredning vid specifika symtom 4](#_Toc75846835)

[7 Försäkringsmedicinska aspekter 8](#_Toc75846836)

[8 Bedömning och åtgärder av övriga yrkesgrupper 9](#_Toc75846837)

[8.1 Fysioterapeut 9](#_Toc75846838)

[8.2 Arbetsterapeut 9](#_Toc75846839)

[8.3 Kurator eller psykolog 9](#_Toc75846840)

[8.4 Logoped 10](#_Toc75846841)

[8.5 Dietist 10](#_Toc75846842)

[9 Referenser 10](#_Toc75846843)

[10 Bilagor 11](#_Toc75846844)

[10.1 Bilaga 1. Diagnoskodning 11](#_Toc75846845)

[10.2 Bilaga 2. Översikt förslag anamnes, utredning, tester och frågeformulär 12](#_Toc75846846)

# Inledning/syfte

Detta dokument är avsett som ett stöd för olika professioner i primärvården vid utredning och bedömning av vuxna patienter med fortsatta besvär efter Covid-19. Dokumentet grundar sig på Socialstyrelsens kunskapsstöd och dokumentet Bedömningsstöd av patienter med Covid-19 i uppföljningsfas, framtaget av Nationell arbetsgrupp (NAG) för uppföljning efter Covid-19, med anpassningar utifrån lokala förutsättningar. Detta beslutsstöd gäller tillsvidare, en revidering kan bli aktuell om beslut fattas om annan organisation av postcovidvården. Dokumentet kan också komma att revideras utifrån att kunskaperna avseende långvariga symtom efter Covid-19 är begränsade och kunskapsutvecklingen snabbt går framåt.

# Postcovid

Personer som haft Covid-19 kan ha långvariga kvarstående symtom vilka kan förändras och fluktuera över tid. Vanliga symtom är andningssvårigheter eller dyspné, fysisk och mental trötthet, feber, förändrat lukt- och smaksinne, huvudvärk, takykardi, kognitiv nedsättning, mag- och tarmproblem, muskelsvaghet, neurologiska symtom, ångest och depression, smärta, sömnstörningar och lägesintolerans (dvs hjärtklappning och ibland yrsel vid uppresning från liggande). Det finns olika benämningar på tillstånd med kvarstående besvär efter Covid-19-infektion, Socialstyrelsen har valt termen postcovid*.* NAG för uppföljning efter Covid-19 föreslår följande tidsperioder som ett stöd:

**Akut Covid-19 infektion:** Tecken och symtom på Covid-19 upp till 4 veckor.

**Pågående symtomatisk covid-19:** Tecken och symtom på Covid-19 från 4 upp till 12 veckor.

**Post-covid-19 syndrom (U09.9):** Tecken och symtom som utvecklas under eller efter en infektion som överensstämmer med Covid-19, fortsätter längre än 12 veckor, och som inte kan förklaras av någon alternativ diagnos. Tillståndet uppvisar vanligtvis ett kluster av symtom, ofta överlappande, vilka kan fluktuera och förändras över tid och kan påverka samtliga system i kroppen.

# Vårdnivå

Utredning, behandling och rehabilitering utförs i första hand inom primärvården. På vårdcentralen rekommenderas ett teambaserat omhändertagande. Arbetsterapeut, som har sin anställning i kommunen, har ett primärvårdsuppdrag och ska inkluderas i teamet. Patienter på vårdboenden eller som är inskrivna i hemsjukvård bör också få ett teambaserat omhändertagande där läkare och fysioterapeut från vårdcentralen inkluderas. Utredning, åtgärder och rehabilitering beskrivs längre ner i dokumentet. Vid behov remitteras patienter till sjukhusklinik för vidare utredning av specifika symtom. Under Utredningsförslag beskrivs vad som bör ingå i en basutredning på vårdcentralen och vid vilka tillfällen remittering kan vara aktuellt samt till vilken klinik.

# Utredningsförslag

Syftet med utredningen är att identifiera eventuella differentialdiagnoser och utesluta allvarlig sjukdom. Postcovid är en uteslutningsdiagnos. Det är viktigt att göra en individuell bedömning av alla patienter. Ställningstagande till utredning görs i samband med att patienten söker vård för besvären eller att besvär uppmärksammas av annan orsak. Vid allvarliga symtom kan utredning behöva initieras i tidigt skede. Vid symtom som ej bedöms som allvarliga kan eventuell utredning troligen ske i senare skede då flertalet patienter tillfrisknar spontant även om förloppet kan vara långdraget. En rimlig tidsperiod för att inleda utredning kan vara vid kvarstående symtom 6-12 veckor från insjuknandet. Utredningen inriktas på de besvär patienten söker för och listan nedan bör ses som ett stöd för möjliga besvärsområden och utredningsmöjligheter. I bedömningen ingår också att identifiera behov och nivå av olika typer av rehabilitering.

# Diagnoskodning

Patientens besvär beskrivs först med diagnos enligt ICD-10 och därefter anges lämplig diagnos för Covid-19. För postcovid är i regel U09.9 postinfektiöst tillstånd efter Covid-19 tillämpligt. För fler koder och beskrivning, se [**bilaga 1**](#Diagnoskodning).

# Utredning och åtgärder av läkare

## Akutbedömning

Vid nytillkomna akuta tillstånd såsom t ex bröstsmärtor där allvarlig hjärtpåverkan inte kan uteslutas, eller vid misstanke om lungemboli, bör patienten remitteras till akutmottagning.

## Grundutredning

**Anamnes**

En noggrann anamnes som inkluderar frågor om:

* + - Symtom – ev med stöd av frågeformulär i 1177 (är under framtagande)
		- Tidigare sjukdomar, tidigare utredning/behandling/rehabilitering
		- Vårdnivå och förlopp under covid-sjukdomen
		- Hur fungerar vardagen? Aktivitet/delaktighet/arbete/förflyttning
		- Funktion; fysisk, kognitiv, emotionell

För exempel på anamnesfrågor gällande specifika områden/symtom, se [**bilaga 2**](#Översikt).

**Status**

* + - BMI
		- Temp
		- Hjärta (regelbunden/oregelbunden rytm, biljud, EKG)
		- Blodtryck
		- Lungor (andningsljud, biljud, andningsfrekvens)
		- Muskuloskeletalt status inklusive smärta
		- Riktat neurologstatus (vid misstanke om perifera nervsymptom)
		- Ortostatiskt prov (framför allt vid ökade symptom med hjärtklappning i stående/uppegående)
		- Psykiskt status

**Provtagning**

* + - Blodstatus (Hb, LPK, TPK)
		- Ferritin, Fe, transferrin
		- Tyreoideastatus (TSH, T4 – fr.a. vid feber, takykardi)
		- Inflammatoriska parametrar (SR, CRP)
		- Njurfunktion (krea)
		- Urinsticka
		- Elektrolyter (Na, K, albumin, Ca2+)
		- Leverstatus (ASAT, ALAT, ALP, LD)
		- B-glukos
		- D-dimer (vid dyspné, andningsproblem)
		- NTpro-BNP (vid hjärtanamnes eller dyspné/andningsbesvär)
		- Proteinundersökning (för differentialdiagnoser)

## Utredning vid specifika symtom

**Dyspné/långvariga andningsbesvär**

Vid långvariga andningsbesvär överväg differentialdiagnoser som obehandlad astma, kronisk lungembolism eller pulmonell hypertension vid kronisk tromboembolism (CTEPH), pneumoni, svaghet i andningsmuskulatur efter immobilisering, skadat lungparenkym efter Covid-19-infektion och hjärtsvikt eller annan hjärtpåverkan.

Grundutredning dyspné/långvariga andningsbesvär:

Screena med:

* formulär [mMRC](https://www.kolwebben.se/media/1082/mmrc-skalan.pdf) och/eller [CAT](https://viss.nu/download/18.78ac1b93173d009ef4deef63/1610095889982/CAT%20test%20och%20manual%202016.pdf).
* SpO2 i vila
	+ - Lågt SpO2 i vila (riktmärke < 96% men kan variera) eller desaturation vid

 gång/aktivitet hos tidigare lungfrisk person bör föranleda undersökning med t ex:

 \*6 min gångtest (samtidig mätning av saturation, andfåddhet och bentrötthet (Borg

 CR10), ansträngning (Borg RPE), takykardi, arytmi – fysioterapeut

 \*Ev kompletterat med 1 min sit-to-stand-test – fysioterapeut eller läkare

 \*Dynamisk spirometri – på vårdcentralen.

 \*Lungröntgen

 \*Gå vidare med DT vid t.ex. fibros och ev remiss lungkliniken

* EKG och NT-proBNP

 \*Gå vidare med hjärteko/scint/DT vid påverkan och misstanke kronisk

 lungemboli/CTEPH alternativt remiss kardiolog.

Överväg utredning av lungemboli/CTEPH vid påverkad saturation, EKG med högerkammarbelastning, påverkat NT-proBNP.

**OBS! Misstänkt akut lungemboli utreds akut. Remiss till akutmottagning. Se** [**Vårdprogram VTE/Lungemboli**](http://platina.orebroll.se/platina/customized/DocSearch/downloadfile.aspx?objectid=296718)**.**

OBS! Har patienten haft konstaterad lungemboli under Covid ökar risken för CTEPH.

* Kronisk lungembolism kan leda till påverkad högerkammarfunktion och pulmonell hypertension (CTEPH). Förstahandsutredning är hjärteko och eventuellt lungscint.

 - Remiss till kardiolog för vidare utredning/behandling vid misstanke/konstaterad

 CTEPH.

* D-dimer (främst vid akuta/nytillkomna besvär. Vid långvariga symtom som inger

 misstanke om kronisk lungembolisering kan d-dimer vara falskt negativt).

* Hjärteko (pulmonell hypertension)
* DT Thorax (främst vid akuta/nytillkomna besvär. Utredningen kan polikliniseras om

 stabila symtom).

* Lungscintigrafi (alternativ till DT thorax).

Vid patologiska utfall på ovanstående utredningar – remiss till lungspecialist för fortsatt utredning, t ex dynamisk spirometri med diffussionskapacitet.

Om ovanstående utredningar *inte* visar patologiskt utfall – bedömning av fysioterapeut inriktad på andningsmönster och 6-min gångtest enligt ovan. Anpassad uthållighetsträning.

 - Vid 6-8 veckor av fysioterapeutisk träning utan förbättring – till läkare för bedömning om

 annan åtgärd är aktuell.

**Kardiella besvär**

Bröstsmärtor eller tecken till hjärtsvikt: Möjliga kardiella komplikationer innefattar bl a myokardit, perikardit, hjärtinfarkt och arytmier som kan visa sig flera veckor efter insjuknandet.

**Vid dessa tillstånd bör kardiolog konsulteras**.

Grundutredning kardiella besvär:

* Puls och hjärtauskultation före och efter uppresning.

- En hjärtfrekvensökning på mer än 30 slag/min (eller en hjärtfrekvens på mer än

 120 slag/min) inom 10 min i stående position hos vuxna bör föranleda misstanke om

 autonom dysreglering, s k posturalt ortostatiskt takykardisyndrom (POTS).

* EKG

 - Vid behov även arbets-EKG och/eller Holter

* NT-proBNP

 - Gränsvärde >200 hos tidigare hjärtfrisk

 - Överväg hjärteko

Vid avvikande utfall på ovanstående undersökningar och/eller besvär av misstänkt kardiell genes (såsom ansträngningsutlöst dyspné, nedsatt arbetsförmåga eller återkommande takykardi) – konsultation med kardiolog för ställningstagande till lämplig vidare utredning och prioritering eller om patienten ska remitteras till kardiologen. Vidare utredning med t ex hjärteko och arbets-EKG med saturationsmätning, eventuellt Holter-EKG.

Där hjärtpåverkan konstaterats vid/efter Covid-19-infektion bör patienten avstå uthållighetsträning i minst 3 månader och därefter bedömas på nytt av läkare. Överväg remiss till kardiolog.

**Återkommande feber**

**OBS! Långvarig feber, viktnedgång m fl är SVF-kriterium för** [**allvarliga ospecifika symtom**](http://intra.orebroll.se/riktlinjer--rutiner/vardriktlinjer-och-rutiner/cancervard/ovanligaovriga-tumorer/diagnostiskt_centrum/)**.**

Vid långvarig feber, viktnedgång eller andra allvarliga, ospecifika symtom bör orsaker till patientens besvär utredas.

Utredning långvarig/återkommande feber:

* Anamnes, status, riktad provtagning, inflammationsprover. Framförallt för att identifiera differentialdiagnoser.
* Överväg feberdagbok vid intermittent feber.
* Diskussion med infektionsläkare eller reumatolog efter behov

Här finns ingen evidens för att rehabiliterande åtgärder har effekt. Om febern påverkar aktiviteter i vardagen kan arbetsterapeut ev ge råd om aktivitetsbalans m.m.

**Uttalad hjärntrötthet och exekutiva svårigheter**

Hjärntrötthet beskrivs av patienten som en trötthet som inte kan vilas bort, glömska, svårighet att fokusera länge på en sak och svårt att samla tankarna.

Grundutredning hjärntrötthet och exekutiva svårigheter:

* Aktivitetsbedömning via arbetsterapeut i primärvården.
* Bedömning av kognitiv förmåga via arbetsterapeut/kurator/psykolog i primärvården
* Vid stora exekutiva svårigheter med utebliven förbättring över tid, framför allt hos patienter i arbetsför ålder - remiss till Neuro- och rehabiliteringsmedicinska kliniken för bedömning av neuropsykolog. Patienter över arbetsför ålder – remiss till Geriatriska kliniken.

**Neurologiska symtom**

Encefalit, ischemisk stroke och epileptiska kramper har beskrivits vid covid-19-infektion men incidensen har varit låg. **Dessa remitteras till neurolog**. Mer vanligt är intermittent huvudvärk, yrsel och kognitiv påverkan där i nuläget inga specifika riktlinjer finns för rehabilitering.

Grundutredning neurologiska symtom:

* Neurologiskt status (inkl. identifiera differentialdiagnoser)
* Riktad provtagning

 - t ex tyreoideastatus, elektrolyter, glukos, B12, SR, CRP etc.

* Överväg radiologi (differentialdiagnoser)
* Bedömning av kognitiv förmåga av arbetsterapeut
* Patienten bör i första hand erhålla kartläggning i primärvården och monitorering av symtom samt symtomatisk behandling.

**Smärta och trötthet**

Det finns idag ingen tydlig evidens för någon behandling vid trötthet eller muskelvärk efter Covid-19. Differentialdiagnoser bör övervägas.

Grundutredning smärta och trötthet:

* Grundläggande somatiskt status
* Riktad provtagning utifrån fynd i status och anamnes med tanke på differentialdiagnoser
* Fysioterapeutisk rehabilitering kan vara aktuellt.
* Vid uttalad trötthet finns ett informationsblad med egenvårdsråd utarbetat av

Sveriges Arbetsterapeuter: [Så här hanterar du uttalad trötthet efter covid-19](https://www.arbetsterapeuterna.se/media/2990/saa-hanterar-du-uttalad-troetthet-efter-covid-19_haefte14dec.pdf).

**Anosmi**

Det finns rapporter om att ca 50% av alla med Covid-19 har anosmi och 10% av dessa har fortfarande symtom efter 4 veckor. Behandling av anosmi har begränsad evidens.

Grundutredning anosmi:

* Vid anosmi som bedöms bero på Covid-19 behövs ingen ytterligare utredning
* Grundläggande ÖNH-status (differentialdiagnoser)
* Enkel luktträning kan rekommenderas; [www.lukttraning.se/instruktion](http://www.lukttraning.se/instruktion)
* Nasala steroider kan ev förskrivas.

 - Som nasala steroider rekommenderas:

 \* Flutide nasal droppar 1 droppe 2 gånger dagligen

 \* Nasonex spray 2x1 på morgonen och Flutide nasal droppar 1 droppe på kvällen

 \* Behandlingstid 3-6 månader.

**Dysfagi**

Vid misstänkt dysfagi.

Grundutredning dysfagi:

* Grundläggande ÖNH-status (differentialdiagnoser)
* Nutritionsstatus, BMI
* Remittera patienter med misstänkt dysfagi för vidare utredning av sväljfunktion till logoped på ÖNH.
* Om malnutrition på grund av dysfagi – överväg remiss till dietist.

**Röst/talförmåga**

OBS! Kvarstående heshet >3veckor utan förbättring där anamnes och status inte ger annan förklaring är [SVF-kriterium för huvud- och halscancer](http://intra.orebroll.se/riktlinjer--rutiner/vardriktlinjer-och-rutiner/cancervard/huvud--halscancer/standardiserade-vardforlopp---huvud-och-halscancer/).

Grundutredning röst/talförmåga:

* Grundläggande ÖNH-status (differentialdiagnoser)
* Erbjud remiss till utredning och ställningstagande till röstbehandling vid heshet och röstproblem som kvarstår >3 veckor till logoped på ÖNH.

**Psykiska besvär**

Psykiska symtom förekommer efter Covid-19-infektion, de vanligaste symtomen är sömnbesvär, nedstämdhet, ångest och PTSD.

Grundutredning psykiska besvär:

* En första bedömning av kurator/psykolog på vårdcentralen.
* Skattningsskalor utefter bedömd besvärsbild
* Patienter med mer uttalade besvär, eller där kurator/psykolog så bedömer nödvändigt, bör erbjudas läkarbedömning inom primärvården.
* Remittering till specialistpsykiatri vid behov.
* Det är viktigt att inte sjukliggöra stora grupper av patienter med lindrigare besvär, utan föreslå sociala stödåtgärder och monitorera symtom.

# Försäkringsmedicinska aspekter

Patienter med postcovid kan ha ett behov av såväl sjukskrivning som andra försäkringsmedicinska insatser, främst i form av olika typer av intyg.

* Patienten sjukskrivs efter behov av primärvården.
* Vid remiss för bedömning på annan klinik kvarstår sjukskrivningsansvaret hos primärvården.
* Om annan klinik övertar behandlings-/ utredningsansvaret, t ex vid svår sjuklighet eller vid behov av långtgående utredning/behandling, övergår ansvaret till denna klinik.

Socialstyrelsen har utarbetat ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som bör användas vid sjukskrivningsfrågor.

* Pågående sjukdom; [Covid-19 (inkl de patienter som fått intensivvård med respiratorbehandling)](https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/covid-19-inkl-de-patienter-som-fatt-intensivvard-med-respiratorbehandling/707) U07.1, U07.2”.
* Besvär av postcovid; ”[Postinfektiöst tillstånd efter Covid-19](https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/postinfektiost-tillstand-efter-covid-19/713) U09.9”.

Då besvären av Covid-19 och postcovid varierar mycket och den medicinska kunskapen kring sjukdomens långtgående konsekvenser ännu är liten finns ingen rekommenderad sjukskrivningstid utan besvärsbilden relaterat till arbetsuppgifter är grunden såsom vid annan sjukskrivning. Lägg vikt vid **aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar**.

Läs mer: [Försäkringsmedicinskt beslutsstöd](https://roi.socialstyrelsen.se/fmb).

**Arbetsskada/livränta:** Betänk att infektion med covid-19 i vissa fall *kan* komma att räknas som en arbetsskada och ge rätt till livränta varför det kan vara viktigt att journalföra arbete, arbetsuppgifter och mest sannolik smittkälla. Det är hittills få personer som fått sjukdomen klassad som arbetsskada och det är främst personer i direkt sjukvårdande funktioner eller som hanterar smittförande material som fått detta godkänt av Försäkringskassan. På Försäkringskassans sida [Coronaviruset – det här gäller](https://www.forsakringskassan.se/privatpers/coronaviruset-det-har-galler) finns ytterligare information kring arbetsskada av Covid-19.

# Bedömning och åtgärder av övriga yrkesgrupper

## Fysioterapeut

* Mätning av fysisk förmåga med 6 minuters gångtest med samtidig saturationsmätning, och 1 minute sit-to-stand test (alternativt 30 s chair-stand-test vid låg funktionsnivå)
* Bedömning av andningsmönster
* Ev mätning av maximalt inspiratoriskt tryck (MIP)
* Bedömning av handstyrka med handdynamometer
* Konditionstest med t ex Åstrands submaximala cykeltest (vid hög funktionsnivå)
* Frågeformulär:

- mMRC (vid andnöd)

 - CAT (vid lungrelaterade symptom; bra för att bedöma symtomutveckling)

 - Grimby Frändin aktivitetsskala för kartläggning av fysisk aktivitet

 - Levnadsvaneformulär

* Ge individuella insatser utifrån fynd i syfte att minska symtom och återfå fysisk förmåga.
* Vid utebliven effekt efter 6-8 veckors träning – konsultera läkare.

## Arbetsterapeut

* Test av kognitiv förmåga (i aktivitet med stöd av kognitiva checklistan eller genomföra kognitivt test såsom MMSE, RUDAS, MoCa.
* Bedöma aktivitets- och delaktighetsförmåga med ADL-taxonomin
* Ge insatser riktade mot att få en fungerande vardag inklusive ADL (personlig och/eller instrumentell).
	+ - Utvärdera och ge råd för att minska fysisk och mental fatigue
		- Ge råd om balans vila och aktivitet
		- Ge råd kring energibesparande tekniker
		- Bedöma handfunktion och greppförmåga och ge insatser för detta
		- Förskriva hjälpmedel

## Kurator eller psykolog

* Bedömning av ångest, depression, utmattning och eller PTSD
* Ge insatser för ökad självomsorg, strategier för en stärkt psykisk hälsa och ökad välbefinnande.
	+ - Ge råd om sömnhygien
		- Ge råd om levnadsvanor
		- Stödsamtal
		- KBT
		- Samhällsstöd

## Logoped

* Bedömning av sväljfunktion
* Bedömning av påverkan på röst och kommunikation

## Dietist

* Nutritionsutredning av ev undernäring
* Behandling vid nutritionsproblem
* Förskriva kosttillägg eller andra näringsprodukter

# Referenser

[Postcovid – kvarstående eller sena symtom efter covid-19 (socialstyrelsen.se)](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-4-7351.pdf)

[Postcovid – processmodeller för rehabilitering (socialstyrelsen.se)](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-5-7390.pdf)

[Bedömningsstöd av patienter med covid-19 i uppföljningsfas (kunskapsstyrningvard.se)](https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.2baade641784b0ad8b0648a8/1618842524534/Bedomningsstod-av-patienter-med-covid-19-i-uppfoljningsfas.pdf)

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; [Postinfektiöst tillstånd efter covid-19 | Rekommendationer och indikatorer (socialstyrelsen.se)](https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/postinfektiost-tillstand-efter-covid-19/713)

# Bilagor

## Bilaga 1. Diagnoskodning

Patientens besvär beskrivs först med diagnos enligt ICD-10 och därefter anges lämplig diagnos för Covid-19. För postcovid är i regel U09.9 postinfektiöst tillstånd efter Covid-19 tillämpligt. Diagnosen kräver, enligt Socialstyrelsens definition, inte att sjukdomen verifierats laboratoriemässigt. Diagnosen kan baseras på en välgrundad misstanke om tidigare Covid-19-infektion utifrån en klinisk bedömning.

**Exempel på symtomdiagnoser**

R06.0 Dyspné

R00.0 Takykard

R50.9 Feber UNS

R53.9 Sjukdomskänsla och trötthet

R51.9 Huvudvärk

R42.9 Yrsel

R19.4 Förändrade avföringsvanor (diarré, förstoppning)

M79.1 Myalgi/Muskelvärk

M79.2 Ospecificerad neuralgi/neurit (det patienterna beskriver som brännande smärta och pirrningar)

R41.8 A Lindrig kognitiv störning, subjektiv

G47.9 Sömnstörning. ospecificerad

G47.8 Sömnstörning, specificerad

R43.0 Anosmi

**Specifika koder för covid-19**

**U07.1 Covid-19, virus identifierats**

Koden används när en patient har diagnostiserats med sjukdomen covid-19 och diagnosen har bekräftats genom laboratorietest, oavsett hur allvarliga de kliniska tecknen eller symtomen är.

**U07.2 Covid-19, virus ej identifierats**

Koden används när en patient har diagnostiserats med sjukdomen covid-19 och diagnosen har ställts kliniskt eller epidemiologiskt, men inte bekräftats genom laboratorietest.

[**U08.9** **Covid-19 i den egna sjukhistorien, ospecificerat**](https://www.icuregswe.org/for-professionen/covid-19/socialstyrelsens-instruktion-for-kodning-av-covid-19/#i3)

Används då en person söker vård för annan sjukdom eller skada än covid-19 och det är relevant att lägga till information om att patienten har haft covid-19.

**U09.9** **Postinfektiöst tillstånd efter covid-19**

Tillstånd som kan användas för beskrivning av ett tillstånds samband med Covid-19

**U10.9** **Multiinflammatoriskt syndrom associerat med Covid-19**

MIS-C, cytokinstorm, Kawasaki m m

**I49.8** POTS (postural ortostatiskt takykardisyndrom)

## Bilaga 2. Översikt förslag anamnes, utredning, tester och frågeformulär

Anamnes

1. **Symtom** ev enligt frågeformulär i 1177 (är under framtagande)
2. **Tidigare sjukdomar**, tidigare utredning/behandling/rehabilitering
3. **Vårdnivå och förlopp** under Covid-19-sjukdomen:

Sjukhusvårdad/vårdad hemma (tid på sjukhus, O2-behov, IVA-vård etc)

Tid från symtomdebut till frisk. Trolig smittkälla enl patienten? Nära kontakter blivit smittade?

Yrkesexponering för Covid-19?

1. **Hur fungerar vardagen?** Aktivitet/delaktighet/arbete/förflyttning
2. **Funktion** (fysiska, kognitiva, emotionella), t ex;
	1. Smärta och känsel/huvudvärk
	2. Tarmproblem, Förändrade avföringsvanor (obstipation/diarré)
	3. Sinnesstämning/Förändrat stämningsläge. Oro/rädsla
	4. Kognition t.ex. koncentrations- och/eller minnessvårigheter, upplevelse av långsam tankeförmåga.
	5. Lukt/smak
	6. Sömnproblem t.ex. insomningssvårigheter, tidigt uppvaknande, ökat sömnbehov
	7. Trötthet/ork. Känsla av utmattning/ oförklarlig uttröttbarhet (fatigue)/hjärntrötthet (”hjärndimma”)
	8. Minskad stresstolerans, lång återhämtningstid, svårt att multi-taska
	9. Yrsel
	10. Muskelsvaghet/domningar/pirrningar
	11. Synproblem
	12. Röstförändring
	13. Utslag/svullnad
3. Nutrition
	1. Viktutveckling (sedan insjuknandet)
	2. Ätsvårigheter (lukt-, smakbortfall)
	3. Förändrad aptit
	4. Sväljning
4. Andningsproblem
	1. Andfåddhet i vila/vid aktivitet
	2. Hosta
5. Hjärta/kärl
	1. Bröstsmärta
	2. Arytmikänsla /hjärtklappning/takykardi
	3. Lägesintolerans (intolerans för sittande och stående kroppsläge)
6. Temperatur
	1. Feber, subfebrilitet, variabilitet över tid?
	2. Köld/värme intolerans (varierande intensitet över tid)?
	3. Upplevelse av generell ”sjukdomskänsla”

**Status**

1. BMI
2. Temp
3. Hjärta (regelbunden/oregelbunden rytm)
4. Blodtryck
5. Lungor (andningsljud, biljud, andningsfrekvens)
6. Muskuloskeletalt status inklusive smärta
7. Riktat neurologstatus (vid misstanke om perifera nervsymptom)
8. Ortostatiskt prov (framförallt vid ökade symptom med hjärtklappning i stående/uppegående)

**Frågeformulär**

1. mMRC (vid andnöd)
2. CAT (vid lungrelaterade symptom; bra för att bedöma symtomutveckling)
3. Frändin/Grimby (aktivitet före och efter insjuknandet)
4. GAD 7 eller HAD (vid misstanke på ångest)
5. PHQ-9 (vid misstanke på depression)
6. KEDS (för att bedöma symtom liknande utmattning)
7. MMSE, Rudas, MoCa eller kognitiv checklista (vid misstanke kognitiv nedsättning)
8. Levnadsvaneformulär

**Tester/undersökningar**

1. 6 minuters gångtest (mätning av saturation, andfåddhet och bentrötthet (Borg CR10), ansträngning (Borg RPE), takykardi, arytmi)
2. Eventuellt kompletterat med 1 min sit-to-stand test (mätning av saturation, andfåddhet och bentrötthet (Borg CR10), ansträngning (Borg RPE), takykardi, arytmi)
3. Dynamisk spirometri (FEV1, FVC, FEV1/FVC)
4. COPD-6
5. Handstyrka (med handdynamometer)
6. ADL-taxonomin
7. EKG (på vida indikationer vid anamnes på hjärtrusning/arytmikänsla/bröstsmärtor)

**Radiologi**

1. Lungröntgen (remiss)
2. DTthx (vid LE-misstanke, hög D-dimer eller fibrosmisstanke) - remiss

**Klinisk fysiologi**

1. Långtids-EKG 24h/48h (om anamnes på arytmi/hjärtklappning) - remiss
2. Hjärt-EKO (vid sviktmisstanke, uttalat nedsatt fysisk funktionsförmåga) - remiss
3. Dynamisk spirometri med diffussionskapacitet

**Laborationer**

1. Blodstatus (Hb, LPK, TPK)
2. Ferritin, Fe, transferrin
3. Tyreoideastatus (TSH, T4 – fr.a. vid feber, takykardi)
4. Inflammatoriska parametrar (SR, CRP)
5. Njurfunktion (krea)
6. Urinsticka
7. Elektrolyter (Na, K, albumin, Ca2+)
8. Leverstatus (ASAT, ALAT, ALP, LD)
9. B-glukos
10. D-dimer (vid dyspné, andningsproblem)
11. NTpro-BNP (vid hjärtanamnes eller dyspné/andningsbesvär)
12. Proteinundersökning