az alma

zorg met een hart

Transmurale samenwerking in tijden van corona – Frailty score Rockwood

Dr H Baeyens geriater, Dr Piette, klinisch bioloog, az alma

11/06/2020

az alma

Structuur

- Frailty score : concept en achtergrond flowchart BVGG
- Kwantitatieve feedback vanuit WZC en az alma covid-80 plus
- Kwalitatieve feedback vanuit WZC en geriaters az alma
- Test strategie bij ontslag naar WZC vanuit az alma :
  - covid, mrsa, cpe en vre (dr piette).
  - Casuistiek : betekenis van pcr, CT thorax en antistoffen in een klinische context.
- Vraag vanuit zorgunie noodzaak psychosociale ondersteuning

az alma

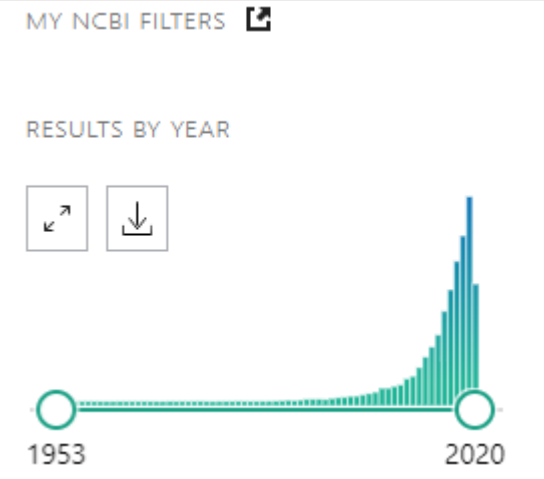
Frailty

- In het licht van **complexe, invasieve medische interventies wordt een manier gezocht om proportionele zorg te organiseren**
  - niet op basis van biologische leeftijd
  - wel op basis van frailty toestand van de persoon
- **Frailty is een toestand** waarbij de reserve aan homeostase door het individu is afgenomen, waardoor dit individu meer kwetsbaar is voor stressfactoren (hitte, ziekte, psych stress).
- **Geriatrische zorg** richt zich niet op een orgaan, maar specialiseert zich in de preventie van frailty, omkeren van frailty bij het individu, en houdt rekening in de behandeling met deze frailty.

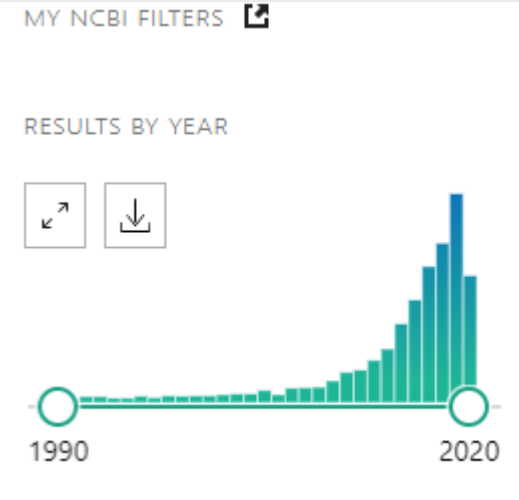
az alma

Frailty and pubmed

- Frailty concept
- 14.818 hits, sinds 1953

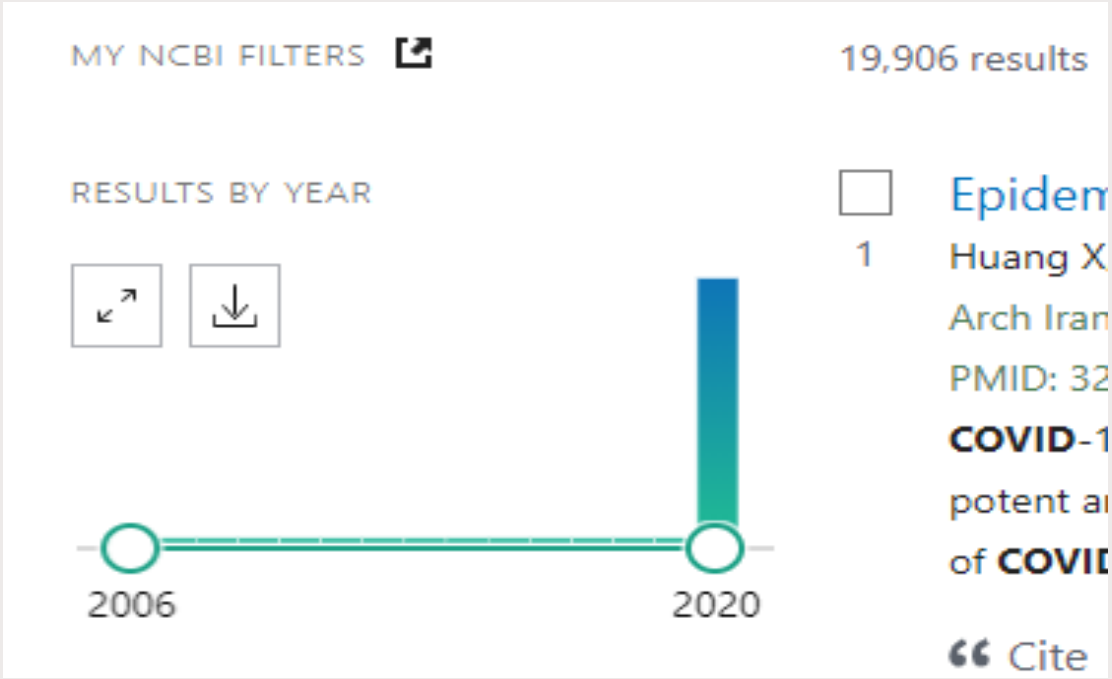


- Frailty scale
- 1843 hits, sinds 1990



az alma

Covid en pubmed 19.906 hits



Frailty – Rockwood et al

Recherche

A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people

Kenneth Rockwood, Xiaowei Song, Chris MacKnight, Howard Bergman, David B. Hogan, Ian McDowell, Arnold Mitnitski

CMAJ • AUG. 30, 2005; 173 (5) 489

© 2005 CMA Media Inc. or its licensors

az alma

Box 2: Tools for measuring degree of frailty that were compared with the CSHA Clinical Frailty Scale*

- Modified Mini-Mental State Examination[22] (3MS), in which a score† of 77 or less indicates cognitive impairment
- Cumulative Illness Rating Scale,[23] a comorbidity measure that has been validated with autopsies
- A history† of falls, delirium, cognitive impairment or dementia (as per DSM-III-R criteria for the diagnosis of dementia)[24]
- CSHA rules-based definition of frailty,[12] which categorizes subjects as 0 (having no cognitive or functional impairment), 1 (isolated urinary incontinence), 2 (dependent in 1 ADL or having a diagnosis of CIND) or 3 (dependent in at least 2 ADLs, having mobility impairment or having a diagnosis of dementia)
- CSHA Frailty Index, a count of 70 deficits (listed in Appendix 1), including the presence and severity of current diseases, ability in ADLs and physical signs from clinical and neurologic exams. (A person with 7 deficits, for example, would have an index score of 7/70 = 0.10. The relative frailty or fitness of a patient can be calculated as a percentage difference from the average score for people of that age.) To indicate severity, each deficit not restricted by its nature to two values (i.e., 0 or 1 for absence or presence, respectively) was assigned three (0, 0.5 or 1) or four values (0, 0.33, 0.67 or 1.0), as appropriate
- CSHA Function Scale (based on the extensively validated Older American Resources Survey), which scores the patient on each of 12 ADLs (some instrumental) as 0 (the patient is independent in carrying out this ADL), 1 (needs assistance) or 2 (is incapable)

Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging, 3MS = Modified Mini-Mental State Examination, ADL = activity of daily living, CIND = cognitive impairment, no dementia.
*Except for the 3MS, a higher score on these tests represents greater morbidity.
†The clinicians assessing study participants on the CHSA Clinical Frailty Scale were aware of these factors in the medical history but blinded to scores from all the other indexes listed, except for results from the 3MS (as indicated).

Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale

1 *Very fit* — robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age

2 *Well* — without active disease, but less fit than people in category 1

3 *Well, with treated comorbid disease* — disease symptoms are well controlled compared with those in category 4

4 *Apparently vulnerable* — although not frankly dependent, these people commonly complain of being "slowed up" or have disease symptoms

5 *Mildly frail* — with limited dependence on others for instrumental activities of daily living

6 *Moderately frail* — help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living

7 *Severely frail* — completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill

Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging.

az alma

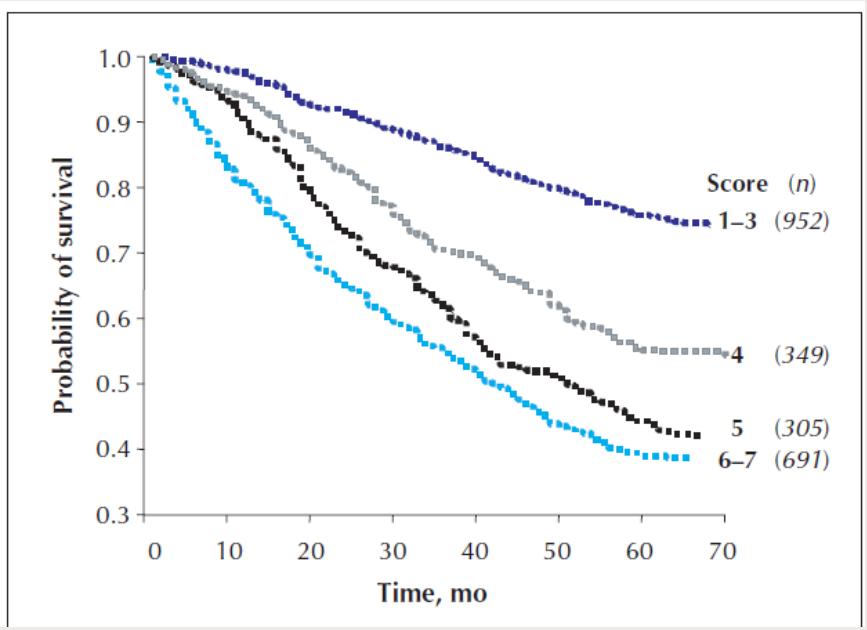
Table 1: Distribution of frailty attributes by category of the Canadian Study of Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale*

Characteristic	1 Very fit	2 Well	3 Well, with treated comorbid disease	4 Apparently vulnerable	5 Mildly frail	6 Moderately frail	7 Severely frail
Patients, no.	216	260	476	349	305	497	194
Age, mean (SD), yr	80.3 (5.9)	83.0 (6.8)	82.4 (6.3)	83.7 (6.2)	86.4 (6.5)	87.4 (6.7)	88.1 (7.1)
Education, mean (SD), grade	9.6 (4.1)	9.9 (4.2)	9.6 (4.1)	8.8 (3.7)	9.7 (4.1)	9.4 (3.9)	9.1 (3.9)
Women, %	51.8	58.5	57.1	56.2	64.6	68.6	80.4
No cognitive impairment, %	75.9	63.1	57.1	39.3	18.7	9.7	1.0
Cognitive impairment, no dementia, %	20.4	29.2	34.9	45.6	39.7	21.5	5.8
Dementia, %	3.7	7.7	8.0	15.2	41.6	68.8	93.3
With falls, %	13.0	20.8	24.6	40.4	45.9	48.7	31.4
With urinary incontinence, %	8.3	12.3	17.2	26.6	31.8	60.4	92.8
With impaired mobility, %	0.5	0.8	5.2	18.3	37.7	57.9	63.4
Modified Mini-Mental State Examination, mean score* (SD)	87.1 (9.9)	82.6 (13.9)	83.2 (12.7)	79.1 (13.3)	70.2 (17.7)	56.2 (22.2)	31.9 (21.0)
Cumulative Illness Rating Scale, mean score (SD)	1.8 (1.9)	2.5 (2.3)	4.9 (2.8)	6.2 (3.1)	6.4 (3.9)	7.0 (4.0)	6.4 (4.7)
CSHA measurement tools							
Rules-based frailty definition, mean score (SD)	0.72 (1.01)	1.14 (1.08)	1.34 (1.08)	1.90 (0.95)	2.45 (0.71)	2.82 (0.40)	2.94 (0.23)
Frailty Index, mean score (SD)	0.09 (0.05)	0.12 (0.05)	0.16 (0.07)	0.22 (0.08)	0.27 (0.09)	0.36 (0.09)	0.43 (0.08)
Function Scale, mean score (SD)	0.05 (0.12)	0.11 (0.16)	0.15 (0.19)	0.27 (0.22)	0.45 (0.24)	0.71 (0.24)	0.87 (0.19)

*Except for Modified Mini-Mental State Examination results, higher scores indicate worse function.

az alma

Kaplan-Meier curve : kans op overleving en vermijden van institutionele zorg



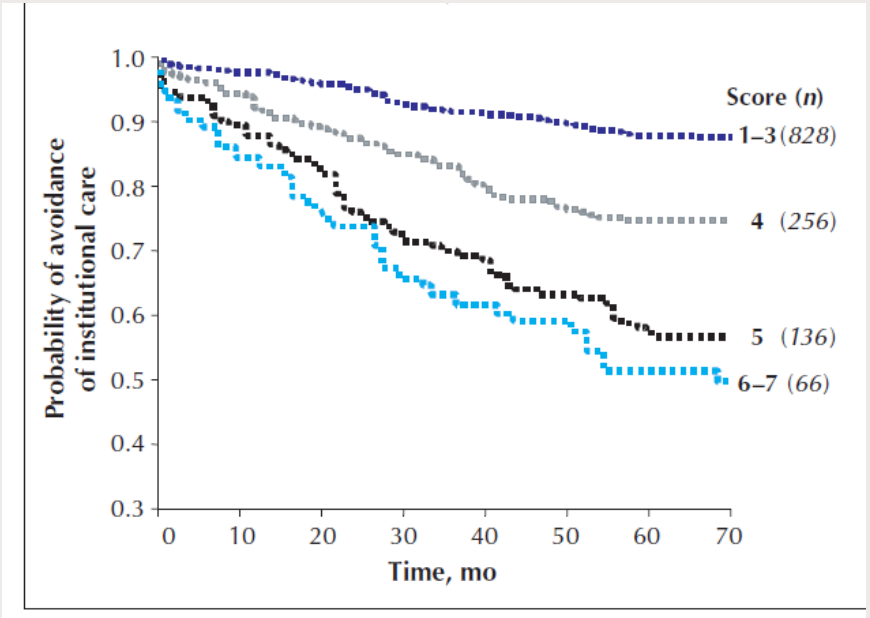


Fig. 1: Kaplan–Meier curves, adjusted for age and sex, for study participants (*n*) over the medium term (5–6 years), according to their scores on the CSHA Clinical Frailty Scale. Some scores were grouped. Top: Probability of survival. Bottom: Probability of avoidance of institutional care.

az alma

Kwetsbaarheidschaal van Rockwood

Clinical frailty scale

Zeer fit (1): zeer actief, vol energie en gemotiveerd. Doet heel regelmatig aan sport en behoort tot de meest robuuste van zijn leeftijdsgroep.

Gezond (2): heeft geen actieve ziekte maar is minder fit dan categorie 1. Doet vaak aan lichaamsbeweging, vaak meer actief in bepaalde seizoenen (vb zomer).

Houdt stand (3): heeft medische problemen, maar die zijn goed onder controle. Doet niet regelmatig aan lichaamsbeweging, tenzij regelmatig wandelen.

Kwetsbaar (4): kan zichzelf wel beredderen voor dagelijkse activiteiten, maar geeft aan 'vertraagd of snel moe' te zijn of last te hebben van ziektesymptomen. Zwaar huishoudelijk werk gaat moeizaam.

Milde frailty (5): heeft beperkte hulp nodig van anderen voor instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven **(IADL):** financiën, inname van medicatie, koken en huishouden, gaan winkelen, zich zelfstandig buitenshuis begeven lukt minder.

Matige frailty (6): Heeft hulp nodig voor alle activiteiten van het dagelijkse leven (**ADL,** zelfzorg) en alle **IADL** (instrumentele ADL) . Heeft hulp nodig voor licht huishoudelijk werk, onderhoud van woning, moeilijkheden met oplopen van trappen, komt zelf bijna niet buiten.

Ernstige frailty (7): volledig afhankelijk voor zelfzorg (cognitief/fysiek). Geen acute problemen, relatief stabiel.

Zeer ernstige frailty (7): volledig afhankelijk, naderend levenseinde. Deze persoon herstelt vaak niet van een banale ziekte zoals verkoudheid.

Bij personen die lijden aan dementie komt de ernst van dementie overeen met de graad van frailty:

Milde dementie (6): milde geheugenproblemen: vergeten van recente gebeurtenissen, sociaal isolement, herhalen van een verhaal.

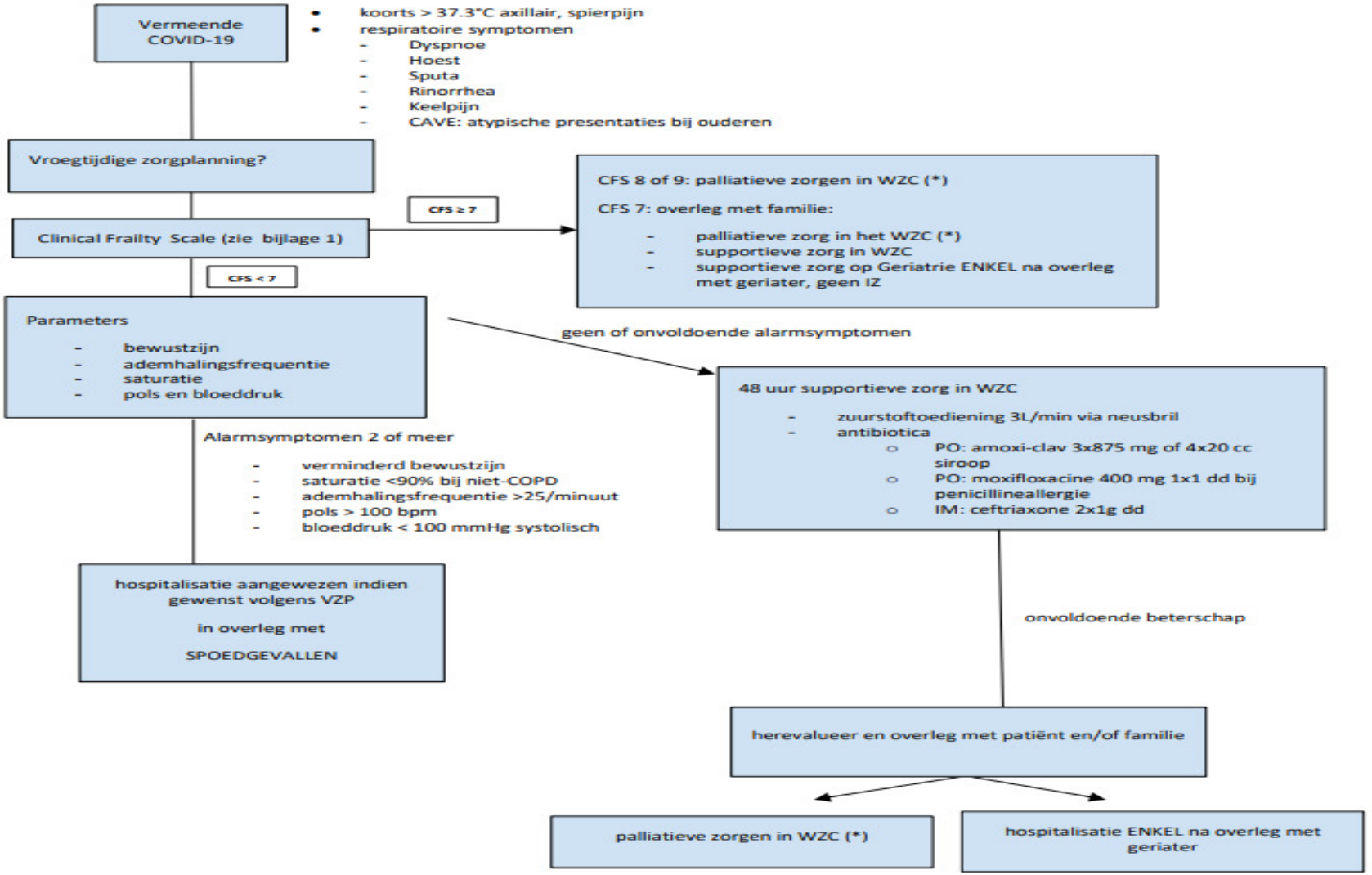
Bij **matige dementie** (7) zijn elementen uit de eigen levensloop gekend. Zelfzorg is mogelijk door het aanbieden van verbale ondersteuning.
Bij **ernstige dementie (7)** is zelfzorg niet meer mogelijk.

Rockwood et al: CMAJ 2005;173: 498-495
Versie az alma 20191113, geldig tot 20221101

az alma

Beslissing opname bij mogelijk COVIDpos WZC bewoner

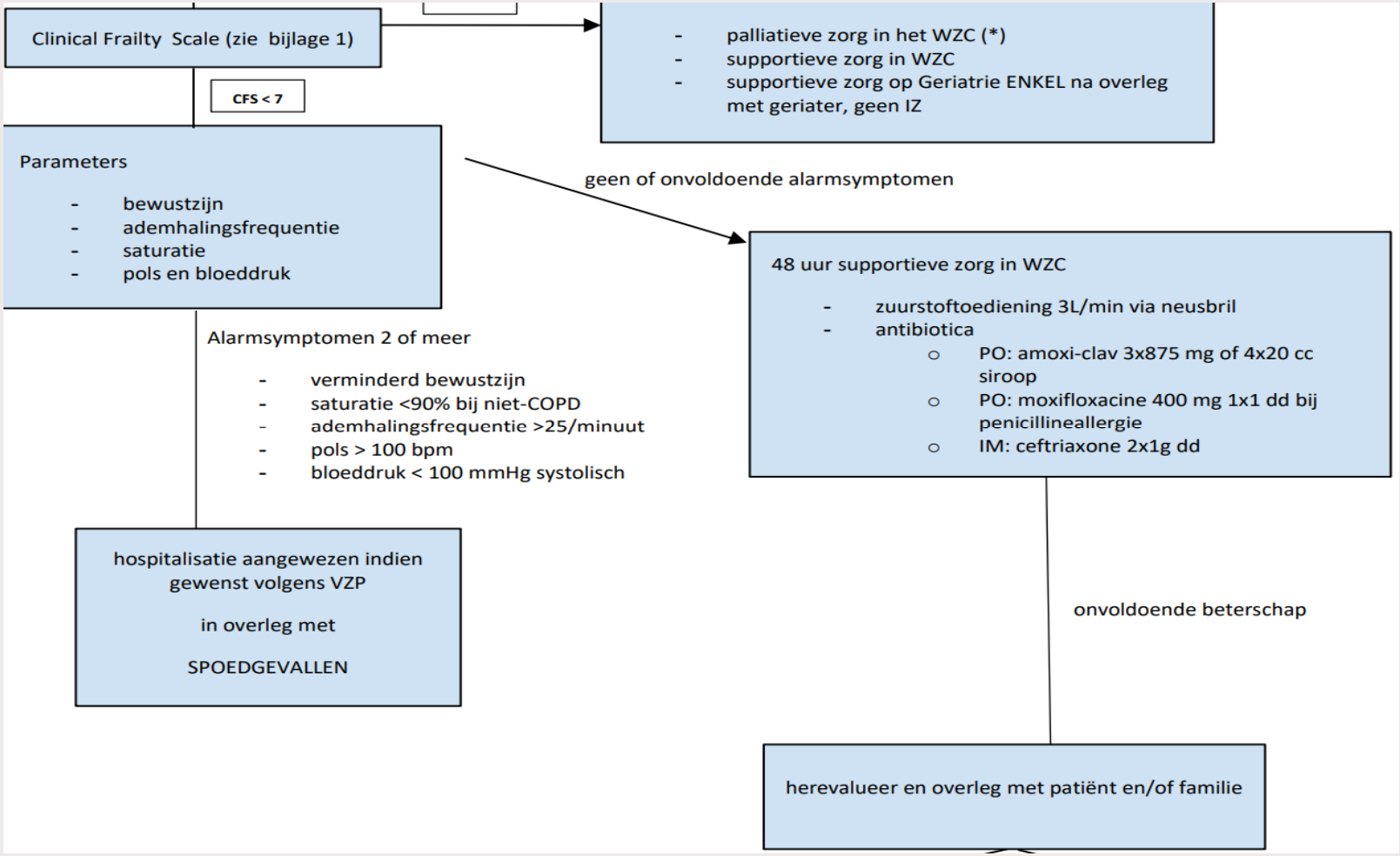
Flowchart COVID-19 voor bewoners van WZC



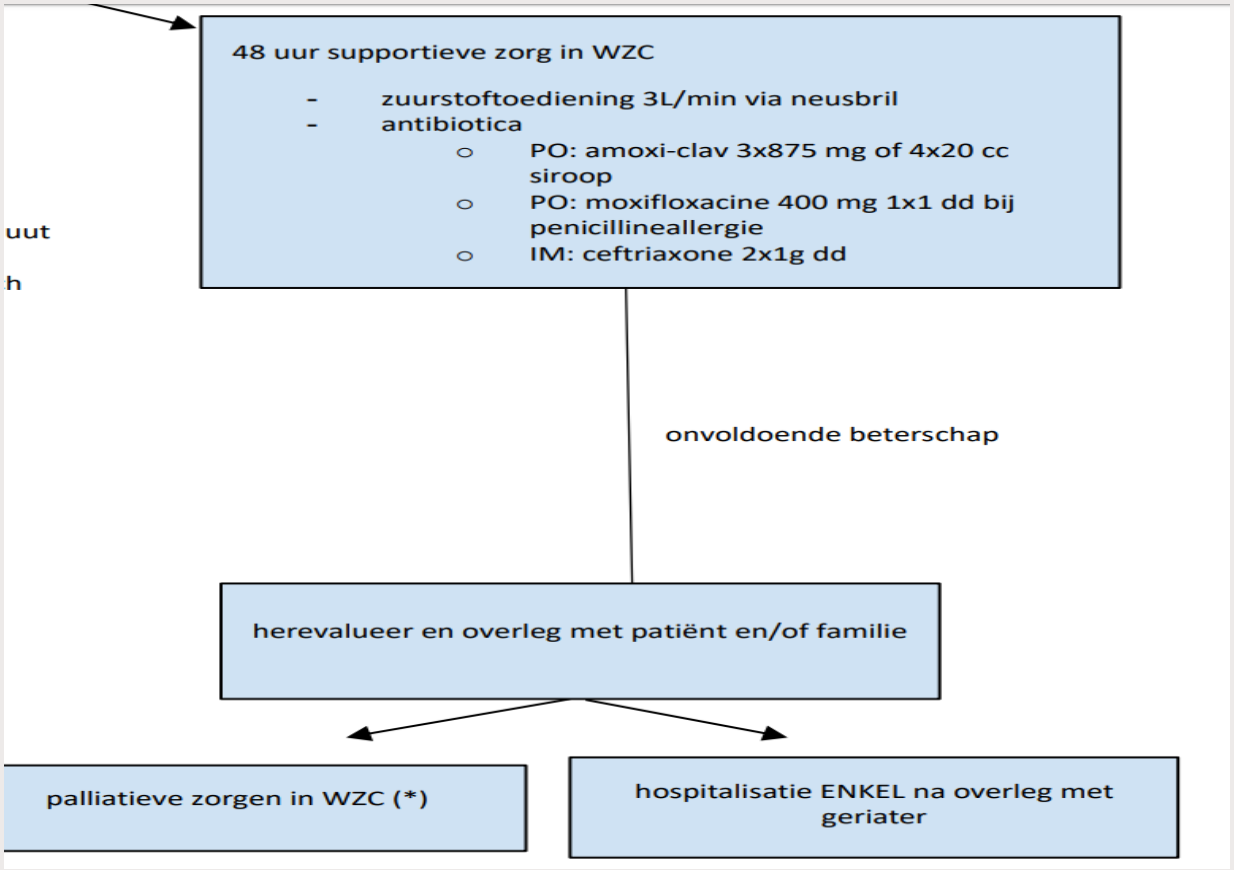
(*) zie document "respiratoire symptomen bij palliatieve patiënten"

Noot: maatregelen bij vermoeden van COVID-19 in WZC (Agentschap Zorg & Gezondheid):
https://zeg.login.kanooh.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg

Indien CFS < 7


Clinical Frailty Scale (zie bijlage 1)
CFS < 7
- palliatieve zorg in het WZC (*)
- supportieve zorg in WZC
- supportieve zorg op Geriatrie ENKEL na overleg met geriater, geen IZ
Parameters
- bewustzijn
- ademhalingsfrequentie
- saturatie
- pols en bloeddruk
geen of onvoldoende alarmsymptomen
48 uur supportieve zorg in WZC
- zuurstoftoediening 3L/min via neusbril
- antibiotica
o PO: amoxi-clav 3x875 mg of 4x20 cc siroop
o PO: moxifloxacine 400 mg 1x1 dd bij penicillineallergie
o IM: ceftriaxone 2x1g dd
Alarmsymptomen 2 of meer
- verminderd bewustzijn
- saturatie <90% bij niet-COPD
- ademhalingsfrequentie >25/minuut
- pols > 100 bpm
- bloeddruk < 100 mmHg systolisch
hospitalisatie aangewezen indien gewenst volgens VZP
in overleg met
SPOEDGEVALLEN
onvoldoende beterschap
herevalueer en overleg met patiënt en/of familie

Indien CFS < 7


48 uur supportieve zorg in WZC
- zuurstoftoediening 3L/min via neusbril
- antibiotica
○ PO: amoxi-clav 3x875 mg of 4x20 cc siroop
○ PO: moxifloxacine 400 mg 1x1 dd bij penicillineallergie
○ IM: ceftriaxone 2x1g dd
uut
h
onvoldoende beterschap
herevalueer en overleg met patiënt en/of familie
palliatieve zorgen in WZC (*)
hospitalisatie ENKEL na overleg met geriater

Kwetsbaarheidschaal van Rockwood

Clinical frailty scale

Zeer fit (1): zeer actief, vol energie en gemotiveerd. Doet heel regelmatig aan sport en behoort tot de meest robuuste van zijn leeftijdsgroep.

Gezond (2): heeft geen actieve ziekte maar is minder fit dan categorie 1. Doet vaak aan lichaamsbeweging, vaak meer actief in bepaalde seizoenen (vb zomer).

Houdt stand (3): heeft medische problemen, maar die zijn goed onder controle. Doet niet regelmatig aan lichaamsbeweging, tenzij regelmatig wandelen.

Kwetsbaar (4): kan zichzelf wel beredderen voor dagelijkse activiteiten, maar geeft aan 'vertraagd of snel moe' te zijn of last te hebben van ziektesymptomen. Zwaar huishoudelijk werk gaat moeizaam.

Milde frailty (5): heeft beperkte hulp nodig van anderen voor instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven **(IADL):** financiën, inname van medicatie, koken en huishouden, gaan winkelen, zich zelfstandig buitenshuis begeven lukt minder.

Matige frailty (6): Heeft hulp nodig voor alle activiteiten van het dagelijkse leven (**ADL,** zelfzorg) en alle **IADL** (instrumentele ADL) . Heeft hulp nodig voor licht huishoudelijk werk, onderhoud van woning, moeilijkheden met oplopen van trappen, komt zelf bijna niet buiten.

Ernstige frailty (7): volledig afhankelijk voor zelfzorg (cognitief/fysiek). Geen acute problemen, relatief stabiel.

Zeer ernstige frailty (7): volledig afhankelijk, naderend levenseinde. Deze persoon herstelt vaak niet van een banale ziekte zoals verkoudheid.

Bij personen die lijden aan dementie komt de ernst van dementie overeen met de graad van frailty:

Milde dementie (6): milde geheugenproblemen: vergeten van recente gebeurtenissen, sociaal isolement, herhalen van een verhaal.

Bij **matige dementie** (7) zijn elementen uit de eigen levensloop gekend. Zelfzorg is mogelijk door het aanbieden van verbale ondersteuning.
Bij **ernstige dementie (7)** is zelfzorg niet meer mogelijk.

Rockwood et al: CMAJ 2005;173: 498-495
Versie az alma 20191113, geldig tot 20221101

az alma

Overzicht gegevens WZC (n= 1430)

- N= 1430 bewoners uit 14 verschillende WZC

- 193 bewoners covid positief geworden (13,5 %).

=> Hiervan overlijden 50 bewoners (25,9 %)

- 152 bewoners bleven in het WZC, 30 overlijden (20%)
- 41 bewoners gehospitaliseerd, 20 overlijden (49%)

- *Reacties van CRA/WZC ?*

az alma

Overzicht gegevens az alma, 80 plus

- 56 patienten opgenomen maart-april-17 mei

- 28 patienten uit WZC, 11 overleden (39,3%)
  - Tav vlaams sterftecijfer 85 plussers bij besmetting 35 %

- 28 patienten vanuit thuis, 13 overleden (46%)
  - Tav sterftecijfer 85 plussers bij besmetting 10 %

  - *Reacties van CRA/WZC ?*

az alma

Kwalitatieve feedback van WZC (3)

- Skypesessies =meerwaarde (1)
- Bereikbaarheid geriaters via CRA : ok(1), grote tevredenheid (2), persoonlijk overleg begin covid (1)
- Inbreng ZHS naar cohortering : Via Zorg-Saam (2), ok (1)
- Inbreng personeel :
  - Niet nodig (2)
  - Ondersteuning beantwoordde niet aan de verwachtingen. samenwerkingsvormen uit te werken in crisissituatie ? (1)
- Inbreng PBM:
  - Niet nodig (1), OK (1), zeker bij overname van 1e covid materiaal van ziekenhuis. (1), Via Zorgsaam : zeer moeilijk eerste weken (1)
- Testmateriaal : begin mei pas (1)
- *Reacties van CRA/WZC ?*

az alma

Kwalitatieve feedback van WZC (2)

- **Frailty score :**
- *"De FS werd niet gehanteerd. Een selectie maken wie wel nog en wie niet meer mag doorgestuurd worden naar een ziekenhuis is voor onze sector WZC een brug te ver. De ervaring was dat de doorgestuurde bewoners wél correct werden opgenomen. "*
- *"De richtlijn van BVGG kwam op het moment van uitbraak. Dus multidisciplinair tijd hieraan besteden lukte niet. Op een bepaald ogenblik heeft 1 verantwoordelijke dit op zich genomen, afgaande uit gegevens van VZP, actuele toestand van bewoner en kennis van die bewoner. De meeste bewoners socren boven de 6, een klein aantal onder de 6."*
- *"Geen problemen met scores, toegekend door dagverantwoordelijken in overleg met de persoonlijke huisarts van de patient. Wanneer er een DNR code was die niet overeenstemde met frailty van 8-9, heeft CRA de huisarts gecontacteerd om de DNR score te herbekijken in dit licht, samen in overleg met de familie. "*
- *Reacties van CRA/WZC ?*

az alma

Kwalitatieve feedback vanuit covid G

- **Prodromaal GI symptomen** : "teken dat covid in WZC is"
  - Eetlust neemt af 84 %, Diarree 39 % (voor respiratoire symptomen) (wuhan rapport)
  - EHPAD Montpellier : 50% van patienten met diarree hadden pos respiratoire pcr (met 7 dagen tussenin vaak tot respiratoire symptomen). Rectale pcr is zinloos.
  - Respiratoire symptomen komen later.
  - Quarantaine maatregelen en pcr testing (bewoners en personeel) asap is op dat moment al zinvol om outbreak zo klein mogelijk te houden !

az alma

Kwalitatieve feedback vanuit covid G

- "**onverwachte covid diagnoses" :** (montpellier, az alma)
  - Pt die normaliter niet vallen, plots wel spierzwakte
  - Pt die normaliter niet verward zijn, plots wel TIA, infarct, embool,..
  - Pt die normaliter goed eten, plots niets meer eten

  ⇒ Het optreden van geriatrisch syndroom op zeer abrupte, plotse wijze bij een persoon waarvan je dit niet verwacht.

- **Plots dyspnee** = covid tot tegendeel is bewezen.
- **Immunologische fenomenen :**
  - Progressieve spierzwakte (Guillain Barré) 2 pt op 56 !
  - Pericarditis

az alma

Kwalitatieve feedback vanuit covid G

- **Patienten met dementie van frontale type waren oververtegenwoordigd op covid –G.** Mogelijke verklaring:
  - Ze zijn niet bang voor het virus ('het bestaat niet').
  - Ze komen overal aan, vnl op high touch oppervlakken en dragen het overal rond...
  - Ze dolen rond op de gangen en de kamers van anderen.. Als anderen angst hebben en binnen blijven...
  - Ze zijn niet in staat om zonder verbale hulp hun handen goed te wassen en te ontsmetten (executieve functies).
  - Ook ikv MDRO hebben we dit in onze kleine aantallen van onze studie (restaurant/oefenzaal en MDRO) kunnen opmerken.

  ⇒ extra aandacht naar handhygiene van deze bewoners !!

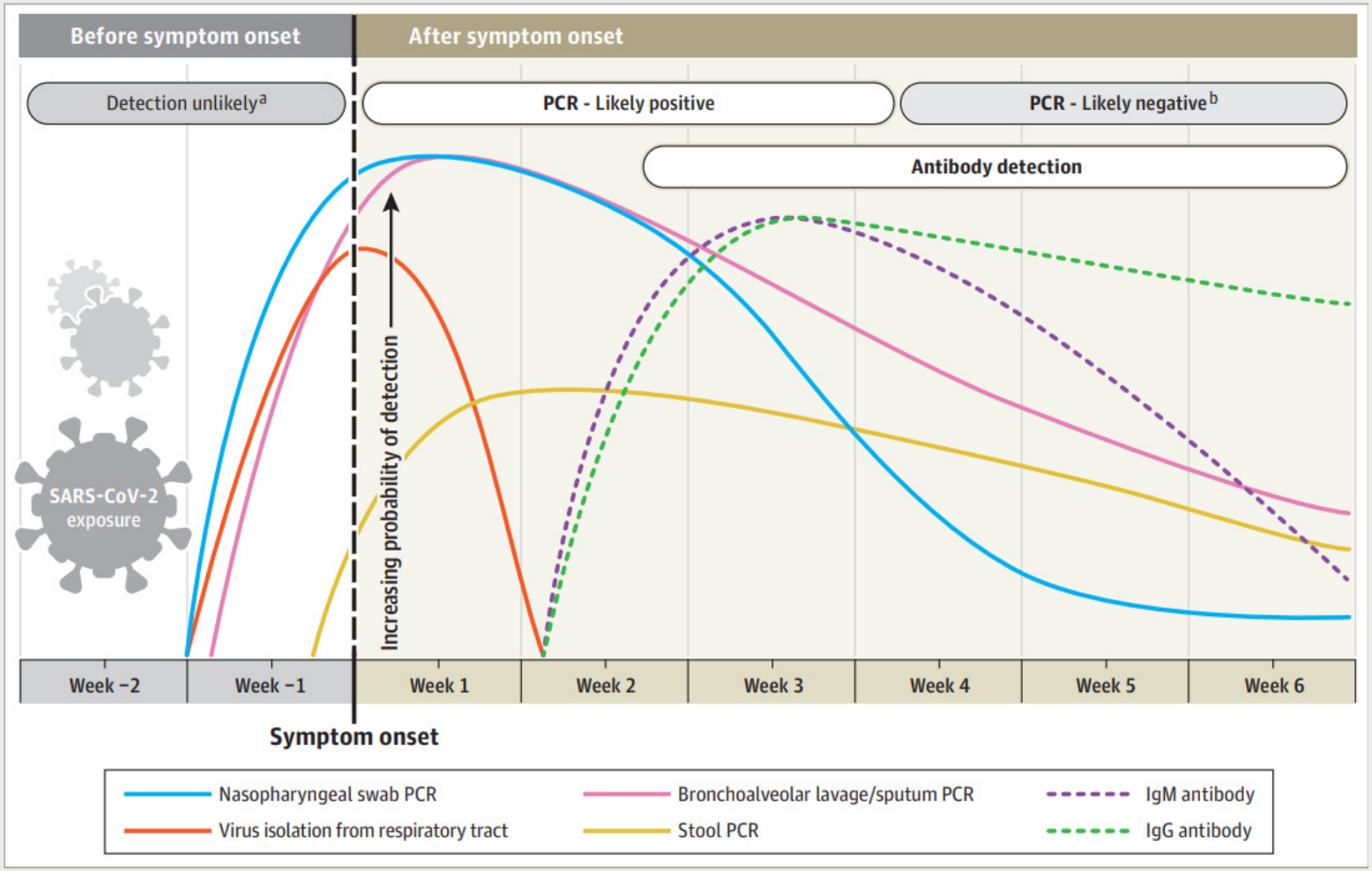
  ⇒ *Reacties van CRA/WZC ?*

az alma

Test strategie bij ontslag naar WZC a piette

- Test strategie bij ontslag naar WZC vanuit az alma :
  - covid, mrsa, cpe en vre (dr piette).
  - Casuistiek : betekenis van pcr, CT thorax en antistoffen in een klinische context.

Test strategie bij ontslag naar WZC COVID-19



Sethuraman et al, JAMA June 9, 2020

az alma

Test strategie bij ontslag naar WZC COVID-19

- Een positieve PCR test toont enkel de aanwezigheid van viraal aan, wat niet gelijk staat aan viabel en infectieus virus
- Momenteel geen routine test die toelaat de aanwezigheid van viabel virus te evalueren

az alma

Test strategie bij ontslag naar WZC COVID-19

- Bevestigde patiënten

Om nosocomiale verspreiding te vermijden, zal een COVID-19-patiënt die voor zijn ontslag naar huis wordt overgebracht naar een niet-COVID-afdeling in druppel-contact-spatbril-isolatie blijven **tot:**

- **In het algemeen:**
  - 14 dagen na aanvang van de symptomen EN minstens 3 dagen zonder koorts en een belangrijke verbetering van de respiratoire symptomen

- **Voor de ernstige gevallen** (verblijf op Intensieve Zorgen Eenheid)
  - 28 dagen na aanvang van de symptomen (waarvan minstens 3 dagen zonder koorts en een belangrijke verbetering van de respiratoire symptomen)

    OF
  - minstens 14 dagen na aanvang van de symptomen (waarvan 3 dagen zonder koorts en een belangrijke verbetering van de respiratoire symptomen) EN twee negatieve RT-PCR resultaten op nasofaryngeale stalen of stalen van de onderste luchtwegen, die afgenomen werden met minstens 24u interval tussen.

- Dit onderscheid is gebaseerd op studies die een verlengde virale excretie aantoonden bij patiënten met ernstige COVID-19.

az alma

Test strategie bij ontslag naar WZC COVID-19

- Bevestigde patiënten

7.2.ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

- Als de klinische toestand van de patiënt het toelaat, kan hij/zij uit het ziekenhuis worden ontslagen. Indien de patiënt in het ziekenhuis nog in isolatie was

  - en hij/zij gaat **naar huis**: de patiënt blijft nog tot minstens 7 dagen na het optreden van de symptomen thuis geïsoleerd, of langer als er nog symptomen zijn. Indien de patiënt deel uitmaakt van het zorgpersoneel, zijn aanvullende maatregelen te nemen (zie punt 8.3)

  - en hij/zij keert terug **naar een residentiële collectiviteit** (en andere mensen uit de risicogroep zijn dus aan hem/haar blootgesteld): dezelfde maatregelen moeten toegepast worden als bij een transfer naar een andere ziekenhuisafdeling (zie punt 7.1). .

az alma

Test strategie bij ontslag naar WZC COVID-19

Voor heropname van bewoners **na een ziekenhuisverblijf** en opname van nieuwe bewoners na een ziekenhuisverblijf, geldt:

- **niet-(mogelijke) COVID-19 bewoner**: opname zonder bijkomende maatregelen;
- **(mogelijke) COVID-19 bewoner**: opname met minstens 14 dagen contactdruppel-isolatie te tellen vanaf de start van de COVID-19 symptomen én minstens **drie dagen koortsvrij** én tot een **duidelijke verbetering** van de **symptomen** van COVID-19, vastgesteld door de huisarts of CRA;
- een COVID-19 bewoner die opgenomen wordt in het woonzorgcentrum **na** een **verblijf** op de **intensieve zorgen,** verblijft in **contactdruppel-isolatie**:

  minstens 28 dagen na de start van de COVID-19 symptomen én drie dagen koortsvrij én duidelijke verbetering van de respiratoire klachten;

  of

  minstens 14 dagen na de start van de COVID-19 symptomen én drie dagen koortsvrij én met een duidelijke verbetering van de respiratoire klachten én twee negatieve PCR-testen, afgenomen met een interval van minimum 24 uur[2];
- **In geval van tweepersoonskamer**: bij (her)opname op een tweepersoonskamer worden (mogelijke) COVID-19 bewoners die nog in isolatie zijn en niet-COVID-19 bewoners, **niet samen** op één kamer ondergebracht.

az alma

CASUSSEN

- **Man, 88 jaar**
- 8/04/20 Sars-cov-2 PCR positief
- 12/05/20 Sars-cov-2 PCR negatief
- 26/05/20 Sars-cov-2 PCR positief => prolonged viral shedding

- groot aantal gevallen met late positieve of opnieuw positieve pcr: geen evidentie voor secundaire gevallen en geen virusisolatie
- => hertesten niet zinvol, een positieve hertest negeren (doenbaar??)
- Termijn van niet hertesten?? AZ Alma: 2 maanden

az alma

CASUSSEN

- **Vrouw, 96 jaar**
- CT Thorax: Infectieuze afwijkingen, typisch voor een COVID-19 infectie
- Sars-cov-2 PCR negatief
- => Diagnose COVID-19 op basis van een suggestieve klinische presentatie EN een compatibele CT thorax
- Vals negatieve PCR?
- Laat in ziekteverloop?
- IgG bepaling was zinvol geweest

az alma

CASUSSEN

- **Vrouw, 90 jaar**
- 25/2 opname wegens verschot in de rug en ook hoesten. Chronisch zuurstofdepedent, 2 liter pm Bronchiectasien.
- OP Rx Tx : streperig infiltraat en gekende longnodule links
- Vanaf 1/3 toegenomen ademfrequentie tot 30 bpm (basaal 18) – Vanaf 4/3 toegenomen zuurstofnood tot 4 liter met toegenomen ademfrequentie, sat rond 91%
- Zeer lange hospitalisatie met persisterende problemen. uiteindelijk merenom, amukin, claritromycine, moxifloxacine gekregen. Zeer lang hoog crp met opnieuw bal op 2/4, kweek negatief, doch nadien spectaculair beter na BAL.
- Ontslag op 15/4/2020.

az alma

CASUSSEN

- **Vrouw, 90 jaar**
- 2/3 Sars-cov-2 PCR, respiratoire multiplex en kweek negatief
- 2/3 CT Thorax: pleuroparenchymateuze verdichtingen in het rechter onderveld met obliteratie van onder en middenkwabs bronchi vermoedelijk door mucus
- 19/3 IgG 76,6 AU/ml (nabepaling op 7/6 in knokke- labo az alma)
- 5/6/20 : IgG 7,6 AU/ml (labo nuytnck)

az alma

Diagnose

- SARS CoV – 2 PCR test op keel-neus wisser of nasopharyngeale wisser
- Indien negatief en laag vermoeden klinisch: COVID-19 uitgesloten
- Indien negatief en hoog klinisch vermoeden: herhalen test op wisser, ook SARS CoV serologie bepalen, andere respiratoire pathogenen opsporen, CT Thorax

- Serologie
- Nuttig bij moeilijke diagnostiek, discrepanties tussen beeldvorming en PCR, na 14 dagen symptomen, differentieel diagnose bij atypische klinische presentatie
- Onvoldoende evidentie dat testen nuttig is om PBM's af te bouwen: screening gezondheidswerkers weinig zinvol

az alma

Screeningsbeleid AZ Alma

- **COVID-19**: alle patiënten die voldoen aan de gevalsdefinitie + alle patiënten bij opname (uitzondering bepaalde opnames voor pediatrie) + alle invasieve of risicovolle interventies
- **MDRO: MRSA, CPE en VRE**
- **Screeningsbeleid vanaf midden februari sterk ingeperkt nav tekort wissers!**

Screeningsbeleid AZ Alma

Pré coronabeleid AZ Alma: MRSA, VRE, CPE

1. Wanneer bij opname de patiënt voldoet aan één of meerdere onderstaande criteria, dan wordt hij aanzien als "risicopatiënt op dragerschap MDRO" en wordt er automatisch een screeningsicoon aangemaakt :
    - Op niveau van de patiënt in OAZIS een actief icoon BESMET **B** of SOLATIE **I** hebben
    - Het laatste jaar (365 dagen) opgenomen zijn op een geriatrische verpleegafdeling
    - Afkomstig zijn van een WZC, ttz in OAZIS werd geregistreerd dat de patiënt afkomstig is van een WZC.
    - Het laatste jaar (365 dagen) ten minste 1x gedurende ten minste 14 dagen in AZ Alma opgenomen geweest zijn
    - Transfer van een ander ziekenhuis
    - Bij langdurig verblijf na 2 / 4 / 6 / 8 /……weken na opname
2. Andere risicofactoren die bij de anamnese geëvalueerd worden en die tevens screening vereisen (mocht dit nog niet zijn opgevangen door de vorige 6 criteria) zijn:
    - Chronische wonden, Suprapubis- of gastrostomiesonde, Dialysepatiënt, Insteekpunten langdurig geplaatste katheters of drains, Veehouder zijn

az alma

Screeningsbeleid AZ Alma cf. Advies HGR NR. 9277 APRIL 2019

Tijdens coronabeleid AZ Alma: MRSA, VRE, CPE

1. Wanneer bij opname de patiënt voldoet aan één of meerdere onderstaande criteria, dan wordt hij aanzien als "risicopatiënt op dragerschap MDRO" en wordt er automatisch een screeningsicoon aangemaakt :

MRSA screening (neus, keel, perineum):

- Alle opnames vanuit een WZC (niet vanuit een service flat of kortverblijf)
- Alle opnames die in oasis gemarkeerd zijn met een I of een B
- Na decontaminatie van MRSA positieve patiënten

CPE en VRE screening

- Bij opname worden enkel gekende patiënten (in oasis gemarkeerd zijn met een I of een B) nog gescreend.
- Gekende patiënten ter controle van negativering

- Deze afbouw van risicogroepen voor screening is te verantwoorden door de lage prevalentie van deze MDRO in 2019: CPE: 0,05% positieve screeningen (betreft 2 patiënten), VRE: 0,08% positieve screeningen (betreft 1 patiënt), MRSA: 2,66% positieve screeningen (betreft 85 patiënten)

az alma

Screeningsbeleid AZ Alma cf. Advies HGR NR. 9277 APRIL 2019

Voorstel screeningsbeleid als terug voldoende wissers:

- MRSA:
  - idem als voor Corona
    - Op niveau van de patiënt in OAZIS een actief icoon BESMET B of ISOLATIE I hebben
    - Het laatste jaar (365 dagen) opgenomen zijn op een geriatrische verpleegafdeling
    - Afkomstig zijn van een WZC, ttz in OAZIS werd geregistreerd dat de patiënt afkomstig is van een WZC.
    - Het laatste jaar (365 dagen) ten minste 1x gedurende ten minste 14 dagen in AZ Alma opgenomen geweest zijn
    - Transfer van een ander ziekenhuis
    - Hoog risico afdeling: wekelijks op IZ
- VRE/CPE:
    - Op niveau van de patiënt in OAZIS een actief icoon BESMET B of ISOLATIE I hebben voor VRE/CPE
    - Transfer van een ander ziekenhuis
- ESBL:
  - Geen screening enkel detectie in klinische stalen
- Pseudomonas aeruginosa EN Acinetobacter baumannii:
  - Geen screening enkel detectie in klinische stalen

az alma

Werkinstrument Infectiepreventiebeleid WZC januari 20

- Bij ontslag uit het ziekenhuis krijgt de bewoner een transferdocument mee:
- wanneer MDRO werd vastgesteld,
- en waar MDRO werd gelokaliseerd.
- eventueel ook wanneer en hoe de decontaminatie heeft plaatsgevonden of hoe deze gepland is (MRSA).

- **Momenteel wordt het niet aangeraden om systematisch te screenen op VRE, ESBL of CPE in een WZC.** Het is wel zeer zinvol dat de CRA de laboratoriumresultaten van **klinische stalen opvolgt**. Het vermoeden van een uitbraak kan ontstaan wanneer een toename van CPE of VRE gezien wordt na analyse van de resultaten van de klinische stalen of wanneer er bij opname in het ZH gescreend wordt op deze MDRO.

az alma

Werkinstrument Infectiepreventiebeleid WZC januari 20

- Het systematisch opsporen van MRSA (screenen) bij bewoners bij wie het risico op MRSA-infectie of -kolonisatie laag is, is niet nuttig. Enkel bij een verhoogd risico of wanneer zich een uitbraak voordoet, zal worden gescreend.
- GOSPIZ richtlijnen 2005 (aan herziening toe)

Algoritme voor MRSA-screening in woonzorgcentra

Screening is aangewezen wanneer een bewoner aan het volgende criterium voldoet:

- *de bewoner onderging een ziekenhuisopname in de 6 maanden voor opname en er is geen transferdocument voorhanden dat getuigt van het niet aanwezig zijn van MRSA*
- *of drie van de vier volgende:*
- *de bewoner kreeg een antibiotherapie (fluoroquinolones of cefalosporines) tijdens de voorbije maand*
- *de bewoner heeft een urinesonde of een wonde of een stoma of een katheter*
- *de bewoner heeft een mobiliteitsbeperking (Katz-schaal: categorie B of C)*
- *de bewoner heeft in het verleden een MRSA-infectie of -kolonisatie gehad*

az alma

Werkinstrument Infectiepreventiebeleid WZC januari 20

- **Systematische screening naar MDRO is in WZC NIET zinvol.**
- **Handhygiëne** en de **algemene voorzorgsmaatregelen** blijven van primordiaal belang.
- Bij opflakkeringen of problemen is **overleg met het team ziekenhuishygiëne** van het ziekenhuis waarmee het WZC een functionele binding heeft de eerste stap.
  Ook het OST van het Agentschap Zorg en Gezondheid kan mee ondersteunen. https://www.zorg-en-gezondheid.be/outbreak-support-team

az alma

Tot slot : Vraag vanuit zorgunie

Vraag: zijn er vandaag wzc die acute noden ervaren mbt psychosociale ondersteuning van personeel? Zo ja, welke zijn die concreet.

Aanleiding van de vraag: kabinet Beke kent een gespecialiseerde outreachende opdracht toe aan de CAW en CGG om wzc hierin te ondersteunen.

Hoe beter de vragen in kaart worden gebracht, hoe beter het uiteindelijke aanbod zal aansluiten op de noden in wzc.

Dank aan de wzc die hier alsnog op wensen te reageren

- Letticia.desutter@zorgunie.be
- 0490/410.476

az alma