

Leidraad voor artsen

Ziekenhuisopname bij WZC bewoner met bewezen/sterk vermoeden COVID-19 infectie

Versie 2.0 dd 21 oktober 2020

In deze herziene versie werd een begeleidend schrijven bij de flowchart zoals verschenen op de website van de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie (BVGG) op 19 maart 2020 opgemaakt. Dit begeleid schrijven is sterk geïnspireerd op de leidraad opgesteld door de Federatie Medische Specialisten van Nederland*.

Werkgroepleden

Prof. Nele Van Den Noortgate, dienst geriatrie UZ Gent

Prof. Jan de Lepeleire, huisartsgeneeskunde KU Leuven

Prof. Ruth Piers, dienst geriatrie UZ Gent

Prof. Johan Flamaing, dienst geriatrie UZ Leuven

Met ondersteuning van

Raad van Bestuur van de BVGG:

Prof. Jean-Pierre Baeyens, AZ Alma

Prof. Ivan Bautmans, VUB

Prof. Nicolas Berg, CHU Liège

Dr. Katrien Cobbaert, AZ Delta

Prof. Isabelle de Brauwer, CHU Liège

Prof. Sandra de Breucker, ULB

Prof. Anne Marie de Cock, UZA

Prof. Marie de Saint Hubert, UCL

Prof. Sophie Gillain, CHU Liège

Prof. Eva Dierckx, VUB

Prof. Tony Mets, UZ Brussel

Prof. Lies Vanassche, KU Leuven

Ethici KU/UZ Leuven

Prof. Martin Hiele (ethische commissie zorg UZ Leuven)

Prof. Chris Gastmans (Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, KU Leuven)

Bij het opstellen van dit document hebben volgende personen meegelezen en op enig moment input geleverd

Ethici commissie ethiek UZGent/UGent: Bert Vanderhaegen, Prof. R. Rubens, Prof. S. Sterckx

* Leidraad van triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19' versie 4

De leidraad biedt concrete aandachtspunten en besluitvormingscriteria voor de behandeling van patiënten verblijvend in een WZC met een (vermoeden op) COVID-19 virusinfectie.

Het doel van dit document is de juiste **medische** zorg op de juiste plek voor de individuele WZC-bewoner rekening houdend met wat op dit ogenblik bekend is over het medisch beloop en de outcome van COVID-19. Hierin spelen zowel klinische factoren (ernst van COVID-19 infectie, frailty en andere risicofactoren) als de zorgdoelen van de WZC-bewoner een rol. De leeftijd an sich speelt hierin geen rol.

Deze leidraad gaat dus niet over een situatie waarin keuzes gemaakt moeten worden op basis van beschikbare capaciteit in het ziekenhuis.

Het document is bedoeld voor artsen en betreft criteria voor ziekenhuisopname op medisch inhoudelijke gronden, die ook niet-COVID gerelateerd kunnen zijn. Een ziekenhuisopname dient door de arts steeds besproken met de WZC-bewoner (en zijn/haar naasten) in het proces van samen beslissen, rekening houdend met elementen van vroegtijdige/voorafgaande zorgplanning.

Het welzijn van de WZC-bewoner primeert: indien omwille van **organisatorische** omstandigheden geen goede zorg kan gegarandeerd worden in het WZC en er geen andere oplossingen mogelijk zijn, dan behoort, in overleg met de bewoner en familie, doorverwijzing naar het ziekenhuis tot de mogelijkheden, zelfs als daar medisch gezien geen noodzaak toe is.

Het doorverwijzen van de WZC-bewoner gebeurt bij voorkeur na contact met de geriater zodat deze met de spoedopname van het ziekenhuis kan overleggen welke de doelstellingen zijn van de opname.

IS ER MEDISCHE NOODZAAK TOT DOORVERWIJZEN OP KLINISCHE BASIS?

Passende zorg voor de individuele bewoner is steeds afhankelijk van zijn uitgangssituatie. De comorbiditeit, frailty, levensverwachting en wensen/doelen van de bewoner worden hierin meegenomen. Dit geldt ook buiten crisistijden.

1. Het is het belangrijk om vroegtijdig/voorafgaand na te denken welke WZC-bewoner met (vermoeden van) COVID-19 baat heeft bij

- ofwel ziektegerichte intensieve behandeling (met eventuele opname op dienst intensieve zorgen bij respiratoire insufficiëntie),
- of ziektegerichte conservatieve behandeling (geen intensieve zorg opname, wel eventueel opname in ziekenhuis bij alarmsignalen),
- of ziektegerichte conservatieve behandeling in het WZC (geen ziekenhuisopname),
- of een louter palliatieve benadering.

De prognose hangt af van de ernst van de COVID-infectie, de fysiologische reserves van de persoon (mate van frailty) en zijn co-morbiditeit.

Voor het inschatten van de fysiologische reserves (mate van frailty) wordt vaak de CFS (Clinical Frailty Scale, zie bijlage) naar voor geschoven als meest valide instrument. Deze schaal dient ingevuld te worden door de arts, preferentieel in overleg met het multidisciplinaire team.

2. Wanneer er GEEN RESPIRATOIR FALEN optreedt, zijn de mortaliteitscijfers gunstig. Of opname in het ziekenhuis nodig is zal blijken uit de klinische alarmsignalen zoals in de flowchart weergegeven. Indien deze alarmsignalen aanwezig zijn kan het nuttig zijn om de bewoner naar het ziekenhuis door te verwijzen, ook bij een bewoner met CFS 7 (als dit gewenst is door de bewoner).

Enkel bij de meest fraile ouderen (CFS 8 en 9, terminaal zieke patiënten) toont observationeel onderzoek bij 80 plussers opgenomen in het ziekenhuis hoge sterftepercentages zelfs bij doormaken van een lichte COVID-19 infectie. Bij deze groep ouderen is een palliatieve benadering medisch gezien dus meestal de meest gepaste keuze. In de meeste gevallen kan dit het best gebeuren in een vertrouwde omgeving met personeel dat reeds een relatie heeft opgebouwd met de bewoner. Een aangepaste bezoekerregeling moet aanwezig zijn.

3. Wanneer de WZC-bewoner WEL in RESPIRATOIR FALEN gaat, is de prognose meestal infaust ook in het ziekenhuis (mortaliteit in het ziekenhuis van 60% en hoger) en ook na opname op intensieve zorg. Er is momenteel nog geen evidentie dat dexamethasone en/of remdesivir deze mortaliteit bij de oudere zullen doen dalen gezien in geen enkele studie oudere personen met comorbiditeit werden geïncludeerd. We moeten deze evolutie nog afwachten.

De kans dat kwetsbare WZC-bewoners met COVID-19 een langdurige intensieve zorg opname overleven is zeer klein. Uit studies blijkt dat er een zekere mate van reserve nodig is bij de oudere patiënt om een langdurig verblijf op intensieve zorg te overleven. Er is internationale consensus dat een persoon met CFS van 7 en meer over onvoldoende reserves beschikt, bij een CFS van 5 en 6 is er twijfel. Indien patiënten intensieve zorg overleven is een langdurig (tot 1 jaar) revalidatietraject te verwachten met een onzekere uitkomst. De ervaringen van de eerste golf van COVID-19 is dat dit zelfs ook geldt voor een gezonde (jongere) populatie. Een ziekte-gerichte intensieve supportieve behandeling is vooral gericht op de fitte ouderen, wat zelden het profiel is van WZC-bewoners.

De kans op mortaliteit en functieverval dient besproken te worden met WZC-bewoner en zijn naasten.

ANDERE FACTOREN DIE EEN ROL SPELEN, IN OVERLEG MET WZC-BEWONER, FAMILIE

Vroegtijdige/voorafgaande zorgplanning met bewoner en/of familie van de beslissingsonbekwame bewoner is cruciaal. In deze gesprekken moeten de voor-en nadelen van een ziekenhuisopname aan bod komen en is het primordiaal de zorgdoelen van de bewoner helder te krijgen.

Voordelen van een ziekenhuisopname

- Aanvullende diagnostiek naar andere behandelbare ziekten (niet elke patiënt met dyspnoe heeft (enkel) COVID)
- zuurstofbehandeling met hoge stroomsnelheid (in meeste WZC tot 5L/min mogelijk, in ziekenhuis tot 15L/min)
- Starten van intraveneus vocht bij ondervulling of intraveneuze antibiotica bij vermoeden gesupponeerde bacteriële pneumonie
- Snelle logistiek tav inzetten van diagnostiek en zorg
- Meer frequent monitoring van vitale parameters

Nadelen/risico's van een ziekenhuisopname

- Hoge mortaliteit bij doormaken van respiratoir falen ondanks maximaal supportieve behandeling in het ziekenhuis
- Meer kans op het ontstaan van een ernstig delier en/of onrust (zeker bij mensen met pre-existente cognitieve stoornissen), met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit
- Meer kans op frequente belastende investigaties
- Functionele achteruitgang met langdurig herstel of blijvend functieverlies
- In principe in ziekenhuizen ook verminderd bezoek, in terminale fase wordt er soms een uitzondering gemaakt

Wensen en zorgdoelen van de WZC-bewoner: herstel of palliatie?

Het is belangrijk te peilen naar de wens om al dan niet in het ziekenhuis te worden opgenomen en waar de bewoner wenst te sterven indien zijn/haar toestand snel deterioreert. Nog belangrijker is te peilen naar het zorgdoel van de bewoner.

- Indien de bewoner herstel voorop stelt, dan zal supportieve zorg in eerste instantie in het WZC gebeuren mits observatie van het verder klinisch beloop. Bij alarmsymptomen en onvoldoende opklaren na het starten van supportieve maatregelen in het WZC, is doorverwijzing naar het ziekenhuis aangeraden. Communiceer hierbij helder het doel van verwijzing en de behandelwensen en zorgdoelen van de bewoner.
- Indien voor palliatie gekozen wordt, maar deze palliatieve zorg kan onvoldoende gegarandeerd worden in het WZC, dan is ziekenhuisopname wenselijk met duidelijke vermelding van zorgdoel van de bewoner, dit bij voorkeur in overleg met de geriater.

CHECKLIST VOOR DE ARTS

- Hoe frail is de bewoner? Clinical Frailty Scale invullen (status 2 weken voor acute ziekte)
- Is aanvullende diagnostiek nodig om andere (behandelbare) ziektes uit te sluiten of een inschatting te maken van ernst van de ziekte?
- Heeft de WZC-bewoner een gereede kans om op te knappen en te revalideren naar acceptabel functioneel niveau indien O2/IV-behandeling gegeven wordt?
- Is er reeds vroegtijdige zorgplanning gebeurd? Wat zijn de zorgdoelen van de bewoner?
- Beseft de WZC-bewoner dat ook in het ziekenhuis het bezoek beperkt is?
- Beseft de WZC-bewoner dat de uitkomsten in het ziekenhuis vaak zeer matig zijn?
- Is de naaste familie van de patiënt op de hoogte van de wensen en zorgdoelen van de bewoner?
- Is het verplegend en verzorgend personeel tevens op de hoogte van de wensen van de bewoner? Zijn er van hun kant uit specifieke bezorgdheden rond de vroegtijdige zorgplanning?
- Zijn de zorgdoelen gedocumenteerd? Worden deze documenten meegegeven bij transfer naar ziekenhuis en bij voorkeur ook telefonisch overlegd met de geriater van het desbetreffend ziekenhuis?