

AGENDA

Achtergrond Covid-19

Eerste lijn

- ACP & wel/niet insturen
- Na het overlijden

Tweede lijn

- Kwetsbare ouderen
- Wel/niet IC besluit, predictiemodellen, communicatie
- Twee sporen beleid

ACHTERGROND COVID-19 THUIS

HET GETAL 5!

- Incubatietijd **5** dagen(2-14)
- 1 op de **5** blijft asymptomatisch.
- Veelal mild beloop bij symptomen.

5 MEEST VOORKOMENDE SYMPTOMEN BIJ DE HUISARTSENPOPULATIE

Koorts

Hoesten

Malaise

Hoofdpijn

Spierpijn

Minder dan 5% van de patiënten wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Meestal 5 dagen na de eerste symptomen.

HET GETAL 5

1 op 5 patiënten heeft géén co-morbiditeit.

1 op 5 patiënten heeft atypische symptomen
buikpijn, diarree of pijn op de borst.

1 op 5 patiënten gaat naar de IC.

1 op 5 patiënten overlijdt in het ziekenhuis.

ACHTERGROND COVID- 19

HET GETAL 5

Als **<5%** van de patiënten wordt opgenomen in het ziekenhuis dan blijven de meeste mensen dus thuis of in een verpleeghuis.

Als **1 op de 5** van die **<5%** patiënten naar de IC gaat. Dan gaat **<1%** van de mensen met symptomen dus naar de IC.

STERFTECIJFER COVID-19 1^e golf

*In totaal overlijdt max 3% van de patiënten met COVID-19**

Setting	Hersteld	Overleden
Thuis	97%	3%
Verpleeghuis	52%	48%
Ziekenhuis	80%	20%

** betreft een overschatting tgv onvoldoende testcapaciteit
<https://www.coronatracker.com/nl/country/netherlands>*

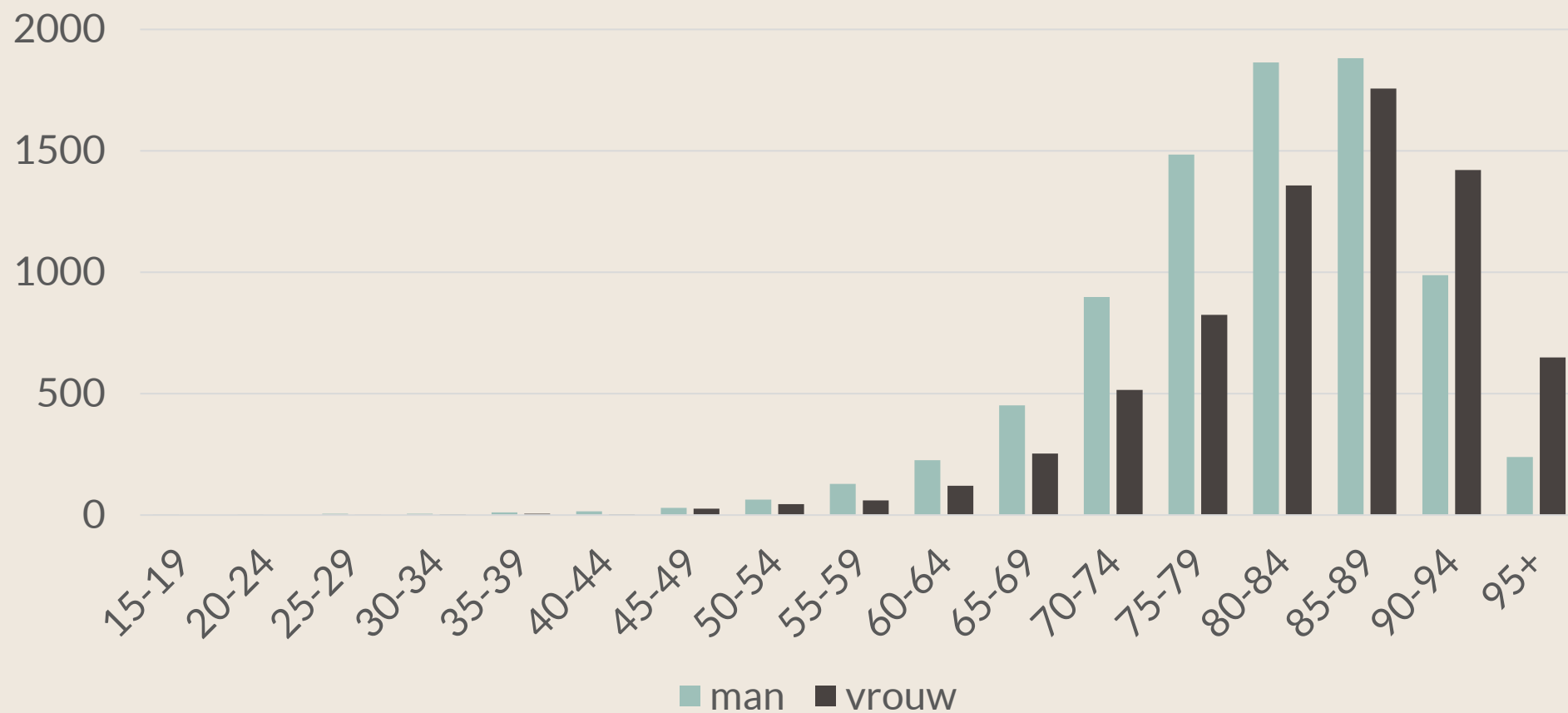
INFECTION FATALITY RATE (NL) eind 1^e golf/ 2^e golf

in totaal overlijdt **1,4 %** van de patiënten met COVID-19

LEEFTIJD	IFR	AUTO ONGEVAL
26-49	0,01	0,002
50-59	0.13	0.002
60-69	0,61	0.003
> 80	12,35	0.005

STERFTECIJFER COVID-19

actueel



STERFTECIJFER COVID-19 *actueel*

in totaal overlijdt **1,4 %** van de patiënten met COVID-19

80% van alle patiënten die overlijden aan COVID-19 is ouder dan 80 jaar

de gemiddelde leeftijd van alle patiënten die overlijden aan COVID-19 is 81 jaar

de normale gemiddelde leeftijd van overlijden is 81 jaar

CASUS

- Vrouw, 80 jaar, vitaal (hypertensie)
- Eerder besproken behandelwensen: volledig beleid
- Alleenstaand, appartement 1 hoog, 2 dochters in de buurt, zorg vaak voor kleindochters, rollator buiten



CASUS

- Kortademig, hoesten, malaise
- HA legt visite af: matig zieke vrouw, bedlegerig
- AF 20/min, Sat 90%, pols 100,
- tensie 120/80, temp 36,4



Stelling via de poll

Stabiele situatie met weinig symptoomlast

Als arts of PA/VS-er vind ik dit moment passend om patiënten eerdere wens m.b.t. wel insturen opnieuw te bespreken (vanwege COVID-19)

Ja

Nee

Vaak bij kanker



Vaak enkele jaren, maar achteruitgang meestal in een periode van enkele maanden

Vaak bij hartfalen en COPD



2-5 jaar, maar overlijden is meestal plotseling

*Welk beloop past nu het meest
bij COVID-19?*

*Dat weten we eigenlijk nog niet
goed.*

BELOOP CASUS IN 1^E LIJN

- Het is weekend, patiënte verslechtert vrij acuut, de HAP wordt gebeld
- Patiënte is toenemend verward, kortademig, saturatie 70%
- Respiratoire insufficiëntie dreigt
- Er is twijfel of opname in het ziekenhuis en mogelijke beademing wel in het belang van patiënte is

Poll

De situatie verslechtert

- Ik verwijs patiënte naar het ziekenhuis ja/nee

COVID-19

Alarmsymptomen

- Ziek, verward of suf, koorts of onder temp.
- Dyspnoe, tachypneu, sat <92%.
- Pols >100 en tensie <100.

Voordelen vs. nadelen ziekenhuisopname

Wensen en doelen van patiënt

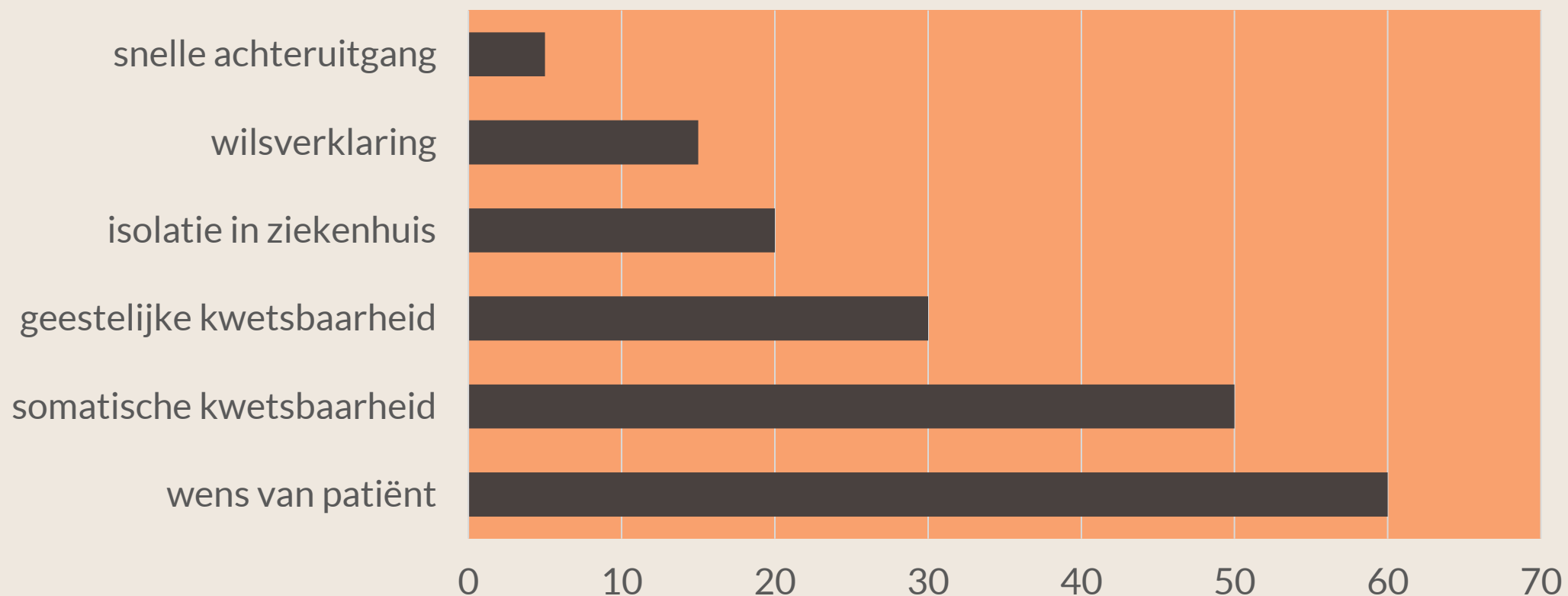
THUIS

ZIEKENHUIS

VERPLEEGHUIS

Clinical Frailty Scale		Punten
Erg fit - krachtig, actief, energiek en gemotiveerd, Oefenen regelmatig en behoren tot de fitste van hun leeftijd		1
Fit - geen actieve ziektesymptomen, bewegen vaak of zijn meer actief tijdens seizoensgebonden activiteiten		2
Zelfredzaam - medische problemen goed onder controle, niet regelmatig actief, behalve routine wandelingen		3
Risico op kwetsbaarheid – niet afhankelijk van anderen voor dagelijks hulp, vaak klachten die activiteiten beperken, veel gehoorde klacht: ‘traag’ of moe zijn gedurende de dag		4
Licht kwetsbaar – duidelijk trager, hulp nodig bij complexere dagelijkse taken (financiën, vervoer, zwaar huishoudelijk werk, medicatie)		5 TWIJFEL
Behoorlijk kwetsbaar – hulp nodig bij activiteiten buitenhuis en huishouden (patient is niet in staat een week alleen voor zichzelf te zorgen), moeite met traplopen. Ondersteuning bi ADL nodig (ondersteuning bij douchen of wassen, enige hulp bij aankleden).		6 TE WEINIG RESERVE
Erg kwetsbaar – 24/7 volledig afhankelijk van anderen, zowel op cognitieve als fysieke gronden. Maken toch een stabiele indruk (levensverwachting ongeveer 6 maanden)		7
Heel erg kwetsbaar – 24/7 volledig afhankelijk van anderen, naderen het levenseinde. Niet meer in staat om van kleine ziekte episode te herstellen.		8
Terminale fase – levensverwachting < 6 maanden, niet per se op een andere manier duidelijke kwetsbaarheid		9

ACHTERGROND COVID-19 THUIS



ACHTERGROND COVID-19 THUIS

totaal = 1022

n = 285

n = 168

n = 569

	CFS 1-3	CFS 4-5	CFS 6-9
man	65	55	67
vrouw	35	45	33
leeftijd	69	83	87
somatische kwetsbaarheid	10	48	72
geestelijke kwetsbaarheid	2	14	47
wilsverklaring	3	8	22
snelle achteruitgang	1	1	5
wens van patiënt	88	61	43
isolatie in ziekenhuis	22	26	20

BELOOP CASUS IN 1^E LIJN

THUIS

Patiënte blijft thuis en er wordt een Advance Care Plan opgesteld

- Dyspnoe
- Delier
- Palliatieve sedatie

24/7 contact met HA of wijkverpleegkundige mogelijk.

Opties voor medicatie toediening:

- Pomp of geen pomp
- Oraal, transdermaal en rectaal

BELOOP CASUS IN 1^E LIJN

THUIS

Patiënte overlijdt rustig

de laatste zorg	handschoenen en een schort met lange mouwen (bril en masker zijn niet nodig)
-----------------	---

vervoer	op normale manier
---------	-------------------

balsemen	is toegestaan
----------	---------------

opbaren	mag zoals anders, mag ook met open kist
---------	---

IETS OM OVER NA TE DENKEN IN DE PAUZE

ZIEKENHUIS

Bij COVID-19 wordt bij ongeveer 40% van de patiënten die worden opgenomen een niet IC beleid afgesproken (data Isala)

Gedachtenspinsel: het zou prachtig zijn als er voor deze patiënten buiten het ziekenhuis goede mogelijkheden worden gecreëerd om te behandelen en te monitoren.



PAUZE

Palliatieve Zorg bij Corona

Webinar voor en door zorgverleners

Poll

Als verwijzend arts schrijf ik altijd een pro-actieve zorgplanning m.a.w. de ontvangend collega krijgt altijd een overdracht waarin beschreven staat hoe ver hij mag cq. moet gaan

Meestal wel

Soms

Nooit

Poll

Als "ontvangend" arts krijg ik altijd een pro-actieve zorgplanning ma.w. de verwijzend collega heeft altijd een overdracht waarin beschreven staat hoe ver ik mag cq. moet gaan

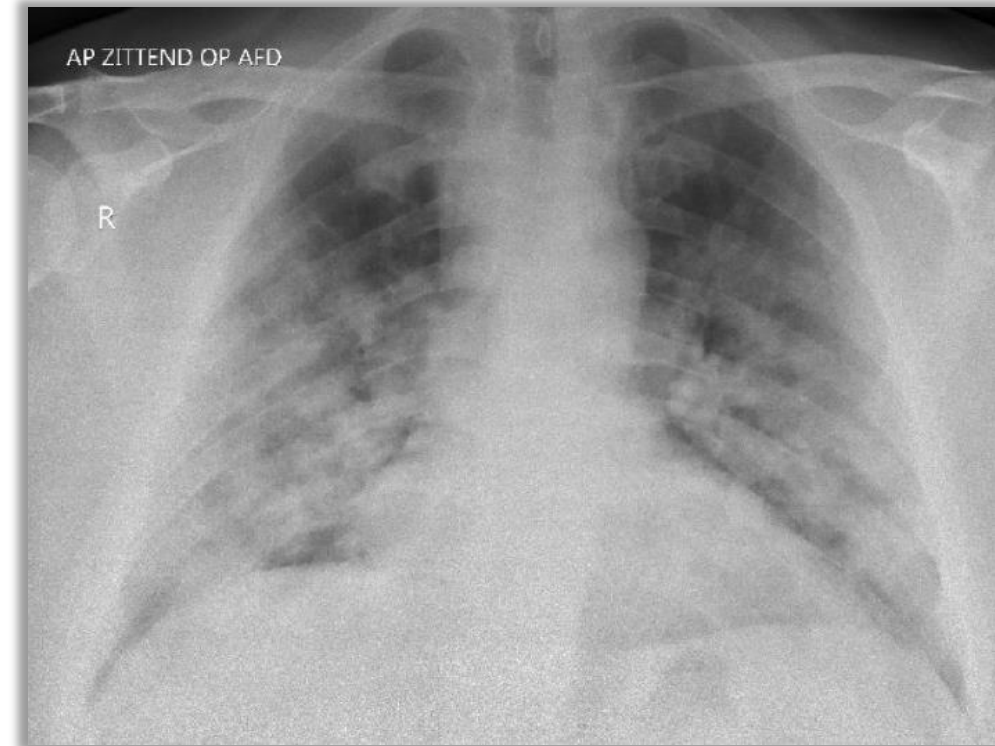
Meestal wel

Soms

Nooit

BELOOP CASUS 2^E LIJN

- Zieke patiënte, delirant
- Pols 120/min, sat 74%, temp 38,6
- Dochter zegt dat moeder nog alles wil, ook beademing

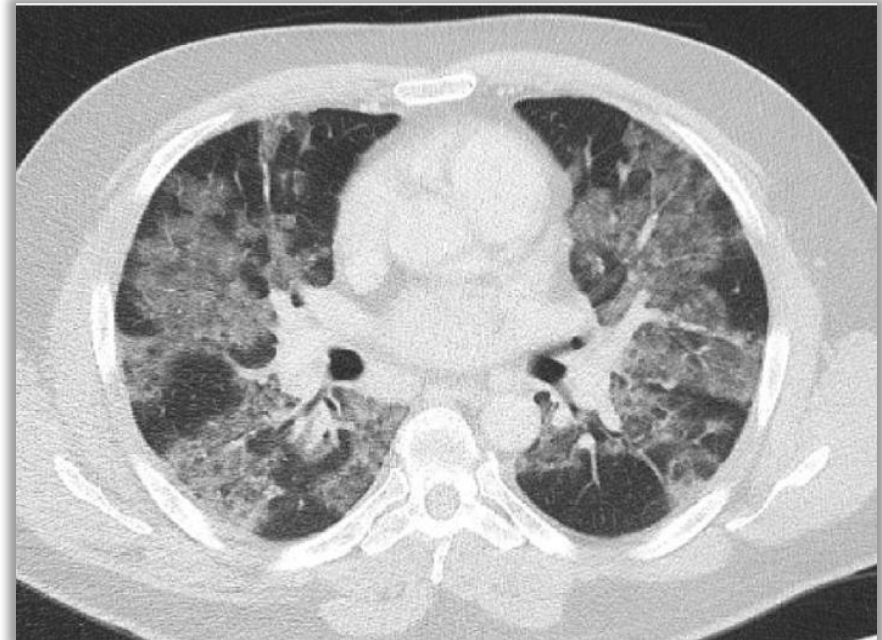


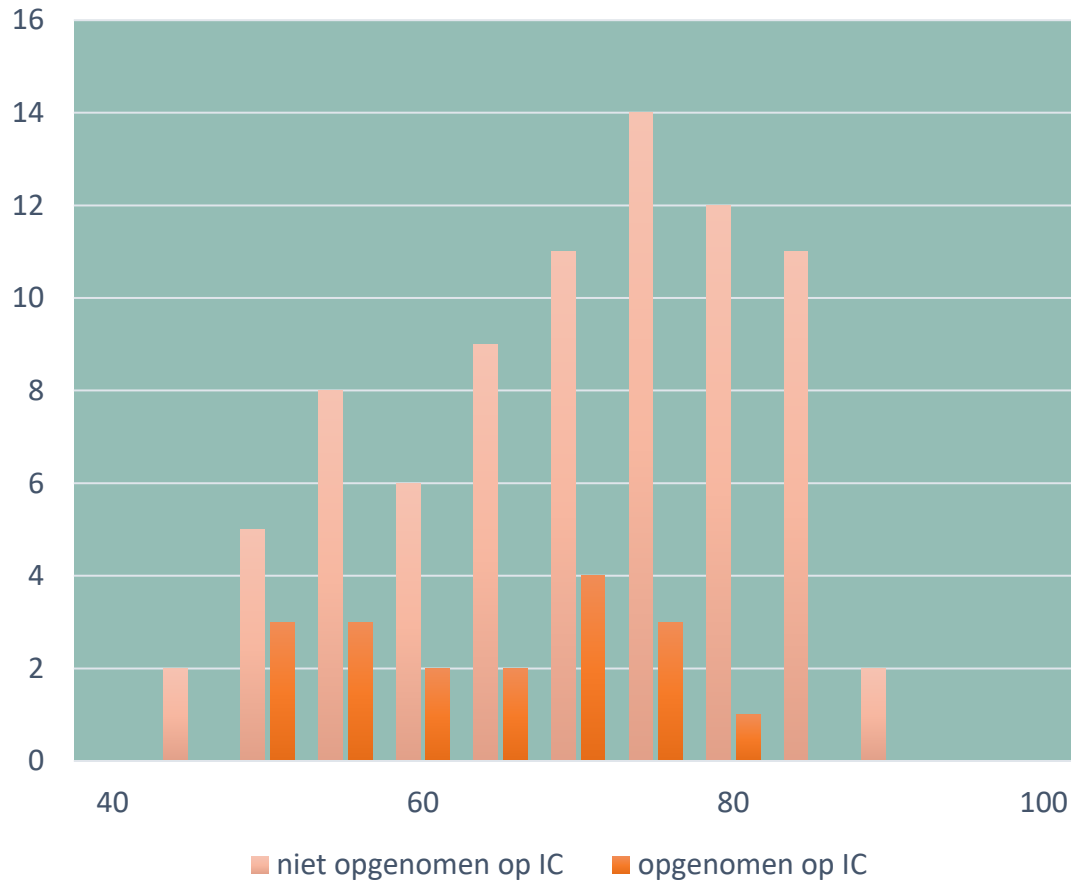
BELOOP CASUS 2^E LIJN

Arts assistent twijfelt over de haalbaarheid van het volledige beleid.

De supervisor twijfelt niet.

- Waar is dit op gebaseerd?
- En hoe wordt dit gecommuniceerd?





IC overleving 74%
gem. beademingsduur

- 15 dgn 1^e golf

- 20 dgn 2^e golf

t.o.v. China en Italië betere cijfers

2^E LIJN (los van COVID-19)

Kwetsbare ouderen

- Sterfte in deze groep na een IC opname (3 dagen) is 55% in een half jaar
- 30% v.d. rest ervaart verminderde zelfredzaamheid na een jaar
- Belangrijkste reden is spiermassaverlies (2-3% per beademing dag)
- Gemiddelde beademingsduur bij COVID-19 is 20 dagen

2^E LIJN behoefte aan een predictie model



living systematic review in de BMJ over predictie modellen

geen enkele predictie model voldoet aan de eisen

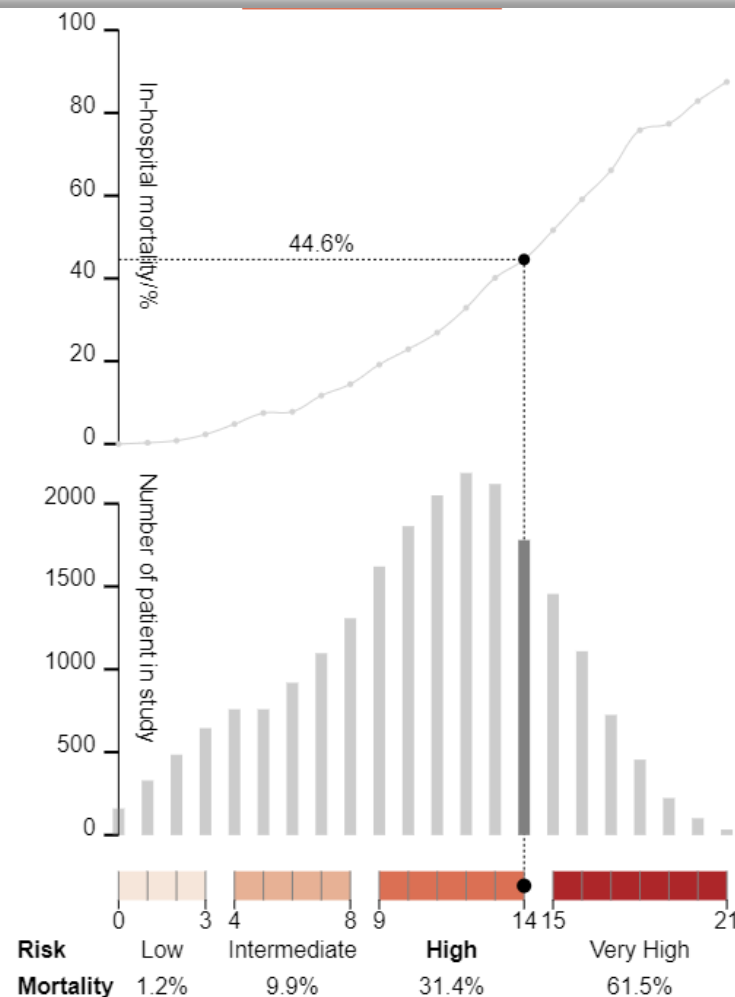
meest in de buurt (mrt 2021) komt ISARIC 4C model

2^E LIJN behoefte aan een predictie model

ZIEKENHUIS

4C mortality risk [calculator](#)

- Leeftijd
- Geslacht
- Aantal co-morbiditeiten
- Ademhalingsfrequentie
- Perifere saturatie bij kamerlucht
- Glasgow Coma Scale
- Ureum
- CRP



2^E LIJN behoefte aan een predictie model

ISARIC 4C mortality score

- > 50.000 patiënten
- identificatie van risicofactoren en validatie

> 15 (n = 4158, 19%)	62 % overleden = positief voorspellende waarde
< 3 (n = 1650, 7%)	1% overleden = negatief voorspellende waarde

2^E LIJN behoefte aan een predictie model

COPE studie: Nederlandse data

COVID Outcome Prediction in the Emergency Department

Leeftijd, ademhalingsfrequentie, CRP, LDH, albumine, ureum

Nog niet ge peer reviewed

Zon Mw subsidie

2^E LIJN Advance Care Directives ADVIESMODEL

ZIEKENHUIS

SPECIFICATIE	1	2	3	4
CFS + co-morbiditeiten	1-5	6-10	11-15	16-21
leeftijd	12-40	41-60	61-74	>75

Indien >5 afwegen of IC opname in belang van patiënt is

CO-MORBIDITEITEN	PUNTEN
hartinfarct <3 jr geleden	2
chronische aandoening die heeft geleid tot : >3 ziekenhuis opnames in voorgaande jaar >4 weken opnameduur van de huidige opname	2
hartfalen met symptomen in rust of bij geringe inspanning	1
longaandoening met klachten in rust of bij geringe inspanning	1
hypertensie	1
ernstige neurologische aandoening incl dementie	1
leverfalen met Child-Pugh > 7	1
nierfalen met noodzaak tot niervervangende therapie	1
diabetes mellitus met medicamenteuze interventie	1
ongecontroleerde of actieve maligniteit	1

Poll

Ik vind dat deze patiënte wel naar de IC zou moeten kunnen als zij dat zelf ook wil (of als haar proxy dat zegt bij wilsonbekwaamheid)

ja/nee

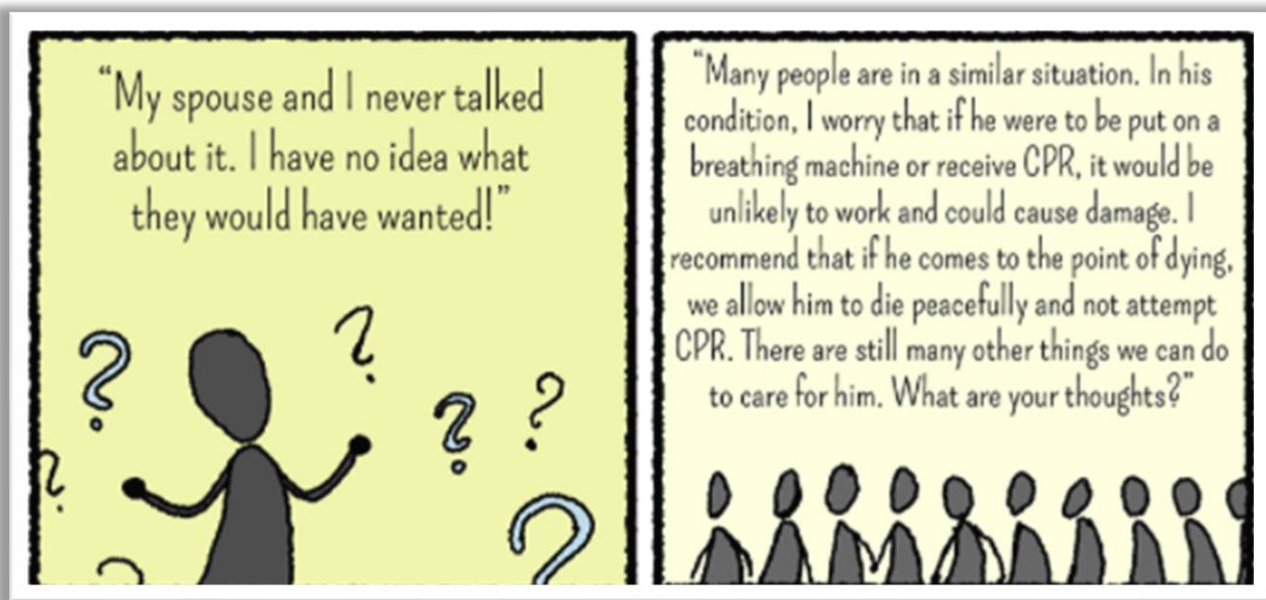


Gesprek over datgene wat WEL gebeurt
Behandelwensen i.p.v. behandelgrenzen

Niet "u gaat niet beademd worden"
Wel "we gaan u zo goed als mogelijk behandelen"

Positief narratief

Advies is gratis via app [VitalTalks](#) en de
gesprekshulp van bureau Morbidee



Het stellen van de reanimatie vraag is toch verplicht?

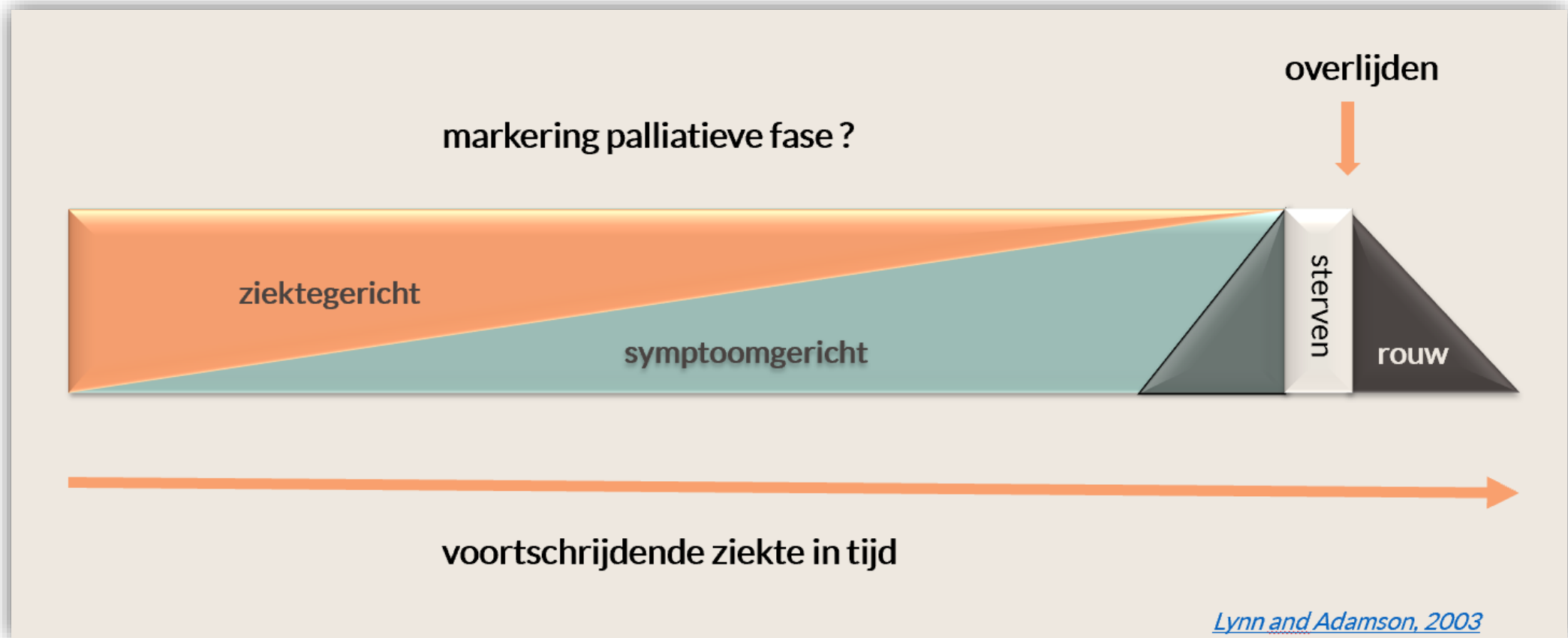
Nee, het uitleggen en toestemming vragen voor een behandeling is wel verplicht.

Na een eerlijk gesprek waarin benadrukt is dat er alles aan gedaan wordt patiënte zich beter te laten voelen én uitgelegd wordt dat een beademingstraject meer schade dan goed doet, wordt besloten tot een twee sporen beleid:

1. De behandeling voor de ziekte wordt gestart
2. De behandeling van de symptomen wordt aangepast, de zaalarts spreekt met haar en haar dochter over palliatieve sedatie.

TWEE SPOREN BELEID

ZIEKENHUIS



BEHANDELING Covid-19

-Zuurstof

- via neusbril (thuis? COPPER-trial)
- optiflow (aeroflow)
- Ventimask/ Non-rebreathing mask

-Bij hypoxemie en > 7 dagen klachten:

Dexamethason 1dd 6 mg po gedurende 5-10 dagen (recovery trial)

-Paracetamol 3-4d2 500 mg

-Heparine (Dalteparine et al). Optimale dosering onbekend.

OPTIFLOW

- verwarmde lucht
- bevochtigde lucht
- externe drukbeademing
- te regelen FiO_2 (saturatie) en druk (ademfrequentie)



Het meest voorkomende symptoom bij naasten is *angst*

Het meest voorkomende symptoom bij zorgverleners is *angst*

5 MEEST VOORKOMENDE SYMPTOMEN IN DE PALLIATIEVE FASE

Kortademig	65%
Angst*	45%
Sufheid	35%
Delier	25%
Pijn	20%

** Zorgprofessional “iedereen op dat cohort is bang, doodsbang”*

BELOOP CASUS 2^E LIJN

Ondanks ziektegerichte behandeling gaat patiënte hard achteruit. Ze wordt meer kortademig en heeft hier erg veel last van.

LO: forse dyspnoe, cyanotisch, sat 60%, pols 130/min, temp 39

Patiënte geeft aan te willen slapen. Er wordt overgegaan op palliatieve sedatie volgens de KNMG richtlijn.

Pro-actief beleid m.b.t. de te verwachten toename dyspnoe

Sterke afhankelijkheid van het Non Rebreathing Masker

Afbouwen van de flow met stappen van 3 L/min iedere 30 min

- *Vanaf <10 L/min kan de zak collabereren (uitleggen)*
- *Vanaf 6 L/min kan gestaakt worden*

30 minuten voor start afbouwen starten of ophogen van de morfine

- *Starten met 5mg gevolgd door 1mg/uur, of*
- *Uurdosering met 50% omhoog voorafgegaan door bolus die overeenkomt met 1/6 van de 24 uursdosering*

BELOOP CASUS 2^E LIJN *dyspnoe*

ZIEKENHUIS

Patiënt	Dyspneu +	Dyspneu +++
-Relatief fit WHO < 2 CFS ≤ 4	Morfine - bolus 5mg - continu 1-1,5mg/u	Morfine - bolus 7,5mg - continu 1,5-2,5mg/u
	Fentanyl - bolus 100 ug - continu 30-45 ug/u	Fentanyl - bolus 100 ug - continu 50-75 ug/u
Niet fit WHO ≥ 2 Pre-existent CFS > 4 Comorbiditeit + Cachexie/gewicht < 60kg	Morfine - bolus 2,5mg - continu 0,5-1 mg/u	Morfine - bolus 5mg - continu 1-1,5mg/u
	Fentanyl - bolus 75 ug - continu 15-30 ug/u	Fentanyl - bolus 75 ug - continu 30-45 ug/u

BELOOP CASUS 2^E LIJN

Gezien de forse dyspnoe was het bij deze patiënte noodzakelijk om snel met continue palliatieve sedatie te beginnen

Een ander veel voorkomend symptoom bij patiënten, naasten en de zorgverleners is angst.

Medicamenteus: lorazepam 0,5 mg SC/IV of 1 mg onder de tong.

BELOOP CASUS 2^E LIJN *palliatieve sedatie*

Patiënt	Dyspneu +	Dyspneu +++
-Relatief fit WHO ≤ 2 CFS ≤ 4	Midazolam - bolus 10mg - continu 1,5mg/u	Midazolam - bolus 10mg - continu 2,5mg/u
-Niet fit WHO ≥ 2 Pre-existent CFS > 4 Comorbiditeit + Cachexie/gewicht < 60kg	Midazolam - bolus 5mg - continue 0,5mg/u	Midazolam - bolus 5mg - continue 1,5mg/u

PROPORTIONALITEIT EN PRO ACTIVITEIT

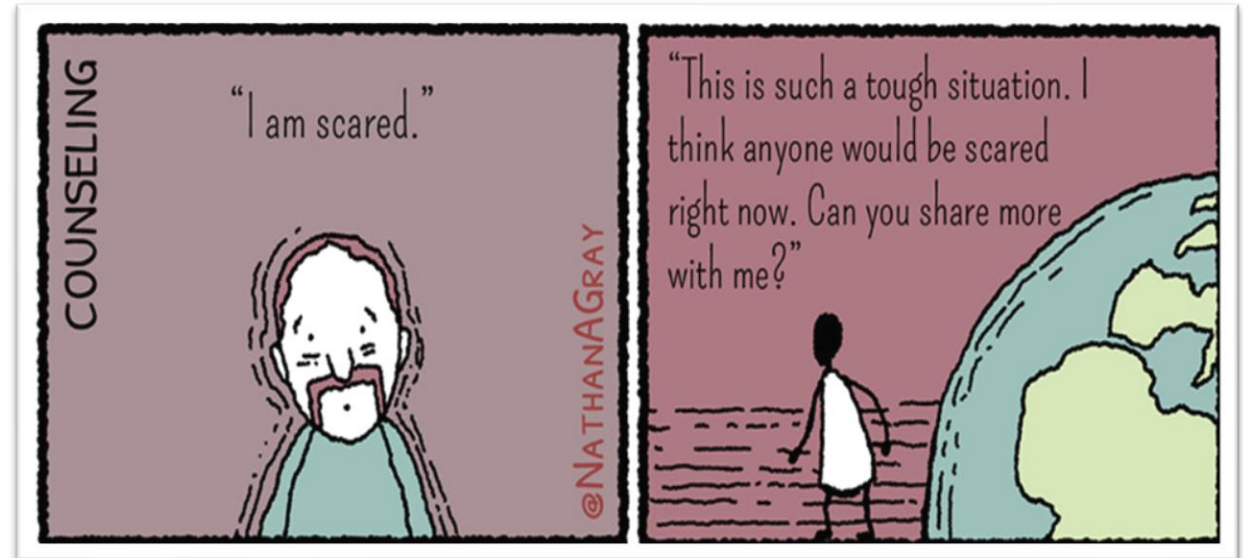
DOEL IS VERMINDEREN VAN HET LIJDEN, NIET STERVEN

onderbehandeling van symptomen komt vaker voor dan
overbehandeling

Bedenk vooraf een passend stappenplan, passend bij die ene patiënt

- wanneer weer bolussen
- wanneer en met hoeveel de uur dosering ophogen
- wat is je beoogde effect?

EXISTENTIEEL



Zorgprofessional “iedereen op dat cohort is bang, doodsbang”

Poll

ZIEKENHUIS

Geestelijk verzorging

KERNPUNTEN

- Veruit de meeste mensen overlijden niet aan covid-19
- Covid-19 kan vooral bij ouderen een ernstig beloop kennen
- Overweeg een twee sporen beleid als je niet weet welke kant het opgaat
- Maak een proactief plan rekening houdend met snel beloop

EINDE WEBINAR

Komende webinars:

- End of Life bij moslim patiënten door Mustafa Bulut, imam en GV-er
- nieuwe richtlijn palliatieve sedatie door Sander de Hosson & Sabine Netters