

LEIDRAAD

Triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19

Versie 5.0

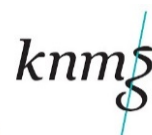


Nederlandse Vereniging
voor **Klinische Geriatrie**



Nederlands
Huisartsen
Genootschap

verenSo
vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde



Inhoud

Disclaimer	4
1 Stroomschema triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënten met (verdenking op) COVID-19	5
2 Inleiding	6
3 Triage bij consult huisarts/specialist ouderengeneeskunde	7
3.1 Klinische beoordeling van de oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 om noodzaak insturen naar ziekenhuis in te schatten	7
3.2 Voordelen en nadelen/risico's van ziekenhuisopname	7
3.3 Identificatie door arts van de patiënt met (verdenking op) COVID-19 voor wie ziekenhuisopname naar verwachting meerwaarde heeft	8
3.4 Wensen/doelen van de patiënt of vertegenwoordiger (bij wilsonbekwame patiënt)	11
3.5 Verwijzen naar SEH/ziekenhuis: duidelijk behandeldoel en plan als er niet tot ziekenhuisopname wordt besloten.....	11
3.6 Thuis niet mogelijk maar ziekenhuisopname niet gewenst.....	11
4 Behandelplan thuis	11
4.1 Voorwaarden voor thuisbehandeling	12
4.2 Thuisbehandeling	13
Medicamenteuze behandeling gericht op COVID-19	13
Zuurstofbehandeling thuis	13
Behandeling bij dyspneu	13
Behandeling delier	13
4.3 Palliatief beleid.....	13
5 Overzicht verschillende aspecten van zorg ter vergelijking van de verschillende zorgsettings	14
6 Aanbevelingen	18
7 Checklist coronateam ziekenhuis bij aanmelding oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 door huisarts/specialist ouderengeneeskunde	20
8 Begrippenlijst	21
9 Referenties	21
10 Versiebeheer	24
10.1 Update 1 (14-4-2020).....	24
10.2 Update 2 (7-5-2020).....	25
10.3 Update 3 (8-6-2020).....	26
10.4 Update 4 (27-11-2020).....	27

Werkgroepleden:

Mw. drs. J. Goudzwaard, voorzitter vanaf 8-6-2020, klinisch geriater ErasmusMC, namens de Nederlandse Vereniging voor de Klinische Geriatrie (NVKG)
Dhr. drs. D.N. Baden, SEH-arts Diakonessenhuis, Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) portefeuille kwaliteit, namens de NVSHA
Dhr. dr. R.H.P.D. van Deijck, specialist ouderengeneeskunde bij De Zorggroep namens de Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Dhr. dr. J. Festen, kaderlid KBO-PCOB, namens KBO-PCOB en in afstemming met Patiëntenfederatie Nederland en Alzheimer Nederland
Mw. C. Harder-Drayer, MSc., adviseur wijkverpleging, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Mw. drs. C. I. Kramer, internist-ouderengeneeskunde/klinisch geriater Geriant, West-Friesland, namens de Nederlands Internisten Vereniging (NIV, sectie ouderengeneeskunde)
Mw. dr. T.N. Platteel, waarnemend huisarts, assistent-professor UMC Utrecht, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Met ondersteuning van:

Mw. drs. M. Verhoeff, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
Dhr. Ir. T.A. van Barneveld, Directeur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
Mw. drs. B.W.H. van de Lagemaat, senior adviseur Federatie Medisch Specialisten

Bij het opstellen van dit document hebben de volgende personen namens hun partijen meegelezen en op enig moment input geleverd:

Dhr. drs. A.J. Arends, klinisch geriater bij Havenue/Maasstadziekenhuis, voorzitter NVKG, tot en met update 2 werkgroeplid namens de NVKG
Mw. dr. F. van den Bos, internist-ouderengeneeskunde UMC Utrecht, namens de Nederlands Internisten Vereniging (NIV, sectie ouderengeneeskunde) tot update 3 werkgroeplid namens de NIV
Dhr. prof. dr. J.S. Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Bijzonder hoogleraar 'Promoting Personalised Care in Clinical Practice Guidelines' aan de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (FHML) van de Universiteit Maastricht
Mw. drs. T.C. Hol, huisarts te Oss en huisarts-docent Radboudumc
Dhr. G. Jansen, verpleegkundige, casemanager dementie, TWB
Dhr. dr. P.A.F. Jansen, voorzitter tot en met versie 3.0 (8-6-2020), klinisch geriater (niet-praktiserend), klinisch farmacoloog
Mw. drs. M.L. Kiers-Pijl, klinisch geriater bij Reinier de Graaf, met aandachtsgebied palliatieve zorg
Mw. drs. C. Littooi, huisarts, secretaris Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), lid federatiebestuur Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
Mw. drs. P.J.W.B. van Mierlo, klinisch geriater Rijnstate
Mw. J. Meerveld, manager Belangenbehartiging en Regionale Hulp Alzheimer Nederland
Mw. E. Naalden, MSc., verpleegkundig specialist wijkverpleging, TWB
Mw. M. van Oort, hoofd belangenbehartiging KBO-PCOB
Mw. B. Ouwendijk, verpleegkundige n.p., beleidsadviseur kwaliteit en zorgontwikkeling IJsselheem
Mw. H. Post, manager Kwaliteit & Medisch-Specialistische Zorg Patiëntenfederatie Nederland
Mw. drs. C.M. de Ruiter, beleidsmedewerker Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Dhr. dr. L.M. van den Toorn, longarts, Erasmus Medisch Centrum namens de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
Dhr. drs. C. Veldhoven, huisarts te Berg en Dal, Kaderhuisarts palliatieve zorg, Voorzitter Expertgroep Palliatieve Zorg (PalHAG) NHG, arts pijn en palliatieve geneeskunde, Expertisecentrum Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Radboudumc

Mw. drs. E.A. bij de Vaate, internist-infectioloog bij St. Antonius Ziekenhuis

Mw. prof. dr. S. van de Vathorst, universitair hoofddocent Erasmus MC , afdeling maatschappelijke gezondheidszorg (EUR), bijzonder hoogleraar 'Kwaliteit van de laatste levensfase en van sterven' Amsterdam UMC, afdeling huisartsgeneeskunde

Dhr. dr. A. Vollaard, internist-infectioloog namens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) tot en met update 3.

Mw. drs. R. van de Wetering, wijkverpleegkundige, docent Master Advanced Nursing Practice, Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid

Dhr. E. van Wijlick, beleidscoördinatie Beleid & Advies Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Dhr. prof. dr. D.L. Willems, hoogleraar Medische Ethiek Amsterdam UMC, afdeling huisartsgeneeskunde

Mw. prof. dr. S. Zwakhalen, Nursing Science, Health Services Research, Universiteit Maastricht

Disclaimer

Algemeen

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), de Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso), de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en een afgevaardigde van de KBO-PCOB en mede namens de Patiëntenfederatie Nederland (PFNL) en Alzheimer Nederland hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van deze Leidraad. Desondanks accepteren zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van deze Leidraad. De KNMG heeft geadviseerd ten aanzien van medisch-ethische en gezondheidsrechtelijke aspecten, maar niet ten aanzien van de medische inhoud.

De Leidraad biedt concrete aandachtspunten en besluitvormingscriteria voor de verwijzing en behandeling van patiënten met een (verdenking op) COVID-19 virusinfectie. Bij het opstellen van de Leidraad is gebruik gemaakt van bestaande (landelijke) handreikingen en afspraken over diagnostiek en verwijzing bij verdenking op COVID-19 alsmede van lokale protocollen en leidraden.

De Leidraad kan tussentijds worden bijgewerkt en/of gewijzigd. De meest actuele versie is de versie die staat op de website van alle bovengenoemde partijen alsmede op de website van de Federatie Medisch Specialisten.

Deze Leidraad gaat over triage op medisch inhoudelijke gronden, zoals dit past binnen goed medisch handelen. Leidend hierin is de actuele gezondheidssituatie van de individuele oudere patiënt in het licht van zijn/haar ziektegeschiedenis, functioneren en de verschillende behandelmogelijkheden en wensen/doelen van de patiënt. Dit wordt besproken met de oudere patiënt (en zijn/haar naasten) in het proces van samen beslissen. Deze triage gaat niet over een situatie waarin keuzes gemaakt moeten worden op basis van beschikbare capaciteit. Voor de situatie dat sprake is van absolute schaarste van IC-bedden geldt de vigerende versie van het Draaiboek Pandemie van de NVIC als handvat voor triage voor IC-opname. Het doel van deze leidraad is de juiste zorg op de juiste plek voor de individuele oudere patiënt.

Copyright

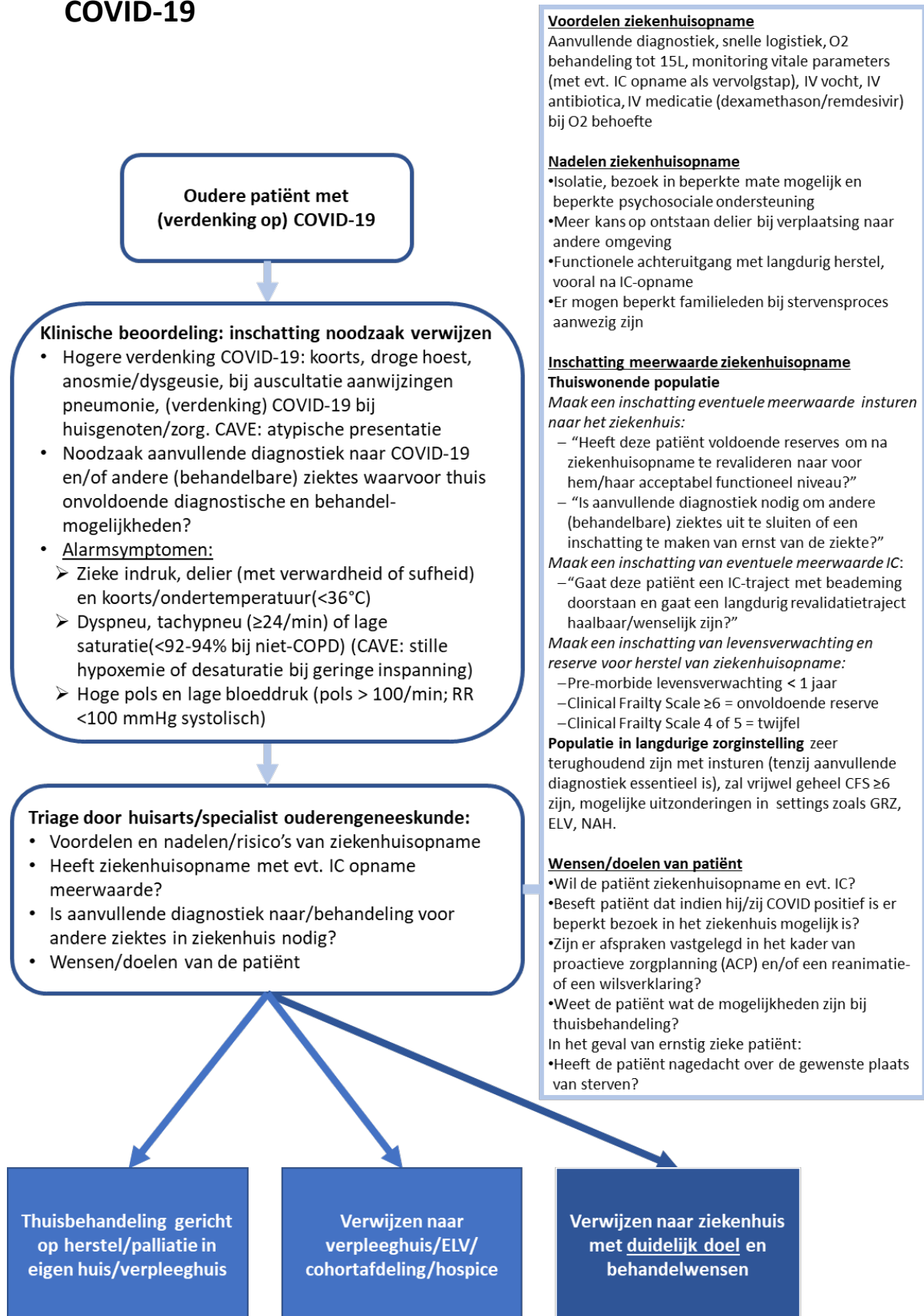
De in deze Leidraad getoonde informatie, zoals teksten en afbeeldingen, of informatie in andere vorm, is gezamenlijk eigendom van de makers.

De informatie uit de Leidraad mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet worden gewijzigd, gereproduceerd of gedistribueerd, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de makers.

Looptijd

De Leidraad is geldig vanaf 27 november 2020.

1 Stroomschema triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënten met (verdenking op) COVID-19



2 Inleiding

De missie van deze leidraad:

Juiste zorg voor de oudere patiënt op de juiste plek, zowel voor de vitale oudere (voorkómen onderbehandeling) als voor de kwetsbare oudere (voorkómen overbehandeling), rekening houdend met het beloop van COVID-19.

Tijdens de COVID-19 pandemie is het van belang om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren en verantwoord om te gaan met de beschikbare middelen. Bekend is dat de doelgroep ouderen, enerzijds vanwege co-morbiditeit, anderzijds vanwege hun leeftijd extra risico loopt om ernstig ziek te worden en/of te komen overlijden. In Nederland zijn sinds 27 februari 2020 15.434 patiënten (met verdenking op) COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis (geweest). 7.576 positief geteste patiënten waren op 3 november 2020 overleden. In de hogere leeftijdsgroepen kwam tot nu toe 6,1% (754 van de 12.449) van de gemelde COVID-19 patiënten van 70-74 jaar te overlijden, geleidelijk oplopend tot 25,4% (391 van de 1.537) van de gemelde COVID-19 patiënten van 95 jaar en ouder.¹ In verpleeghuizen zijn volgens de registratie van Verenso tot 27 oktober 15.987 patiënten met (mogelijk) COVID-19 gemeld, 2.219 patiënten overleden en 3.154 patiënten hersteld.² Van de in Nederland overleden patiënten die jonger dan 70 jaar waren werd bij 67,6% (558 patiënten) vermeld dat zij een onderliggende aandoening (bijvoorbeeld cardiovasculaire aandoeningen en hypertensie, diabetes of een chronische longaandoening) hadden, voor oudere patiënten worden de onderliggende (chronische) aandoeningen niet gerapporteerd.³ In Nederland hebben veel ouderen minimaal één chronische aandoening en in 2015 was een derde van de 70-81-jarigen kwetsbaar op 1 of meer van 4 domeinen (fysiek, psychisch, cognitief of sociaal).^{4,5} Welke zorg voor de individuele oudere patiënt het best passend is, is afhankelijk van de wensen/doelen en Ausgangssituatie van de patiënt, waarbij de co-morbiditeit, kwetsbaarheid, levensverwachting worden meegenomen.⁶ Dit principe geldt ook in tijden zonder crisis.

Er zijn ondertussen verschillende berichten in de media verschenen over de nieuwe inzichten en adviezen in de behandeling van COVID-19, zoals tromboseprofylaxe, dexamethason en remdesivir.⁷ Echter gelden de behandeladviezen uitsluitend voor specifieke groepen opgenomen patiënten in bepaalde situaties en kunnen over de effectiviteit voor oudere patiënten met COVID-19 nog geen harde uitspraken gedaan worden op basis van deze eerste onderzoeken.⁸ Bij de kwetsbare populatie is de prognose bij IC-opname (ook voor andere diagnoses dan COVID-19) zeer matig.⁹ Bovendien heeft een ziekenhuisopname of een verblijf op de IC voor kwetsbare ouderen niet vanzelfsprekend een positief effect, terwijl de omstandigheden in het ziekenhuis wel nadelig kunnen zijn. Ondanks de nieuwe inzichten, blijft COVID-19 een ziekte die tot nu toe met name bij ouderen ernstig kan verlopen en er is nog weinig bekend over de langetermijnklachten bij de overlevenden. In de leidraad Nazorg van patiënten met COVID-19 spreekt men de verwachting uit dat 'een gedeelte van

¹ (70-74 jaar – 6,1%); (75-79 jaar – 12,3%); (80-84 jaar – 17,2%); (85-89 jaar – 21,7%); (90-94 jaar – 22,6%); (95+ jaar – 25,4%). Bron: Epidemiologische Situatie COVID-19 In Nederland 3 november 2020. RIVM 2020.

² Update registratie verpleeghuizen 27 oktober 2020. Verenso. Zie: <https://www.verenso.nl/themas-en-projecten/infectieziekten/covid-19-coronavirus/registreren-van-data>

³ Epidemiologische Situatie COVID-19 In Nederland 3 november 2020. RIVM 2020.

⁴ Chronische Aandoeningen en Multimorbiditeit. Volksgezondheidszorg.info. 2020

⁵ Van Oostrom et al. Ouderen Van Nu En Straks: Zijn Er Verschillen In Kwetsbaarheid? RIVM 2015.

⁶ Voor volwassen patiënten met een verstandelijke beperking en (verdenking op) COVID-19 is een aparte leidraad uitgebracht. Zie: <https://nvavg.nl/leidraad-verwijzing-van-de-volwassen-patiënt-met-vb-en-verdenking-op-covid-19/>

⁷ Medicamenteuze behandeling voor patiënten met COVID-19 (infectie met SARS-CoV-2). Stichting Werkgroep Antibioticabeleid. Zie: https://swab.nl/nl/covid-19#to_31

⁸ Zo staat in de leidraad Medicamenteuze behandeling voor patiënten met COVID-19 over het onderzoek naar dexamethason: "In de sub-analyses was het resultaat van een lagere mortaliteit bij dexamethason alleen significant bij zuurstofafhankelijke personen jonger dan 70 jaar OR 0.64 (0.52-0.78), wat mogelijk komt omdat die groep qua aantal de grootste was en in oudere leeftijdsgroepen met kleinere aantallen geen significantie bereikt kon worden." Dexamethason wordt uiteindelijk alleen aangeraden bij patiënten waarbij zuurstoftoediening is geïndiceerd, en dan met name bij noodzaak tot mechanische ventilatie op de IC. Remdesivir laat kleine verschillen zien in de tijd tot bereiken van klinisch herstel en ontslag uit het ziekenhuis, maar niet in mortaliteit.

⁹ Flaatten, 2017; Muscedere 2017

de overlevenden van COVID-19 fysieke, cognitieve en/of psychische klachten zal ervaren', gebaseerd op enkele studies naar de langetermijnklachten bij patiënten die in een ziekenhuis opgenomen zijn geweest ten gevolge van een SARS-infectie.¹⁰ In het licht van bovenstaande blijft het dus belangrijk om na te denken welke oudere patiënt met COVID-19 baat heeft bij ziektegerichte intensieve behandeling (met eventuele IC-opname), ziektegerichte conservatieve behandeling (geen IC-opname) of palliatieve behandeling.

3 Triage bij consult huisarts/specialist ouderengeneeskunde

3.1 Klinische beoordeling van de oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 om noodzaak insturen naar ziekenhuis in te schatten

- Hogere verdenking COVID-19: koorts, droge hoest, anosmie/dysgeusie, bij auscultatie aanwijzingen voor pneumonie en COVID-19 verdachte of bewezen zieken onder huisgenoten of medewerkers van de wijkverpleging/thuiszorg
- Noodzaak aanvullende diagnostiek naar COVID-19 en/of andere (behandelbare) ziektes waarvoor thuis onvoldoende diagnostische en behandel mogelijkheden?
- Alarmsymptomen:
 - Zieke indruk, delier (met verwardheid of sufheid) en koorts/ondertemperatuur (<36 °C)
 - Dyspneu, tachypneu (>24/minuut) of lage saturatie (<92-94% bij niet-COPD) (CAVE: stille hypoxemie, patiënten liggen vaak rustig in bed, maar kunnen toch flink hypoxisch zijn, bijvoorbeeld bij inspanning)
 - Hoge pols en lage bloeddruk (pols > 100/min; RR <100 mmHg systolisch)
- CAVE:
 - atypische presentatie bij oudere patiënt (koorts kan ontbreken, ziekte kan zich presenteren met typisch geriatrisch syndroom zoals verwardheid, (frequenter) vallen of algehele zwakheid)¹¹
 - snelle achteruitgang met respiratoir falen is frequent beschreven, neem voorzorgsmaatregelen in thuissituatie (denk aan beschikbaarheid van pijnstilling en sedatie)
- Bij onrust en delier, met onhoudbare thuissituatie: overleg indien nodig met klinisch geriatr/interne-ouderengeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde (in geval van thuiswonende patiënt) of met consultatieteam palliatieve zorg
- Zie o.a. [NHG Dossier Coronavirus \(COVID-19\)](#)
- Zie voor het meest recente testbeleid: [RIVM richtlijn COVID-19 diagnostiek](#)
- Indien zorg niet acuut te organiseren is in de thuissituatie door onvoldoende beschikbaarheid van wijkverpleging/mantelzorgers, check dan eerst de mogelijkheden voor opname in verpleeghuis/ELV/hospice/speciale COVID-19 unit voordat patiënt naar het ziekenhuis verwezen wordt

3.2 Voordelen en nadelen/risico's van ziekenhuisopname

Voordelen van ziekenhuisopname:

- Aanvullende diagnostiek naar andere behandelbare ziekten (niet elke patiënt met dyspneu of koorts heeft COVID-19)
- Zuurstofbehandeling met hoge stroomsnelheid (tot 15 L O₂/min). NB: overweeg of O₂ behandeling thuis ook mogelijk is (echter thuis max. 6 L O₂/min mogelijk)

¹⁰ Leidraad Nazorg van patiënten met COVID-19 – versie 28-5-2020. FMS. Zie: <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Leidraad%20Nazorg%20COVID-19.pdf>

¹¹ Harskamp 2020, Olde Rikkert 2020

- Starten intraveneuze medicatie (bijv. dexamethason/remdesivir) bij zuurstofbehoefte patiënten, conform SWAB richtlijn
- Starten intraveneuze antibiotica bij gesuperponeerde bacteriële pneumonie
- Snelle logistiek t.a.v. inzetten van diagnostiek en zorg
- Monitoring: frequent meten van vitale parameters met als eventuele vervolgstap IC-opname (in thuissituatie vaak alleen de mogelijkheid van (minder frequent) meten saturatie, bloeddruk, temperatuur en ademfrequentie)
- IV vochttoediening
- Meer intensieve zorg- en behandelmogelijkheden bij onhoudbare thuissituatie door bijvoorbeeld ernstige verwardheid/onrust of beperkte beschikbaarheid zorgprofessionals (check eerst mogelijkheden spoedopname in verpleeghuis/ELV/speciale COVID-19 unit)

Nadelen/risico's van een ziekenhuisopname/IC-opname:

- Meer kans op het ontstaan van een ernstig delier en/of onrust met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit bij verplaatsing naar een andere omgeving (zeker bij mensen met pre-existente cognitieve stoornissen, dit geldt ook voor acute verplaatsing naar bijvoorbeeld een verpleeghuis)
- Functionele achteruitgang met langdurig herstel of verminderd herstel (dit geldt vooral na een IC-opname)
- Vertraagde uitplaatsing in geval van bereiken capaciteit kan tot langdurige ziekenhuisopname leiden met risico op iatrogene complicaties
- Gezien alle corona-maatregelen (isolatie, beperkt bezoek toegestaan) is er risico op sociale deprivatie en kan beperkte psychosociale ondersteuning geboden worden*
- Bij sterfproces is vaak minder ruimte voor persoonlijke invulling van het sterfproces, bijvoorbeeld ten aanzien van het aantal mensen dat aanwezig kan zijn*
- Er is beperkt bezoek mogelijk. Dit wisselt per ziekenhuis. Het overlijden kan plots plaats vinden. In de terminale fase mogen er beperkt familieleden bij de patiënt zijn (thuis kan inwonende partner of medebewoner aanwezig blijven)*
- Patiënten kunnen vanuit het ziekenhuis overgeplaatst worden naar een andere ziekenhuis vanwege capaciteitstekort. Transport is zonder familie, wordt centraal en acuut georganiseerd. Bespreek dit van tevoren met patiënt en zijn/haar naasten.

* Dit geldt ook wanneer patiënt acuut opgenomen wordt in een andere zorginstelling.

3.3 Identificatie door arts van de patiënt met (verdenking op) COVID-19 voor wie ziekenhuisopname naar verwachting meerwaarde heeft

Thuiswonende populatie:

- Beoordeel aanwezigheid en ernst van risicofactoren voor ernstig beloop¹²:
 - Afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen en longen
 - Chronische hartaandoeningen
 - Diabetes Mellitus
 - Ernstige nieraandoeningen die leiden tot dialyse of niertransplantatie
 - Verminderde weerstand tegen infecties door medicatie voor auto-immuunziekten, na orgaantransplantatie, bij hematologische aandoeningen, bij aangeboren of op latere leeftijd ontstane afweerstoornissen waarvoor behandeling nodig is, of bij chemotherapie en/of bestraling bij kankerpatiënten
 - een hiv-infectie in overleg met de hiv-behandelaar
- Inschatting resterende levensverwachting zonder huidige problematiek mee te wegen; indien levensverwachting < 1 jaar sterk overwegen patiënt niet in te sturen bij hoge verdenking op COVID-19

¹² LCI richtlijnen. 2020. COVID-19. [Accessed 26 March 2020].

- Maak een inschatting of insturen naar het ziekenhuis meerwaarde kan hebben, rekening houdend met de wens van de patiënt:
 - “Heeft deze patiënt voldoende reserves om na ziekenhuisopname te revalideren naar voor hem/haar acceptabel functioneel niveau?”
 - “Is aanvullende diagnostiek nodig om andere (behandelbare) ziektes uit te sluiten of een inschatting te maken van ernst van de ziekte?”
 - De huidige inschatting is dat bij patiënten met een Clinical Frailty Score 6-9 de meerwaarde beperkt is, en bij een Clinical Frailty Score van 4 of 5 twijfel bestaat of deze kwetsbare oudere patiënten voldoende reserve hebben, zeker voor IC-opname. De Clinical Frailty Score moet een schatting zijn van de situatie 2 weken voordat de patiënt acuut ziek werd.
- Maak een inschatting van eventuele meerwaarde IC: belangrijkste vraag is “Gaat deze patiënt een IC-traject met beademing doorstaan en gaat een langdurig revalidatietraject haalbaar/wenselijk zijn?”

Verpleeghuispopulatie: zal (vrijwel) helemaal vallen onder Clinical Frailty Score 6-9, waarmee de ingeschatte meerwaarde van een ziekenhuisopname voor COVID-19 laag is. Kijk zeer kritisch naar meerwaarde van verwijzen naar het ziekenhuis (rekening houdend met de wens van de patiënt of naar voren gebracht door naaste/mantelzorger’, denk uiteraard wel aan andere behandelbare aandoeningen. Bij specifieke populaties, zoals onder meer in de setting van geriatrische revalidatie, eerste lijnsverblijf (ELV), Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), kunnen de bovenstaande vragen ten aanzien van de meerwaarde van insturen wel van toepassing zijn.

Clinical Frailty Scale



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

1. Zeer fit

- Krachtig, actief, energiek en gemotiveerd
- Oefenen regelmatig
- Behoren tot de fitste van hun leeftijd



2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.

2. Fit

- Geen actieve ziektesymptomen, maar minder fit dan categorie 1
- Bewegen vaak of zijn meer actief tijdens seizoensgebonden activiteiten



3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.

3. Zelfredzaam

- Medische problemen goed onder controle
- Niet regelmatig actief, behalve routine wandelingen



4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.

4. Risico op kwetsbaarheid:

- Niet afhankelijk van andere voor dagelijkse hulp
- Vaak klachten die activiteiten beperken
- Veel gehoorde klacht: ‘traag’ of moe zijn gedurende de dag



5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

5. Licht kwetsbaar:

- Duidelijk trager
- hulp nodig bij complexere dagelijkse taken (financiën, vervoer, zwaar huishoudelijk werk, medicatie)

Twijfel



6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

Onvoldoende reserve

6. Behoorlijk kwetsbaar:

- Hulp nodig bij activiteiten buitenhuis en huishouden (patiënt is niet in staat een week alleen voor zichzelf te zorgen)
- Moeite met traplopen.
- Ondersteuning bij ADL nodig (ondersteuning bij douchen of wassen, enige hulp bij aankleden).



7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

7. Erg kwetsbaar:

- 24/7 volledig afhankelijk van anderen, zowel op cognitieve als fysieke gronden.
- maken toch een stabiele indruk (levensverwachting ongeveer 6 maanden)



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

8. Heel erg kwetsbaar:

- 24/7 volledig afhankelijk van anderen. naderen het levenseinde.
- niet meer in staat om van kleine ziekte episode te herstellen.
- bedlegerigheid.



9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

9. Terminale ziekte

- Levensverwachting < 6 maanden
- niet op een andere manier duidelijke kwetsbaarheid.

Figuur 1. Clinical Frailty Scale van Rockwood et al.(2005). Vertaling: Combinatie vertaling (zorg)professionals uit Bernhoven Uden en Dijkstra Dieperink et al. 2017.

3.4 Wensen/doelen van de patiënt of vertegenwoordiger (bij wilsonbekwame patiënt)

- Wil de patiënt nog in het ziekenhuis opgenomen worden? Beseft patiënt dat indien hij/zij COVID-19 positief is er beperkt bezoek in het ziekenhuis mogelijk is?
- Wil de patiënt opgenomen worden op de intensive care?
Besprek met patiënt dat de kans op volledig herstel bij (langdurige) beademing zeer klein is, en de nadelige gevolgen reeds bekend zijn (verlies van spiermassa etc.) en een langdurig revalidatietraject nodig is met onzeker herstel. Zie ook [IC Connect \(voor \(voormalig\) IC-patiënten en naasten\)](#)
- Zijn er afspraken vastgelegd in het kader van proactieve zorgplanning (ACP) en/of een reanimatie- of een wilsverklaring?
- Weet de patiënt wat de mogelijkheden zijn bij thuisbehandeling?

In het geval van een ernstig zieke patiënt:

- Heeft de patiënt nagedacht over de gewenste plaats en omstandigheden van sterven?

Zie ook de [Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning \(advance care planning, ACP\) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie](#), de [Keuzehulp behandelwensen op thuisarts](#) waarmee patiënten (samen met naasten) zijn/haar wensen voor zorg en behandeling kunnen verkennen en de folder [Praten over behandelwensen en -beperkingen](#) van de Patiëntenfederatie Nederland.

3.5 Verwijzen naar SEH/ziekenhuis: duidelijk behandeldoel en plan als er niet tot ziekenhuisopname wordt besloten

- Communiceer een duidelijk doel van verwijzing (diagnostiek/behandeling) en behandelwensen (bijv. geen IC/niet reanimeren) met het ziekenhuisteam
- CAVE: Patiënten kunnen vanuit het ziekenhuis overgeplaatst worden naar een andere ziekenhuis vanwege capaciteitstekort. Transport is zonder familie, wordt centraal en acuut georganiseerd. Bespreek dit van tevoren met patiënt en zijn/haar naasten. Er dient gestreefd te worden naar duidelijke communicatie met tenminste de naasten wanneer patiënt acuut wordt overgeplaatst
- Indien patiënt na beoordeling alsnog niet opgenomen wordt: het is gewenst dat de huisarts/specialist ouderengeneeskunde anticipeert op waar patiënt na beoordeling in het ziekenhuis naartoe kan, zodat in gezamenlijkheid ervoor gezorgd kan worden dat patiënt op de juiste plek de juiste zorg krijgt. Communiceer dit ook goed met patiënt en zijn/haar naasten.
- Zie voor meer informatie over het proces rondom SEH bezoek en eventuele ziekenhuisopname de [Leidraad voor opname van patiënten met \(verdenking op\) COVID-19 besmetting in het ziekenhuis](#)

3.6 Thuis niet mogelijk maar ziekenhuisopname niet gewenst

- Check mogelijkheden voor spoedopname in een verpleeghuis, hospice, eerste lijnsverblijf (ELV) of speciaal ingerichte (palliatieve) COVID-19 zorgunit (afhankelijk van lokale situatie)
- Onhoudbare thuissituatie: overleg met ziekenhuis (klinisch geriater/internist/psychiater afhankelijk van kliniek)

4 Behandelplan thuis

In overleg met de patiënt en zijn/haar naasten is besloten tot thuisbehandeling.

- Maak een keuze tussen thuisbehandeling (in principe gericht op herstel, maar met de realisatie dat er in de thuissituatie minder mogelijk is dan in het ziekenhuis) of een palliatief beleid (of twee-sporen beleid)

- Bespreek met patiënt en naasten het behandelplan nu en bij toename symptomen en communiceer het behandelplan ook met de huisartsenpost of dienstdoende van de woonzorgsetting
- Aanwezigheid van een naaste/mantelzorger/vrijwilliger die patiënt kan ondersteunen, verzorgen en kan alarmeren bij verergering wordt sterk aanbevolen
- Overweeg de wijkverpleging te betrekken (indien geïndiceerd of wanneer zij reeds bij patiënt betrokken waren)
- Overweeg bij een patiënt met dementie ook de casemanager dementie te betrekken
- Bevestig COVID-19 besmetting middels een test. In afwachting van het resultaat worden strikte isolatiemaatregelen gehanteerd voor/door medewerkers van de wijkverpleging en thuiszorg (<https://lci.rivm.nl/PBM-wijkverpleging>) en ook voor huisgenoten en/of familieleden. Er moet worden gestreefd naar het verkrijgen van een testuitslag bij een ernstig zieke oudere patiënt die niet naar het ziekenhuis wordt verwezen, zodat de patiënt niet onterecht in eenzaamheid een ziekte- of sterfproces ingaat op basis van een niet aangetoonde COVID-19 (<https://www.nhg.org/coronavirus/diagnostiek#testbeleid>).
- Bespreek de beschermingsmaatregelen en adviezen t.a.v. isolatie met partner/huisgenoten
- Bespreek (met patiënt/naaste(n) maar eventueel ook met andere betrokken zorgverleners bijv. in een multidisciplinair team) vervolgstappen bij bestaande symptomen wijzend op COVID-19 infectie bij huisgenoten of als er tijdens/na zorgtraject klachten bij hen ontstaan, inclusief wat dat betekent voor continuering van wijkverpleging en/of thuiszorg van de patiënt

4.1 Voorwaarden voor thuisbehandeling

Thuiswonende populatie

- Mogelijkheden tot eventuele zuurstofbehandeling (in thuissituatie/verpleeghuis vaak maximaal 6L O₂/min mogelijk)
- Zuurstof kan naar behoefte worden gegeven en geeft vaak symptomatische verbetering. Alleen bij matige-ernstige COPD (GOLD 3-4) patiënten niet meer dan 2L O₂/minuut geven (overleg desgewenst met de behandelend longarts).
- Mogelijkheden tot snel verkrijgen en toedienen van medicatie (o.a. pijnstilling, evt. additionele (antibiotische) therapie, sedatie)
- Beschikbaarheid van zorgprofessionals (wijkverpleging en/of thuiszorg (= huishoudelijke zorg))
- Een veerkrachtig systeem/partner/mantelzorger (zeker in geval van dementie)
- In meerdere regio's hebben zorgaanbieders van wijkverpleging met elkaar speciale COVID-19 wijkteams opgezet, om verspreiding van huis tot huis te beperken en PBM efficiënt in te zetten. Informeer desgewenst bij de grotere zorgaanbieder in de regio.
- Eventuele isolatiemogelijkheden, zie voor specifieke isolatiemaatregelen: <https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/vragen-antwoorden#Wat%20is%20quarantaine> en <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/professionals/buiten-ziekenhuis>

Indien aan één van deze voorwaarden niet kan worden voldaan bij de thuiswonende patiënt, check mogelijkheden voor spoedopname in een andere setting: eerste lijnsverblijf (ELV) of speciaal ingerichte COVID-zorgunit (afhankelijk van lokale situatie).

Populatie in langdurige zorginstelling

- Isolatie- en behandelmogelijkheden, zie: <https://www.verenso.nl/themas-en-projecten/infectieziekten/coronavirus-covid-19>, document COVID-19 (behandeladvies)
- Beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorgprofessionals en eventuele mantelzorger/naasten

Indien aan één van deze voorwaarden niet kan worden voldaan bij de patiënt in de langdurige zorginstelling, check mogelijkheden voor spoedopname in een andere setting: hospice met

specifieke COVID afdeling of speciaal ingerichte (palliatieve) COVID-zorgunit (afhankelijk van lokale situatie).

4.2 Thuisbehandeling

Medicamenteuze behandeling gericht op COVID-19

- Er is geen specifieke behandeling voor COVID-19 in de eerste lijn. Zie voor actuele informatie: <https://corona.nhg.org/behandeling/>
- Het toedienen van dexamethason wordt in de eerste lijn niet aanbevolen door het NHG wegens het ontbreken van bewijs voor effectiviteit in de eerste lijn. Overweeg patiënten met een actief behandelbeleid met een ernstiger beloop waarbij extra zuurstoftoediening noodzakelijk is vanwege saturatiedaling(en) in te sturen naar het ziekenhuis. Voor het toedienen van dexamethason bij zuurstofbehoefte COVID-19 patiënten die zuurstofondersteuning krijgen in de thuissetting en die niet opgenomen willen worden, wordt consultatie van een longarts aanbevolen over het eventueel starten van dexamethason bij patiënten met symptomen langer dan 7 dagen. Zie voor volledige onderbouwing: [NHG - gebruik dexamethason bij COVID-19 in de eerste lijn](#) en [Verenso behandeladvies COVID-19](#)
- Overweeg laagdrempelig starten antibiotica (bij behandelwens) omdat onderscheid virale/bacteriële pneumonie in thuisituatie moeilijker kan zijn. Volg daarbij <https://www.nhg.org/coronavirus/behandeling#acuut-hoesten>

Zuurstofbehandeling thuis

- Overweeg zuurstofbehandeling thuis indien gekozen wordt voor thuisbehandeling gericht op herstel. (dit is echter mogelijk tot 6 LO₂/min, alleen bij matige-ernstige COPD patiënten (GOLD 3-4) niet meer dan 2L O₂/minuut geven (overleg desgewenst met de behandelend longarts)).
- Er is reeds ingezet op meer capaciteit t.a.v. zuurstof thuis, zuurstof thuis kan binnen een paar uur geregeld zijn
- Zie ook [Leidraad zuurstofgebruik thuis bij COVID-19](#) en [Verenso behandeladvies Post-COVID-19 GRZ](#).

Behandeling bij dyspneu

- Volg de adviezen op <https://www.pallialine.nl/dyspneu-in-de-palliatieve-fase>
- CAVE: snelle achteruitgang met respiratoir falen is frequent beschreven, neem voorzorgsmaatregelen in thuisituatie (denk aan beschikbaarheid van pijnstilling en sedatie)

Behandeling delier

- Volg de richtlijn [NHG standaard delier](#) en [NVKG richtlijn delier bij volwassenen](#)
- Overweeg bij patiënten met een delier veroorzaakt door hypoxemie om een lage dosering morfine te geven naast het gebruik van haloperidol
- In geval van onhoudbare thuisituatie door delier: overleg met klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde (bij thuiswonende patiënt) of met consultatieteam palliatieve zorg

Zie voor meer informatie over thuisbehandeling: <https://www.palliaweb.nl/covid19>

4.3 Palliatief beleid

Volg <https://www.palliaweb.nl/covid19> en de richtlijnen van <https://www.pallialine.nl/>

- Bij dyspneu: <https://www.pallialine.nl/dyspneu-in-de-palliatieve-fase>; (denk aan beschikbaarheid van opioïden en sedatie)
- Bij palliatieve sedatie: <https://www.pallialine.nl/sedatie>

- Zie ook [de toolkit 'Symptombestrijding in de thuissituatie bij patiënten met een COVID-19 in de laatste levensfase'](#)
- Door wijkverpleging kan gebruik gemaakt worden van de [Edupal toolbox](#)

Voor meer informatie over palliatieve sedatie

- Specifieke COVID-19 informatie in de thuissituatie en in instellingen voor langdurige zorg: <https://www.palliaweb.nl/covid19>
- Samenvattingskaart richtlijn Palliatieve sedatie: <https://shop.iknl.nl/shop/samenvattingskaart-richtlijn-palliatieve-sedatie/54898> (klik op de website op 'downloaden' om de samenvattingskaart te downloaden)
- Richtlijn palliatieve sedatie op pallialine: <https://www.pallialine.nl/sedatie>
- KNMG richtlijn palliatieve sedatie: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/palliatieve-sedatie.htm>
- Patiëntinformatie: [Thuisarts - ik wil meer weten over palliatieve sedatie](#) en [Patiëntenfederatie Nederland - meer weten over het levenseind - behandelingen om klachten te verlichten](#)

5 Overzicht verschillende aspecten van zorg ter vergelijking van de verschillende zorgsettingen

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
Thuis (al dan niet met wijkverpleging)	<i>Diagnostiek naar COVID-19 (testmogelijkheden)</i>	Alle patiënten worden laagdrempelig getest. Zie NHG COVID-19 diagnostiek - aanvullend onderzoek , NHG coronadossier - behandeling en RIVM richtlijn COVID-19 diagnostiek	Er moet worden gestreefd naar het verkrijgen van een testuitslag (pas op: test kan vals-negatief zijn), bij een ernstig zieke oudere patiënt, verdacht voor COVID-19, die niet naar het ziekenhuis wordt verwezen, zodat de patiënt niet onterecht in eenzaamheid en afstandelijk een ziekte- of sterfproces ingaat op basis van een niet aangetoonde COVID-19.
	<i>Zuurstofbehandeling</i>	- Kan ingezet worden (max. 5L O ₂ /min). De zuurstof kan naar behoefte worden gegeven en geeft vaak goede symptomatische verbetering. Alleen bij matig/ernstige COPD (GOLD 3-4) patiënten niet meer dan 2L O ₂ /min geven. Zie Leidraad zuurstofgebruik thuis bij (verdenking op / bewezen) COVID-19 - Zie: Landelijk aanvraagformulier zuurstofbehandeling CAVE: brandgevaar, brandweer moet ingelicht worden, goede uitleg aan patiënt nodig Zie ook: Zuurstofbrochure Longfonds	Indien zuurstofbehandeling eerder ingezet is, zal dit worden afgebouwd en gestopt. Bestrijdt dyspnoe en hypoxemie, zet laagdrempelig palliatieve medicatie in.

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
	Wie mag er bij	<ul style="list-style-type: none"> - Huisgenoten (partner/kinderen) - Voor huisgenoten kan isolatie worden overwogen, zie RIVM maatregelen bij klachten passend bij COVID-19 en RIVM informatie brief huisgenoot thuis - Zorgprofessionals die beschikken over PBM 	<ul style="list-style-type: none"> - Huisgenoten (partner/kinderen) - Zorgprofessionals en geestelijk verzorger die gebruik maken van PBM - Aanwezigheid van naasten van de patiënt bij het ziekte- en stervensproces bij een bewezen COVID-19 infectie of hoge verdenking erop is mogelijk: <ul style="list-style-type: none"> • Met medisch mondneusmasker bij een afstand minder dan 1.5 meter. • Bij fysiek contact dient men zich te houden aan optimale handwas hygiëne. <p>Verder is het advies van kracht om geen handen te schudden. Er zijn verder geen beperkingen aan het contact met de nabestaanden, tenzij zij ook klachten hebben, zoals luchtwegklachten met of zonder koorts en/of benauwdheid, die kunnen passen bij het nieuwe coronavirus. Dan kunnen zij in principe niet bij de uitvaart zijn. Mogelijk kunnen 1e graads nabestaanden hierop een uitzondering vormen. Zie voor meer informatie RIVM COVID-19 en overlijden</p>
	Bescherming	<p>Zorgprofessionals (wijkverpleging, huisarts, GGD) dragen een mondneusmasker, bril, schort en wegwerphandschoenen wanneer zij de kamer van de patiënt betreden en minder dan 1,5 meter afstand kunnen bewaren tot patiënt/geen vluchtig contact zullen hebben (zoals bijv. bij persoonlijke verzorging of lichamelijk onderzoek). Bij bemonstering wordt het gebruik een FFP1-masker geadviseerd. Zie ook RIVM Uitgangspunten PBM buiten het ziekenhuis en Advies PBM gespecificeerd voor de huisartsenpraktijk en de huisartsenpost</p>	
	Benodigde informatie	<p>Zie Thuisarts - zwakke gezondheid en corona, RIVM patiëntinformatie 'Voor als u het Coronavirus heeft', RIVM Informatie-brief gezinsleden bevestigde patiënten thuis, Alzheimer Nederland - Hulp bij dementie en corona, Corona.steffie.nl informatie voor mensen met verstandelijke beperking en ARQ - psychosociale ondersteuning in coronatijd</p>	<p>Zie Thuisarts - zwakke gezondheid en corona, Pallialine, Palliaweb-covid19</p> <p>Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19, Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas</p>
Verpleeghuis/COVID-19 unit Zie Verenso behandeladvies acute	Diagnostiek (testmogelijkheden)	<p>Alle patiënten worden laagdrempelig getest.</p> <p>Conform Verenso Behandeladvies Acute fase en nazorg bij COVID19</p> <p>zie RIVM indicaties voor diagnostiek</p>	<p>Er moet worden gestreefd naar het verkrijgen van een testuitslag bij een ernstig zieke oudere patiënt verdacht voor COVID-19.</p>

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
fase en nazorg	Zuurstof-behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Kan ingezet worden (max. 6 L O₂/min) De zuurstof kan naar behoefte worden gegeven en geeft vaak goede symptomatische verbetering. Alleen bij matig/ernstige COPD (GOLD 3-4) patiënten niet meer dan 2L O₂/min geven. Zie Verenso Behandeladvies Geriatrische Revalidatiezorg - In verpleeghuis vaak 'op voorraad' of snel te organiseren - Op een COVID-19 unit organisatie afhankelijk van de lokale situatie 	Indien zuurstofbehandeling eerder ingezet is, kan dit worden afgebouwd en gestopt. Bestrijdt dyspnoe en hypoxemie, zet laagdrempelig palliatieve medicatie in.
	Wie mag er bij	<p>Op 24 juni heeft het kabinet verdere veruiming van de maatregelen rond Covid-19 bekend gemaakt. Een van de versoepelingen die werd aangekondigd, is de opening van verpleeghuizen voor bezoek.</p> <p>Dit betekent dat bezoek op alle verpleeghuislocaties weer mogelijk is indien er geen besmetting is. Hoe en onder welke voorwaarden bezoek plaats vindt, is aan de verpleeglocatie. Zij doen dit in samenspraak met de cliëntenraad en een vertegenwoordiging van de zorgprofessionals.</p> <p>Zie voor meer informatie: Actiz - bezoekregeling verpleeghuizen en de handreiking bezoek en sociaal contact – corona in verpleeghuizen op www.actiz.nl</p>	<p>Bezoek in de stervensfase blijft ook tijdens een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking mogelijk. Creëer dan een situatie dat de patiënt naar een andere, 'afgelegen' kamer in het verpleeghuis wordt gebracht waar het bezoek niet/zo min mogelijk de normale loop van andere patiënten en medewerkers kruist. Limiteer het bezoek zoveel als mogelijk. Laat bezoekers handhygiëne toepassen en nies- en hoesthygiëne hanteren en adviseer PBM, een fysieke afstand van minimaal 1,5 meter van medewerkers en eventuele andere patiënten.</p> <p>Zie voor meer informatie over bezoek tijdens de stervensfase in geval van een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking de handreiking bezoek en sociaal contact – corona in verpleeghuizen op www.actiz.nl</p>
	Bescherming	<p>Zorgprofessionals: Er wordt tenminste een mondneusmasker, bril, schort en wegwerphandschoenen gedragen. Bij bemonstering wordt het gebruik een FFP1-masker geadviseerd.</p> <p>Zie ook RIVM Uitgangspunten PBM buiten het ziekenhuis en Verenso document COVID-19 (behandeladvies)</p>	
	Benoemde informatie	<p>Zie ook Rijksoverheid over bezoek aan verpleeghuizen, RIVM vragen over voorkomen besmetting, Thuisarts - zwakke gezondheid en corona en RIVM COVID-19 richtlijn maatregelen personen met klachten en hun contacten + informatiebrieven, Alzheimer Nederland Forum Corona & Dementie, Corona.steffie.nl informatie voor mensen met verstandelijke</p>	<p>Zie Pallialine en Palliaweb-covid19, Verenso document COVID-19 (behandeladvies) en Actiz - bezoekregeling verpleeghuizen</p> <p>Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19, Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas</p>

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
		beperking, ARQ - psychosociale ondersteuning in coronatijd en Actiz - bezoek-regeling verpleeghuizen	
Transport (met bijv. ambulance) zie ook Ambulancezorg (V)LPA protocol COVID-19	Wie mag er bij	Familie mag niet mee met de ambulance	Niet van toepassing
	Benodigde informatie	Er moet bekend zijn bij de verwijzer en, familie en huisarts naar welk ziekenhuis de patiënt wordt verplaatst. Benoem bij verwijzing naar het ziekenhuis dat kan worden besloten om de patiënt in vrij korte tijd naar een ander ziekenhuis te verplaatsen.	
Ziekenhuis (verpleegafdeling)	Wie mag er bij	Afhankelijk van het lokale protocol in ziekenhuis. In principe beperkt (max. 1 persoon) en met gebruik van PBM. Sommige ziekenhuizen maken gebruik van tablets om contact met naasten te faciliteren.	In de terminale fase mogen, afhankelijk van de lokale situatie, beperkt familieleden bij de stervende patiënt aanwezig zijn.
	Bescherming	Intramurale patiënten dienen te worden verpleegd in een eenpersoonskamer met de deur dicht. In sommige ziekenhuizen wordt gewerkt met een cohortafdeling (waar patiënten soms wel hun kamer mogen verlaten). Zorgprofessionals dragen PBM volgens ziekenhuisprotocol en RIVM richtlijnen. Bezoek draagt een chirurgisch masker en handschoenen.	
	Benodigde informatie	Er is informatie in het ziekenhuis beschikbaar. Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19 , Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas	
Ziekenhuis (IC)	Wie mag er bij	Afhankelijk van het lokale protocol in ziekenhuis. In principe beperkt (max. 1 persoon) en met gebruik van PBM. Sommige ziekenhuizen maken gebruik van tablets om contact met naasten te faciliteren.	Als beademen niet meer lukt en besloten wordt de behandeling te staken mogen, afhankelijk van de lokale situatie, beperkt familieleden bij de stervende patiënt aanwezig zijn.
	Benodigde informatie	Er is informatie in het ziekenhuis beschikbaar. Zie ook IC Connect (voor (voormalig) IC-patiënten en naasten) Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19 , Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas	

6 Aanbevelingen

- **Zet in op creëren van capaciteit in verschillende woonzorgsettings (verpleeghuis, ELV, hospice, speciaal ingericht COVID-19 unit in bijv. hotels etc.) om oudere patiënten zonder indicatie voor ziekenhuisopname of die na ziekenhuisopname (nog) niet naar huis kunnen op te vangen**

We zijn gezamenlijk de probleemeigenaar van de zorg rondom de (kwetsbare) oudere patiënt met COVID-19, waarbij steeds gekeken moet worden wat de juiste plek en de juiste zorg voor de patiënt is. In een eerdere versie van dit document werd reeds de verwachting uitgesproken dat extra en geschikte capaciteit in de thuissituatie snel nodig zou zijn. De tweede golf maakt het belang van de juiste plek, ook om zoveel mogelijk reguliere zorg in het ziekenhuis te behouden, extra duidelijk.

- **Maak regionaal inzichtelijk (digitaal) wat de capaciteit is van deze verschillende woonzorgsettings waar patiënten met (verdenking op) COVID-19 terecht kunnen**

Soms kan de zorg in de thuissituatie ontoereikend zijn bij een zieke of herstellende kwetsbare oudere die verdacht wordt/werd van COVID-19 (bijv. 24 uren zorgbehoefte, toename onbegrepen gedrag bij mensen met dementie, beperkte beschikbaarheid wijkverpleging, etc.). Bij deze patiënten is ziekenhuisopname niet wenselijk en moet dus snel een geschikte plek gezocht kunnen worden. Het LCPS voorziet in een systeem waarin de beschikbare bedden op de IC en de verpleegafdeling in het ziekenhuis gemonitord en gecoördineerd worden, maar eenzelfde soort systeem voor de beschikbaarheid van verpleegbedden in woonzorgsettings is voor zover bekend nog niet beschikbaar (wel zijn er regionale voorbeelden zoals het inzicht in palliatieve COVID-19 bedden op PalliArts in Zuid-Nederland).

- **Maak duidelijk wat de voorwaarden zijn voor zorgverlening en bezoek in de thuissituatie**
 - Wie kan/mag er thuis bij patiënten komen, hoe zit het met mantelzorgers en familie van besmette patiënten? Wie mogen bij de patiënt zijn in de stervensfase? Aanwezigheid van naasten van de patiënt bij het ziekte- en/of sterfproces bij een bewezen COVID-19 infectie is mogelijk:
 - Met medisch mondneusmasker bij een afstand minder dan 1.5 m
 - Bij fysiek contact dient men zich te houden aan optimale handwas hygiëne
 - Denk in alle settings ook aan voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorgprofessionals en medepatiënten/medebewoners
 - Zie ook [Palliaweb - informatie over contact van naasten met COVID-19 patiënten](#)

- **Organiseren van zuurstoftoediening thuis is van groot belang**

Het faciliteren en organiseren van zuurstoftoediening is van groot belang bij de thuisbehandeling gericht op herstel voor patiënten die niet meer naar het ziekenhuis willen. Huisartsen en wijkverpleegkundigen dienen dit eenvoudig te kunnen organiseren, doen daar momenteel met ondersteuning van de [Leidraad zuurstofgebruik thuis](#) meer ervaring mee op. Er zal echter wel aandacht moeten zijn voor de capaciteit van de zuurstofleveranciers.

- **Zorg dat support en opvangstructuren voor medewerkers in de zorg geregeld zijn ten tijde van de COVID-19 pandemie**

In veel ziekenhuizen is tijdens de coronacrisis extra psychosociale ondersteuning, peer support, (bedrijfs)opvangteams, geestelijke verzorging, maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg beschikbaar. Het is belangrijk dat dit ook goed geregeld wordt voor medewerkers in de zorg buiten het ziekenhuis. Kleine ziekenhuizen,

ouderenzorgorganisaties, gehandicaptenzorginstellingen en huisartsenpraktijken die psychosociale ondersteuning niet zelf in huis hebben, kunnen terecht bij het Contactpunt psycho-sociale ondersteuning zorgprofessionals. Dit centrum is op verzoek van het RIVM en het ministerie van VWS opgezet door ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. Het contactpunt biedt een eerste aanspreekpunt voor zorgverleners. Het is een vraagbaak voor advies en kennis voor zorgprofessionals en zorgorganisaties.

- **Extra alertheid is nodig voor (kwetsbare) ouderen die vanwege risico op besmetting (on)vrijwillig geïsoleerd thuis zitten, doordat mantelzorg is weggefallen en/of afschalen huishoudelijke zorg (Wmo), dagbesteding of wijkverpleging (Zvw).**

Door het wegvallen van deze professionals en/of mantelzorg ontbreekt de signaalfunctie en ontstaan schrijnende situaties zoals eenzaamheid, ondervoeding, vervuiling of verwaarlozing, waardoor gezondheidsrisico's ontstaan. De zorgaanbieder van de cliënt bij wie is afgeschaald of die heeft afgezegd monitort periodiek de situatie van de client (bijvoorbeeld door te bellen). Neem bij signaleren van schrijnende situaties door wegvallen mantel- en/of professionele zorg hierover contact op met de wijkverpleging of gemeente. Zie ook: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/nieuws/2020/04/16/zorg-voor-kwetsbare-mensen-die-thuis-wonen-nader-uitgewerkt>

7 Checklist coronateam ziekenhuis bij aanmelding oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 door huisarts/specialist ouderengeneeskunde

Indien huisarts/specialist ouderengeneeskunde sterke verdenking COVID-19 heeft onderstaande vragen met huisarts/specialist ouderengeneeskunde bespreken:

- Is patiënt kwetsbaar? (wat is de inschatting van de huisarts/specialist ouderengeneeskunde/Clinical Frailty Scale?)
Eventueel aanvullende vragen:
 - Heeft patiënt een dementie/cognitieve stoornissen?
 - Heeft patiënt functionele beperkingen (moeite met traplopen, wassen/aankleden)?
 - Heeft patiënt hulp nodig bij activiteiten buitenshuis en huishouden
Indien 1 van deze 3 vragen 'ja' -> waarschijnlijk kwetsbare patiënt!
- Is aanvullende diagnostiek nodig om andere (behandelbare) ziektes uit te sluiten of een inschatting te maken van ernst van de ziekte?
- Is er eerder een Advance Care Planning gesprek gevoerd met patiënt en mantelzorger/naasten (en gesproken over bijv. IC/reanimatie)? Zie ook [de Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning \(advance care planning, ACP\) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie](#)
- Heeft de patiënt een gerede kans om op te knappen en te revalideren naar acceptabel functioneel niveau indien O2/IV-behandeling gegeven wordt?
- Beseft patiënt dat indien hij/zij COVID-19 positief is er beperkt bezoek in het ziekenhuis mogelijk is?
- Beseft de kwetsbare oudere patiënt dat de uitkomsten in het ziekenhuis vaak zeer matig zijn?
- Indien patiënt niet opgenomen wordt: anticipeert huisarts/specialist ouderengeneeskunde op waar patiënt na beoordeling in het ziekenhuis naartoe kan?

8 Begrippenlijst

- **Intensieve therapie:** IC-behandeling of langdurige behandeling in het ziekenhuis
- **IC (afkorting):** Intensive Care
- **Thuisbehandeling:** met thuisbehandeling wordt in dit document bedoeld behandeling in de setting die voor de patiënt als 'thuis' beschouwd kan worden. Voor patiënten in een verpleeghuis wordt dit als 'thuis' beschouwd.
- **Palliatief beleid:** met palliatief beleid wordt in dit document het beleid bedoeld dat kan worden ingezet om belastende symptomen te verlichten wanneer de inschatting is dat de oudere patiënt met COVID-19 geen uitzicht heeft op genezing
- **PBM (afkorting):** Persoonlijke beschermingsmiddelen

9 Referenties

Buenen, A., Wever, P., Borst, D. and Slieker, K., 2020. COVID-19 op de Spoedeisende Hulp in Bernhoven. Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5001, [online] Available at: <<https://www.ntvg.nl/artikelen/covid-19-op-de-spoedeisende-hulp-bernhoven>> [Accessed 22 April 2020].

Centre of Evidence Based Medicine. 2020. Global Covid-19 Case Fatality Rates - CEBM. [online] Available at: <<https://www.cebm.net/global-covid-19-case-fatality-rates/>> [Accessed 25 March 2020].

Dijkstra Dieperink, P., Stijn, M., Postma-Rowden, Hoeven, V.D., & Boogaard, V.D. (2017). Validated Dutch Translation of the Clinical Frailty Scale for ICU Patients and its use in Practice.

Federatie van Medisch Specialisten. Leidraad Nazorg van patiënten met COVID-19 – versie 28-5-2020. [online] Available at: <<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Leidraad%20Nazorg%20COVID-19.pdf>>

Flaatten, H., De Lange, D., Morandi, A., Andersen, F., Artigas, A., Bertolini, G., Boumendil, A., Cecconi, M., Christensen, S., Faraldi, L., Fjølner, J., Jung, C., Marsh, B., Moreno, R., Oeyen, S., Öhman, C., Pinto, B., Soliman, I., Szczeklik, W., Valentin, A., Watson, X., Zaferidis, T. and Guidet, B., 2017. The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). Intensive Care Medicine, 43(12), pp.1820-1828.

Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., Liu, L., Shan, H., Lei, C. L., Hui, D., Du, B., Li, L. J., Zeng, G., Yuen, K. Y., Chen, R. C., Tang, C. L., Wang, T., Chen, P. Y., Xiang, J., Li, S. Y., ... China Medical Treatment Expert Group for Covid-19 (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. The New England journal of medicine, 10.1056/NEJMoa2002032. Advance online publication. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>

Harskamp, R., de Meij, M., Cals, J., Reesink, H., & Geersing, G. (2020). COVID-19: thuis behandelen of naar het ziekenhuis? Afwegingen in de huisartsenpraktijk. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 164(D5045).

LCI richtlijnen. 2020. COVID-19. [online] Available at: <<https://lci.rivm.nl/richtlijnen/covid-19>> [Accessed 26 March 2020].

Mdcalc.com. 2020. COVID-19 Resource Center. [online] Available at: <<https://www.mdcalc.com/covid-19#nnt>> [Accessed 26 March 2020].

Murk, J., van de Biggelaar, R., Stohr, J., Verweij, J., Buiting, A., Wittens, S., van Hooft, M., Diederens, B., Kluiters-de Hingh, Y., Ranschaert, E., Brouwer, A., Retera, J., Verheijen, M., Ramnarain, D., van Ek, I. and van Oers, J., 2020. De eerste honderd opgenomen COVID-19-patiënten in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2020;164:D5002, [online] Available at: <<https://www.ntvg.nl/artikelen/de-eerste-honderd-opgenomen-covid-19-patienten-het-elisabeth-tweesteden-ziekenhuis>> [Accessed 22 April 2020].

Muscudere, J., Waters, B., Varambally, A., Bagshaw, S. M., Boyd, J. G., Maslove, D., Sibley, S., & Rockwood, K. (2017). The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*, 43(8), 1105–1122. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4867-0>

Nice.org.uk. 2020. 1 Admission To Hospital | COVID-19 Rapid Guideline: Critical Care In Adults | Guidance | NICE. [online] Available at: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/chapter/1-Admission-to-hospital>> [Accessed 26 March 2020].

Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team (2020). [The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) in China], 41(2), 145–151. Advance online publication. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003>.

NVAVG. 2020. Leidraad Verwijzing Van De Volwassen Patiënt Met VB En (Verdenking Op) COVID-19 – NVAVG. [online] Available at: <<https://nvavg.nl/leidraad-verwijzing-van-de-volwassen-patient-met-vb-en-verdenking-op-covid-19/>> [Accessed 28 April 2020]

Olde Rikkert, M., Vingerhoets, R., van Geldorp, N., de Jong, E., & Maas, H. (2020). Atypisch beeld van COVID-19 bij oudere patiënten. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 164(D5004).

Rivm.nl. 2020. Epidemiologische Situatie COVID-19 In Nederland 3 november 2020 | RIVM. [online] Available at: <<https://www.rivm.nl/documenten/wekelijkse-update-epidemiologische-situatie-covid-19-in-nederland>> [Accessed 10 November 10, 2020].

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 173(5), 489–495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>

SWAB. 2020. Medicamenteuze Behandelopties Bij Patiënten Met COVID-19 (Infecties Met SARS-Cov-2). [online] Available at: <<https://swab.nl/nl/covid-19>> [Accessed 2 April 2020].

van der Moeren, N., Talman, S., van den Bijlaardt, W., Kant, M., Heukels, P., Bentvelsen, R. and Loth, D., 2020. De eerste 29 COVID-19-patiënten in de kliniek; vroege bevindingen uit een ziekenhuis in Noord-Brabant. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2020;164:D4981, [online] Available at: <<https://www.ntvg.nl/artikelen/de-eerste-29-covid-19-patienten-de-kliniek>> [Accessed 22 April 2020].

Van Oostrom S, Van der A D, Picavet S, Rietman L, De Bruin S, Spijkerman A, 2015. Ouderen Van Nu En Straks: Zijn Er Verschillen In Kwetsbaarheid?. RIVM.

Verenso. 2020. Update registratie verpleeghuizen 27 oktober 2020. [online] Available at: <<https://www.verenso.nl/themas-en-projecten/infectieziekten/covid-19-coronavirus/registreren-van-data>>

Volksgezondheidszorg.info. 2020. Chronische Aandoeningen En Multimorbiditeit | Cijfers & Context | Huidige Situatie | Volksgezondheidszorg.Info. [online] Available at: <<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#bronverantwoording>> [Accessed 25 March 2020].

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* (London, England), S0140-6736(20)30566-3. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

10 Versiebeheer

10.1 Update 1 (14-4-2020)

Nieuw:

- Er is een overzicht toegevoegd van verschillende aspecten van zorg ter vergelijking van de verschillende zorgsettingen.
- Er zijn drie nieuwe aanbevelingen toegevoegd ten aanzien van de communicatie met naasten bij acute overplaatsing, organisatie van zuurstoftoediening thuis en het faciliteren van het nieuwe testbeleid van de RIVM.
- De KBO-PCOB en V&VN zijn toegevoegd aan de werkgroep.
- Er zijn meerdere meelezers van verschillende verenigingen toegevoegd.

Aanpassingen:

Stroomschema

- In het stroomschema is 'meer mogelijkheden bij onhoudbare thuissituatie' als voordeel van ziekenhuisopname verwijderd en bij nadelen ziekenhuisopname is de tekst t.a.v. overlijden aangepast (o.a. beperkt i.p.v. geen bezoek). De tekst over de verpleeghuispopulatie is herschreven.

Inleiding

- In de inleiding zijn de meest recente cijfers toegevoegd en enkele zinnen herschreven.

Hele document

- In het hele document is 'thuiszorg' aangepast naar 'wijkverpleging' of 'wijkverpleging/thuiszorg'.
- In het hele document wordt nu verwezen naar het verruimde testbeleid van de RIVM (d.d. 3-4-2020).
- In het hele document is 'geen bezoek' aangepast naar 'beperkt bezoek'.

Hoofdstuk 3

- Van hoofdstuk 3.1 is de titel aangepast: 'oudere' toegevoegd ("oudere patiënt").
- In hoofdstuk 3.2 en 3.5 en in de tabel zijn zinnen toegevoegd over het mogelijk acuut overplaatsen van patiënten vanwege capaciteitstekort (o.a. ook als nadelen van ziekenhuisopname/IC-opname).
- Van hoofdstuk 3.3 is de titel aangepast: 'door arts' toegevoegd ("identificatie door arts").
- In hoofdstuk 3.1 en 3.3 is toegevoegd 'rekening houdend met de wens van de patiënt' wanneer wordt aanbevolen om een inschatting/afweging te maken ten aanzien verwijzen naar het ziekenhuis.
- In hoofdstuk 3.4 is een extra toelichting opgenomen over de belasting en de kans op herstel bij (langdurige) beademing.
- De titel van hoofdstuk 3.5 is herschreven.
- In hoofdstuk 3.6 zijn Corona Zorg Centra als lokale initiatieven benoemd.

Hoofdstuk 4

- In hoofdstuk 4 algemene punten is het bespreken behandelplan aangescherpt tot 'bespreek ... nu en bij toename symptomen.
- In hoofdstuk 4 algemene punten zijn twee punten toegevoegd: aanwezigheid van naaste/mantelzorger/vrijwilliger wordt aanbevolen en betrekken van casemanager dementie bij patiënt met dementie.
- In hoofdstuk 4.1, 4.2 en in de tabel is de maximale hoeveelheid zuurstof thuis naar 5L O₂/min aangepast. Er is een zin toegevoegd over de toepassing, met een advies voor aanpassing bij matig-ernstige COPD patiënten.
- In hoofdstuk 4.1 zijn twee punten toegevoegd, over een veerkrachtig systeem als voorwaarde bij patiënt met dementie en over speciale COVID-19 wijkteams in verschillende regio's.

- In hoofdstuk 4.2 is er een zin opgenomen over de capaciteit en ervaringen van huisartsen ten aanzien van organisatie van zuurstof thuis.
- In hoofdstuk 4.2 is de zin over morfine bij delier en dyspneu herschreven.
- In hoofdstuk 4.3 is Edupal.nl als informatiebron voor wijkverpleegkundigen toegevoegd.

Hoofdstuk 5 is nieuw.

Hoofdstuk 6 (voorheen hoofdstuk 5) aanbevelingen

- Bij de eerste aanbeveling zijn zinnen toegevoegd over het creëren van juiste voorwaarden bij uitbreiden van capaciteit.

Hoofdstuk 7 (voorheen hoofdstuk 6) Checklist coronateam ziekenhuis

- Er is een vraag toegevoegd: 'Is er eerder een Advance Care Planning gesprek gevoerd met patiënt en mantelzorger/naasten (en gesproken over bijv. IC/reanimatie)?', inclusief verwijzing naar Advance Care Planning hoofdstuk van het coronadossier van het NHG.

Begrippenlijst en Referenties

- PBM (afkorting): persoonlijke beschermingsmiddelen toegevoegd.
- Referentie naar SWAB richtlijn COVID-19 toegevoegd.

10.2 Update 2 (7-5-2020)

Nieuw:

- De NVSHA is toegevoegd aan de werkgroep.

Aanpassingen:

- Mw. Goudzwaard heeft dhr. Arends vervangen als werkgroeplid namens de NVKG.

Stroomschema

- Bij voordelen ziekenhuisopname is 'mogelijke' toegevoegd bij (hydroxy)chloroquine behandeling omdat dit off-label kan worden gegeven, maar niet voor iedere patiënt geschikt/gewenst kan zijn.
- Bij nadelen ziekenhuisopname zijn 'risico op nosocomiale infectie met COVID-19' en 'overlijden kan vrij plots plaatsvinden' verwijderd omdat de werkgroep bij heroverweging vond dat dit ook kan gebeuren buiten het ziekenhuis, dus niet specifiek als nadeel van ziekenhuisopname geldt.

Inleiding

- De missie van de leidraad is bovenaan de inleiding geplaatst in een kader om de nadruk hierop te leggen.
- De cijfers zijn aangepast met de meest recente cijfers, er zijn extra bronnen/voetnoten toegevoegd.

Hoofdstuk 3

- Bij 3.3 een tekstuele aanpassing van de tekst bij verpleeghuispopulatie.
- Bij 3.4 verwijzing opgenomen naar de Keuzehulp behandelwensen op thuisarts.
- Bij 3.4 voetnoot met bronvermelding opgenomen.

Hoofdstuk 4

- Bij 4.1: subtitel verpleeghuispopulatie aangepast naar populatie in langdurige zorginstelling.
- Bij 3.2 verwijzing naar leidraad zuurstofgebruik thuis toegevoegd.

Hoofdstuk 5

- Bij diagnostiek naar COVID-19 thuis onder stervensproces toevoeging 'pas op: test kan vals negatief zijn'.

- Bij zuurstofbehandeling thuis verwijzing opgenomen naar leidraad zuurstofgebruik thuis toegevoegd.
- Bij wie mag erbij thuis onder stervensproces recente RIVM advies overgenomen ten aanzien van contact nabestaanden.
- Bij zuurstofbehandeling verpleeghuis/covid-19 unit/corona zorg centra verwijzing naar Verenso behandeladvies post-COVID-19 GRZ toegevoegd.

Hoofdstuk 6

- Aanbeveling organiseren van zuurstoftoediening thuis: verwijzing naar leidraad zuurstoftoediening thuis opgenomen.
- Nieuwe aanbeveling opgenomen over support en opvangstructuren voor medewerkers in de zorg.
- Nieuwe aanbeveling opgenomen over extra alertheid voor (kwetsbare) ouderen die vanwege risico op besmetting (on)vrijwillig geïsoleerd thuis zitten.
- Nieuwe aanbeveling opgenomen gericht aan NHG en Verenso om na te denken over de eventuele plaats van trombo-embolische profylaxe bij COVID-19 patiënten die behandeling gericht op herstel krijgen in de thuissituatie.

10.3 Update 3 (8-6-2020)

Aanpassingen:

- Mw. Kramer heeft mw. van den Bos vervangen als werkgroeplid namens de NIV.

Stroomschema

- Bij voordelen ziekenhuisopname is mogelijke (hydroxy)chloroquine behandeling verwijderd.
- Bij nadelen ziekenhuisopname is 'kans op ernstig delier' veranderd in 'Meer kans op ontstaan delier bij verplaatsing naar andere omgeving', omdat de werkgroep bij heroverweging wilde nuanceren dat een delier ook kan ontstaan in de thuissituatie. Tevens is toegevoegd dat functionele achteruitgang met langdurig herstel vooral na IC-opname kan worden verwacht.

Inleiding

- De cijfers zijn aangepast met de meest recente cijfers van het RIVM.

Hoofdstuk 3

- Bij 3.1 voetnoot met bronvermelding opgenomen naar artikelen over atypische presentatie bij ouderen.
- Bij 3.2 punt over monitoring verder aangescherpt.
- Bij 3.2 bij nadelen ziekenhuisopname zin over risico op nosocomiale infectie met COVID-19 verwijderd.
- Bij 3.2 stuk over kans op ontstaan delier herschreven omdat de werkgroep bij heroverweging wilde nuanceren dat een delier ook kan ontstaan in de thuissituatie.
- Bij 3.2 toegevoegd dat functionele achteruitgang met langdurig herstel vooral na IC-opname kan worden verwacht.
- Bij 3.5 is een verwijzing naar de 'Leidraad voor opname van patiënten met (verdenking op) COVID-19 besmetting in het ziekenhuis' opgenomen.

Hoofdstuk 5

- Bij verpleeghuis/COVID-19 unit/Corona Zorg centra is de tekst bij 'wie mag er bij' aangepast aan de huidige situatie en zijn links opgenomen naar de 'handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd'.

Hoofdstuk 6

- Aanbeveling over het faciliteren van nieuw testbeleid verwijderd, vanwege niet meer relevant gezien recentste ontwikkelingen.
- Aanbeveling over extra alertheid voor (kwetsbare) ouderen die vanwege risico op besmetting (on)vrijwillig geïsoleerd thuis zitten aangescherpt en herschreven.

10.4 Update 4 (27-11-2020)

Aanpassingen:

- Mw. Goudzwaard heeft dhr. Jansen vervangen als voorzitter van de werkgroep.

Stroomschema

- Anosmie/dysgeusie als symptoom toegevoegd bij 'hogere verdenking COVID-19', bij klinische beoordeling
- CAVE atypische presentatie toegevoegd bij klinische beoordeling
- Bij Alarmsymptomen - bij cave stille hypoxemie, toegevoegd: 'of desaturatie bij geringe inspanning toegevoegd
- Bij Alarmsymptomen: 'verwardheid' aangepast naar 'delier (met verwardheid of sufheid)'
- Bij voordelen ziekenhuisopname: IV medicatie (dexamethason/remdesivir) toegevoegd
- Vraag bij inschatting evt. meerwaarde IC herformuleerd
- Bij wensen/doelen van patiënt twee vragen toegevoegd:
 - Zijn er afspraken vastgelegd in het kader van proactieve zorgplanning (ACP) en/of een reanimatie- of een wilsverklaring?
 - Weet de patiënt wat de mogelijkheden zijn bij thuisbehandeling?

Inleiding

- De cijfers zijn aangepast met de meest recente cijfers, er zijn extra bronnen/voetnoten toegevoegd. Er zijn meer cijfers opgenomen over de sterfte in verschillende leeftijdsgroepen, en informatie over de sterfte in verpleeghuizen toegevoegd.
- Er is aandacht besteed aan de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van medicamenteuze behandeling zoals deze momenteel in de ziekenhuizen wordt aangeboden aan specifieke patiëntengroepen

Hoofdstuk 3

Bij hoofdstuk 3.1:

- anosmie/dysgeusie toegevoegd als symptomen die een hogere verdenking geven op COVID-19
- is verwardheid als alarmsymptoom aangepast naar delier (met verwardheid of sufheid)
- is 'bijvoorbeeld bij inspanning' toegevoegd als moment waarop patiënt toch hypoxisch kan zijn
- Opmerking over onvoldoende beschikbaar zijn van PBM verwijderd

Bij hoofdstuk 3.2:

- Zuurstofbehandeling thuis stroomsnelheid aangepast naar 6L/min
- Voordeel ziekenhuisopname: IV medicatie dexamethason/remdesivier toegevoegd
- RR uitgeschreven als bloeddruk
- Nadeel ziekenhuisopname, punt over sterfteproces formulering aangepast

Bij hoofdstuk 3.3:

- Voor hem/haar toegevoegd aan acceptabel functioneel niveau
- Grote twijfel aangepast naar twijfel bij inschatting CFS en meerwaarde

- Vraag over eventuele meerwaarde IC herformuleerd
- Vertaling Clinical Frailty Scale 7 aangepast naar juiste vertaling

Bij hoofdstuk 3.4:

- Twee nieuwe vragen: bij vraag over reanimatie ook proactieve zorgplanning toegevoegd; vraag toegevoegd over of patiënt op de hoogte is van de mogelijkheden bij thuisbehandeling

Hoofdstuk 4

- Maak een keuze tussen thuisbehandeling (in principe gericht op herstel, toevoeging 'maar met de realisatie dat er in de thuissituatie minder mogelijk is dan in het ziekenhuis')
- Toevoeging communiceer het behandelplan ook met de huisartsenpost of dienstdoende van de woonzorgsetting
- Toevoeging Overweeg de wijkverpleging te betrekken (indien geïndiceerd of wanneer zij reeds bij patiënt betrokken waren)
- Herformulering van punt over bevestigen van COVID-19 met een test
- Toevoeging aan bespreek vervolgstappen: (met patiënt/naaste(n) maar eventueel ook met andere betrokken zorgverleners bijv. in een multidisciplinair team)
- Verwijzingen naar patiëntinformatie over palliatieve sedatie toegevoegd

Hoofdstuk 4.2:

- Twee bullets over behandeling COVID-19 in eerste lijn (geen specifieke behandeling) en toediening dexamethason onder voorwaarden.
- Verwijzing naar NVKG richtlijn delier opgenomen

Hoofdstuk 4.3

- Pijnstilling aangepast naar opioïden bij punt over dyspneu

Hoofdstuk 5

- Diagnostiek thuis en in verpleeghuis/COVID-19 unit aangepast
- Geestelijk verzorger toegevoegd bij thuis – wie mag erbij - stervensfase
- Wie mag erbij in verpleeghuis aangepast, verwijzing naar Actiz- bezoekenregeling verpleeghuizen opgenomen

Hoofdstuk 6

- Twee aanbevelingen verwijderd i.v.m. niet meer relevant:
 - Zorg dat bij acute overplaatsing van patiënten naar andere ziekenhuizen tenminste de naasten geïnformeerd worden waar de patiënt naartoe gebracht wordt
 - Denk na over de eventuele plaats van trombo-embolische profylaxe bij COVID-19 patiënten die behandeling gericht op herstel krijgen in de thuissituatie, gezien de recente aanwijzingen voor trombo-embolische complicaties en het nieuw geformuleerde ziekenhuisbeleid hiervoor
- Aanbeveling 1 en 2: uitgebreid t.a.v. capaciteit en inzichtelijk maken hiervan, ook voor verpleegbedden in woonzorgsettings.
- Aanbeveling 3: verwijzing naar palliaweb informatie over contact met naasten opgenomen

Hoofdstuk 7:

- Verwijzing naar Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning (advance care planning, ACP) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie opgenomen