

**Beslissingsboom voor ethisch verantwoorde zorg bij bewoners die besmet zijn met het Corona virus (Covid 19) in het wonzorgcentrum.  
Maandag 23 maart 2020**

Het blijft belangrijk dat we een ethische afweging maken.

Hierbij hanteren we het grondprincipe van proportionaliteit. (*Intensieve zorgen zijn levensreddende of levensondersteunende zorgen voor patiënten die zonder deze niet zouden overleven. De units moeten worden voorbehouden voor patiënten bij wie een goede tot redelijk goede outcome te verwachten valt*)

We maken een proportionele afweging en proberen het meest menswaardige te realiseren in deze bijzondere omstandigheden. Bij moeilijke keuzes kiezen we hierbij voor het minste kwaad. Centraal staan dus: het 'meest menswaardige' en het 'minste kwaad'.

De richtlijn van het Agentschap Zorg en Gezondheid zegt: 'Bij een ernstig zieke bewoner kan, in samenspraak met de bewoner (indien mogelijk, anders de vertegenwoordiger), de huisarts, de CRA en het zorgteam, een opname in het ziekenhuis aangewezen zijn. De vroegtijdige zorgplanning en het medisch dossier van de bewoner (vermoeden COVID-19) worden vooraf besproken tussen de behandelende arts van het ziekenhuis en de huisarts of CRA o.a. om na te gaan of een ziekenhuisopname aangewezen is.'

Het grondprincipe is kwaliteitsvolle zorg in de meest aangewezen setting.

Het is daarom zinvol om de bewoners proactief te evalueren met de **Clinical Frailty Scale (CFS)** zodat bij urgentie snel de juiste keuze kan gemaakt worden.

### 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.

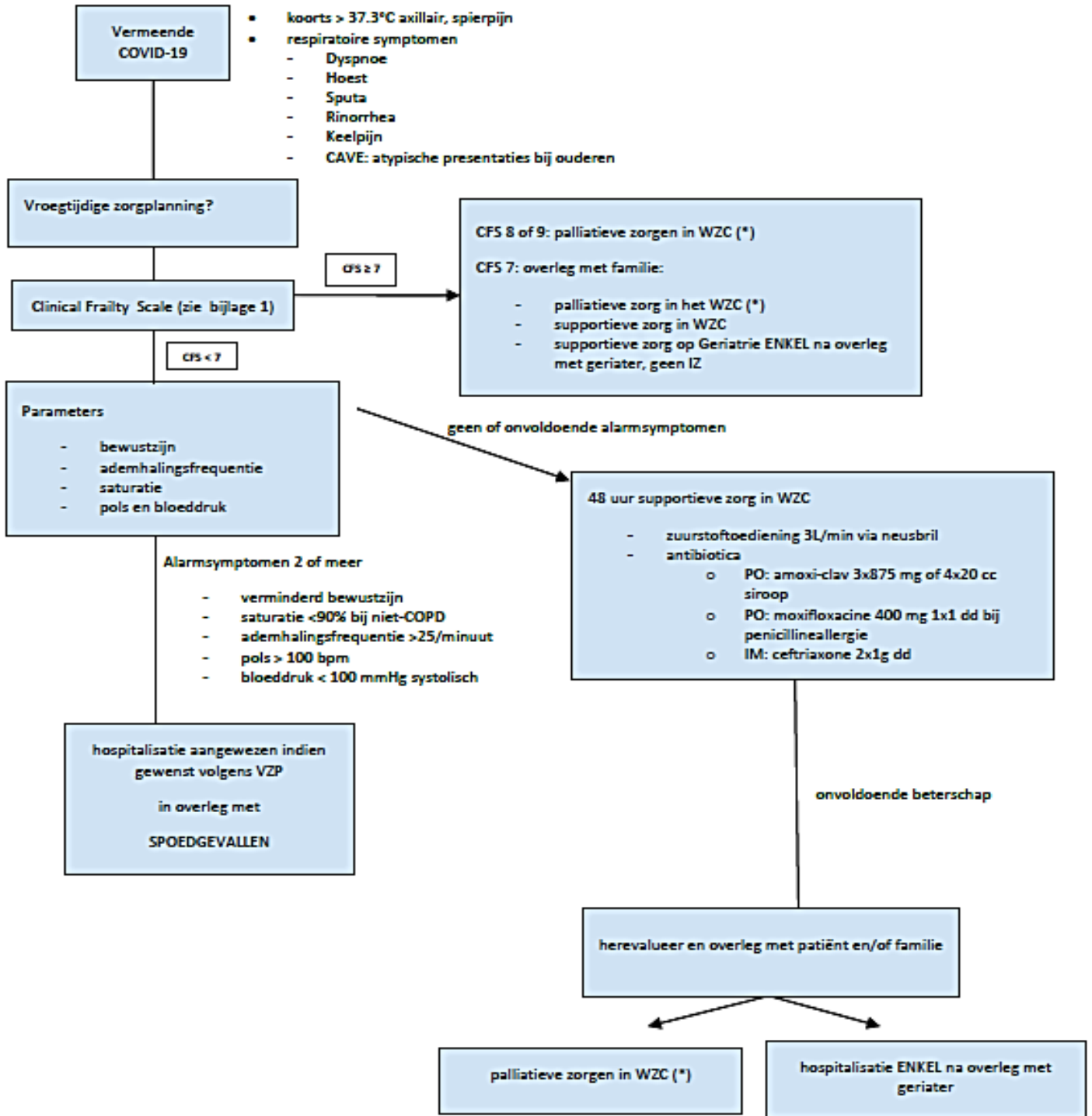
Toelichting bij deze schaal:

- **4 = Kwetsbaar**
  - Niet afhankelijk van anderen voor dagelijkse hulp
  - Soms beperken de symptomen de activiteiten
  - Een algemene klacht = tragere handelingen en/of vermoeid raken tijdens de dag
- **5 = Milde zwakheid**
  - Handelingen vertragen
  - Hulp bij financiën en medicatiebeheer
  - Het buiten wandelen wordt moeilijk
- **6 = Matige zwakheid**
  - Hulp bij alle buitenactiviteiten
  - Problemen met trappen en hulp bij het bad
  - Beperkte hulp bij het aankleden
- **7 = Erg zwak**
  - Volledig afhankelijk voor zorg (fysisch en mentaal)
  - Zij schijnen stabiel te zijn en hebben geen hoog risico tot overlijden
- **8 = Zeer erg zwak**
  - Volledig afhankelijk
  - Het einde van het leven nadert
  - Kunnen niet herstellen, zelfs niet van eenvoudige ziekte
- **9 = Terminaal**
  - Het einde van het leven nadert
  - Een levensverwachting van minder dan 6 maanden

De flowchart COVID-19 voor bewoners van het woonzorgcentrum helpt de *besluitvorming voor een al of niet opname in het ziekenhuis*. Het multidisciplinair overleg blijft ook hier essentieel.

## Beslissing opname bij mogelijk COVIDpos WZC bewoner

### Flowchart COVID-19 voor bewoners van WZC



Wanneer er besloten wordt om niet naar het ziekenhuis te gaan, wordt alles in het werk gesteld om **menswaardige en kwaliteitsvolle levenseindezorg** toe te passen.

**Palliatieve zorg** is steeds het eerste antwoord. Het is inherent verbonden met Vroegtijdige ZorgPlanning. We streven naar een **optimale comfortzorg** waarbij we pijn- en symptoomcontrole centraal stellen. Wanneer we de symptomen niet onder controle krijgen, bijvoorbeeld bij niet te verlichten ademnood, wordt **palliatieve sedatie** opgestart. (zie procedure palliatieve sedatie)

In het aanbieden van zorg aan bewoners blijft **het multidisciplinair overleg** centraal staan. (bewoner/vertegenwoordiger, huisarts, CRA, het zorgteam)

Onderstaand schema, gebaseerd op 'Respiratoire problemen in de palliatieve zorg, UZ Leuven en 'Richtlijn symptoomcontrole in de terminale fase, UZ Gent' kan ons helpen.

### 1. Aanpak van koorts

- Paracetamol (Dafalgan® 1 gr PO, Dafalgan Odis® 500 mg (smelttabletten), Dafalgan® suppo 600 mg)

### 2. Aanpak van dyspnoe

- Niet-medicamenteuze ondersteuning:
  - i. Toon de bewoner hoe hij moet ademen: door de neus inademen en door de mond uitademen.
- Zuurstoftoediening:
  - i. Het al dan niet toedienen van zuurstof moet individueel bekeken worden.
  - ii. De toediening van zuurstof kan hypoxemie (tekort aan zuurstof in het bloed) verhelpen en daardoor comfort verbeteren.
  - iii. Meet in een terminale fase geen saturatie meer, maar baseer je op de klinische toestand van de bewoner. Zuurstof mag niet worden opgedreven op basis van de zuurstofsaturatie; het hoort bij normaal sterven dat een bewoner desatureert. (een tekort aan zuurstof in het bloed)
- Medicamenteuze ondersteuning:
  - i. Morfine (= het meest effectieve middel bij dyspnoe)
    - 1. Dosis bij een morfine-naïeve patiënt: (patiënt die niet eerder morfine heeft gebruikt): 5 of 10 mg PO of 5 mg SC (werkt sneller)
      - indien goed effect gedurende 4 uur: bereken dosis over 24 uur, vb. 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.
    - 2. 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

### 3. Aanpak van hoest

- Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling:
  - i. Houdingsadvies (hoesten lukt het beste zittend of staand en niet liggend)
  - ii. Wanneer de bewoner nog secreties kan ophoesten: ademhalingskinesitherapie of postdurale drainage
- Medicamenteuze behandeling:
  - i. Bij prikkelhoest: narcotische hoestremmer
  - ii. Bij een productieve hoest: mucolytica, bij COVID-19 liever aerosol vermijden

- iii. Indien onvoldoende effect: morfine zoals hierboven beschreven
- iv. Bij een reutelende ademhaling: zie puntje 4, de stervende bewoner

#### 4. De stervende bewoner

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 (indien van toepassing) intraveneus/subcutaan vocht
- Open communiceren met alle betrokkenen over het naderende overlijden

DYSPNOE in terminale fase

- Bewoner gebruikt geen opioïden
  - i. Start morfine continu 10 tot 20 mg/24h IV / SC
  - ii. Voorzie morfine 5 mg SC of IV in bolus te herhalen iedere 2h
  - iii. Start GEEN transdermale opioïden voor dyspnoe
- Bewoner gebruikt opioïden
  - i. Verhoog de dosis morfine met 30%/24h tot aanvaardbaar comfort voor de bewoner
  - ii. Geef 1/6 tot 1/10 van de dagdosis morfine bij toename van dyspnoe te herhalen om de 2h
  - iii. Indien onvoldoende effect van morfine of indien de kortademigheid gepaard gaat met angst
    - 1. Associeer Midazolam: voorzie 5 mg Midazolam in bolus bij onrust, te herhalen indien nodig of start continue 10 tot 15 mg Midazolam per 24h en 5 mg Midazolam in bolus indien nodig
  - iv. Start geen zuurstof indien bewoner niet zuurstof afhankelijk was
  - v. Indien bewoner zuurstof afhankelijk verlaag zuurstof tot max 2 l met neusbril, gebruik GEEN masker
  - vi. STOP zuurstof als bewoner subcomateus is, STOP bronchodilatoren en mucolytica

REUTEL in terminale fase

- STOP (indien van toepassing) parenteraal vocht en voeding
- Start anticholinergica tijdig (voordat reutel aanwezig is)
- Scopolamine® SC: 0,25-0,5 mg/4h of 2 mg/24h
- Buscopan® SC: 10-20 mg/4h of 80 mg/24h

TERMINALE ONRUST

- STOP alle perorale medicatie, SC vocht (indien van toepassing), corticoïden en antibiotica
- Behoud pijnstilling
- Behandeling van terminale onrust is geen sedatie
- Midazolam (handigst zijn de ampullen van 15 mg/3 ml):
  - i. Geef bolus 5 mg (1 ml) en start continue toediening 10 mg tot 15 mg/24h
  - ii. Voorzie 5 mg (1 ml) Midazolam in bolus bij onrust, te herhalen indien nodig
  - iii. Verhoog de dosis met 30 tot 50 %/afhankelijk van de symptomen
  - iv. 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.**

→ we verwijzen naar onze procedure PALLIATIEVE SEDATIE