

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

COVID-19: thuis behandelen of naar het ziekenhuis?

Afwegingen in de huisartsenpraktijk

Ralf E. Harskamp, Marike A. de Meij, Jochen W.L. Cals, Herre J. Reesink en Geert-Jan Geersing

Dames en Heren,

Bij patiënten met COVID-19 kan onverwacht verslechtering optreden. Elke klinische beoordeling is een momentopname en daardoor kan het lastig zijn om af te wegen welke ondersteuning gewenst is. Dit is zeker het geval bij ouderen met comorbiditeit, bij wie de mate van kwetsbaarheid grote invloed heeft op de behandelkeuzes.

De gezondheidszorg is in korte tijd heringericht om COVID-19-patiëntenstromen zo goed mogelijk op te vangen. De juiste keuze maken over het al dan niet insturen van een patiënt, met name voor eventuele intensieve zorg, is dan ook prangerder dan ooit.¹⁻³ Wij beschrijven hier drie patiënten met luchtwegklachten bij wie dilemma's rondom het kiezen van de juiste zorg hebben gespeeld. Daarna bespreken we dat monitoring in de thuissituatie kan helpen om het juiste moment van hospitalisatie te bepalen, mocht dit nodig zijn. Tot slot gaan we in op het palliatief beleid buiten en in het ziekenhuis voor kwetsbare patiënten met COVID-19.

Patiënt A, een 60-jarige vrouw, belt begin maart met haar huisarts. Ze is bekend met astma, waarvoor ze inhalatiecorticosteroiden gebruikt. Ze was op stedentrip geweest in Wenen en Boedapest en voelt zich sinds een paar dagen niet lekker, waarbij ze last heeft van verkoudheid, hoofdpijn en spierpijn. Haar echtgenoot had vergelijkbare klachten maar is ondertussen opgeknapt. Daarnaast heeft ze hoestklachten ontwikkeld met koorts (39-40°C). Ze is meer benauwd bij inspanning, maar die klachten worden verlicht bij gebruik van salbutamol. Ze belt voor advies, en vraagt ook of het niet 'het nieuwe coronavirus' zou kunnen zijn. Telefonisch hoort de huisarts geen piepende of versnelde ademhaling; de patiënte spreekt in volzinnen, is helder en adequaat. De huisarts stelt voor om de longmedicatie te intensiveren en contact op te nemen voor fysieke beoordeling als verbetering uitblijft. Ook krijgt ze het advies om bij verslechtering niet te wachten tot de volgende dag, maar de huisartsenpost te bellen. De huisarts belt nog met de lokale GGD met vragen over diagnostiek en om informatie te vragen over het ziektebeloop bij COVID-19. De GGD stelt voor dat de dienstdoende arts infectieziekten zelf contact opneemt met patiënte voor aanvullende diagnostiek. Een paar uur later krijgt patiënte toename van dyspneu en collapsneiging. Haar partner belt hierop de huisartsenpost, waarna een spoedvisite volgt. Tijdens de visite wordt een ademhalingsfrequentie van 30/min geobserveerd, een saturatie van 80% en bilateraal auscultatoire afwijkingen. De bloeddruk bedraagt 140/80 mmHg bij een pols van 125 slagen/min. De patiënte wordt per ambulance ingestuurd en belandt nog die dag op de afdeling Intensive Care met het beeld van 'acute respiratory distress syndrome' (ARDS). Op de IC wordt ze geïntubeerd en beademd. Aanvullende diagnostiek wijst een infectie met SARS-CoV-2 uit. Na een lang ziekbed overlijdt patiënte begin april; ze is al die tijd niet meer bij kennis geweest. De naasten werden gedurende deze tijd bijgestaan door zorgprofessionals uit het ziekenhuis en de huisartsenpraktijk.

Patiënt B, een 87-jarige man, woont met zijn echtgenote op een echtparenkamer in het verzorgingshuis. Hij heeft hartfalen bij boezemfibrilleren, is slechtziend en heeft in het verleden prostaatacarcinoom, coloncarcinoom en een CVA gehad. Op de afdeling is een uitbraak van COVID-19 vastgesteld, waarbij 5 patiënten positief zijn getest en inmiddels 1 patiënt is overleden. Op 13 maart wordt patiënt binnen een paar uur ziek, valt enkele keren en ontwikkelt koorts tot 39°C zonder evidente luchtwegklachten. Bij lichamelijk onderzoek maakt hij een zieke indruk en zijn bilateraal auscultatoire longafwijkingen hoorbaar bij een saturatie van 96%. Gezien het klinisch beeld en de bewezen COVID-19 van de burens, is er een hoge verdenking op COVID-19. Normaliter zou ziekenhuisopname genoodzaakt zijn, maar de patiënt kent een zeer slechte uitgangspositie vanwege zijn hoge mate van kwetsbaarheid van 7 op de 'Clinical frailty scale'. In zijn wilsverklaring (vernieuwd in 2018) had hij eerder aangegeven geen levensverlengende handelingen te willen wanneer hij zou komen te verkeren in een staat waarin terugkeer naar een redelijke en waardige levensstaat niet mogelijk was. De huisarts was van plan nog een keer langs te komen om uitgebreider over zijn wensen te spreken, gezien de lichamelijke en geestelijke achteruitgang van het echtpaar, maar deze visite werd geannuleerd toen op de dag van de geplande visite de eerste COVID-19-patiënt positief testte op de afdeling. Tijdens het gesprek op de dag dat hij ziek werd,

geeft patiënt aan dat het voor hem het belangrijkste is dat hij bij zijn echtgenote kan zijn, en bij een ziekenhuisopname zou dit niet mogelijk zijn. In overleg met patiënt, zorgmedewerkers en familie wordt dan ook overeengekomen dat ziekenhuisopname geen meerwaarde heeft en wordt besloten om optimaal in te zetten op comfort. Gezien de situatie betekent dit dat de patiënt gedurende het ziektebeloop in quarantaine verblijft. Familie mag in overleg wel bij patiënt komen, mits beschermd. De dagen daarna blijft hij bedlegerig, hij kan niet meer staan, heeft wisselend koorts, krijgt diarree en zijn voedselinname gaat achteruit. Huisarts geeft de situatie wel door aan de huisartsenpost, maar blijft mobiel bereikbaar en houdt dagelijks contact waarbij de vitale parameters en mate van comfort worden besproken met de zorgmedewerkers. Op 21 maart volgt een nieuwe visite aangezien hij verslechtert, zich vaak verslikt en forse vermoeidheid en dyspneu heeft. Bij onderzoek wordt een ademhalingsfrequentie van 26/min gezien en saturatiedalingen tot 85%. Voor de dyspneu krijgt hij vanaf dan zo nodig morfine 10 mg subcutaan via een venflon. Midazolam is op achterhand beschikbaar. Zijn echtgenote kan tot de dag voor zijn overlijden bij hem blijven. Ze verhuist dan naar kleinschalig wonen binnen het zorgcentrum, met name voor haar eigen rust. Ze heeft eerder ook koorts en hoestklachten gehad, maar is hersteld. Patiënt overlijdt in zijn slaap.

Patiënt C, een 81-jarige vrouw, woont zelfstandig in een huis met traplift, op de verdieping boven haar dochter. Ze heeft een belangrijke taak in de opvoeding van twee kleinkinderen en komt dagelijks buiten. Haar voorgeschiedenis vermeldt hypertensie, hypercholesterolemie en een curatief behandeld mammacarcinoom. Haar huisarts komt op huisbezoek in verband met algehele zwakte, met daarbij moeite met praten, malaise, braken en verminderde voedselinname. De huisarts treft een zieke en verwarde vrouw aan die niet zelfstandig haar bed uit kan komen, met een ademhalingsfrequentie van 60/min, een saturatie van 58%, een bloeddruk van 120/70 mmHg en een hartfrequentie van 100 slagen/min. Over de longen is sprake van beiderzijds auscultatoire afwijkingen en haar temperatuur is 35,6°C. De huisarts besluit te overleggen voor opname in het ziekenhuis onder verdenking van COVID-19, met de inschatting dat thuis te weinig zorg kan worden geboden. Patiënte was bovendien tot voor deze opname nog vitaal en er waren geen eerdere gesprekken om die reden gevoerd over afzien van ziekenhuiszorg.

Bij opname wordt een dubbelzijdige pneumonie gezien op basis van SARS-CoV-2 en pneumokokken. Er wordt een maximaal conservatief beleid afgesproken gezien de leeftijd en de 'performance status' (onder meer vanwege de traplift in huis; 'Clinical frailty scale' van 4/5). De patiënte wordt opgenomen op de COVID-afdeling, waar ze zuurstof 10 l/min over een 'non-rebreathing'-masker krijgt toegediend en behandeld wordt met ceftriaxon en (hydroxy)chloroquine. Daar verslechtert haar toestand: bij geringe inspanning treedt een forse desaturatie op en ze dreigt uitgeput te raken. Maximaal non-invasief zuurstof en furosemide als extra behandeling bieden geen uitkomst, waarna de patiënte wordt overgeplaatst naar de Palliatieve Corona Unit. Daar krijgt ze naast de ingezette therapie ook zo nodig morfine bij inspanning (bijvoorbeeld tijdens het wassen en bed verschonen). De dagen daarna knapt ze wonderwel langzaam op: ze spreekt makkelijker, kan langzaam weer mobiliseren, en de zuurstof kan worden afgebouwd. Ze wordt teruggeplaatst naar de COVID-afdeling en vervolgens voor een week naar een revalidatiecentrum. Momenteel verblijft ze bij haar dochter in huis om verder aan te sterken.

Beschouwing

Bij de drie patiënten die wij hier beschreven speelde om uiteenlopende redenen steeds de vraag of ze thuis konden of wilden blijven of dat ze naar het ziekenhuis moesten. Bij de beoordeling van patiënten die mogelijk COVID-19 hebben is het belangrijk om het stadium van de ziekte te bepalen. Bij ongeveer 15% van de patiënten is het beloop gecompliceerd en is er veelal een week (5-9 dagen) nadat de klachten begonnen een belangrijk omslagpunt. Dit moment kenmerkt zich door een snelle toename van vermoeidheid, verminderde inspanningstolerantie, koorts en daarna progressie naar een stadium met benauwdheid, respiratoire uitputting en verwardheid.¹⁻⁷ Als er geen alarmsignalen zijn, kan een afwachtend beleid worden gevoerd waarbij de patiënt goede instructies krijgt, die te vinden zijn op www.thuisarts.nl/nieuw-coronavirus. Het is belangrijk de patiënt te wijzen op de bovengenoemde alarmsymptomen en te vermelden dat verslechtering soms plotseling kan optreden. Bij deze patiënten zou ook digitale monitoring kunnen plaatsvinden, bijvoorbeeld via de digitale 'Corona-vragentest' op basis van de Nederlandse Triage Standaard op thuisarts.nl, of via de 'corona check'-app van het OLVG.

Bij alle hier beschreven patiënten, zien we een gecompliceerd beloop met alarmsymptomen. Bij patiënt A waren er al bij het eerste contact alarmsymptomen (koorts en benauwdheid) die een visite achteraf gezien hadden gerechtvaardigd. Dit had er wellicht voor gezorgd dat patiënt eerder in het ziekenhuis zou zijn opgenomen. Of dit een effect op het klinisch beloop zou hebben gehad, is onzeker. Patiënten B en C illustreren verder dat bij kwetsbare ouderen ook typische geriatrische symptomen aanwezig kunnen zijn, zoals het frequenter vallen, algehele zwakte en verwardheid.⁸ De verschillen in mate van kwetsbaarheid en daaraan gekoppeld beleid zijn geïllustreerd bij patiënten B en C.

Behandelwensen

Een gecompliceerd beloop van COVID-19 heeft ingrijpende gevolgen, zeker voor kwetsbare ouderen met comorbiditeit. Zoals patiënt B en C goed illustreren is het van belang om zo mogelijk met de patiënt en diens naasten vooraf de kwetsbaarheid en behandelwensen in kaart te brengen en bij kwetsbare ouderen ook te inventariseren of er een wilsbeschikking is. Bij het in kaart brengen of de bewuste patiënt voldoende reserves heeft om een intensieve behandeling te doorstaan en nadien te revalideren naar een acceptabel niveau wordt de 'Clinical frailty scale' geadviseerd (figuur 1).³



Figuur
'Clinical frailty scale'

Met deze kwetsbaarheidsscore kan een inschatting worden gemaakt of een patiënt langdurige behandeling op de IC en revalidatie kan doorstaan. Bewerking van een figuur uit de 'Leidraad triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19' van de Federatie Medisch Specialisten (maart 2020).³

Bij het afstemmen van behandelwensen zijn de volgende zaken extra van belang. Ten eerste is het risico op overlijden aan gecompliceerde COVID-19 bij kwetsbare ouderen aanzienlijk. Ten tweede hangen de succesansen van de behandeling samen met deze kwetsbaarheid. Ten derde hoeft een behandeling in het ziekenhuis niet direct uit een IC-opname te bestaan. De opname kan ook zijn voor een conservatieve behandeling met niet-invasieve zuurstoftherapie, een behandeling die in de thuissetting beperkter mogelijk is. Ten vierde veroorzaken de benodigde voorzorgsmaatregelen eenzaamheid en isolement, wat een grote impact heeft tijdens het ziekteproces.³⁻⁶ Een deel van deze informatie is ook voor patiënten als een keuzehulp op thuisarts.nl terug te vinden.

Palliatieve zorg

Als gekozen wordt voor palliatieve of ondersteunende zorg dan is dit in de basis niet anders dan voor 'gewone' patiënten met een ernstige, dodelijke ziekte die mogelijk snel verloopt. Er zijn echter wel een aantal zaken die wezenlijk verschillen: de fysieke afstand van naasten tot de patiënt, waardoor het slechts beperkt mogelijk is om afscheid te nemen; de bezorgdheid om iemand anders te besmetten; de soms razendsnelle achteruitgang; hulpverleners moeten gebruikmaken van persoonlijke beschermingsmiddelen; en het ziektebeeld kan soms zo verraderlijk verlopen dat patiënten van wie verwacht werd dat ze zouden overlijden, toch ook plotseling herstel laten zien, zoals bij patiënt C. Dit bij elkaar kan bij patiënten voor meer angst, onzekerheid, eenzaamheid en verwardheid of delier zorgen. Het is dus van groot belang dat patiënten en naasten goed worden voorgelicht en begeleid. De verwachting is dat er meer psychische klachten zullen ontstaan bij de nabestaanden. Daarom is het zaak nu goed na te denken hoe wij de nazorg voor nabestaanden organiseren.

Dames en heren, COVID-19 is een nieuwe ziekte met vele gezichten die maar moeizaam te beteugelen is. Dit leidt

begrijpelijkerwijs tot angst en onrust onder zowel patiënten als artsen. Een deel van wat we hebben geleerd in de afgelopen periode valt te ondervangen in stroomdiagrammen. Zoals we echter laten zien, gaat het vaak ook om maatwerk. De huisarts heeft een taak in het herkennen van COVID-19 en het monitoren van patiënten in de thuissituatie, waarbij instructie over een acute verslechtering zeer belangrijk is. Er is ook een taak weggelegd voor huisartsen bij het begeleiden van patiënten en hun naasten in de palliatieve fase wanneer niet meer tot ziekenhuisopname besloten wordt.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5045
- Amsterdam UMC - locatie AMC, afd. Huisartsgeneeskunde Amsterdam: dr. R.E. Harskamp; huisarts i.o. (tevens Gezondheidscentrum Holendrecht, Amsterdam). OLVG, Amsterdam, afd. Ondersteunende en palliatieve zorg: drs. M.A. de Meij; huisarts; afd. Longziekten: dr. H.J. Reesink, longarts. Huisartsenpraktijk Buitenhof: dr. G.J. Geersing, huisarts (tevens Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht). Universiteit van Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI, Maastricht: prof.dr. J.W.L. Cals; huisarts (tevens Huisartsenpraktijk Hobma Cals Machielsen, Sittard).
- Contact: R.E. Harskamp (r.e.harskamp@amsterdamumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Zonder toestemming van de patiënten of hun naasten om hun persoonlijke ervaringen te delen had dit artikel niet geschreven kunnen worden.
- Aanvaard op 29 april 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5045

Literatuur

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. JAMA. 24 februari 2020 (epub). [Medline](#)
2. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020;323:1061. [doi:10.1001/jama.2020.1585](https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585). [Medline](#)
3. [Leidraad triage thuisbehandeling verwijzen oudere verdenking COVID-19](#). Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2020.
4. Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for critically ill patients with COVID-19. JAMA 11 maart 2020 (epub). [Medline](#)
5. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China. Lancet Respir Med. 2020;8:475-81. [Medline](#)
6. Zou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020;395:1054-62. [Medline](#)
7. Loogman MCM, de Jong N, Platteel TN, et al. [Luchtwegklachten in tijden van corona: beoordeling en beleid in de huisartsenpraktijk](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4999.
8. Olde Rikkert MGM, Vingerhoets RW, van Geldrop N, et al. [Atypisch beeld van COVID-19 bij oudere patiënten](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5004.

Kernpunten

- Omdat verslechtering snel en ongemerkt kan optreden is het belangrijk patiënten met verdenking op COVID-19 te monitoren.
- Alarmsymptomen voor COVID-19 omvatten progressieve vermoeidheid, verminderde inspanningstolerantie, verhoogde ademarbeid, benauwdheid en verwardheid.
- Als de klachten bij ouderen met COVID-19 toenemen spelen de mate van kwetsbaarheid en behandelwensen een belangrijke rol bij het bepalen van de verdere behandeling.
- De 'Clinical frailty scale' kan helpen een inschatting te maken van de mate van kwetsbaarheid.