

Bedömningsstöd postcovid i primärvården

Innehållsförteckning

1	Inledning/syfte	2
1	Postcovid	2
2	Vårdnivå	2
2.1	Primärvård	2
2.2	Specialistvård.....	3
3	Remittering till MDK Postcovid	3
3.1	Remisskriterier	3
3.2	Checklista för initial utredning inför remittering	4
4	Utredningsförslag primärvården.....	4
5	Diagnoskodning	4
6	Utredning och åtgärder av läkare i primärvården	5
6.1	Akutbedömning	5
6.2	Grundutredning	5
6.3	Utredning vid specifika symtom	6
6.3.1	Dyspné/långvariga andningsbesvär	6
6.3.2	Kardiella besvär	7
6.3.3	Återkommande feber	7
6.3.4	Uttalad hjärntrötthet och exekutiva svårigheter	8
6.3.5	Neurologiska symtom	8
6.3.6	Smärta och trötthet	8
6.3.7	Anosmi.....	9
6.3.8	Dysfagi.....	9
6.3.9	Röst/talförmåga	9
6.3.10	Psykiska besvär.....	10
7	Försäkringsmedicinska aspekter.....	10
8	Bedömning och åtgärder av övriga yrkesgrupper	11
8.1	Fysioterapeut	11
8.2	Arbetsterapeut	11
8.3	Kurator eller psykolog	11
8.4	Logoped	12
8.5	Dietist.....	12
9	Referenser.....	12
10	Bilagor	13
10.1	Bilaga 1. Diagnoskodning	13
10.2	Bilaga 2. Översikt förslag anamnes, utredning, tester och frågeformulär	14
10.3	Bilaga 3. Vårdflöde postcovid Region Örebro Län.....	16

1 Inledning/syfte

Detta dokument är avsett som ett stöd för olika professioner i primärvården vid utredning, bedömning och rehabilitering 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. Dokumentet kan komma att revideras utifrån att kunskaperna avseende långvariga symtom efter Covid-19 är begränsade och kunskapsutvecklingen snabbt går framåt.

1 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.

2 Vårdnivå

2.1 Primärvård

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 vissa typer av symtom och följsjukdomar kan eller bör patienten remitteras till sjukhus för vidare utredning och behandling.

2.2 Specialistvård

I de fall primärvården bedömer att patienten behöver ett annat omhändertagande utöver vad vårdcentralen kan erbjuda finns möjlighet att remittera till specialistvården.

- Vid besvär från endast ett organsystem och tydlig besvärsbild bör remiss skrivas direkt till berörd specialistklinik.
- Vid multiorganengagemang/multipla besvärsområden eller när det utifrån besvärsbilden är oklart till vilken specialistklinik patienten bör remitteras, kan remiss skrivas till Multidisciplinär konferens - MDK Postcovid.

MDK Postcovid består av:

- Ett **multidisciplinärt team** där olika specialiteter från specialistvården och primärvården finns representerade. Teamet har regelbundna möten för remissgenomgång och ställningstagande till fortsatta åtgärder. Åtgärder kan bestå av fortsatt utredning av specifika symtom och/eller hänvisning till det interdisciplinära rehabiliteringsteamet.
- Ett **interdisciplinärt team** som består av fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare och sjuksköterska. Ytterligare professioner kan ingå i teamet vid behov. Patientens symptom kommer avgöra vilka som bildar ett team kring den specifika patienten.

MDK Postcovid gör en samlad bedömning utifrån resultatet av åtgärderna, denna sammanfattas i en rehabplan som skickas som remissvar. Föreslagna åtgärder genomförs i första hand i primärvården. Om patienten har omfattande problematik som kräver specialistvårdens resurser behåller specialistvården ansvaret tills åtgärderna är avslutade. Beskrivning av MDK Postcovid finns i dokumentet Postcovid inom specialistvården Region Örebro Län.

3 Remittering till MDK Postcovid

3.1 Remisskriterier

Som remisskriterier gäller att någon av punkt 1-3 nedan uppfylls, samt att punkt 5 bör vara uppfylld för att remittering ska vara aktuell.

1. Positiv SARS-CoV-2 PCR-test
2. Positiv SARS-CoV-2 antikroppstest
3. Klinisk Covid-19-diagnos med typisk symptombild för covid-19 och kvarstående symptom som är nytillkomna jämfört med innan insjuknandet
4. För samtliga kriterier 1-3 gäller att kvarvarande symptom är nytillkomna jämfört med innan insjuknandet
5. Det bör ha gått minst tre månader innan remittering då ett spontant tillfrisknande är det vanligaste

Vilka symptom som kan föranleda remiss till specialistvården framgår av utredningsförslagen för respektive symptom under punkt 7.3. Checklista inför remittering, se punkt 3.2.

Remiss skickas via RoS till Rehabiliteringsmedicinska mottagningen. I texten ska framgå att frågeställningen gäller postcovid.



3.2 Checklista för initial utredning inför remittering

- Aktuell anamnes som föranleder remiss
- Om frågeformulär gällande symtom efter covid-19 är ifyllt via 1177 bör det bifogas remissen.
- Puls, blodtryck, auskultation av hjärta och lungor, neurologstatus, vikt, längd, ev viktförändring. Ev ytterligare status utifrån symtombild.
- EKG, spirometri (vid kvarstående luftvägssymtom), saturation, aktuell DT-thorax (vid kvarstående luftvägssymtom).
- Provtagning
 - Blodstatus, SR, CRP, elektrolyter/njurfunktion, ASAT, ALAT, ALP och thyroideastatus, B-glukos, calcium, B12, folsyra, ev D-vitamin, ev Borrelia serologi, ev morgon cortisol, ProBNP, Ferritin
- Anamnes för smak och lukt
- Anamnes avseende kognitiva besvär
- Eventuella resultat av skattningsformulär, (depression, ångest, etc) och funktionsbedömningar (6-min gångtest, ortostatiskt test, 24h-bltr, handstyrka, etc) bör återges samlat i remissen. Inget absolut krav för remiss.
- Patientsamtycke ska vara inhämtat och dokumenterat, medgivande att granska tillgängliga journaler vid remissgenomgång för att kunna bedöma vårdbehov
- Ev tolkbehov ska anges

4 Utredningsförslag primärvården

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.

5 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](#).

6 Utredning och åtgärder av läkare i primärvården

6.1 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.

6.2 Grundutredning

Anamnes

En noggrann anamnes som inkluderar frågor om:

- Symtom – ev med stöd av frågeformulär i 1177 som skickas till patienten inför besöket via [Personal e-tjänster \(1177.se\)](https://www.1177.se).
- 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](#).

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)

6.3 Utredning vid specifika symtom

6.3.1 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](#) och/eller [CAT](#).
- 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, arytm – 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 högerkammerbelastning, påverkat NT-proBNP.

OBS! Misstänkt akut lungemboli utreds akut. Remiss till akutmottagning. Se [Vårdprogram VTE/Lungemboli](#).

OBS! Har patienten haft konstaterad lungemboli under Covid-19 ökar risken för CTEPH.

- Kronisk lungembolism kan leda till påverkad högerkammerfunktion och pulmonell hypertension (CTEPH). Förstahandsutredning är hjärteko och eventuellt lungscint.
 - Remiss till kardiolog för vidare utredning/behandling vid misstanke/konstaterad CTEPH. Om tveksamhet kring diagnosen överväg remiss till MDK Postcovid.
- D-dimer (främst vid akuta/nyttillkomna besvär. Vid långvariga symtom som inger misstanke om kronisk lungembolisering kan d-dimer vara falskt negativt).
- Hjärteko (pulmonell hypertension)
- DT Thorax (främst vid akuta/nyttillkomna besvär. Utredningen kan polikliniseras om stabila symtom).
- Lungscintigrafi (alternativ till DT thorax).

Vid patologiska utfall på ovanstående utredningar – remiss till lungspecialist eller MDK Postcovid för fortsatt utredning och eventuell behandling, t ex dynamisk spirometri med diffusionskapacitet.

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. Överväg remiss till lungspecialist eller MDK Postcovid.



6.3.2 Kardiella besvär

Bröstmärtor 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 alternativt att patienten remitteras till kardiologen eller MDK Postcovid. 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 eller MDK Postcovid vid kvarstående besvär eller avvikande fynd efter 3 månader.

6.3.3 Återkommande feber

OBS! Långvarig feber, viktnedgång m fl är SVF-kriterium för [allvarliga ospecifika symtom](#).

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 intermitterent feber.

- Diskussion med infektionsläkare eller reumatolog efter behov. Om samtidiga symtom från andra organsystem - överväg remiss till MDK Postcovid.

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.

6.3.4 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 – remiss till MDK Postcovid i första hand. Patienter i arbetsför ålder kan bli aktuella för vidare bedömning vid Neuro- och rehabiliteringsmedicinska kliniken av t ex neuropsykolog. Patienter över arbetsför ålder bedöms främst via Geriatriska kliniken.

6.3.5 Neurologiska symtom

Encefalit, ischemisk stroke och epileptiska kramper har beskrivits vid covid-19-infektion men incidensen har varit låg. **Dessa är akuta tillstånd som remitteras direkt till neurolog.**

Mer vanligt är intermittent huvudvärk, yrsel och kognitiv påverkan.

Grundutredning neurologiska symtom:

- Neurologiskt status (inkl. identifiera differentialdiagnoser)
- Riktad provtagning
 - t ex tyreoidastatus, 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.
- Vid utebliven förbättring över tid övervägs remiss till neurologspecialist alternativt MDK Postcovid för ställningstagande till eventuella ytterligare utrednings-/behandlingsmöjligheter.

6.3.6 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.](#)
- Vid utebliven förbättring över tid övervägs remiss till MDK Postcovid för ställningstagande till eventuella ytterligare utrednings-/behandlingsmöjligheter.

6.3.7 Anosmi

Det finns rapporter om att ca 50% av alla med Covid-19 har nedsatt eller förändrat luktsinne och 10% av dessa har fortfarande symtom efter 4 veckor. Tidigare forskning har visat att luktt träning kan underlätta att återfå eller förbättra luktsinnet efter andra virusinfektioner. Forskning på området tyder också på att samma sak gäller vid nedsatt luktsinne efter Covid-19. Helst bör luktt träning påbörjas tidigt, då förmågan till återhämtning ofta är bäst de första månaderna.

Grundutredning anosmi:

- Vid anosmi som bedöms bero på Covid-19 behövs ingen ytterligare utredning (OBS! Glöm inte differentialdiagnoser)
- Grundläggande ÖNH-status (differentialdiagnoser)

- Enkel luktt träning kan rekommenderas; 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.

- Vid utebliven förbättring över tid och uttalade besvär övervägs remiss till ÖNH eller MDK Postcovid för ställningstagande till eventuella ytterligare utrednings-/behandlingsmöjligheter.

6.3.8 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.

6.3.9 Röst/talförmåga

OBS! Kvarstående heshet >3veckor utan förbättring där anamnes och status inte ger annan förklaring är [SVF-kriterium för 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.

6.3.10 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 eller MDK Postcovid vid ytterligare symtom/samsjuklighet av postcovid.
- Det är viktigt att inte sjukliggöra stora grupper av patienter med lindrigare besvär, utan föreslå sociala stödåtgärder och monitorera symtom.

7 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 \(inkl de patienter som fått intensivvård med respiratorbehandling\)](#) U07.1, U07.2.
- Besvär av postcovid; ”[Postinfektiöst tillstånd efter Covid-19](#) 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](#).

Arbetskada/livränta: Betänk att infektion med covid-19 i vissa fall *kan* komma att räknas som en arbetskada 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 arbetskada 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](#) finns ytterligare information kring arbetskada av Covid-19.

8 Bedömning och åtgärder av övriga yrkesgrupper

8.1 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 aktivitetskala för kartläggning av fysisk aktivitet
 - Levnadsvaneformulär
- Ge individuella insatser utifrån fynd i syfte att minska symptom och återfå fysisk förmåga.
- Vid utebliven effekt efter 6-8 veckors träning – konsultera läkare.

8.2 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

8.3 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

8.4 Logoped

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

8.5 Dietist

- Nutritionsutredning av ev undernäring
- Behandling vid nutritionsproblem
- Förskriva kosttillskott eller andra näringsprodukter

9 Referenser

[Postcovid – kvarstående eller sena symtom efter covid-19 \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/postcovid-19-kevarstaaende-eller-sena-symtom)

[Postcovid – processmodeller för rehabilitering \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/postcovid-19-processmodeller-for-rehabilitering)

[Bedömningsstöd av patienter med covid-19 i uppföljningsfas \(kunningsstyrelsen.se\)](https://kunningsstyrelsen.se/bedomningsstod-av-patienter-med-covid-19-i-uppfoljningsfas)

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

10 Bilagor

10.1 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 laboriemässigt. 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 pinnningar)

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 laborietest, 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 laborietest.

U08.9 Covid-19 i den egna sjukhistorien, ospecificerat

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 (posturalt ortostatiskt takykardisyndrom)



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

Anamnes

1. **Symtom**, ev enligt frågeformulär via 1177
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?
4. **Hur fungerar vardagen?** Aktivitet/delaktighet/arbete/förflyttning
5. **Funktion** (fysiska, kognitiva, emotionella), t ex;
 - a. Smärta och känsel/huvudvärk
 - b. Tarmproblem, Förändrade avföringsvanor (obstipation/diarré)
 - c. Sinnesstämning/Förändrat stämningsläge. Oro/rädsla
 - d. Kognition t.ex. koncentrations- och/eller minnessvårigheter, upplevelse av långsam tankeförmåga.
 - e. Lukt/smak
 - f. Sömnproblem t.ex. insomningssvårigheter, tidigt uppvaknande, ökat sömnbehov
 - g. Trötthet/ork. Känsla av utmattning/ oförklarlig uttrötthet (fatigue)/hjärntrötthet ("hjärndimma")
 - h. Minskad stresstolerans, lång återhämtningstid, svårt att multi-taska
 - i. Yrsel
 - j. Muskelsvaghet/domningar/pirningar
 - k. Synproblem
 - l. Röstförändring
 - m. Utslag/svullnad
6. Nutrition
 - a. Viktutveckling (sedan insjuknandet)
 - b. Ätsvårigheter (lukt-, smakbortfall)
 - c. Förändrad aptit
 - d. Sväljning
7. Andningsproblem
 - a. Andfåddhet i vila/vid aktivitet
 - b. Hosta
8. Hjärta/kärl
 - a. Bröstmärta
 - b. Arytmikänsla /hjärtklappning/takykardi
 - c. Lägesintolerans (intolerans för sittande och stående kroppsläge)
9. Temperatur
 - a. Feber, subfebrilitet, variabilitet över tid?
 - b. Köld/värme intolerans (varierande intensitet över tid)?
 - c. 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 (framföfallt vid ökade symptom med hjärklappning 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, arytm)
2. Eventuellt kompletterat med 1 min sit-to-stand test (mätning av saturation, andfåddhet och bentrötthet (Borg CR10), ansträngning (Borg RPE), takykardi, arytm)
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 arytm/hjärklappning) - remiss
2. Hjärt-EKO (vid sviktmisstanke, uttalat nedsatt fysisk funktionsförmåga) - remiss
3. Dynamisk spirometri med diffusionskapacitet

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

10.3 Bilaga 3. Vårdflöde postcovid Region Örebro Län

