

LEIDRAAD

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

Versie 4.0

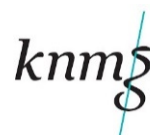


Nederlandse Vereniging
voor **Klinische Geriatrie**



Nederlands
Huisartsen
Genootschap

verenSo
vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde



Inhoud

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

Werkgroepleden:

Dhr. dr. P.A.F. Jansen, voorzitter, klinisch geriater (niet-praktiserend), klinisch farmacoloog
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, lid consultatieteam palliatieve zorg Noord-Brabant/Noord Limburg, lid consultatieteam transmuraal palliatief team Noord-Limburg 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. drs. J. Goudzwaard, klinisch geriater ErasmusMC, namens de Nederlandse Vereniging voor de Klinische Geriatrie (NVKG)
Mw. C. Harder-Drayer, MSc., adviseur wijkverpleging, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Mw. drs. C. I. Kramer, internist-ouderengeneeskunde Alrijne Ziekenhuis, namens de Nederlands Internisten Vereniging (NIV, sectie ouderengeneeskunde)
Mw. dr. T.N. Platteel, waarnemend huisarts, assistent-professor UMC Utrecht, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Met ondersteuning van:

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

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

Dhr. drs. A.J. Arends, klinisch geriater bij Havenue/Maasstadziekenhuis, voorzitter NVKG, tot en met update 2 werkgroeplid namens de NVKG
Mw. dr. F. van den Bos, internist-ouderengeneeskunde UMC Utrecht, namens de Nederlands Internisten Vereniging (NIV, sectie ouderengeneeskunde) tot update 3 werkgroeplid namens de NIV
Dhr. prof. dr. J.S. Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Bijzonder hoogleraar 'Promoting Personalised Care in Clinical Practice Guidelines' aan de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (FHML) van de Universiteit Maastricht
Mw. drs. T.C. Hol, huisarts te Oss en huisarts-docent Radboudumc
Dhr. G. Jansen, verpleegkundige, casemanager dementie, TWB
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. M. van Oort, hoofd belangenbehartiging KBO-PCOB
Mw. B. Ouwendijk, verpleegkundige n.p., beleidsadviseur kwaliteit en zorgontwikkeling IJsselheem
Mw. H. Post, manager Kwaliteit & Medisch-Specialistische Zorg Patiëntenfederatie Nederland
Mw. drs. C.M. de Rooter, 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)

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

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

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

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

Disclaimer

Algemeen

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

De Leidraad biedt concrete aandachtspunten en besluitvormingscriteria voor de verwijzing en behandeling van patiënten met een (verdenking op) COVID-19 virusinfectie. Bij het opstellen van de Leidraad is gebruik gemaakt van bestaande (landelijke) handreikingen en afspraken over diagnostiek en verwijzing bij verdenking op COVID-19 alsmede van lokale protocollen en leidraden. De Leidraad kan tussentijds worden bijgewerkt en/of gewijzigd. De meest actuele versie is de versie die staat op de website van alle bovengenoemde partijen alsmede op de website van de Federatie Medisch Specialisten.

Deze Leidraad gaat over triage op medisch inhoudelijke gronden, zoals dit past binnen goed medisch handelen. Leidend hierin is de actuele gezondheidssituatie van de individuele oudere patiënt in het licht van zijn/haar ziektegeschiedenis, functioneren en de verschillende behandelmogelijkheden. 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

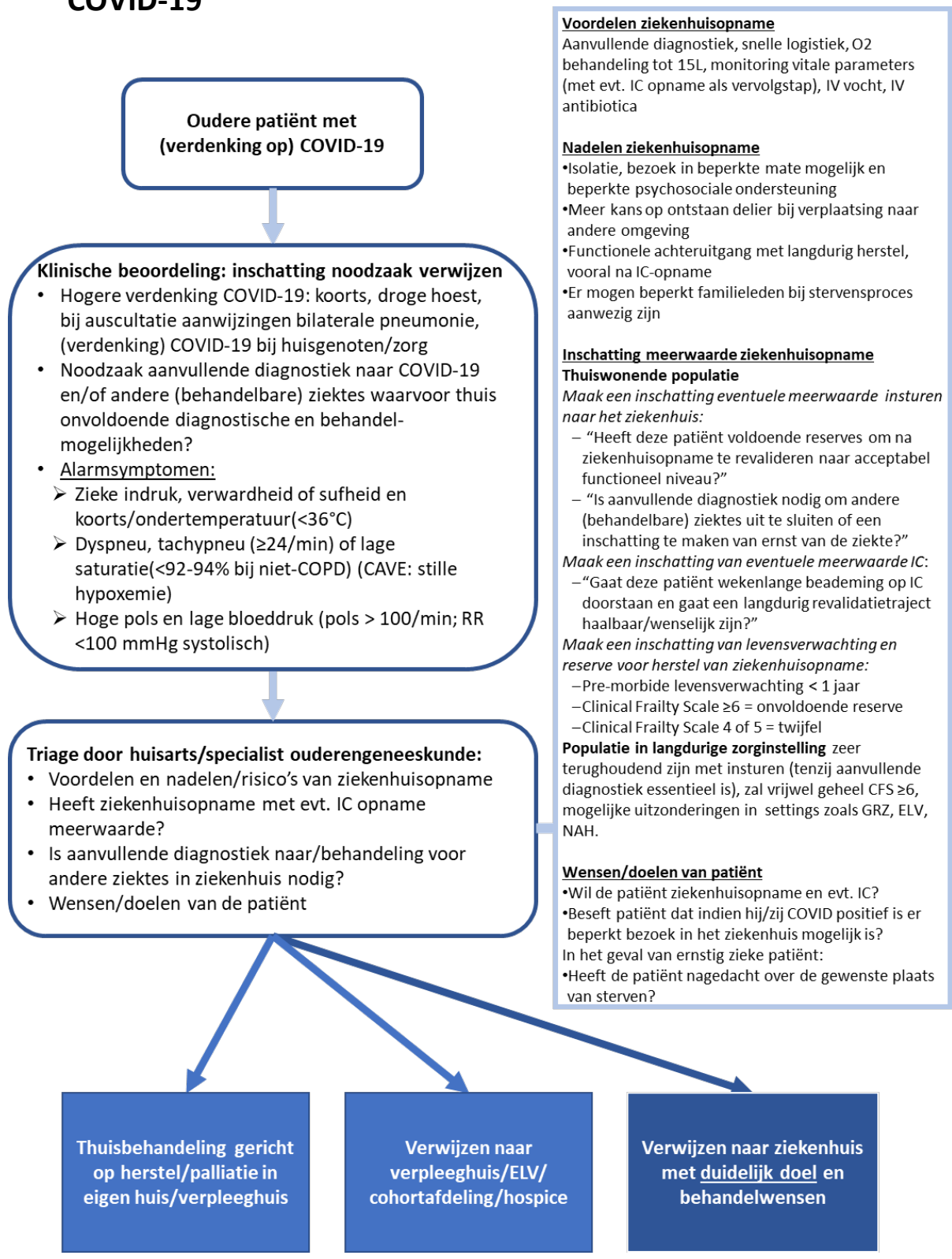
De in deze Leidraad getoonde informatie, zoals teksten en afbeeldingen, of informatie in andere vorm, is gezamenlijk eigendom van de makers.

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 2 juli 2020.

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



2 Inleiding

De missie van deze leidraad:

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

Tijdens de COVID-19 pandemie is het van belang om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren en verantwoord om te gaan met de beschikbare middelen. Bekend is dat de doelgroep ouderen, enerzijds vanwege co-morbiditeit, anderzijds vanwege hun leeftijd extra risico loopt om ernstig ziek te worden en/of te komen overlijden. 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.¹ In Italië had 99% van de tot nu toe overleden patiënten een pre-existente ziekte.² In Nederland waren op 30 juni 2020 11.877 patiënten (met verdenking op) COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis (geweest). 6.113 positief geteste patiënten waren op 30 juni 2020 overleden.³ Het werkelijk aantal patiënten dat overleden is ligt hoger omdat niet iedereen is getest. Er zijn drie artikelen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde verschenen die cijfers en ervaringen met de eerste cohorten COVID-19 patiënten uit drie Brabantse ziekenhuizen rapporteren. (Buenen 2020; van der Moeren 2020; Murk 2020) In Nederland hebben veel ouderen minimaal één chronische aandoening en in 2015 was een derde van de 70-81-jarigen kwetsbaar op 1 of meer van 4 domeinen (fysiek, psychisch, cognitief of sociaal).^{4,5} Welke zorg voor de individuele oudere patiënt het best passend is, is afhankelijk van de wensen/doelen en uitgangssituatie van de patiënt, waarbij de co-morbiditeit, kwetsbaarheid, levensverwachting worden meegenomen.⁶ 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.⁷ 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. 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.

¹ Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team (2020)

² Centre of Evidence Based Medicine 2020

³ Epidemiologische Situatie COVID-19 In Nederland 30 juni 2020. RIVM 2020.

⁴ Chronische Aandoeningen en Multimorbiditeit. Volksgezondheidzorg.info. 2020

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

⁶ Voor volwassen patiënten met een verstandelijke beperking en (verdenking op) COVID-19 is een aparte leidraad uitgebracht. Zie:

<https://nvavg.nl/leidraad-verwijzing-van-de-volwassen-patient-met-vb-en-verdenking-op-covid-19/>

⁷ Flaatten, 2017; Muscedere 2017

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 versies van dit document zijn grotendeels expert-opinion en experience-based.

3 Triage bij consult huisarts/specialist ouderengeneeskunde

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

- Hogere verdenking COVID-19: koorts, droge hoest, bij auscultatie aanwijzingen voor dubbelzijdige pneumonie en COVID-19 verdachte of bewezen zieken onder huisgenoten of medewerkers van de wijkverpleging/thuiszorg
- Noodzaak aanvullende diagnostiek naar COVID-19 en/of andere (behandelbare) ziektes waarvoor thuis onvoldoende diagnostische en behandelmogelijkheden?
- 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 verwijzen naar ziekenhuis, rekening houdend met de wensen van de patiënt (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, (frequenter) vallen of gehele zwakheid)⁸
 - snelle achteruitgang met respiratoir falen is frequent beschreven, neem voorzorgsmaatregelen in thuissituatie (denk aan beschikbaarheid van pijnstilling en sedatie)
- Bij onrust en delier, met onhoudbare thuissituatie: overleg indien nodig met klinisch geriatr/internist-ouderengeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde (in geval van thuiswonende patiënt) of met consultatieteam palliatieve zorg
- Zie o.a. [NHG Dossier Coronavirus \(COVID-19\)](#)
- Zie voor het meest recente testbeleid: [RIVM richtlijn COVID-19 diagnostiek](#)
- Indien zorg niet acuut te organiseren is in de thuissituatie door onvoldoende beschikbaarheid van wijkverpleging/mantelzorgers 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. 5 L O₂/min mogelijk)
- Starten intraveneuze antibiotica bij gesuperponeerde bacteriële pneumonie

⁸ Harskamp 2020, Olde Rikkert 2020

- 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, RR, temperatuur en ademfrequentie)
- IV vochttoediening
- Meer intensieve zorg- en behandelmogelijkheden bij onhoudbare thuissituatie 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:

- Meer kans op het ontstaan van een ernstig delier en/of onrust met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit bij verplaatsing naar een andere omgeving (zeker bij mensen met pre-existente cognitieve stoornissen, dit geldt ook voor acute verplaatsing naar bijvoorbeeld een verpleeghuis)
- Functionele achteruitgang met langdurig herstel of verminderd herstel (dit geldt vooral na een IC-opname)
- Vertraagde uitplaatsing in geval van bereiken capaciteit kan tot langdurige ziekenhuisopname leiden met risico op iatrogene complicaties
- Gezien alle corona-maatregelen (isolatie, beperkt bezoek toegestaan) is er risico op sociale deprivatie en kan beperkte psychosociale ondersteuning geboden worden*
- Sterfteproces is vaak eenzaam*
- 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 voor zover bekend zonder familie, wordt centraal en acuut georganiseerd. Bespreek dit van tevoren met patiënt en zijn/haar naasten.

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

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

Thuiswonende populatie:

- Beoordeel aanwezigheid en ernst van risicofactoren voor ernstig beloop⁹:
 - 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 van de patiënt:

⁹ LCI richtlijnen. 2020. COVID-19. [Accessed 26 March 2020].

- “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 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 wekenlange beademing op IC doorstaan en gaat een langdurig revalidatietraject haalbaar/wenselijk zijn?” Overleg hierover indien noodzakelijk met een arts uit het COVID-19 team in het ziekenhuis.

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

Clinical Frailty Scale



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

1. Zeer fit

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



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

2. Fit

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



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

3. Zelfredzaam

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



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

4. Risico op kwetsbaarheid:

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



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

5. Licht kwetsbaar:

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

Twijfel



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

Onvoldoende reserve

6. Behoorlijk kwetsbaar:

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



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

7. Erg kwetsbaar:

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



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

8. Heel erg kwetsbaar:

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



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

9. Terminale ziekte

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

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

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

- Wil de patiënt nog in het ziekenhuis opgenomen worden? Beseft patiënt dat indien hij/zij COVID-19 positief is er beperkt bezoek in het ziekenhuis mogelijk is?
- Wil de patiënt opgenomen worden op de intensive care?
Bespreek met patiënt dat de kans op herstel bij (langdurige) beademing zeer klein is (er zijn momenteel geen formele cijfers, maar de ervaringen zijn dat als COVID-19 patiënten beademing nodig hebben, zij wekenlang aan de beademing liggen¹⁰, waarvan 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\)](#)
- Is er eerder gesproken over reanimatie of een wilsverklaring?

In het geval van een ernstig zieke patiënt:

- Heeft de patiënt nagedacht over de gewenste plaats en omstandigheden van sterven? Zie ook [Keuzehulp behandelwensen op thuisarts](#) waarmee patiënten (samen met naasten) zijn/haar wensen voor zorg en behandeling kunnen verkennen of de folder [Praten over behandelwensen en -beperkingen](#) van de Patiëntenfederatie Nederland.

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

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

3.6 Thuis niet mogelijk maar ziekenhuisopname niet gewenst

- Check mogelijkheden voor spoedopname in een verpleeghuis, hospice, eerste lijnsverblijf (ELV) of speciaal ingerichte (palliatieve) COVID-zorgunit (afhankelijk van lokale situatie, er zijn reeds veel initiatieven, zoals Corona Zorg Centra, een soort anderhalve lijnszorg waar ook zuurstof gegeven kan worden en waar (afhankelijk van de lokale situatie) wel een kamergenoot aanwezig kan zijn)
- 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 nu en bij toename symptomen

¹⁰ Buenen 2020; van der Moeren 2020; Murk 2020

- Aanwezigheid van een naaste/mantelzorger/vrijwilliger die patiënt kan ondersteunen, verzorgen en kan alarmeren bij verergering wordt sterk aanbevolen
- Overweeg bij een patiënt met dementie ook de casemanager dementie te betrekken
- 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 medewerkers van de wijkverpleging en thuiszorg (<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 wijkverpleging en/of thuiszorg van de patiënt

4.1 Voorwaarden voor thuisbehandeling

Thuiswonende populatie

- Mogelijkheden tot eventuele zuurstofbehandeling (in thuissituatie/verpleeghuis vaak maximaal 5L O₂/min mogelijk)
- Zuurstof kan naar behoefte worden gegeven en geeft vaak symptomatische verbetering. Alleen bij matige-ernstige COPD (GOLD 3-4) patiënten niet meer dan 2L O₂/minuut geven (overleg desgewenst met de behandelend longarts).
- Mogelijkheden tot snel verkrijgen en toedienen van medicatie (o.a. pijnstilling, evt. additionele (antibiotische) therapie, sedatie)
- Beschikbaarheid van zorgprofessionals (wijkverpleging en/of thuiszorg)
- Een veerkrachtig systeem/partner/mantelzorger 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/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).

Populatie in langdurige zorginstelling

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

Indien aan één van deze voorwaarden niet kan worden voldaan bij de patiënt in 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. Zie <https://swab.nl/nl/covid-19>

- 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 zuurstofbehandeling thuis indien gekozen wordt voor thuisbehandeling gericht op herstel. (dit is echter mogelijk tot 5L O₂/min, alleen bij matige-ernstige COPD patiënten (GOLD 3-4) niet meer dan 2L O₂/minuut geven (overleg desgewenst met de behandelend longarts)).
- Er wordt reeds ingezet op meer capaciteit t.a.v. zuurstof thuis, de eerste ervaringen van huisartsen zijn dat zuurstof thuis binnen een paar uur geregeld kan zijn
- Zie ook [Leidraad zuurstofgebruik thuis bij COVID-19](#) en [Verenso behandeladvies Post-COVID-19 GRZ](#).

Behandeling bij dyspneu

- Volg de adviezen op <https://www.pallialine.nl/dyspneu-in-de-palliatieve-fase>
- CAVE: snelle achteruitgang met respiratoir falen is frequent beschreven, neem voorzorgsmaatregelen in 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>
- Overweeg bij patiënten met een delier veroorzaakt door hypoxie 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 pijnstilling 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: <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 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>	Zie NHG COVID-19 diagnostiek - aanvullend onderzoek en RIVM richtlijn COVID-19 diagnostiek	Er moet worden gestreefd naar het verkrijgen van een testuitslag (pas op: test kan vals-negatief zijn), bij een ernstig zieke oudere patiënt, verdacht voor COVID-19, die niet naar het ziekenhuis wordt verwezen, zodat de patiënt niet onterecht in eenzaamheid en afstandelijk een ziekte- of sterfproces ingaat op basis van een niet aangetoonde COVID-19.
	<i>Zuurstofbehandeling</i>	<p>- Kan ingezet worden (max. 5L O2/min). De zuurstof kan naar behoefte worden gegeven en geeft vaak goede symptomatische verbetering. Alleen bij matig/ernstige COPD (GOLD 3-4) patiënten niet meer dan 2L O2/min geven. Zie Leidraad zuurstofgebruik thuis bij (verdenking op / bewezen) COVID-19</p> <p>- Zie: Landelijk aanvraagformulier zuurstofbehandeling</p> <p>CAVE: brandgevaar, brandweer moet ingelicht worden, goede uitleg aan patiënt nodig</p> <p>Zie ook: Zuurstofbrochure Longfonds</p>	Indien zuurstofbehandeling eerder ingezet is, zal dit worden afgebouwd en gestopt. Bestrijdt dyspnoe en hypoxie, zet laagdrempelig palliatieve medicatie in.
	<i>Wie mag er bij</i>	<p>- Huisgenoten (partner/kinderen)</p> <p>- Voor huisgenoten kan isolatie worden overwogen, zie RIVM maatregelen bij klachten passend bij COVID-19 en RIVM informatie brief huisgenoot thuis</p> <p>- Zorgprofessionals die beschikken over PBM</p>	<p>- Huisgenoten (partner/kinderen)</p> <p>- Zorgprofessionals die gebruik maken van PBM</p> <p>- Aanwezigheid van naasten van de patiënt bij het ziekte- en sterfproces bij een bewezen COVID-19 infectie of hoge verdenking erop is mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met mondneusmasker bij een afstand minder dan 1.5 meter. • Bij fysiek contact dient men zich te houden aan optimale handwas hygiëne. <p>Verder is het advies van kracht om geen handen te schudden. Er zijn verder geen beperkingen aan het contact met de nabestaanden, tenzij zij ook klachten hebben, zoals luchtwegklachten met of zonder koorts en/of benauwdheid, die kunnen passen bij het nieuwe coronavirus. Dan kunnen zij in principe niet bij de uitvaart zijn. Mogelijk kunnen 1e graads nabestaanden hierop een uitzondering vormen.</p>

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
			Zie voor meer informatie 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 en minder dan 1,5 meter afstand kunnen bewaren tot patiënt/geen vluchtig contact zullen hebben (zoals bijv. bij persoonlijke verzorging of lichamelijk onderzoek). Bij bemonstering wordt het gebruik een FFP1-masker geadviseerd. Zie ook RIVM Uitgangspunten PBM buiten het ziekenhuis en Advies PBM gespecificeerd voor de huisartsenpraktijk en de huisartsenpost	
	Benodigde informatie	Zie Thuisarts , RIVM patiëntinformatie bevestigde patiënt thuissituatie , RIVM Informatiebrief gezinsleden bevestigde patiënten thuis , Alzheimer Nederland Forum Corona & Dementie , Corona.steffie.nl informatie voor mensen met verstandelijke beperking en ARQ - psychosociale ondersteuning in coronatijd	Zie Thuisarts , Pallialine , Palliaweb-covid19 Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19 , Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas
Verpleeghuis/COVID-19 unit/Corona Zorg centra Zie Verenso document COVID-19 (behandeladvies)	Diagnostiek (testmogelijkheden)	- Patiënten verdacht voor COVID-19 - Patiënten uit de risicogroep Conform Richtlijn 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 die niet naar het ziekenhuis wordt verwezen, zodat de patiënt niet onterecht in eenzaamheid en afstandelijk een ziekte- of sterfproces ingaat op basis van een niet aangetoonde COVID-19.
	Zuurstofbehandeling	- Kan ingezet worden (max. 5 L O ₂ /min) De zuurstof kan naar behoefte worden gegeven en geeft vaak goede symptomatische verbetering. Alleen bij matig/ernstige COPD (GOLD 3-4) patiënten niet meer dan 2L O ₂ /min geven. Zie Verenso behandeladvies post-COVID-19 GRZ - 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, zal dit worden afgebouwd en gestopt. Bestrijdt dyspnoe en hypoxie, zet laagdrempelig palliatieve medicatie in.

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
	<i>Wie mag er bij</i>	Per 25 mei 2020 is er een kabinetsbesluit dat (indien mogelijk) per bewoner 1 vaste bezoeker mag komen, dit ter voorkoming van verdere verspreiding van COVID-19 en ter bescherming van de medewerkers. Per 15 juni 2020 zullen de verpleeghuizen zich open stellen voor meerdere bezoekers per bewoner.	Een uitzondering kan worden gemaakt voor patiënten in de terminale fase. Creëer dan een situatie dat de patiënt naar een andere, ‘afgelegen’ kamer in het verpleeghuis wordt gebracht waar het bezoek niet/zo min mogelijk de normale loop van andere patiënten en medewerkers kruist. Limiteer het bezoek zoveel als mogelijk. Laat bezoekers handhygiëne toepassen en nies- en hoesthygiëne hanteren en adviseer een fysieke afstand van minimaal 1,5 meter van medewerkers en eventuele andere patiënten.
	<i>Bescherming</i>	Zorgprofessionals: Er wordt tenminste een mondneusmasker, bril, schort en wegwerphandschoenen gedragen. Bij bemonstering wordt het gebruik een FFP1-masker geadviseerd. Zie ook RIVM Uitgangspunten PBM buiten het ziekenhuis en Verenso document COVID-19 (behandeladvies)	
	<i>Benoedigde informatie</i>	Zie ook Rijksoverheid over bezoek aan verpleeghuizen , RIVM vragen over voorkomen besmetting , Thuisarts en RIVM maatregelen personen met klachten en hun contacten + informatiebrieven , Alzheimer Nederland Forum Corona & Dementie , Corona.stefie.nl informatie voor mensen met verstandelijke beperking , ARQ - psychosociale ondersteuning in coronatijd en Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd	Zie Pallialine en Palliaweb-covid19 , Verenso document COVID-19 (behandeladvies) en Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19 , Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas
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 en, familie en huisarts naar welk ziekenhuis de patiënt wordt verplaatst. Benoem bij verwijzing naar het ziekenhuis dat kan worden besloten om de patiënt in vrij korte tijd naar een ander ziekenhuis te verplaatsen.	
Ziekenhuis (verpleegafdeling)	<i>Wie mag er bij</i>	Afhankelijk van het lokale protocol in ziekenhuis. In principe zeer 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.
	<i>Bescherming</i>	Intramurale patiënten dienen te worden verpleegd in een eenpersoonskamer met de deur dicht. In veel 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.	

Setting	Aspect	Klinische situatie	
		Zorg gericht op herstel	Stervensproces
	<i>Beno- digde in- formatie</i>	Er is informatie in het ziekenhuis beschikbaar. Voor ondersteuning van nabestaanden zie: Slachtofferhulp COVID-19 , Landelijk steunpunt bij verlies en Humanitas	
Ziekenhuis (IC)	<i>Wie mag er bij</i>	Afhankelijk van het lokale protocol in zie- kenhuis. In principe zeer beperkt en kort (max. 1 persoon) tot geen bezoek toege- staan 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, af- hankelijk van de lokale situatie, beperkt fa- milieleden bij de stervende patiënt aanwe- zig zijn.
	<i>Beno- digde in- formatie</i>	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 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. Hierbij moeten ook de juiste voorwaarden gecreëerd worden: Denk aan persoonlijke beschermingsmiddelen, medicatie, zuurstof-therapie en duidelijke instructies.
- **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.
- **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 mondneusmasker 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 settings ook aan voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorgprofessionals en medepatiënten/medebewoners
- **Zorg dat bij acute overplaatsing van patiënten naar andere ziekenhuizen tenminste de naasten geïnformeerd worden waar de patiënt naartoe gebracht wordt**

Het heeft de grootste noodzaak dat naasten goed worden ingelicht wanneer de patiënt wordt verplaatst. In sommige ziekenhuizen worden bijvoorbeeld andere medewerkers ingezet die dit soort zaken bespreken. Denk bijvoorbeeld aan zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen of secretaresses) die relatief minder werk hebben
- **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 zuurstoftoediening 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) 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>

- **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**

Naar aanleiding van de publicatie van de [Leidraad COVID-19 coagulopathie](#) heeft Verenso in hun [aangepaste behandeladvies](#) van 23 april jl. reeds een advies opgenomen over de plaats van trombo-embolische profylaxe. Het wordt aanbevolen aan de NHG om ook na te denken over de plaats van trombo-embolische profylaxe bij patiënten die eigenlijk ook opgenomen zouden kunnen worden in het ziekenhuis, maar waarbij gezamenlijk besloten is tot behandeling gericht op herstel in de thuissituatie.

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

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

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

8 Begrippenlijst

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

9 Referenties

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

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

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

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

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

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

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

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

Murk, J., van de Biggelaar, R., Stohr, J., Verweij, J., Buiting, A., Wittens, S., van Hooft, M., Diederens, B., Kluiters-de Hingh, Y., Ranschaert, E., Brouwer, A., Retera, J., Verheijen, M., Ramnarain, D., van Ek, I. and van Oers, J., 2020. De eerste honderd opgenomen COVID-19-patiënten in het Elisabeth-

Tweesteden Ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneesk. 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].

Muscedere, 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 30 juni 2020 | RIVM. [online] Available at: <<https://www.rivm.nl/documenten/dagelijkse-update-epidemiologische-situatie-covid-19-in-nederland>> [Accessed 2 July 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 Geneesk. 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 (2-7-2020)

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.