

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

Versie 7.0

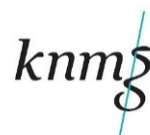


Nederlandse Vereniging
voor **Klinische Geriatrie**



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 Inschatting noodzaak verwijzing van de oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 naar ziekenhuis	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.....	14
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
Bijlage 1 Interpretatie cijfers t.a.v. leeftijd en mortaliteit door COVID-19	32

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)
Dhr. dr. L.M. van den Toorn, longarts, Erasmus Medisch Centrum namens de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

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. E.W. Dekker, a.i. manager Medisch Specialistische Zorg, Patiëntenfederatie Nederland
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. dr. O. Karimi, internist-ouderengeneeskunde/internist-infectioloog
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. drs. C.M. de Ruiter, beleidsmedewerker Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)
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), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) 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

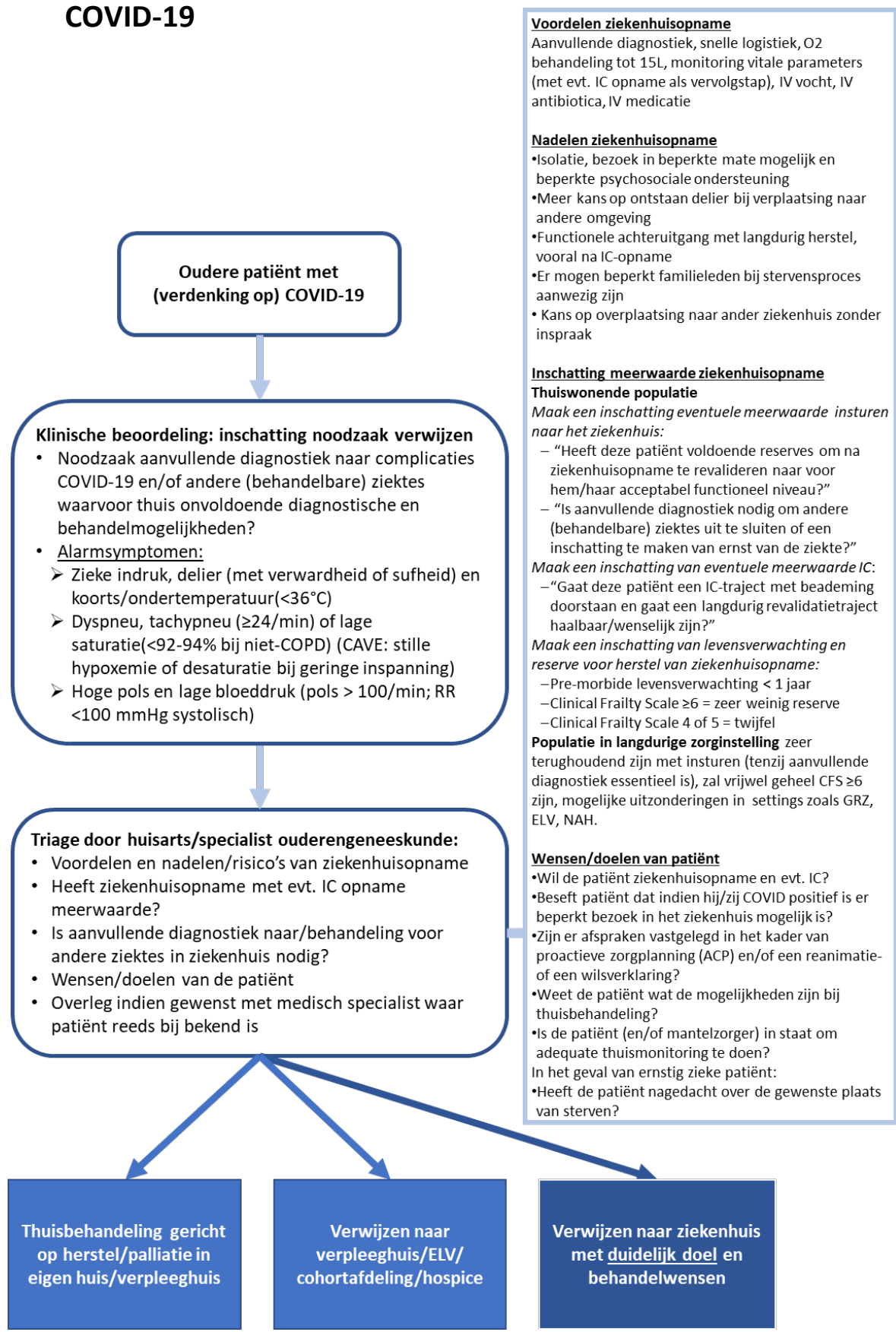
De in deze Leidraad getoonde informatie, zoals teksten en afbeeldingen, of informatie in andere vorm, is gezamenlijk eigendom van de makers.

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 13 juli 2021.

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



Voordelen ziekenhuisopname
 Aanvullende diagnostiek, snelle logistiek, O2 behandeling tot 15L, monitoring vitale parameters (met evt. IC opname als vervolgstap), IV vocht, IV antibiotica, IV medicatie

Nadelen ziekenhuisopname
 • Isolatie, bezoek in beperkte mate mogelijk en beperkte psychosociale ondersteuning
 • Meer kans op ontstaan delier bij verplaatsing naar andere omgeving
 • Functionele achteruitgang met langdurig herstel, vooral na IC-opname
 • Er mogen beperkt familieleden bij stervensproces aanwezig zijn
 • Kans op overplaatsing naar ander ziekenhuis zonder inspraak

Inschatting meerwaarde ziekenhuisopname
Thuiswonende populatie
Maak een inschatting eventuele meerwaarde insturen naar het ziekenhuis:
 – “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?”
Maak een inschatting van eventuele meerwaarde IC:
 – “Gaat deze patiënt een IC-traject met beademing doorstaan en gaat een langdurig revalidatietraject haalbaar/wenselijk zijn?”
Maak een inschatting van levensverwachting en reserve voor herstel van ziekenhuisopname:
 – Pre-morbide levensverwachting < 1 jaar
 – Clinical Frailty Scale ≥6 = zeer weinig reserve
 – Clinical Frailty Scale 4 of 5 = twijfel

Populatie in langdurige zorginstelling zeer terughoudend zijn met insturen (tenzij aanvullende diagnostiek essentieel is), zal vrijwel geheel CFS ≥6 zijn, mogelijke uitzonderingen in settings zoals GRZ, ELV, NAH.

Wensen/doelen van patiënt
 • Wil de patiënt ziekenhuisopname en evt. IC?
 • Beseft patiënt dat indien hij/zij COVID positief is er beperkt bezoek in het ziekenhuis mogelijk is?
 • 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?
 • Is de patiënt (en/of mantelzorg) in staat om adequate thuismonitoring te doen?
 In het geval van ernstig zieke patiënt:
 • Heeft de patiënt nagedacht over de gewenste plaats van sterven?

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 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).^{1,2} Welke zorg voor de individuele oudere patiënt het best passend is, is afhankelijk van de wensen/doelen en uitgangssituatie van de patiënt, waarbij de co-morbiditeit, kwetsbaarheid, levensverwachting worden meegenomen.³ Dit principe geldt ook in tijden zonder crisis.

Na meer dan een jaar COVID-19 in Nederland hebben zorgprofessionals kennis en inzicht vergaard over de ziekte, de behandeling en zijn er ook steeds meer patiënten, uit alle leeftijdsgroepen, die weer hersteld zijn.⁴ Desalniettemin is er ook nog veel onbekend en moeten zoals altijd de potentiële voordelen van behandeling en ziekenhuisopname afgewogen worden tegen de potentiële nadelen. Er is uitgebreid gerapporteerd over de besmettings- en sterftcijfers onder verschillende leeftijdsgroepen, die laten zien dat ouderen vaker in het ziekenhuis worden opgenomen en vaker komen te overlijden dan jongeren. Deze cijfers laten echter niet zien welke andere factoren mogelijk een rol hebben gespeeld bij het ernstiger verlopen van de ziekte. Het is al langer bekend dat kwetsbaarheid geassocieerd is met slechtere uitkomsten van ernstig ziek zijn, ziekenhuis- en IC-opnames, en de eerste onderzoeken naar kwetsbaarheid en mortaliteit bij COVID-19 suggereren eenzelfde soort associatie, maar zijn nog niet systematisch geanalyseerd en beoordeeld.

We weten dat een ziekenhuisopname of een verblijf op de IC voor kwetsbare ouderen niet vanzelfsprekend een positief effect heeft, terwijl de omstandigheden in het ziekenhuis wel nadelig kunnen zijn. Ondertussen is ook bekend dat zowel patiënten die thuis hersteld zijn als patiënten die hersteld zijn na een ziekenhuisopname of IC-opname nog langdurig klachten kunnen ervaren.⁵ Dat betekent dat niet alleen het risico op een ernstig beloop en overlijden, maar ook de reserve en motivatie voor eventuele revalidatie na IC- en ziekenhuisopname een rol spelen in de besluitvorming. In het licht van bovenstaande, blijft het belangrijk dat zorgprofessionals het gesprek aangaan met de patiënt over zijn/haar uitgangssituatie, ziekte en wensen, om gezamenlijk een keuze te maken tussen ziektegerichte intensieve behandeling (met eventuele IC-opname), ziektegerichte conservatieve behandeling (geen IC-opname) of palliatieve behandeling.

¹ Chronische Aandoeningen en Multimorbiditeit. Volksgezondheidszorg.info. 2020

² Van Oostrom et al. Ouderen Van Nu En Straks: Zijn Er Verschillen In Kwetsbaarheid? RIVM 2015.

³ 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-patient-met-vb-en-verdenking-op-covid-19/>

⁴ Medicamenteuze behandeling voor patiënten met COVID-19 (infectie met SARS-CoV-2). Stichting Werkgroep Antibioticabeleid. Zie: https://swab.nl/nl/covid-19#to_31

⁵ 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>

3 Triage bij consult huisarts/specialist ouderengeneeskunde

3.1 Inschatting noodzaak verwijzing van de oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 naar ziekenhuis

- Hogere verdenking COVID-19: koorts, droge hoest, anosmie/dysgeusie 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)
 - aanwijzingen voor een pneumonie bij auscultatie ondersteunen de diagnose; afwezigheid van auscultatoire bevindingen sluiten een pneumonie niet uit
 - een dalende saturatie of een flinke dip in de saturatie bij inspanning worden vaak gezien bij een ernstiger beloop
 - snelle achteruitgang met respiratoir falen is frequent beschreven, neem voorzorgsmaatregelen in thuisituatie (denk aan beschikbaarheid van pijnstilling en sedatie)
- Bij onrust en delier, met onhoudbare thuisituatie: overleg indien nodig met klinisch geriatr/internist-ouderengeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde (in geval van thuiswonende patiënt) of met consultatieteam palliatieve zorg
- Patiënt (en/of mantelzorger) moet(en) in staat zijn om adequate thuismonitoring te doen, zowel cognitief, als wat betreft beheersing van de Nederlandse taal en digitale vaardigheden.
- Indien zorg niet acuut te organiseren is in de thuisituatie 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
- Zie o.a. [NHG Dossier Coronavirus \(COVID-19\)](#) en [Verenso Behandeladvies acute fase en nazorg](#)
- Zie voor het meest recente testbeleid: [RIVM richtlijn COVID-19 diagnostiek](#)

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)
- Starten intraveneuze medicatie
- 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 voor de gewone verpleegafdeling, maar 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 van tevoren met patiënt en zijn/haar naasten dat overplaatsing iedereen kan overkomen en patiënten niet altijd in het ziekenhuis van voorkeur kunnen worden opgenomen.

* Dit kan ook gelden 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 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, rekening houdend met de wens en de context van de patiënt:

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

- “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 Clinical Frailty Score kan mede gebruikt worden als hulpmiddel om een inschatting van kwetsbaarheid te maken, maar altijd met inachtneming van de volledige context van de patiënt*. De huidige inschatting is dat patiënten met een Clinical Frailty Score 6-9 over het algemeen zeer weinig reserve hebben 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 “Gaaf deze patiënt een IC-traject met beademing doorstaan en gaat een langdurig revalidatietraject haalbaar/wenselijk zijn?”
- In Bijlage 1 “Interpretatie cijfers t.a.v. leeftijd en mortaliteit door COVID-19” is een tabel opgenomen met de mortaliteitscijfers van verschillende populaties tot nu toe uitgesplitst per leeftijdsgroep. De werkgroep heeft ook een Nederlandse studie naar de associatie tussen kwetsbaarheid gemeten met de Clinical Frailty Score en mortaliteit gerapporteerd, met de kanttekening dat dit een selectie is van één artikel op basis waarvan geen harde conclusies getrokken kunnen worden.

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.

* Door de kwetsbaarheid van een patiënt in te schatten, kan een arts inschatten hoeveel mogelijke reserve een patiënt heeft voor ziekenhuis- en/of IC-opname en het hersteltraject daarna. De Clinical Frailty Score is een hulpmiddel waarmee een arts de mate van kwetsbaarheid kan inschatten. (zie bijlage 1) Naast deze inschatting wordt altijd de volledige context (leeftijd, co-morbiditeit, wensen/doelen, thuissituatie, steunsysteem etc.) van de patiënt meegenomen: deze context draagt namelijk bij aan het uiteindelijke besluit om wel of niet te verwijzen naar het ziekenhuis, zeker bij patiënten bij wie twijfel bestaat over de mate van kwetsbaarheid en de reserve van de patiënt.

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.

Zeer weinig 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?
Bespreek 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? Zie voor meer informatie: [NHG-standaard COVID-19](#) en [Behandeladvies Acute fase en nazorg - Verenso](#)

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 behandel doel en plan als er niet tot ziekenhuisopname wordt besloten

- Overleg indien gewenst met een medisch specialist waar de patiënt reeds bij bekend is, zodat deze kan meedenken over het besluit.
- 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 naar toe 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. NB. Het is mogelijk om voor mantelzorger, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilliger in palliatieve zorg PBM voor te schrijven. Zie [LHV - Factsheet Voorschrijven PBM voor mantelzorger, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg](#)
- 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. Bij matige-ernstige COPD patiënten (GOLD 3-4) hoogte van zuurstof flow laten afhangen van de uitgangswaarde (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 behandel mogelijkheden, zie [Verenso Behandeladvies acute fase en nazorg](#)
- 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: [NHG-standaard COVID-19 - medicamenteuze behandeling](#).
- Overweeg tromboseprofylaxe bij patiënten die in het verleden een diep veneuze trombose of longembolie hebben gehad, bij patiënten met een actieve maligniteit, met name bij bedlegerigheid of bij thuisbehandeling met zuurstof. Zie voor meer informatie: [NHG-standaard COVID-19 - medicamenteuze behandeling](#) en [Behandeladvies Acute fase en nazorg - Verenso](#)
- Stuur patiënten met een actief behandelbeleid en aanwijzingen voor een ernstiger beloop, zoals toenemende zuurstofbehoefte, in naar het ziekenhuis.
- Als er gekozen is voor thuisbehandeling van een patiënt met een ernstiger beloop: Overweeg oraal dexamethason te starten bij zuurstofbehoefte patiënten met zuurstofondersteuning in de thuissetting die niet opknappen na 7-10 dagen. De NHG en Verenso bevelen hierbij consultatie van een longarts aan. Zie: [NHG-standaard COVID-19 - beleid](#) en [Behandeladvies Acute fase en nazorg - Verenso](#)
- Overweeg starten antibiotica (bij behandelwens) omdat onderscheid virale/bacteriële pneumonie in thuissituatie moeilijker kan zijn. Volg daarbij de [NHG-standaard Acuut hoesten](#)

Zuurstofbehandeling thuis

- Overweeg zuurstofbehandeling thuis indien gekozen wordt voor thuisbehandeling gericht op herstel (dit is echter mogelijk tot 6 LO₂/min, bij matige-ernstige COPD patiënten (GOLD 3-4) hoogte van zuurstofflow laten afhangen van de uitgangswaarde (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](#), ook voor informatie over afbouwen zuurstof.

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 [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 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 opioïden en sedatie)
- Bij palliatieve sedatie: <https://www.pallialine.nl/sedatie>
- Zie ook [de toolkit 'Symptoombestrijding 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-standaard COVID-19 - 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 aange-toonde COVID-19.
	<i>Zuurstofbehandeling</i>	- Kan ingezet worden (max. 6L O ₂ /min). De zuurstof kan naar behoefte worden gegeven en geeft vaak goede symptomatische verbetering. Bij matige-ernstige COPD patiënten (GOLD 3-4) hoogte van zuurstofflow laten afhangen van de uitgangswaarde. Zie Leidraad zuurstofgebruik thuis bij (verdenking op / bewezen) COVID-19 - Zie: Landelijk aanvraagformulier zuurstofbehandeling	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
		CAVE: brandgevaar, brandweer moet in-gelicht worden, goede uitleg aan patiënt nodig Zie ook: Zuurstofbrochure Longfonds	
	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 bevestigde COVID-19 infectie of hoge verdenking erop is mogelijk met gebruik van Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM). Zie voor meer informatie LHV - Factsheet Voor-schrijven PBM voor mantelzorg, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg en RIVM COVID-19 en overlijden
	Bescherming	Zorgprofessionals (wijkverpleging, huisarts, GGD) dragen een mondneusmasker, bril, schort en wegwerphandschoenen wanneer zij de kamer van de patiënt betreden. Zie ook RIVM Uitgangspunten PBM buiten het ziekenhuis en NHG - persoonlijke beschermingsmiddelen	
	Benodigde informatie	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 , Longfonds - Corona en longziekten en ARQ - psychosociale ondersteuning in coronatijd	Zie Thuisarts - zwakke gezondheid en corona , Pallialine , Palliaweb-covid19 Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19 , Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas
Verpleeghuis/COVID-19 unit Zie Verenso behandeladvies acute fase en nazorg	Diagnostiek (testmogelijkheden)	Alle patiënten worden laagdrempelig getest. Conform Behandeladvies Acute fase en nazorg - Verenso zie RIVM indicaties voor diagnostiek	Er moet worden gestreefd naar het verkrijgen van een testuitslag bij een ernstig zieke oudere patiënt verdacht voor COVID-19.

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
	<i>Zuurstof-behandeling</i>	<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. Bij matige-ernstige COPD patiënten (GOLD 3-4) hoogte van zuurstofflow laten afhangen van de uitgangswaarde Zie Behandeladvies Acute fase en nazorg - Verenso - 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.
	<i>Wie mag er bij</i>	<p>In principe is er onder bepaalde voorwaarden bezoek mogelijk aan mensen die in verpleeghuizen verblijven/wonen - als er geen uitbraken van COVID-19 of andere infectieziekten zijn.</p> <p>Zie voor meer informatie: Actiz - bezoeksregeling verpleeghuizen en de handreiking bezoek en sociaal contact – corona in verpleeghuizen op www.actiz.nl</p>	<p>Voor adviezen over bezoek in coronatijd zie Actiz - bezoeksregeling verpleeghuizen.</p> <p>Er kunnen ook tijdelijk beperkingen gelden qua bezoek bij mensen die tijdelijk of langdurig in zorginstellingen verblijven zoals verpleeghuizen. Dit geldt bij onbeheersbare en/of grote uitbraken of wanneer bezoekers zelf besmet zijn met COVID19 of recent in contact zijn geweest met iemand die besmet is met COVID-19. Zie in Behandeladvies Acute fase en nazorg - Verenso de paragrafen 2.3, 5.6 en 10.5 voor specifiek bezoekbeleid.</p>
	<i>Bescherming</i>	<p>Zorgprofessionals: Er wordt tenminste een mondneusmasker, bril, schort met lange mouw en pe-coating en wegwerphandschoenen gedragen. Bij een cohort draagt de zorgverlener nog een extra halterschort. Bij bewoner die onbeschermd contact (quarantaine) had, worden ook deze maatregelen overwogen. Bij bemonstering wordt het gebruik een FFP1-masker geadviseerd.</p> <p>Zie ook Verenso behandeladvies acute fase en nazorg, paragrafen 5.4.1. en 5.4.2</p>	
	<i>Benoedigde informatie</i>	<p>Zie ook Behandeladvies Acute fase en nazorg - Verenso , RIVM COVID-19 richtlijn maatregelen personen met klachten en hun contacten + informatiebrieven, ARQ - psychosociale ondersteuning in coronatijd, Longfonds - Corona en longziekten en Actiz - Handreiking bezoeksregeling verpleeghuizen</p>	<p>Zie Pallialine en Palliaweb-covid19, Behandeladvies Acute fase en nazorg - Verenso , en Actiz - Handreiking bezoeksregeling verpleeghuizen</p> <p>Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19, Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas</p>
Transport (met bijv. ambulance) zie ook Ambulancezorg (V)LPA protocol COVID-19	<i>Wie mag er bij</i>	Familie mag niet mee met de ambulance	Niet van toepassing
	<i>Benoedigde informatie</i>	Er moet bekend zijn bij de verwijzer, familie en huisarts naar welk ziekenhuis de patiënt wordt verplaatst. Benoem bij verwijzing naar het ziekenhuis dat kan worden	

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
		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 onder voorwaarden. Zie voor meer informatie: [Verenso behandeladvies acute fase en nazorg](#), [Verenso Behandeladvies Geriatrische Revalidatiezorg \(GR\)](#), [Rijksoverheid richtlijn PBM voor mantelzorgers, PGB gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in palliatieve zorg](#) en [LHV - Factsheet Voorschrijven PBM voor mantelzorgers, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg](#)
- 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(HA)/specialist ouderengeneeskunde(SO) sterke verdenking COVID-19 heeft, onderstaande vragen met HA/SO 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 gereede 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., Diederer, 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.

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 zorgsettings.
- 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 (13-11-2020)

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

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

10.5 Update 5 (8-2-2021)

Aanpassingen:

- Dhr. van den Toorn heeft plaatsgenomen in de werkgroep namens de NVALT

Stroomschema

- Bij klinische beoordeling, hogere verdenking: auscultatie verwijderd
- Triage door huisarts: toegevoegd dat huisarts indien gewenst overleg met medisch specialist kan plegen
- Voordelen ziekenhuisopname: remdesivir verwijderd vanwege meest recente inzichten
- Nadelen ziekenhuisopname: kans op overplaatsing naar ander ziekenhuis zonder inspraak toegevoegd
- Inschatting meerwaarde: CFS 6 aangepast naar zeer weinig reserve i.p.v. onvoldoende reserve, vanwege recente inzichten

Inleiding

- De cijfers zijn aangepast met de meest recente cijfers.
- De laatste alinea is herschreven.

Hoofdstuk 3

Bij hoofdstuk 3.1:

- Bij CAVE: aanwijzingen voor een pneumonie bij auscultatie ondersteunen de diagnose; afwezigheid van auscultatoire bevindingen sluiten een pneumonie niet uit toegevoegd als bullet
- Dalende saturatie of flinke dip in saturatie die vaak gezien worden bij ernstiger beloop toegevoegd.

Bij hoofdstuk 3.2:

Bij voordelen ziekenhuisopname:

- Remdesivir verwijderd vanwege achterblijven evidence, zie hiervoor ook de SWAM richtlijn

Bij nadelen ziekenhuisopname:

- Punt over functionele achteruitgang genuanceerd: dit geldt voor gewone verpleegafdeling maar vooral na IC-opname.
- Zin toegevoegd over overplaatsing en niet altijd in ziekenhuis van voorkeur kunnen worden opgenomen.

Bij hoofdstuk 3.3:

- Bij 'Maak een inschatting' is 'de context van de patiënt' toegevoegd als onderdeel om mee te nemen in de overweging.
- De tekst over de Clinical Frailty Score is aangepast om aan te geven dat deze score mede gebruikt wordt voor de inschatting, maar altijd met inachtneming van de patiënt. 'Onvoldoende reserve' is aangepast naar 'over het algemeen zeer weinig reserve' vanwege recente inzichten.
- Figuur 1 is ook aangepast van 'Onvoldoende reserve' naar 'zeer weinig reserve'.

Bij hoofdstuk 3.5:

- Punt toegevoegd: overleg indien gewenst met medisch specialist waar de patiënt reeds bij bekend is, zodat deze kan meedenken over het besluit.

Hoofdstuk 4

- Punt toegevoegd over voorschrijven PBM voor mantelzorgers, PGB=gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg inclusief link naar LHV factsheet over dit onderwerp.

Hoofdstuk 4.1:

- Hoogte van saturatie bij matig-ernstige COPD patiënten verwijderd, tekst toegevoegd over het laten afhangen van hoogte van de zuurstofflow van de uitgangswaarde.

Hoofdstuk 4.2

- Punt 'Overweeg tromboseprofylaxe etc...' toegevoegd
- Punt toegevoegd over insturen van patiënten met actief behandelbeleid en aanwijzingen voor ernstiger beloop
- Punt toegevoegd over gekozen thuisbehandeling bij ernstiger beloop en dexamethason starten na 7-10 dagen
- Hoogte van saturatie bij matig-ernstige COPD patiënten verwijderd, tekst toegevoegd over het laten afhangen van hoogte van de zuurstofflow van de uitgangswaarde.

Hoofdstuk 5

- Hoogte van saturatie bij matig-ernstige COPD patiënten verwijderd, tekst toegevoegd over het laten afhangen van hoogte van de zuurstofflow van de uitgangswaarde.
- Link naar LHV factsheet toegevoegd bij setting thuis - wie mag erbij - stervensproces
- Link naar Longfonds informatie over corona en longziekten toegevoegd bij setting thuis - benodigde informatie
- Tekst bij setting verpleeghuis - wie mag erbij - zorg gericht op herstel/stervensproces aangepast naar huidige stand van zaken
- Tekst bij setting verpleeghuis - bescherming aangepast naar de meest recente adviezen.
- Links bij setting verpleeghuis - benodigde informatie aangepast zodat alleen links met doelgroep specialist ouderengeneeskunde zijn opgenomen.

Hoofdstuk 6

Bij aanbeveling over voorwaarden voor zorgverlening en bezoek in de thuissituatie, adviezen verwijderd vanwege veroudering en links opgenomen naar de relevante behandelrichtlijnen en richtlijn van de Rijksoverheid over PBM

10.6 Update 6 (6-9-2021)

Aanpassingen:

- NVALT toegevoegd aan disclaimer

Stroomschema

- Bij klinische beoordeling, hogere verdenking COVID-19 bullet verwijderd. Dit is ondertussen algemene kennis en bovendien meestal al ondersteund door een COVID-19 test.
- Bij klinische beoordeling: tekst over noodzaak aangepast, diagnostiek naar complicatie COVID-19 en/of ... etc.
- Voordelen ziekenhuisopname: dexamethason als voorbeeld verwijderd, kan eventueel ook per os.
- Wensen/doelen: toegevoegd dat patiënt (en/of mantelzorger) in staat moet zijn tot adequate thuismonitoring

Inleiding

- Herschreven, cijfers verwijderd omdat deze snel verouderen wanneer niet iedere paar weken een update volgt.

Hoofdstuk 3

Bij hoofdstuk 3.1:

- Titel gewijzigd, naar inschatting noodzaak verwijzing i.p.v. klinische beoordeling om noodzaak insturen in te schatten.
- Toegevoegd: Patiënt (en/of mantelzorger) moet(en) in staat zijn om adequate thuismonitoring te doen, zowel cognitief, als wat betreft beheersing van de Nederlandse taal en digitale vaardigheden.

Bij hoofdstuk 3.2:

Bij voordelen ziekenhuisopname:

- Voorbeeld dexamethason bij IV medicatie verwijderd, kan ook per os gegeven worden in thuissituatie dus geldt niet meer als voorbeeld.

Bij hoofdstuk 3.3:

- De tekst over de Clinical Frailty Score: als hulpmiddel toegevoegd. Algehele context verder toegelicht (leeftijd, co-morbiditeit, wensen/doelen, thuissituatie, steunsysteem etc.) Verwijzing opgenomen naar een extra toelichting hierover onder dit hoofdstuk. Deze toelichting is ook nieuw.
- Punt toegevoegd met verwijzing naar bijlage 1 over de interpretatie cijfers t.a.v. leeftijd en mortaliteit door COVID-19.
- Verwijzingen naar documenten NHG en Verenso toegevoegd bij punt of patiënt weet wat mogelijkheden thuis zijn

Hoofdstuk 4

Bij hoofdstuk 4.2:

- Bij medicamenteuze behandeling, tromboseprofylaxe: "bij thuisbehandeling met zuurstof" toegevoegd als reden voor overwegen tromboseprofylaxe, zoals in NHG-standaard
- Bij zuurstofbehandeling, bij de verwijzing naar leidraad en behandeladvies t.a.v. zuurstof toegevoegd dat deze documenten ook informatie bevatten over afbouwen zuurstof
- Bij overwegen antibiotica het woord 'laagdrempelig' weggelaten om aan te sluiten bij de NHG-standaard waarin er terughoudender is geformuleerd.

Hoofdstuk 5

- Bij thuissetting, bescherming deel van eerste zin verwijderd: en minder dan 1,5 meter afstand kunnen bewaren tot patiënt/geen vluchtig contact zullen hebben (zoals bijv. bij persoonlijke verzorging of lichamelijk onderzoek), het huidige advies is dat de zorgprofessional volledige PBM heeft vanaf het moment van betreden van de ruimte van de patiënt.
- Bij thuissetting verwijderd: bij bemonstering wordt het gebruik van een FFP1-masker geadviseerd; zorgverlener draagt altijd PBM.

Hoofdstuk 6

- Bij aanbeveling over voorwaarden voor zorgverlening en bezoek in de thuissituatie, extra link opgenomen naar Verenso behandeladvies Geriatrische Revalidatiezorg.

Bijlage 1 "Interpretatie cijfers t.a.v. leeftijd en mortaliteit door COVID-19 " toegevoegd.

Bijlage 1 Interpretatie cijfers t.a.v. leeftijd en mortaliteit door COVID-19

Dit document behandelt de triage thuisbehandeling versus verwijzen van de oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19. Vanaf het begin van de COVID-19 crisis werd duidelijk dat oudere patiënten vaker ernstig ziek werden en kwamen te overlijden aan COVID-19, maar er zijn ondertussen ook veel oudere patiënten hersteld na een COVID-19 infectie. Voor de triage thuisbehandeling versus verwijzen van de oudere patiënt is het van belang om te weten welke oudere patiënt een hoog risico heeft op ernstig ziek worden, overlijden of andere belangrijke uitkomsten zoals functionele beperkingen of langdurige revalidatie na de ziekteperiode.

Vooralsnog zijn er met name veel cijfers beschikbaar over het aantal besmettingen, ziekenhuis- en IC-opnames, herstel en mortaliteit. Die cijfers alleen laten niet het hele verhaal van de oudere patiënten zien: extra informatie over comorbiditeiten, kwetsbaarheid en ernst van ziekte ontbreekt vaak. Omdat COVID-19 nog een relatief nieuwe ziekte is, zijn er nog geen harde cijfers over de lange termijngevolgen van ernstig ziek zijn, langdurige ziekenhuisopname en/of revalidatie na ernstige COVID-19. Deze uitkomsten zijn vaak net zo belangrijk als risico op mortaliteit bij de keuze tussen een intensieve behandeling in het ziekenhuis of thuisbehandeling bij ernstig ziek zijn.

Cijfers over herstel en mortaliteit kunnen artsen en patiënten ondersteunen bij de keuze tussen verwijzen versus thuisbehandeling en bij de inschatting van het risico op overlijden of op herstel. Zoals gezegd geeft dit echter geen volledig beeld: de cijfers over herstel geven namelijk nog onvoldoende informatie over de duur van eventuele revalidatie en/of lange termijngevolgen. Daarnaast wordt uit deze cijfers niet duidelijk in hoeverre er eventuele comorbiditeiten en/of kwetsbaarheid aanwezig was. Bovendien zijn deze cijfers ook gebaseerd op de eerste COVID-golf, waarin er nog veel onduidelijkheden waren over de ziekte en de behandeling, waardoor deze cijfers eventueel nog verder zouden kunnen verbeteren. Deze cijfers kunnen daarom alleen gebruikt worden bij het gesprek met een patiënt wanneer de gehele context van de patiënt wordt meegenomen.

Op de volgende pagina staat een tabel met de mortaliteitscijfers van verschillende populaties (hele Nederlandse bevolking, opgenomen patiënten in ziekenhuis/op IC en verpleeghuisbewoners) uitgesplitst per leeftijdsgroep. De werkgroep heeft ook een Nederlandse studie naar de associatie tussen kwetsbaarheid gemeten met de Clinical Frailty Score en mortaliteit gerapporteerd, met de kanttekening dat dit een selectie is van één artikel op basis waarvan geen harde conclusies getrokken kunnen worden.

Tabel 1 Nederlandse mortaliteitscijfers COVID-19 uitgesplit per leeftijdsgroep en kwetsbaarheidsgroep

Registratie-bron	Datum registratie	Populatie	(Mogelijk) COVID-19 besmetting	Aantal overleden	Percentage overleden
RIVM	21 september 2021	Mensen uit de Nederlandse bevolking die vanaf 27 februari 2020 getest zijn op COVID-19 besmetting. Hier zitten ook mensen tussen die geen of weinig symptomen hadden (vooral nadat testbeschikbaarheid breder is geworden). Locatie van overlijden niet in deze cijfers meegenomen.	Totaal: 1.987.905 60-64: 104.185 65-69: 67.432 70-74: 56.860 75-79: 40.839 80-84: 32.135 85-89: 25.427 90-94: 14.109 95+: 4.649	18.128 492 927 1.785 2.813 3.738 4.082 2.693 1.014	0,9% 0,5% 1,4% 3,1% 6,9% 11,6% 16,1% 19,1% 21,8%
NICE	24 september 2021	Patiënten die in het ziekenhuis opgenomen zijn (geweest) op de verpleegafdeling in het ziekenhuis. Cijfers over overlijden betreft patiënten die gedurende de opname op de verpleegafdeling in het ziekenhuis zijn overleden (onduidelijk hoeveel overlap met overlijden na de IC hieronder)	Totaal: 61.424 60-64: 5.867 65-69: 6.023 70-74: 7.546 75-79: 7.854 80-84: 6.784 85-89: 4.427 90+: 1.911	8.082 246 520 1.086 1.785 2.038 1.494 631	13,2% 4,2% 8,6% 14,4% 22,7% 30,0% 33,7% 33,0%
NICE	24 september 2021	Patiënten die opgenomen zijn (geweest) op de IC. Cijfers over overlijden betreft patiënten die gedurende de IC opname of op de verpleegafdeling in het ziekenhuis ná de IC opname zijn overleden (onduidelijk welke overlap met overlijden op verpleegafdeling hierboven)	Totaal: 13.797 60-64: 2.074 65-69: 2.326 70-74: 2.413 75-79: 1.403 80-84: 375 85-89: 59 90+: onduidelijk	3.773 474 743 1.020 711 232 40 onduidelijk	27,3% 22,9% 31,9% 42,3% 50,7% 61,9% 67,8% -
Verenso (registratie uit drie databases)	1 juni 2021	Bewoners van verpleeghuizen die getest zijn op COVID-19 besmetting (mogelijk ook met geen of weinig symptomen). Onduidelijk is of bewoners van verpleeghuizen nog verwezen zijn voor behandeling op verpleegafdeling in het ziekenhuis en mogelijk aldaar overleden zijn.	35.681	4.031	11,3%
COVID-OLD studie (Blomaard et al. 2021)	30 januari 2021	Patiënten van 70 jaar en ouder, opgenomen met COVID-19 in één van de 15 deelnemende Nederlandse ziekenhuizen. Rapporteren het aantal in het ziekenhuis overleden patiënten.*	Totaal: 1.376 Fit (CFS 1-2): 515 Pre-frail (CFS 4-5): 288 Frail (CFS 6-9): 313	499 135 116 148	38% 29,2% 41,4% 47,3%

* de COVID-OLD studie rapporteerde daarnaast ook het aantal patiënten dat op de IC is opgenomen, beademd is op de IC, een delier had en de opnameduur per frailty-groep (niet opgenomen in deze tabel). Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, Charlson Comorbidity Index, duur van symptomen voor opname, zuurstofbehoefte en CRP-waarde hadden patiënten met een CFS 4-5 en een CFS 6-9 respectievelijk 2.0 (95% BI 1.3-3.0) en 2.8 (95% BI 1.8-4.3) maal hogere odds op overlijden vergeleken met patiënten met een CFS 1-3. Het is echter onduidelijk hoe de auteurs de variabelen hebben geselecteerd waarvoor is gecorrigeerd. Het is belangrijk dat er een systematische analyse van nationaal en internationaal onderzoek wordt gedaan naar de associatie van frailty en uitkomsten door COVID-19 zoals mortaliteit, voordat er duidelijke conclusies kunnen worden getrokken.