

LEIDRAAD

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

Inhoud

Disclaimer	3
1 Stroomschema triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënten met (verdenking op) COVID-19	4
2 Inleiding	5
3 Triage bij consult huisarts/specialist ouderengeneeskunde	6
3.1 Klinische beoordeling van de patiënt met (verdenking op) COVID-19 om noodzaak insturen naar ziekenhuis in te schatten	6
3.2 Voordelen en nadelen/risico's van ziekenhuisopname	6
3.3 Identificatie van de patiënt met (verdenking op) COVID-19 voor wie ziekenhuisopname naar verwachting meerwaarde heeft	7
3.4 Wensen/doelen van de patiënt of vertegenwoordiger (bij wilsonbekwame patiënt)	9
3.5 Verwijzen naar SEH/ziekenhuis: duidelijk behandeldoel en plan bij geen ziekenhuisopname	9
3.6 Thuis niet mogelijk maar ziekenhuisopname niet gewenst.....	9
4 Behandelplan thuis	9
4.1 Voorwaarden voor thuisbehandeling	9
4.2 Thuisbehandeling.....	10
Medicamenteuze behandeling gericht op COVID-19	10
Zuurstofbehandeling thuis.....	10
Behandeling bij dyspneu.....	10
Behandeling delier	10
4.3 Palliatief beleid.....	10
5 Aanbevelingen	11
6 Checklist coronateam ziekenhuis bij aanmelding oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 door huisarts/specialist ouderengeneeskunde	12
7 Begrippenlijst	13
8 Referenties	13

Werkgroepleden:

Dhr. dr. P.A.F. Jansen, voorzitter, klinisch geriater (niet-praktiserend), klinisch farmacoloog
Dhr. drs. A.J. Arends, klinisch geriater bij Havenue/Maasstadziekenhuis, voorzitter Nederlandse Vereniging voor de Klinische Geriatrie (NVKG) namens de NVKG
Mw. dr. F. van den Bos, internist-ouderengeneeskunde UMC Utrecht, namens de Nederlands Internisten Vereniging (NIV, sectie ouderengeneeskunde)
Dhr. dr. R.H.P.D. van Deijck, specialist ouderengeneeskunde bij De Zorggroep, lid consultatieteam palliatieve zorg Noord-Brabant/Noord Limburg, lid consultatieteam transmuraal palliatief team Noord-Limburg namens de Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Mw. dr. T.N. Platteel, waarnemend huisarts, assistent-professor UMC Utrecht, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

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

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
Dhr. dr. J. Festen, gepensioneerd longarts, namens KBO-PCOB
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. M. van Oort, hoofd belangenbehartiging KBO-PCOB
Mw. drs. C.M. de Ruiter, beleidsmedewerker Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Dhr. drs. C. Veldhoven, huisarts, arts pijn en palliatieve zorg Radboud UMC
Mw. drs. E.A. bij de Vaate, internist-infectioloog bij St. Antonius Ziekenhuis
Dhr. dr. A. Vollaard, internist-infectioloog namens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
Dhr. E. van Wijlick, beleidscoördinatie Beleid & Advies Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

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

Disclaimer

Algemeen

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en de Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) 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 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. 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. Het doel van deze leidraad is de juiste zorg op de juiste plek voor de individuele oudere patiënt.

Copyright

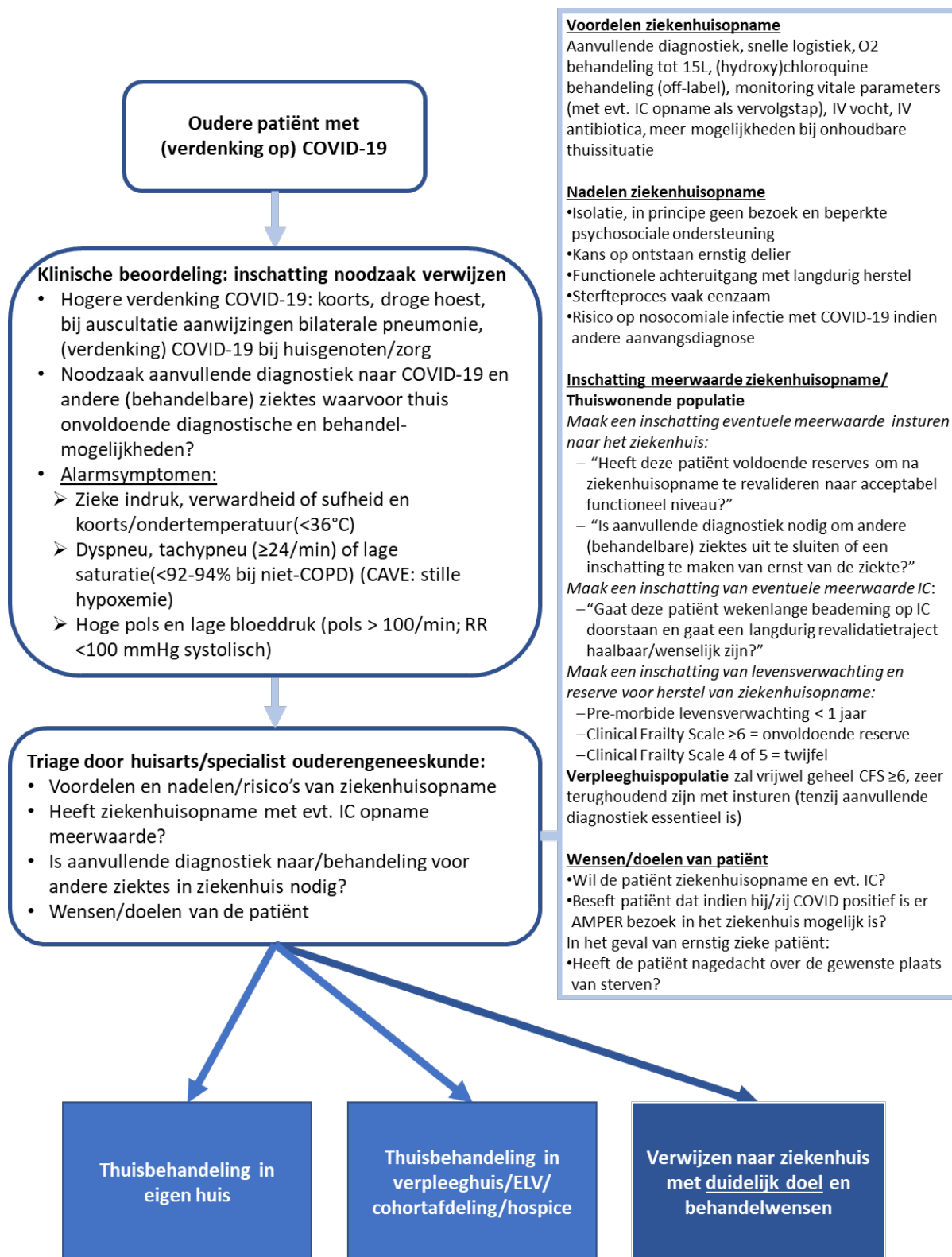
De in deze Leidraad getoonde informatie, zoals teksten en afbeeldingen, of informatie in andere vorm, is gezamenlijk eigendom van de makers.

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 donderdag 27 maart 2020.

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



2 Inleiding

Tijdens de COVID-19 pandemie is het van belang om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren en efficiënt om te gaan met de beschikbare capaciteit en middelen. Bekend is dat de doelgroep ouderen, enerzijds vanwege hun leeftijd, anderzijds vanwege co-morbiditeit extra risico loopt om ernstig ziek te worden en/of te komen overlijden. Cijfers uit China van 44.672 patiënten met bevestigde COVID-19 laten zien dat 2.3% van deze patiënten komt te overlijden. Voor oudere patiënten met bevestigde COVID-19 van 70-79 jaar en ≥ 80 jaar kwam respectievelijk 8.0% (7.2-8.9% 95% CI) en 14.8% (13.0%-16.7% 95%CI) te overlijden. Ook rapporteerde China dat patiënten met co-morbiditeit (zoals cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus en chronische respiratoire ziektes) vaker overlijden. In Italië had 99% van de tot nu toe overleden patiënten een pre-existente ziekte.¹ In Nederland waren op 26 maart 2020 2151 patiënten (met verdenking op) COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis. 434 patiënten (met verdenking op) COVID-19 waren op 26 maart 2020 overleden (waarvan minimaal 54% een onderliggende aandoening had).² In Nederland hebben veel ouderen minimaal één chronische aandoening en in 2015 was 34.6% van de 70-81-jarigen kwetsbaar.^{3,4} Welke zorg voor de individuele oudere patiënt het best passend is, is afhankelijk van de uitgangssituatie van de patiënt, waarbij de co-morbiditeit, kwetsbaarheid, levensverwachting en wensen/doelen van de patiënt worden meegenomen. Dit principe geldt ook in tijden zonder crisis.

In het licht van bovenstaande is het belangrijk om na te denken welke oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 baat heeft bij ziektegerichte intensieve behandeling (met eventuele IC-opname), ziektegerichte conservatieve behandeling (geen IC-opname) of palliatieve behandeling. Bij de kwetsbare populatie is de prognose bij IC-opname zeer matig.⁵ 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. Als patiënten met COVID-19 respiratoir insufficiënt worden hebben zij intensieve beademing op de Intensive Care (IC) nodig, die wekenlang kan duren. De kans dat kwetsbare ouderen met COVID-19 een langdurige IC-opname overleven is zeer klein en indien dit het geval is, is de verwachting dat een langdurig (tot 1 jaar) revalidatietraject noodzakelijk is met een onzekere uitkomst. De eerste ervaringen van de Nederlandse IC-artsen is dat dit zelfs ook geldt voor een gezonde (jongere) populatie. Ook kan het passend zijn patiënten juist niet te verplaatsen, maar in de thuissituatie of in het verpleeghuis te behandelen. Complicerend in de huidige crisis is naast de beperkt beschikbare wetenschappelijke en ervaringsgegevens, vooral ook het besmettingsrisico, de onervarenheid van veel medewerkers met de problematiek, de schaal van de COVID-19 pandemie in combinatie met het dreigende gebrek aan capaciteit en middelen.

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.

Bij het opstellen van deze leidraad is mede gebruik gemaakt van lokale protocollen en stroomschema's, deze zijn in sommige gevallen als basis gebruikt door de werkgroep. De eerste versie van dit document is grotendeels expert-opinion en experience-based.

¹ Centre of Evidence Based Medicine 2020

² Epidemiologische Situatie COVID-19 In Nederland 24 Maart 2020. RIVM 2020.

³ Chronische Aandoeningen en Multimorbiditeit. Volksgezondheidszorg.info. 2020

⁴ Van Oostrom et al. Ouderen Van Nu En Straks: Zijn Er Verschillen In Kwetsbaarheid? RIVM 2015.

⁵ Flaatten, 2017; Muscedere 2017

3 Triage bij consult huisarts/specialist ouderengeneeskunde

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

- Hogere verdenking COVID-19: koorts, droge hoest, bij auscultatie aanwijzingen voor dubbelzijdige pneumonie en COVID-19 verdachte of bewezen zieken onder huisgenoten of thuiszorgmedewerkers
 - Noodzaak aanvullende diagnostiek naar COVID-19 en andere (behandelbare) ziektes waarvoor thuis onvoldoende diagnostische en behandelmogelijkheden?
 - Aanwijzingen voor alarmsymptomen
 - Zieke indruk, 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)
 - Hoge pols en lage bloeddruk (pols > 100/min; RR <100 mmHg systolisch)
- Bij aanwezigheid alarmsymptomen: Maak afweging wel/niet insturen naar ziekenhuis (zie ook voor- en nadelen/risico's van ziekenhuisopname)
- CAVE:
 - atypische presentatie bij oudere patiënt (koorts kan ontbreken, ziekte kan zich presenteren met typisch geriatrisch syndroom zoals verwardheid of vallen)
 - snelle achteruitgang met respiratoir falen is frequent beschreven, neem voorzorgsmaatregelen in thuisituatie (denk aan beschikbaarheid van pijnstilling en sedatie)
 - Bij onrust en delier, met onhandelbare thuisituatie: overleg indien nodig met klinisch geriatr/interne-ouderengeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde (in geval van thuiswonende patiënt) of met consultatieteam palliatieve zorg
 - Zie o.a. <https://www.nhg.org/coronavirus>
 - Indien zorg niet acuut te organiseren is in de thuisituatie door onvoldoende beschikbaarheid van thuiszorg/wijkverpleging/mantelzorgers en/of persoonlijke beschermingsmiddelen, check dan eerst de mogelijkheden voor opname in verpleeghuis/ELV/hospice/cohortafdeling 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. 6-8L O₂/min mogelijk)
- Starten (hydroxy)chloroquine (off-label zonder bewijs voor effectiviteit, met potentieel ernstige bijwerkingen en gecontra-indiceerd bij nierfunctiestoornissen) en intraveneuze antibiotica bij gesuperponeerde bacteriële pneumonie
- Snelle logistiek t.a.v. inzetten van diagnostiek en zorg
- Monitoring: meten van vitale parameters met als eventuele vervolgstap IC-opname, (in thuisituatie vaak alleen de mogelijkheid van meten saturatie, RR, temperatuur en ademfrequentie)
- IV vochttoediening
- Meer intensieve zorg- en behandelmogelijkheden bij onhoudbare thuisituatie door bijvoorbeeld ernstige verwardheid/onrust of beperkte beschikbaarheid zorgprofessionals/persoonlijke beschermingsmiddelen (check eerst mogelijkheden spoedopname in verpleeghuis/ELV/speciale COVID-19 unit)

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

- Nosocomiale infectie met COVID-19 indien er sprake was van een andere aanvangsdiagnose vanwege overcrowding op SEH of cohortverpleging
- Ontstaan van ernstig delier en/of onrust (zeker bij mensen met pre-existente cognitieve stoornissen), met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit
- Functionele achteruitgang met langdurig herstel of verminderd herstel
- Vertraagde uitplaatsing in geval van bereiken capaciteit kan tot langdurige ziekenhuisopname leiden met risico op iatrogene complicatie
- Gezien alle corona-maatregelen (isolatie, geen/beperkt bezoek toegestaan) risico op sociale deprivatie en kan beperkte psychosociale ondersteuning geboden worden.
- Sterftproces is vaak eenzaam
- In principe geen bezoek, in terminale fase wordt er soms een uitzondering gemaakt (thuis kan inwonende partner of medebewoner aanwezig blijven)

3.3 Identificatie 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 beloop⁶:
 - 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
- Maak een inschatting of insturen naar het ziekenhuis meerwaarde kan hebben:
 - “Heeft deze patiënt voldoende reserves om na ziekenhuisopname te revalideren naar 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 grote twijfel bestaat of deze 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 wekenlange beademing op IC 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, denk uiteraard wel aan andere behandelbare aandoeningen. Bij specifieke populaties, zoals in de setting van geriatrische revalidatie, eerste

⁶ LCI richtlijnen. 2020. COVID-19. [Accessed 26 March 2020].

lijnsverblijf (ELV) en Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), kunnen de bovenstaande vragen ten aanzien van de meerwaarde van insturen wel van toepassing kan zijn.

Clinical Frailty Scale	
 <p>1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.</p>	<p>1. Zeer fit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krachtig, actief, energiek en gemotiveerd - Oefenen regelmatig - Behoren tot de fitste van hun leeftijd
 <p>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.</p>	<p>2. Fit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geen actieve ziektesymptomen, maar minder fit dan categorie 1 - Bewegen vaak of zijn meer actief tijdens seizoensgebonden activiteiten
 <p>3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.</p>	<p>3. Zelfredzaam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medische problemen goed onder controle - Niet regelmatig actief, behalve routine wandelingen
 <p>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.</p>	<p>4. Risico op kwetsbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niet afhankelijk van andere voor dagelijkse hulp - Vaak klachten die activiteiten beperken - Veel gehoorde klacht: ‘traag’ of moe zijn gedurende de dag
 <p>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.</p>	<p>5. Licht kwetsbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijk trager - hulp nodig bij complexere dagelijkse taken (financiën, vervoer, zwaar huishoudelijk werk, medicatie)
Twijfel	
 <p>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.</p>	<p>6. Behoorlijk kwetsbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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).
 <p>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).</p>	<p>7. Erg kwetsbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24/7 volledig afhankelijk van anderen, zowel op cognitieve als fysieke gronden. - maken toch een stabiele indruk (levensverwachting ongeveer 6 maanden)
 <p>8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>	<p>8. Heel erg kwetsbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24/7 volledig afhankelijk van anderen. naderen het levenseinde. - niet meer in staat om van kleine ziekte episode te herstellen. - bedlegerigheid.
 <p>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.</p>	<p>9. Terminale ziekte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levensverwachting < 6 maanden - niet op een andere manier duidelijke kwetsbaarheid.
Onvoldoende reserve	

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 geen bezoek in het ziekenhuis mogelijk is?
- Wil de patiënt opgenomen worden op de intensive care?
- Is er eerder gesproken over reanimatie?

In het geval van een ernstig zieke patiënt:

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

3.5 Verwijzen naar SEH/ziekenhuis: duidelijk behandeldoel en plan bij geen ziekenhuisopname

- Communiceer een duidelijk doel van verwijzing (diagnostiek/behandeling) en behandelwensen (bijv. geen IC) met het ziekenhuisteam
- Indien patiënt na beoordeling alsnog niet opgenomen wordt: 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

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-zorgunit (afhankelijk van lokale situatie)
- Onhoudbare thuissituatie: overleg met ziekenhuis (COVID-19 team/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) of een palliatief beleid (of twee-sporen beleid)
- Bespreek met patiënt en naasten het behandelplan bij toename symptomen
- Probeer COVID-19 uit te sluiten middels een test. In afwachting van het resultaat (of bij alleen hoge verdenking zonder test) worden strikte isolatiemaatregelen gehanteerd voor/door thuiszorgmedewerkers (<https://lci.rivm.nl/PBM-thuiszorg>) 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 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 thuiszorg van de patiënt

4.1 Voorwaarden voor thuisbehandeling

Thuiswonende populatie

- Mogelijkheden tot eventuele zuurstofbehandeling (in thuissituatie/verpleeghuis vaak maximaal 6-8L O₂/min mogelijk)
- Mogelijkheden tot snel verkrijgen en toedienen van medicatie (o.a. pijnstilling, evt. additionele (antibiotische) therapie, sedatie)
- Beschikbaarheid van zorgprofessionals (thuiszorg/wijkverpleging)
- 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/informatie-voor-professionals/thuiszorg>

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).

Verpleeghuispopulatie

- 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 het verpleeghuis, 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

- Omdat voor alle mogelijke middelen die nu in het ziekenhuis worden gegeven nog geen bewezen therapeutisch effect bij COVID-19 is vastgesteld, kan geen gericht medicamenteus therapieadvies gegevens worden totdat meer klinische data beschikbaar komen.
- Overweeg laagdrempelig starten antibiotica (bij behandelwens) omdat onderscheid virale/bacteriële pneumonie in thuissituatie moeilijker kan zijn. Volg daarbij <https://www.nhg.org/coronavirus/behandeling#acuut-hoesten>

Zuurstofbehandeling thuis

- Overweeg, indien mogelijk, zuurstofbehandeling thuis indien gekozen wordt voor thuisbehandeling gericht op herstel. (dit is echter mogelijk tot 6-8L O₂/min)

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 thuissituatie (denk aan beschikbaarheid van pijnstilling en sedatie)

Behandeling delier

- Volg de richtlijn <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-delier-bij-ouderen?tmp-no-mobile=1>
- Bij patiënten met een delier én dyspneu is een goede reactie op lage dosering morfine gezien
- In geval van onhoudbare thuissituatie 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 pijnstilling en sedatie)
- Bij palliatieve sedatie: <https://www.pallialine.nl/sedatie>
- Er wordt momenteel nog gewerkt aan een toolkit 'palliatieve zorg bij COVID-19'

Voor meer informatie over palliatieve sedatie

- Specifieke COVID-19 informatie in de thuissituatie: <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>

5 Aanbevelingen

- **Zet in op creëren van capaciteit in verschillende woonzorgsettingen (verpleeghuis, ELV, hospice, speciaal ingericht COVID-19 unit in bijv. hotels etc.) om oudere patiënten zonder indicatie voor ziekenhuisopname 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. Naar verwachting is extra en geschikte capaciteit in de thuissituatie snel nodig

- **Maak regionaal inzichtelijk (digitaal) wat de capaciteit is van deze verschillende woonzorgsettingen 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 uurs zorgbehoefte, toename onbegrepen gedrag bij mensen met dementie, beperkte beschikbaarheid thuiszorg, etc.). Bij deze patiënten is ziekenhuisopname niet wenselijk en moet dus snel een geschikte plek gezocht kunnen worden.
- **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 of hoge verdenking erop is mogelijk:
 - Met chirurgisch mondmasker bij een afstand minder dan 1.5 m
 - Bij fysiek contact dient men zich te houden aan optimale handwas hygiëne

De nabestaanden gaan daarna 2 weken in thuisisolatie.
 - Denk in alle settingen ook aan voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorgprofessionals en medepatiënten/medebewoners

6 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 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 al eerder nagedacht over reanimatie/IC?
- 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 geen 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?

7 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

8 Referenties

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.

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>

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].

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].

Rivm.nl. 2020. Epidemiologische Situatie COVID-19 In Nederland 26 Maart 2020 | RIVM. [online] Available at: <<https://www.rivm.nl/documenten/epidemiologische-situatie-covid-19-in-nederland-26-maart-2020>> [Accessed 26 March 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>

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.

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)