

Versie 2.3 23.03.20

Auteurs:

Marieke van den Beuken (MUMC) en Riet Janssen – Jongen (Zuyderland MC);

Becommentarieerd door: Els Roelofs (huisarts) – met mandaat van Verenso: Inge van Mansom, Frans Baar en Amnon Weinberg (specialisten ouderengeneeskunde en consulenten palliatieve zorg) - Manon Boddaert (arts palliatieve geneeskunde) - Jeanet van Noord, Ellen de Nijs, Monique Blezer en Benedicte Coenegracht (verpleegkundigen specialisten palliatieve zorg), Marij Schielke (verpleegkundige palliatie thuiszorg)

Symptombestrijding in de verpleeghuissituatie bij patiënten met een COVID-19 (Corona) in de laatste levensfase

Doelgroep: patiënten met COVID-19 in de terminale fase die in het verpleeghuis verblijven

Doel: specialisten Ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en verzorgenden in het verpleeghuis handvatten aanreiken bij symptombestrijding tijdens de Coronacrisis.

Verpleging inclusief verzorg

Algemeen:

Uitgangspunten voor dit protocol

- Krapte in personeel, krapte in beschermende kleding waardoor er mogelijk maximaal maar 1 maal daags verpleging mogelijk is
- (mogelijke) onvoldoende beschikbaarheid van medicatiepompen
- (mogelijke onvoldoende beschikbaarheid van “normale” medicatie(toedieningsvormen)

Aandachtspunten voor uitvoering interventies

- Uitgebreide adviezen over symptomen kunt u vinden in de pallia-arts app en op www.pallialine.nl
- Zorg dat er bij vragen 24/7 laagdrempelig telefonisch contact mogelijk is tussen specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundige.
- Zorg dat er bij complexe vragen 24/7 laagdrempelig telefonisch contact mogelijk is tussen de specialisten ouderengeneeskunde, de basisartsen en de consulenten palliatieve zorg (telnummers zijn te vinden in de PalliArts-app).
- Zorg voor een medicatieschema en aftekenlijst voor patiënt en naasten, gebruik hiervoor de gebruikelijke registratie
- Schrijf voor niet meer dan 1 week medicatie voor. Levensverwachting van terminale patiënten met Corona is vaak kort.
- Als de patiënt al onderhoudsmedicatie voor symptombestrijding heeft: continueer de medicatie in de meest passende toedieningsvorm: oraal, nasaal, subcutaan, transdermaal.
- Stop onnodig levens/lijdensverlengende medicatie.
- Wees extra alert op geneesmiddeleninteracties bij patiënten met polyfarmacie en/of patiënten >70 jaar, met slechte nierfunctie en/of slechte leverfunctie. Bij deze patiënten medicatie voorzigtiger doseren.
- Stel de apotheek op de hoogte van deze richtlijn en maak afspraken over aanpassing formularium in uw verpleeghuis en over tijdige communicatie als aanpassingen nodig zijn in verband met beperkte leverbaarheid.
- Zuurstof toediening tot maximaal 5 liter per minuut, stoppen bij alleen mondademhaling
- Inventariseer de wensen van de patiënt en (via telefonisch contact) naasten en documenteer het te voeren beleid na voorlichting over het te voorspellen beloop en palliatieve mogelijkheden. Besteed vervolgens veel aandacht aan de begeleiding van patiënt en naasten. Geef reeds aan hoe de postmortale zorg geregeld is.

Medicatietoediening:

Continu subcutaan infuus met pomp:

- Er moet minimaal één maal daags professionele hulp aanwezig zijn (verpleegkundige).
- Indien geen bolusfunctie op de pomp: De verpleegkundige kan een tweede subcutaan naaldje inbrengen voor doorbraakmedicatie en alvast de spuiten met doorbraakmedicatie klaar maken voor de komende 24 uur. De andere verzorgenden en verplegenden mogen de doorbraakmedicatie subcutaan toedienen via het ingebrachte naaldje, mits zij zich bekwaam en vertrouwd voelen en door de verpleegkundige geïnstrueerd zijn.
- Indien onvoldoende pompen beschikbaar zijn: Er kan medicatie (bijvoorbeeld morfine en midazolam) gecombineerd worden in 1 pomp. Gebruik dan **niet** de bolus functie (zie hieronder).
- Indien er geen pomp voor subcutane toediening beschikbaar is: afhankelijk van de toedieningsfrequentie kan tot maximaal zes maal een bolus gegeven worden via het subcutane naaldje. De verpleging kan de injecties geven (na – indien nodig aanvullende - instructie en als ze zich bekwaam en veilig voelen). De spuiten worden dagelijks door de verpleegkundige klaargemaakt. De verpleegkundige zorgt voor een medicatieoverzicht en een aftekenlijst. Mochten er veel injecties per dag noodzakelijk zijn dan twee subcutane naaldjes inbrengen.
Cave: bij meer dan 4 cc per uur subcutaan kan opname van het medicament minder zijn. Spuit dan op verschillende plekken.
- LET OP: subcutaan spuiten altijd in het bovenlichaam, borst of bovenarmen!

Orale, transdermale, en rectale medicatie kan door de verpleging gegeven worden, indien nodig na instructie.

1. SYMPTOMEN als palliatieve sedatie nog niet is geïndiceerd

Er is dan nog geen sprake van de stervensfase ofwel er is nog redelijke intake en medicatie kan nog oraal ingenomen worden.

Dyspneu

- **1^e keus:** morfine oraal of subcutaan
 - Bij opioïd-naiëve patiënt: Start met:
 - Oraal 2 dd 10 mg morfine slow release of 6 dd oramorphdrank of oramorph druppelvloeistof (2,5 - 5 mg per keer)
 - Morfine supps 6 dd 5 mg
 - Indien snel effect gewenst 15 mg morfine/ 24 uur continu s.c. via pomp of 6 dd 2,5 mg morfine sc.
- Bij patiënten die reeds opioïden gebruiken:
- Verhoog dagdosering op met 25% tot 50%

Doorbraakmedicatie:

- 1/6 van de dagdosering morfine

Alternatief: fentanyl bucaal (abstral, effentora) zo nodig tot 3 dd. Start met de laagste dosering (100 mcg) en titreer de dosis aan de hand van het effect.

PM: Indien gebruik vaker dan 3x binnen 12 uur, aanpassen vaste dosering.

Indien dosis onvoldoende

- Dosisverhogingen met 25 – 50% op geleide van effect.
- Bij morfine ook doorbraakmedicatie aanpassen aan de nieuwe dagdosering

Pijn

Algemeen

- o Bij weinig pijn: paracetamol 4 dd 1000 mg. Wel altijd een opioïd voor doorbraak medicatie voorschrijven (zie hieronder)

Medicamenteuze behandeling met sterke opioïden:

1. Transdermale toediening:
 - o Fentanyl transdermaal (12 ug/uur, 1 keer per 3 dagen wisselen)
2. Orale toediening:
 - o morfine SR (2dd 20 mg, >70 jaar 2dd 10 mg, bij voorkeur niet bij creatinineklaring <30 ml/min)
 - o oxycodon SR (2dd 10 mg, >70 jaar 2dd 5 mg)
3. Rectale toediening:
 - o morfine supps zes maal daags(omrekening oraal naar rectaal 1 : 1). (beschikbaar 5 mg, 10 mg en 50 mg suppositora morphini FNA)
 - o Feitelijk zal deze mogelijkheid in het verpleeghuis niet worden gebruikt. Is vermeld omdat zij in de thuissituatie mogelijk wel wordt toegepast door mantelzorgers.
4. Continu subcutaan via pomp:
 - o morfine of oxycodone: Startdosering voor zowel morfine als oxycodon afhankelijk van leeftijd en ernst van de klachten 15 – 30 mg/ 24 uur.

Eventueel kan een NSAID overwogen worden bij myalgie (diclofenac 3 dd 50 mg of naproxen 2 dd 500 mg)
CAVE nierfunctie, hoewel in dit perspectief niet relevant, dus kan eventueel wel worden gebruikt..

Doorbraakpijn

Start bij pijn altijd ook medicatie voor doorbraakpijn:

- o Bij onvoorspelbare doorbraakpijn met een snelwerkend fentanylpreparaat buccaal (Abstral, Effentora). Start met de laagste dosering = 100 mcgr en titreer de dosis aan de hand van het effect op de doorbraakpijn (effect binnen 5-10 minuten, effectief voor maximaal 1 uur).
- o Alternatief
Onderstaande middelen effect na 30 minuten, effectief voor maximaal 4 tot 6 uur
Dosis 1/6 van de dagdosis van het langwerkende opioïd tot max 6 dd
 - o Oxycodon IR (beschikbaar als 5 mg, 10 mg, 20 mg en als smelttablet)
 - o Oramorph orale drank (unit dose 10 mg/ 5 ml en 30 mg/ 5 ml en drank 2 mg/ ml).
 - o Oramorph druppels 20 mg/ ml (1ml = 16 druppels; 1 druppel = 1,25 mg)
 - o Subcutane toediening van morfine of oxycodon

Bij onvoldoende effect:

- o Hoog de dosering opioïden op met 50% (verminder niet het dosisinterval).
- o Pas opioïdrotatie toe als er sprake is van onvoldoende effect (ondanks adequate ophoging) en/of onacceptabele bijwerkingen van een opioïd.

| MORFINE | | FENTANYL | OXYCODON | | HYDROMORFON | | TRAMADOL | BUPRENORFINE |
|---------------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|
| oraal | s.c./i.v. | pleister | oraal | s.c./i.v. | oraal | s.c./i.v. | oraal | pleister |
| mg per 24 uur | mg per 24 uur | µg per uur | mg per 24 uur | mg per 24 uur | mg per 24 uur | mg per 24 uur | mg per 24 uur | µg per uur |
| 30 | 10 | 12 | 20 | 10 | 6 ^{II} | 2 | 150 | |
| 60 | 20 | 25 | 40 | 20 | 12 | 4 | 300 | |

| | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-------|------|
| 120 | 40 | 50 | 80 | 40 | 24 | 8 | - III | 52,5 |
| 180 | 60 | 75 | 120 | 60 | 36 | 12 | - | |
| 240 | 80 | 100 | 160 | 80 | 48 | 16 | - | 105 |
| 360 | 120 | 150 | 240 | 120 | 72 | 24 | - | - IV |
| 480 | 160 | 200 | 320 | 160 | 96 | 32 | - | - |

Tabel: Omreken tabel opioïden Zie ook de Omreken-app, in de app store)

^I Bij het overgaan van het ene opioïd naar het andere (opioïdrotatie) vanwege bijwerkingen wordt geadviseerd om 75% van de equi-analgetische dosis te geven.

^{II} Deze dosering kan in de praktijk niet gegeven worden, omdat de laagste dagdosering van het slow releasepreparaat 4 mg is en het middel 2x per dag moet worden gegeven.

^{III} **Tramadol wordt in verpleeghuizen gegeven de bijwerkingen niet meer gegeven.**

^{IV} Hogere doseringen buprenorfine dan 140 µg per uur worden niet geadviseerd.

Hoesten

- Zonder recept verkrijgbaar: dextromethorfan 4-6 dd 15 mg p.o. verkrijgbaar als drank, of als retard capsule (Daro, 29,5 mg per capsule) 2 dd.
- Codeïne 6 dd 10-20 mg p.o.
- Morfine SR 2 dd 10-20 mg
- Morfine sc. 2.5 mg zo nodig

Delier

- Haloperidol:
 - < **70 jaar**: startdosering 2 mg oraal (tabletten), buccaal (druppels onverdund), s.c. Herhaal indien nodig. Onderhoudsdosering: 2 dd 2 mg, met zo nodig 2 mg extra bij onrust
 - > **70 jaar**: startdosering 1 mg oraal (tabletten), buccaal (druppels onverdund), s.c. Herhaal indien nodig. Onderhoudsdosering: 1 dd 1-2 mg mg, met zo nodig 1 mg extra bij onrust.
- Let op: haloperidol tablet : druppels = 2 : 1 (mits druppels niet doorgeslikt)

Indien haloperidol gecontra-indiceerd is in verband met de ziekte van Parkinson:

- Geef clozapine, dosering: 2 dd 12,5 mg. Laboratoriumbepaling is feitelijk voorgeschreven, maar gezien perspectief niet meer relevant.
Alternatief: Quetiapine start met 1 dd 50 mg, pas dosering - mogelijk naar lager - aan op bereikt effect.
- Behandel eventueel aanhoudende onrust naast de antipsychotica met midazolam sc.
Alternatief: Lorazepam Tablet (evt. injectievloeistof) sublinguaal 1-4 mg elke 6 uur, evt. 1-4 mg s.c.
- Overweeg palliatieve sedatie bij een refractair delier.

Misselijkheid en braken

- metoclopramide 3 dd 10-20 mg p.o., supp of s.c. met zo nodig 10-20 mg extra
domperidon 3-4 dd 10-20 mg p.o.
- CAVE: stop met metoclopramide als misselijkheid niet minder wordt en/of verergert. Start dan met buscopan supp's of sc 4 dd 10 mg

Alternatief: haloperidol 2 dd 1-2 mg p.o./buccaal (druppelvloeistof) of 2 dd 0,5 mg s.c.

Indien onvoldoende effect:

- levomepromazine (monotherapie): 1 dd 6,25-12,5 mg p.o. a.n. of 3,12-6,25 mg s.c., (als monotherapie; wordt niet vergoed, maar is goedkoop); kan ook in de wangzak worden toegediend (1 ml = 25 mg toevoegen aan 9 ml kraanwater; dosis 1 ml van deze verdunning = 2,5 mg)

Angst en onrust

- Lorazepam tabletten of injectievloeistof 3 dd 0,5 – 2 mg onder de tong)
- Midazolam oraal 7,5 mg, of intermitterend a 4 uur 5 mg
- Diazepam als rectiole 2 dd 5 – 10 mg
- Clonazepam in de wangzak druppelen 2 dd 5 dr (1 dr = 0,1 mg). max 4 mg / dag

Alternatief olanzapine smelt 2,5 – 5 mg voor de nacht

Slecht slapen

- Temazepam 10 – 20 mg capsule rectaal toedienen.
- Mirtazapine smelttablet 7,5 – 15 mg bv om de nacht te overbruggen

Alternatief midazolam 5 mg s.c., zo nodig tot 2 maal 5 mg extra in loop van de nacht óf midazolam neusspray 2,5 mg per verstuiwing.

2. Palliatieve sedatie

Conform richtlijn op www.pallialine.nl

Voorwaarde: refractaire symptomen/beeld, lichamelijk en/of psychisch waarvoor geen andere behandeling mogelijk is. De levensduur wordt daarbij geschat op 1-2 weken.

Terminale patiënten met COVID-19 hebben vaak een korte levensverwachting: in de terminale toestand staan naast benauwdheid mogelijk ook pijn en onrust op de voorgrond. Bovendien zal de communicatie zijn afgenomen. Belangrijk dus om binnen team, met de naasten en eventueel met een consulent tijdig te overleggen.

Maak in principe gebruik van subcutane toediening van sedativa volgens het volgende schema:

Stap 1: Midazolam 10 mg bolus s.c., gevolgd door:

< 70 jaar: 2,5 mg/uur s.c./i.v.,

> 70 jaar: 1,5 mg/uur s.c./i.v.

Bij onvoldoende effect de dosis iedere 4 uur met 50% ophogen (altijd in combinatie met 5 mg bolus); Op ieder dosisniveau kan bij onvoldoende effect om de 2 uur een extra bolus van 5 mg s.c. worden gegeven.

Bij dosering >20 mg/uur over op stap 2.

CAVE: combineer de midazolam altijd met morfine indien er bij acute sedatie sprake is van benauwdheid en/of pijn!

Stap 2: Levomepromazine 25 mg bolus (zo nodig na 2 uur een bolus van 50 mg), gevolgd door 0,5-8 mg/uur in combinatie met midazolam;

Indien

- een korte levensverwachting (<24-48 uur),
- niet beschikbaar zijn van medicatiepomp

Advies sedatie

- midazolam 6 dd 5-10 mg, zo nodig ophogen in stappen van 50% per 4 uur; zo nodig kan tussendoor een extra bolus worden gegeven. Zie voor wijze toediening introductie.

Alternatief

De volgende alternatieven zijn alleen relevant indien midazolam ampullen niet meer voldoende beschikbaar mochten zijn

- diazepam 10 mg rectaal ieder uur totdat voldoende sedatie is bereikt
- lorazepam sublinguaal (tabletten of injectievloeistof 1-4 mg elke 4 uur)
- clonazepam sublinguaal 1-2,5 mg elke 6 uur

Bij terminaal onrustig delier + als continu s.c. infuus niet mogelijk is: overweeg om 2 dd 12,5 - 25 mg levomepromazine s.c.te geven (door verpleegkundige)