

FMS Webinar 14 maart 2020:

Intensivist en microbioloog uit Breda: Nardo van der Meer en Robert Bentvelsen

Intensivist JBZ: Peter de Jager

Intensivist Erasmus: Diederik Gommers,

Microbioloog UMCU: Jan Kluytmans

Microbioloog LUMC: Ann Vossen

Oncoloog RadboudUMC: Haiko Bloemendaal

Algemene informatie:

- 145 000 bevestigde gevallen, Azië en Europa zijn hotspots
- Attack rate veel hoger dan griep, sterfte op populatieniveau minsten 0,3% t.o.v. 0,01% bij griep. Factor 30!
- Helft van de IC patiënten met COVID-19 gaat dood, gelijk aan sterfte van ARDS patiënten.
- Immungecompromitteerden kwetsbare populatie, net als 70+-ers.
- Maatregelen voor oncologie patiënten. Geen collega's met LWI bij deze laten. Pat met LWI in aparte ruimtes.

Microbiologische informatie:

- Diagnose: PCR op respiratoir materiaal 12 labs in NL → nu naar 50 labs
- Advies om virale diagnostiek te doen bij ALLE patiënten opgenomen vanwege LWI
- Aard van materiaal maakt uit, dieper is beter, kan negatief zijn op keeluitstrijk, maar dan bv sputum positief. Klinische verdenking blijft belangrijk, ook bij negatieve test.
- Tekorten op gebied moleculair diagnostiek, minder getest vanuit GGD en ook minder ziekenhuispersoneel getest. Nu alleen "kritisch" personeel getest en hoog risico contacten.
- Herinfectie mogelijk? Niet duidelijk, lijkt ZEER uitzonderlijk. Niet veilig om positieve medewerkers zonder bescherming te laten werken.
- Nog niet duidelijk hoe virusload iets zegt over herstel.
- Serologie, kan dit iets zeggen over doorgemaakte infectie en dus risico op opnieuw infectie laag. Wordt samen met Erasmus naar gekeken.

Huidige situatie Ziekenhuizen Brabant en omstreken/IC behandelingen:

- Breda nu 33 pt opgenomen (200 patiënten in de regio) 11 op IC, 3 overleden (10%).
- Meeste gevallen snel in isolatie en vlotte diagnose
- NL beeld van virus divers, lijkt op meerdere introducties en al deze introducties geven uitbraken. Verdenking dat carnaval tot uitbraak heeft geleid.
- Man>vrouw aangedaan
- Patiënten op IC: Ca 50% <50jaar en ca 50% >50jaar, dus ook jonge mensen.
- ARDS behandeling, buikligging, hoge PEEP en flolan (prostacycline).
- Mensen met co-morbiditeit sneller na ontstaan van klachten op IC, jonge mensen dag 1-5 vaak milde klachten, dan of beter of snel heel veel slechter en ernstig ARDS. CT met forse afwijkingen.

- CT maken bij beademde patiënt mogelijk niet zo risicovol. Want weinig aerosolen bij goed afgesloten tube.
- Breda:
 - Van 22 bedden naar 26 en zondag naar 28 bedden, nu 15 bedden voor COVID pat.
 - Drie categorieën patiënten: neg, verdacht en bewezen positief. Gescheiden zorg.
 - Hele ziekenhuis onrustig en ongerust. Nu nog voldoende capaciteit en materialen.
 - Nu 9% ziekteverzuim IC, AMW en OK assistenten worden gekoppeld aan IC vpk als een buddy systeem.
- Sneller intuberen dan anders, lang aan optiflow of NIV maakt uitkomst ARDS slechter. Ook is dit een betere bescherming van het personeel.
- Patiënten zo'n 3 weken aan beademing, 2 weken slecht en pas langzaam opknappen in de derde week. Eerste 2 weken ook nog veel virus aanwezig. IC behandeling is ARDS behandelen, en niet zozeer virus. Wordt een lang ziektebeeld. Vooral pulmonaal falen.
- Hoge PEEP en lagere/normale driving pressure
- Nu 6 patiënten vanuit Bernhoven op IC in JBZ. Corona afdeling ingericht. IC wordt omgebouwd tot cohort afdeling. Van 14 bedden naar 20. Luchtbehandeling.
- De mensen die overlijden ontwikkelen vaak 4-7 dagen na intubatie/beademing een acute verslechtering.
- Uit data Italië/China: geen steroïden geven, viral load neemt daardoor toe.
- Aantal mensen met veel buikpijn verdacht voor pancreatitis bleken positief te testen en hadden geen abdominale pathologie.

Materialen:

- Tekorten dreigen: Swabs en reagentia en mondmaskers! Wees zuinig. FFP2 maskers zoveel mogelijk alleen gebruiken bij aerosol vormende handelingen. FFP2 maskers centraal beheerd. Op de verpleegafdeling zijn deze niet altijd nodig, alleen bij risico aerosolen. Voorraden bedragen slechts enkele dagen. OP IC per pt 20 maskers per dag als rantsoen is te doen.
- Via het leger 70 beademingsmachines geleverd worden via NVIC ingezet daar waar nodig.
- Hergebruik maskers: veel ziekenhuizen kijken naar uitgassen/bestralen/wassen. Landelijk onderzoek volgt. Verzamel al je maskers en bewaar deze. Zowel chir maskers als FFP1 en FFP2 maskers. Mogelijk waterstofperoxide als middel.

Belangrijke adviezen:

- Verdeel reguliere zorg en COVID zorg
- Voorraad beheer moet omhoog
- Voorraad voor COVID pat standaardiseren en behandeling standaardiseren
- Optimaliseren van beademingsapparatuur van de IC, apparaten van IC
- Flexpool maken van personeel, ziekenhuis academie gebruiken om stoomcursus te maken

- Centrale coördinatie van personeel zodat zorgverleners kunnen mailen en dan personeel gestuurd krijgen
- Roosters maken voor alle fases (oranje/rood/zwart). Personeel wat ooit op IC gewerkt heeft inventariseren. Anesthesiologen meenemen in het rooster. Verkoeverkamer gebruiken.
- EPD: zorg dat het personeel ermee kan werken. En wat het snelste in te regelen is. Dashboards om data beschikbaar te maken. Zet ICT in om EPD aan te passen.
- Triage afspraken moeten gemaakt worden in fase zwart, voorstel volgt. Triage team op SEH vormen
- We moeten rekening houden met een forse toename aan beademde patiënten
- Diagnostiek kost tijd, eerst in isolatie, bij positief testen naar cohort ruimte, zo minder isolatiekamers nodig
- COVID MDO over alle verdachte en positieve patiënten, multidisciplinair. Desnoods digitaal.
- IGJ laat toe om anders te werken/ af te wijken van standaarden wat inspectie normaal niet toe zou staan.
- Zorg ervoor dat de personeel betrokken en veilig blijft.