



6 april 2020

1. Het outbreakplan

1.1. Algemeen

Actualiseer uw outbreakplan met de nodige maatregelen voor eventuele cohortzorg: maak een overzicht van de technisch-verpleegkundige handelingen die in het woonzorgcentrum kunnen uitgevoerd worden (plaatsen van infusen, zuurstoftherapie, aerosol, ...).

Maak ook een overzicht van alle kamers en alle afsluitbare ruimtes waar bewoners in de toekomst kunnen verzorgd worden in cohortzorg en inventariseer en plan welke aanpassingen hiervoor moeten uitgevoerd worden. Kies welk model van cohortzorg u zal volgen (zie hierna 7.4.).

Behandelingen waarvoor de bewoner voordien naar het ziekenhuis ging, zullen desgevallend in het woonzorgcentrum moeten gebeuren.

1.2. Grondgedachte bij COVID-19-besmettingen

De huidige richtlijnen aangaande de epidemie definiëren elke luchtwegeninfectie als mogelijke COVID-19-besmetting. Bij een epidemie coördineert de CRA de medische zorg.

De meest kwetsbare populatie zijn ouderen en mensen met co-morbiditeit, dus per definitie elke bewoner van het woonzorgcentrum. De COVID-complicaties eisen frequente intensieve verzorging, al dan niet met beademing of zuurstofondersteuning.

De outcome van ziekenhuisopname is bij de meest kwetsbare bewoners niet duidelijk beter. In dergelijke situaties is triage zeer belangrijk om de beschikbare capaciteit optimaal te benutten voor mensen met de beste outcome.

We geven de bewoners van het woonzorgcentrum de best mogelijke zorg in het woonzorgcentrum. De ziekenhuisopnames voor respiratoire infecties worden beperkt: indien de arts meent toch tot een opname te moeten overgaan, dan dient hij verplicht overleg te plegen met de spoedopname.

1.3. Taak van de huisarts

Zie: maatregelen voor de woonzorgcentra - COVID-19. Update 31 maart 2020. 10. Bezoekende huisartsen en coördinerend en raadgevend arts.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg>

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 om iemand al dan niet te laten opnemen in het ziekenhuis, rekening houdend met de huidige ethische aanbevelingen.

In de woonzorgcentra is het aangewezen om proactief de bewoners te evalueren met de Clinical Frailty Scale zodat bij urgenties de juiste keuze kan gemaakt worden. Voor de CFS 7 bewoners die nog geen vroegtijdige zorgplanning hebben, stellen we bij twijfel voor om de geriatere te contacteren. Indien er verschillende meningen zijn, dan 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 de bewoners en de zorgverleners van de vervoersdiensten en de spoedopnames.

Aandacht voor de vroegtijdige zorgplanning die in deze omstandigheden erg behulpzaam kan zijn.

Volgend document werd opgemaakt door:

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

U kan dit document digitaal terugvinden via deze link: <http://covid.pyxicare.com/>.

1) Vroegtijdige zorgplanning

- Wat zijn de afspraken die reeds werden gemaakt rond vroegtijdige zorgplanning?
- Is er een negatieve wilsverklaring?

Nee - Ja

2) Bij vermeende COVID-19 heeft de bewoner:

- Koorts > 37.3°C axillair, spierpijn. Aanpak van koorts.
- Respiratoire symptomen:
 - Dyspnoe. Aanpak van Dyspnoe.
 - Hoest. Aanpak van hoest.
 - Sputa.
 - Rinorrhoea.
 - Keelpijn.
 - CAVE: atypische presentaties bij ouderen.

3) Hoeveel scoort de bewoner op de Clinical Frailty Scale?



1 - Erg fit - Personen die krachtig, actief, energiek en gemotiveerd zijn. Deze ouderen doen regelmatig aan sport. Ze behoren tot de fitste voor hun leeftijd.



2 - Fit - Personen die **geen actieve ziektesymptomen** vertonen, maar minder fit zijn dan in categorie 1. Ze doen vaak aan sport of zijn **occasioneel fysiek zeer actief**, bijvoorbeeld seizoensgebonden.



3 - Gezond - Personen bij wie **medische problemen goed onder controle** zijn, maar die **niet op regelmatige basis fysiek actief** zijn op hun dagelijkse verplaatsingen na.



4 - Pre-frail - Personen die **niet afhankelijk** zijn van anderen voor dagelijkse activiteiten; maar bij wie **symptomen vaak hun activiteiten beperken**. Een vaak gehoorde klacht is langzamer zijn en/of vermoeidheid doorheen de dag.



5 - Mild frail - Deze personen zijn **zichtbaar trager** in hun activiteiten en hebben hulp nodig in de **complexere iADL-taken** (regelen van de financiën, transport, zware huishoudelijke taken, medicatie-beheer). (ADL onafhankelijk).

De milde frailty zal geleidelijk aan volgende activiteiten belemmeren: alleen boodschappen doen en zich alleen buitenshuis verplaatsen, maaltijd bereiden en het uitvoeren van huishoudelijke taken.



6 - Matig frail - Deze personen hebben hulp nodig bij **alle activiteiten buitenshuis** en **met huishoudelijke taken**. Binnenshuis, hebben ze vaak problemen met trappen, en hebben ze **hulp nodig bij het zich wassen**, en hebben ze minimale begeleiding nodig bij het zich kleden (toezicht, aanwijzingen geven). (ADL gedeeltelijk afhankelijk.)



7 - Ernstig frail - **Volledig afhankelijk voor persoonlijke zorg** ongeacht de oorzaak (fysiek of cognitief). Ondanks hun zorgnood lijken ze stabiel en lijkt er geen verhoogd risico op overlijden (binnen de 6 maanden). (ADL volledig afhankelijk.)



8 - Zeer ernstig frail - Volledig afhankelijk en naderen het einde van het leven. Deze personen kunnen vaak niet herstellen van een mineure ziekte zoals een verkoudheid.



9 - Terminaal ziek - Deze categorie is van toepassing op personen die het einde van hun leven naderen met een **levensverwachting ≤ 6 maanden**, die anders **niet duidelijk frail** zijn.

In dit document staat tot slot:

Cardiopulmonale reanimatie in het woonzorgcentrum is niet aangewezen.

Dit document is gebaseerd op '[Respiratoire problemen in de palliatieve zorg, UZ Leuven](#)' en '[Richtlijn symptoomcontrole in de terminale fase, UZ Gent](#)'.

Indien de arts van mening is dat opname toch nodig is, dan neemt hij/zij zelf contact op met spoedopname van het ziekenhuis.

Duid de DNR-code aan, voor de meeste bewoners zal dit **DNR 2** zijn.

Kruis aan welke behandelingen NIET MEER worden opgestart.

CODE 2 - Niet reanimeren en therapie **NIET** uitbreiden met (zie lijst 'Duid aan')
Geen MUG toegestaan; de huisarts (van wacht) beslist of ziekenhuisopname is nodig en communiceert zelf met de 112-centrale

Duid aan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotica | <input type="checkbox"/> Heelkundige ingreep (specifieer): |
| <input type="checkbox"/> Aandringen voor inname van medicatie | <input type="checkbox"/> Hospitalisatie voor diagnostische en therapeutische doeleinden tenzij comfortzorg (specifieer): |
| <input type="checkbox"/> Aandringen met voedsel/vocht per os | <input type="checkbox"/> Subcutane vochttoediening |
| <input type="checkbox"/> Bloedproducten | <input type="checkbox"/> Enterale voeding via neus- of PEG-sonde |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Radiotherapie | |
| <input type="checkbox"/> Chemo | |

1.4. Medische zorg

Van bij het begin van de respiratoire symptomen contacteert de verpleegkundige de huisarts hetzij telefonisch hetzij per mail (individueel af te spreken).

Start druppelcontact isolatie.

Extra aandacht voor toilet-hygiëne: Corona is mogelijk ook via stoelgang overdraagbaar. WC met gesloten deksel doorspoelen, dagelijkse ontsmetting met chlooroplossing.

De hoofdverpleegkundige brengt de arts dagelijks op de hoogte van:

- ✓ Bloeddruk.
- ✓ Polsslag.
- ✓ Ademhalingsfrequentie.
- ✓ Saturatie.

Samen bepalen zij het verdere beleid, stoppen of starten van een bepaalde therapie, conform de DNR-code. Bij twijfel kan de CRA altijd geraadpleegd worden.

Medicamenteuze therapie

Bij koorts:

- ✓ Paracetamol PO of Sublinguaal.
- ✓ Novalgine SC.
- ✓ GEEN NSAID.

Zuurstof te overwegen:

- ✓ Beste keus om de ademhalingsarbeid te verlichten.
- ✓ Niet meer dan 2-3 l/ min.

Mucolytica:

- ✓ Indien gewenst vroeg starten, zeker niet als reeds impacties aanwezig zijn.

1.5. Maatregelen (mogelijke) COVID-19-bewoners

Zie: maatregelen voor de woonzorgcentra - COVID-19. Update 31 maart 2020. 6. Maatregelen (mogelijke) COVID-19-bewoners:

- ✓ Verzorging.
- ✓ Bewonersgebonden (verzorgings)materiaal en onderhoud van de kamer.
- ✓ Niet-bewonersgebonden (verzorgingsmateriaal).

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg>

Zie: maatregelen voor de woonzorgcentra - COVID-19. Update 31 maart 2020. 12. Beschermingsmateriaal.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg>

1.6. Maatregelen overleden (mogelijke) COVID-19-bewoners

Zie: maatregelen voor de woonzorgcentra - COVID-19. Update 31 maart 2020. 8. Maatregelen overleden (mogelijke) COVID-19-bewoners.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg>

2. Cohortzorg

2.1. Algemeen

In de maatregelen voor woonzorgcentra in het kader van de COVID-19-epidemie wordt voorgeschreven dat het outbreakplan moet voorzien in cohortzorg, met een scheiding tussen (vermoedelijk) COVID-positieve bewoners en andere bewoners.

De concrete toepassingsmogelijkheden zijn zeer sterk bepaald door de plaatselijke mogelijkheden (infrastructureel, logistiek en in personeelsorganisatie).

Zie: maatregelen voor de woonzorgcentra - COVID-19. Update 31 maart 2020. 9. Cohortzorg.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg>

2.2. Concreet

Geïnfecteerde bewoners worden gegroepeerd op 1 gang/afdeling/locatie (bijvoorbeeld het centrum voor dagverzorging, het lokaal dienstencentrum) binnen het woonzorgcentrum. Er wordt maximaal zorg geboden in het woonzorgcentrum, opnames in het ziekenhuis worden steeds geëvalueerd en indien haalbaar zoveel mogelijk vermeden.

Enkel vast toegewezen medewerkers nemen de zorg op binnen de cohort-afdeling. Er is geen menging van de medewerkersgroep, noch enig fysiek contact tussen beide groepen.

Er wordt een oplisting gemaakt van welke technisch-verpleegkundige handelingen kunnen uitgevoerd worden in het woonzorgcentrum:

- ✓ Infuustherapie (intraveneuze antibiotica).
- ✓ Bloed- en staalafnames.
- ✓ Zuurstoftherapie (oxi-concentrator tot 6 liter).
- ✓ Supra-pubische sonde.
- ✓ Zuurstofsaturatie meten.
- ✓ ... (zelf in te vullen).

Wanneer we overgaan van comfortzorg naar intensieve zorg, welke verpleegkundige handelingen mogen we dan stellen en welke niet? Zie FAQ Ouderenzorg op de website van Zorgnet-Icuro.

<https://www.zorgnet-icuro.be/nieuws/covid-19-coronavirus-faq>

Elk woonzorgcentrum gaat, in functie van eigen mogelijkheden en na overleg tussen directie en CRA, na welk van de drie mogelijke onderstaande modellen toepasbaar zijn binnen de voorziening.

2.3. Toepassingsproblemen voor klassieke cohortering naar ziekenhuisvoorbeeld

Het is niet mogelijk om naar het model van de ziekenhuizen in alle woonzorgcentra volledig afgescheiden eenheden of afdelingen te maken omdat:

- ✓ Er geen reserve aan leegstaande kamers kan gecreëerd worden.
- ✓ De rotatie veel trager is dan in een ziekenhuis.
- ✓ De kamers niet zomaar inwisselbaar zijn. Het zijn woonkamers met eigen meubelen en een persoonlijke telefoonverbinding.
- ✓ Verhuis van bewoners is logistiek (en psychologisch) niet evident. Bovendien kunnen de verhuisoperaties op zich ook besmettingen veroorzaken.

2.4. Alternatieven

Er bestaan drie mogelijke alternatieven voor een klassieke cohortering per zone:

- 2.4.1. **Quarantaine op de kamers** van alle patiënten die vermoedelijk COVID-positief zijn. Bescherming van het personeel bij het betreden van deze kamers via volledige druppel-contact-isolatie (met waarschuwing aan de deur van de kamer). Maximaal scheiden van alle logistieke stromen. Psychologisch zeer zwaar en voor sommige bewonersgroepen (i.h.b. dementerenden) zeer moeilijk te implementeren.
- 2.4.2. Creëren **van bijzondere verzorgingszones** voor de (vermoedelijk) COVID-positieve patiënten **in gemeenschappelijke ruimtes** die daartoe worden ingericht als collectieve woon- en slaapruidtes. Daartoe zouden verschillende ruimtes kunnen gebruikt worden en tijdelijk kunnen ingericht en afgeschermd worden (cafeteria, dagcentrum, kapel, ontspanningsruimte, ...). Is waarschijnlijk het meest eenvoudige model, maar moet infrastructureel mogelijk zijn. Houdt ook in dat de aldus geïsoleerde bewoners samen slapen en leven. Ook scheiding van de logistieke stromen is nodig.
- 2.4.3. Bij **samenwerken tussen verschillende woonzorgcentra** of andere zorgvoorzieningen: **concentreren** van (vermoedelijk) COVID-positieve bewoners in één centrum of een deel van één centrum. Daar maximaal toepassen van gescheiden bewoning, verzorging en scheiding van logistieke stromen. Dit veronderstelt wel mogelijke verhuis van bewoners tussen woonzorgcentra.