Aan de Geriaters 19 maart 2020

Aan de Huisartsen

Aan de CRA's

Geachte collegae,

De Covid pandemie stelt ons voor grote uitdagingen.

Enkele geriaters en huisartsen hebben een document gemaakt dat kan helpen om voor bewoners van woonzorgcentra een risk/benefit analyse te maken wanneer moet beslist worden iemand al dan niet te laten opnemen in het ziekenhuis, rekening houdend met de huidige ethische aanbevelingen .

Vervolgens wordt een flow chart uitgewerkt om belangrijke respiratoire symptomen te behandelen en onder controle te brengen.

Gelieve in de woonzorgcentra **pro-actief** de patiënten te evalueren met de Clinical Frailty Scale zodat bij urgenties de juiste keuze gemaakt kan worden. Voor de CFS 7 bewoners die nog geen vroegtijdige zorgplanning hebben, stellen wij voor bij twijfel de geriater te contacteren. Indien jullie er verschillende hebben, kan het wenselijk zijn om met de geriater te overleggen of een bezoek aan het woonzorgcentrum een meerwaarde kan hebben. Onnodige transfers zijn een risico voor zorgverleners van de vervoersdiensten en de spoedopnames.

Aandacht voor vroegtijdige/voorafgaande zorgplanning kan in deze omstandigheden erg behulpzaam zijn.

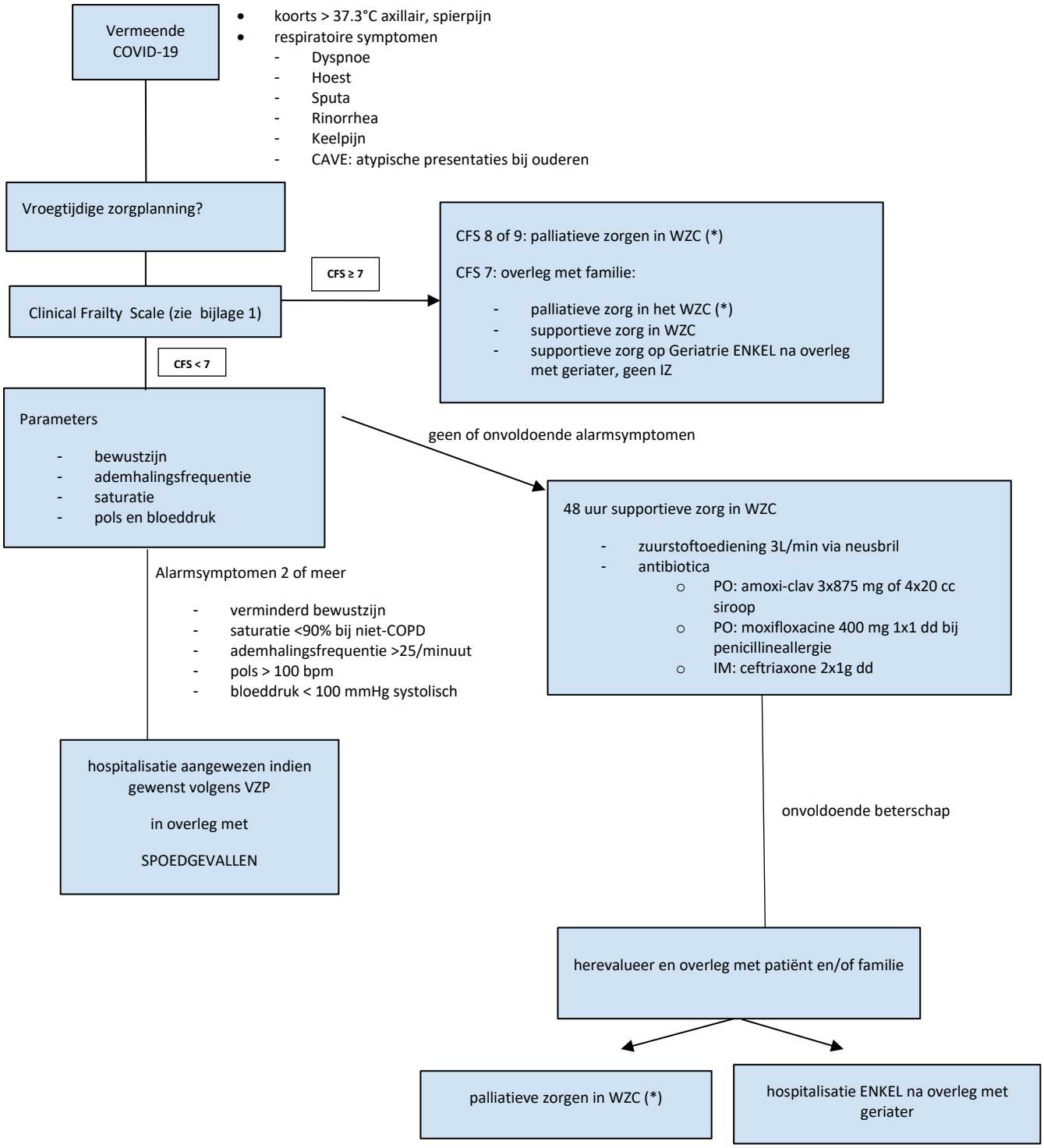
We hopen dat dit instrument een hulpmiddel kan zijn om elke oudere persoon een gepaste en kwaliteitsvolle zorg aan te bieden in de meest aangewezen setting.

Met vriendelijke groet,

Dienst Geriatrie UZ Gent
Dienst Geriatrie UZ Leuven
Belgische Vereniging Gerontologie Geriatrie
Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven
Crataegus

Beslissing opname bij mogelijk COVIDpos WZC bewoner

Flowchart COVID-19 voor bewoners van WZC



(*) zie document “respiratoire symptomen bij palliatieve patiënten”

Noot: maatregelen bij vermoeden van COVID-19 in WZC (Agentschap Zorg & Gezondheid):
https://zeg.login.kanooh.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg

Noot: cardiopulmonale reanimatie in het WZC is niet aangewezen.

Bijlage 1: Clinical Frailty Scale (CFS)

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.

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.

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

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.

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.

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.

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).

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

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.**

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2007-2009. Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

DALHOUSIE UNIVERSITY *Inspiring Minds*

Gebaseerd op 'Respiratoire problemen in de palliatieve zorg, UZ Leuven' en 'Richtlijn symptoomcontrole in de terminale fase, UZ Gent'

1. Aanpak van koorts

- Niet-medicamenteuze aanpak:
    - icepacks ter hoogte van de liezen
    - een nat washandje
    - de patiënt regelmatig verfrissen
    - lakens en kledij veranderen
    - ventilator plaatsen

- Medicamenteus indien de koorts discomfort veroorzaakt bij de patiënt:
    - paracetamol (Dafalgan® 1g/6 u PO, Dafalgan Odis® 500mg (smelttabletten), Dafalgan® suppo 600mg)), natriummetamizol (Novalgine® 1g/6 à 8u subcutaan); cave: zweten na toediening is normaal, dat kan misschien soms meer discomfort geven dan de koorts onbehandeld te laten.

2. Aanpak van dyspnoe

- Niet-medicamenteuze ondersteuning:
    - toon de patiënt op welke manier hij moet ademen: door de neus inademen en door de mond uitademen
    - open een raam om luchtcirculatie te bevorderen
    - vermijd prikkelende en aërogeen producerende factoren (sigarettenrook, fel ruikende cosmetica, luchtverfrissers)

- Zuurstoftoediening:
    - het al dan niet toedienen van zuurstof moet individueel bekeken worden
    - de toediening van zuurstof kan hypoxemie en daardoor comfort verbeteren
    - meet in een terminale fase geen saturaties meer, maar baseer je op de klinische toestand van de patiënt. Zuurstof mag niet worden opgedreven op basis van de zuurstofsaturatie; het hoort bij normaal sterven dat een patiënt desatureert

  Zuurstof voor palliatieve patiënten kan op twee manieren voorgeschreven worden: in gasvorm (fles) of via een zuurstofconcentrator, bv. Oxycure 081- 221590. Wat moet op een zuurstofvoorschrift staan: datum: van... tot...(min. 1 maand); debiet: aantal liter/min.; bevochtiging (indien nodig).

- Medicamenteuze ondersteuning:

A) Morfine:

Morfine is het meest effectieve middel bij de medicamenteuze behandeling van dyspnoe.

Dosis bij een <u>morfine-naïeve patiënt</u>: 5 of 10 mg PO of 5 mg SC (zeker bij ernstige kortademigheid, werkt sneller)

⇨ indien goed effect gedurende 4 uur: bereken dosis over 24 uur, bv. 5 mg x 6 = 30 mg over 24 uur; indien onvoldoende effect, herhaal de dosis om het uur tot je comfort bereikt, bereken dan de dosis over 24 uur.

Dosis bij patiënten die opioïden nemen voor de pijn: verhoog de dosis met 30-50% en indien nodig titreer opwaarts in stappen van 30% tot het beoogde effect bereikt wordt.

Toedieningswijze:

- PO: bolussen mogelijk met oxycodone hydrochloride (Oxynorm)/4 u; dagdosis morfine sulfaat (MS Contin®)/12 u, oxycodone hydrochloride (Oxycontin®)/12 u;
- SC-bolussen mogelijk om de 4 uur via een SC-katheter of continu met een spuitdrijver

B) Sedativa of anxiolytica:

Werking: sederend, daling van de angst en relaxatie van de spieren.
Benzodiazepines:

- lorazepam (Temesta Expidet®): 1 tot 2,5 mg SL bij een angstaanval;
- lorazepam (Temesta®) 1-2 mg /8 u PO;
- alprazolam (Xanax®) 0,25-1 mg/8 u PO
- midazolam (Dormicum®) 5 tot 30 mg/24 u SC (voordeel: korte halfwaardetijd).

C) Corticoïden:

Hebben geen plaats bij COVID-19 infectie (kunnen wel aangewezen zijn bij begeleidende pathologie zoals COPD exacerbatie).

D) Aerosol:

In kader van COVID-19 wordt dit liever vermeden.

3. Aanpak van hoest

- Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling:
  - de kinesist kan houdingsadvies geven, bv. effectief hoesten lukt het beste zittend of staand en niet liggend op de rug
  - bij een zieke die zijn secreties nog kan ophoesten: ademhalingskinesitherapie of posturale drainage, hoesttechnieken aanleren, houdingsadvies, ...
  - vermijd frequent aspireren (onaangenaam, pijnlijk en stimuleert de secreties)

- Medicamenteuze behandeling:
  - bij een prikkelhoest: narcotische hoestremmer
  - bij een productieve hoest: eventueel mucolytica, in kader van COVID-19 liever aerosol vermijden
  - indien onvoldoende effect: morfine zoals hierboven beschreven
  - bij een reutelende ademhaling: cfr puntje 4.: de stervende patiënt

4. De stervende patiënt

Basisprincipes van beleid tijdens terminale fase:

- anticiperen op symptomen door het voorzien van “indien nodig” of “nood” medicatie
- stopzetten van belastende medische en verpleegkundige interventies
- stopzetten van medicatie per os
- stoppen of afbouwen van intraveneus/subcutaan vocht
- open communiceren met alle betrokkenen over het naderende overlijden
- overdracht voorzien tijdens wachtdiensten
- inschakelen palliatieve thuiszorg indien symptomen niet onder controle

DYSPNOE in de terminale fase

Patiënt gebruikt geen opioïden

- start morfine continue 10 tot 20 mg/24h IV / SC
- voorzie morfine 5 mg SC of IV in bolus te herhalen iedere 2h
- start geen transdermale opioïden voor dyspnoe

Patiënt gebruikt opioïden

- verhoog de dosis morfine met 30 %/ 24 h tot aanvaardbaar comfort voor patiënt
- geef 1/6 tot 1/10 van de dagdosis morfine bij toename van dyspnoe te herhalen om de 2 h
- indien onvoldoende effect van morfine of indien de kortademigheid gepaard gaat met angst
- associeer midazolam: voorzie 5 mg Midazolam in bolus bij onrust, te herhalen indien nodig of start continue 10 tot 15 mg midazolam per 24 h en 5 mg Midazolam in bolus indien nodig
- start geen O2 indien patiënt niet O2 afhankelijk was
- indien patiënt O2 afhankelijk verlaag O2 tot max 2 l met neusbril, gebruik geen masker
- stop O2 als patiënt subcomateus is, Stop bronchodilatatoren en mucolytica

REUTEL in de terminale fase

- stop parenteraal vocht en voeding
- start anticholinergica tijdig (voordat reutel aanwezig is)
- scopolamine® SC: 0,25-0,5mg/4h of 2 mg /24h
- buscopan® SC: 10-20 mg/4h of 80 mg/24h

TERMINALE ONRUST

- stop alle perorale medicatie, SC vocht, corticoïden en antibiotica
- behoud pijnstilling
- behandeling van terminale onrust is geen sedatie
- midazolam (handigst zijn de ampullen van 15mg/3ml-zie diepe sedatie):
- geef bolus 5mg (1ml) en start continue toediening 10 mg tot 15 mg/24 h
- voorzie 5 mg (1ml) Midazolam in bolus bij onrust, te herhalen indien nodig
- verhoog de dosis met 30 tot 50 %/afhankelijk van de symptomen
- bij blijvende onrust of delier ga over tot diepe sedatie

Als de hierboven beschreven maatregelen met morfine en lage dosis benzodiazepines onvoldoende symptoomcontrole bieden en de kortademigheid of het verstikkingsgevoel refractair is, start dan diepe sedatie zo mogelijk na overleg met familie en zorgteam.

Hieronder vindt u een richtlijn voor diepe palliatieve sedatie bij patiënt met een levensverwachting van enkele dagen, tekenen van terminale fase of zeer fragiele patiënt (gebaseerd op de richtlijn diepe continue sedatie UZ Gent (MFC)).

- subcutane toediening: Geef een bolus van 5mg Midazolam (Ampullen : 15 mg/3ml of bij hoge dosis: 50 mg/10ml – opgelet amp van 5 mg/5ml zijn niet handig voor SC gebruik)
- herhaal tot slaap om de 15 min
- start continu Midazolam 60 mg/24u
- start anticholinergica 80 mg Buscopan® of 2 mg Scopolamine®/24 u(Ampullen Buscopan® 20 mg= 1 ml, Ampullen Scopolamine® 0,5 mg/ ml)
- behoud de pijnstilling (subcutaan en transdermaal) en indien pijnstilling peroraal schakel over naar subcutaan

Patiënt slaapt diep

- continueer Midazolam 60 mg/24u via spuitaandrijver of volumetrische pomp

- verhoog de dosis niet

- stop zuurstoftoediening

- herevalueer regelmatig

Patiënt wordt wakker spontaan of bij manipulatie

- geef Midazolam 5 mg SC bolus en verhoog de 24u dosis tot maximum 90 mg/24u

- vraag advies aan de palliatieve thuiszorg indien patiënt tekenen geeft van lijden ondanks opdrijven van midazolam

- evalueer regelmatig