

DE RISICO'S EN DE CONSEQUENTIES DAARVAN BIJ DE MEEST KWETSBARE CORONAPATIËNTEN

Covid-19 bij ouderen

Covid-19 kent bij ouderen een ernstiger en fataler beloop. In de komende weken verwachten we in Nederland een snelle toename van het aantal besmettingen met SARS-CoV-2. Wat doet het coronavirus bij ouderen en wat betekent dat voor de zorg voor deze kwetsbare groep?

De gegevens uit het buitenland laten zien dat covid-19 bij ouderen ernstiger en fataler verloopt dan bij jongere patiënten. In China is rond de 15 procent van de 80-plussers met covid-19 overleden, in de VS is 31 procent van alle mensen met covid-19-besmettingen boven de 65 jaar, evenals 45 procent van de ziekenhuisopnames en 80 procent van de overlijdens, in Italië is 88 procent van de overledenen boven de 70 jaar.¹⁻³ In de *tabel* staat de *case fatality rate* per leeftijdsgroep op basis van cijfers uit VS en Italië. Vooral COPD en cardiale aandoeningen lijken een negatieve invloed te hebben op het ziektebeloop.¹ Het is bekend dat

het klinisch beloop grillig kan zijn, mensen kunnen zichtbaar herstellen en na ongeveer vijf dagen alsnog zeer ernstig ziek worden, waardoor ziekenhuiszorg of ic-zorg noodzakelijk is of iemand komt te overlijden. Het is cruciaal dat we ouderen passende zorg bieden. De mate van kwetsbaarheid speelt daarin een belangrijke rol.

Biologische leeftijd

Bij ouderen is het essentieel onderscheid te maken tussen de kalenderleeftijd en de biologische leeftijd. De biologische leeftijd hangt samen met de mate van kwetsbaarheid. Iemand van 80 kan nog heel fit en gezond zijn, iemand van 70 kan al meerdere chronische ziekten en dementie hebben, waardoor de biologische leeftijd hoger is en de kans op beperkingen en overlijden groter is. Kwetsbaarheid wordt gedefinieerd als verminderde fysiologische reserves door verouderingsprocessen.⁴ Kwetsbare ouderen hebben vaak meerdere chronische ziekten en geriatrische syndromen zoals mobiliteitsproblemen, vallen en dementie. Door hun verminderde fysiologische reserves levert covid-19 vrijwel altijd een ernstige verstoring van meerdere orgaanfuncties op, waardoor ziekenhuisopname nodig is. Dit is ook te zien in de Amerikaanse cijfers. Van de 75- tot 84-jarigen (positief getest) werd 30-58 procent opgenomen, van de 85-plussers 31-70 procent.⁵

Bovendien is de ziektepresentatie van kwetsbare ouderen vaak atypisch. Bij covid-19 wordt in de klinische praktijk in Nederland bijvoorbeeld hypoxemie gerapporteerd zonder dyspneu en is dit veelal voorbode van subacute verslechtering of gaan vallen en delier vooraf aan pulmonale symptomen. De uitkomsten van kwetsbare ouderen na acute ziekenhuisopname zijn 'normaal' al slecht; de sterfte in deze groep is 50 procent na een jaar en nog eens 20 procent rapporteerde een verminderde zelfredzaamheid.^{6,7} Voor covid-19-patiënten is dit waarschijnlijk nog zorgwekkender.

Case fatality rate gebaseerd op gegevens in Italië en VS^{2,3}

ITALIË		VS	
leeftijdsgroep	case fatality rate	leeftijdsgroep	case fatality rate
0-30	0	0-19	0
30-39	0,3	20-44	0,1-0,2
40-49	0,4	45-54	0,5-0,8
50-59	1,0	55-64	1,4-2,6
60-69	3,5	65-74	2,7-4,9
70-79	12,5	75-84	4,3-10,5
80-89	19,7	>85	10,4-27,3
>90	22,7		



PATRICIA REHE / HOLLANDESE HOOGTE

De belangrijkste interventie voor de meest kwetsbare ouderen is sociale isolatie om besmetting te voorkomen.

Ic-opname

De impact van een ic-opname bij ouderen is groot. Cohort-studies waarbij 70-plussers tijdens en na een acute ic-opname gevolgd worden, rapporteren een mortaliteit van 49 procent binnen zes maanden bij een gemiddelde opnameduur van tien dagen.⁸ Van de overige 51 procent heeft nog eens 30 procent beperkingen in het functioneren. Bij een andere studie uit de VS is de mortaliteit binnen zes maanden 26 procent voor niet-kwetsbare ouderen en 55 procent voor kwetsbare ouderen bij een gemiddelde opnameduur van drie dagen.⁹ Langdurige beademing leidt bovendien vaak tot een belangrijke achteruitgang van de cognitie.¹⁰ De belangrijkste factoren die bijdragen aan deze slechte uitkomsten zijn al aanwezige fysieke beperkingen, comorbiditeit, kwetsbaarheid, zich ook vertalend in hogere APACHE-II (ernst van acute ziekte)-scores.^{8,9,11} Een belangrijke oorzaak van deze slechte uitkomsten is ook het continue verlies van spiermassa, wat tijdens mechanische ventilatie 2-3 procent per dag kan bedragen en

Kwetsbare ouderen zullen beademing op de ic vaak niet overleven

wordt versneld door de ernst van het orgaanfalen.¹² De beademing van covid-19-patiënten duurt veelal twee tot vier weken, wat gepaard kan gaan met een spiermassaverlies van meer dan 20 procent. Kwetsbare ouderen zullen een dergelijk lang traject op de ic door covid-19 vaak niet overleven. Daarnaast zullen de gevolgen voor hun zelfredzaamheid en mobiliteit groot zijn. Overigens blijkt dat Nederland, in vergelijking met het buitenland, tijdens deze covid-19-pandemie minder ouderen op de ic opneemt en de meeste ouderen niet op de ic overlijden.^{13,14}

Geen bezoek

Op basis van bovenstaande bevindingen doen we een aantal suggesties om besmetting te voorkomen en de juiste zorg voor kwetsbare ouderen met covid-19 op de juiste plaats te organiseren. We zijn ons ervan bewust dat aantallen patiënten in ons zorgsysteem zodanig kunnen toenemen dat calamiteiten- of rampenplannen operationeel worden. We menen dat ook dan in het geheel van de zorgketen onderstaande items voor (kwetsbare) ouderen onverminderd actueel blijven.

De belangrijkste interventie voor de meest kwetsbare ouderen is sociale isolatie om besmetting te voorkomen. Sinds 19 maart mogen ouderen in verpleeghuizen geen bezoek meer ontvangen. In Brabant en Limburg was deze maatregel al eerder van kracht. Helaas zorgt de maatregel ook voor eenzaamheid. Extra belastend is dat niet duidelijk is hoe lang de maatregelen zullen duren. Voor thuiswonende kwetsbare ouderen is er nu onvoldoende goede informatie. Ons advies aan NHG, RIVM, VWS en ouderenbonden is om dit te ontwikkelen en te ontsluiten via thuisarts.nl en de sites van RIVM en ouderenbonden. De ouderenbonden ANBO en KBO-PCOB hebben informatielijnen die ouderen kunnen bellen.

In kaart brengen

Omdat covid-19 een ernstig beloop en hoge mortaliteit kent bij kwetsbare ouderen is het belangrijk om de kwetsbaarheid in kaart te brengen en het beleid daarop af te stemmen. Dit kan op verschillende manieren; het verdient aanbeveling om voor goede implementatie aan te sluiten op bestaande instrumenten voor het meten van kwetsbaarheid, zoals de *clinical frailty scale*, waarmee door middel van pictogrammen en een tekstuele omschrijving kwetsbaarheid eenvoudig is in te schatten.^{15,16} Belangrijk is dat bij het afnemen wordt gevraagd hoe iemand twee weken vóórdat hij acuut ziek werd functioneerde, omdat bij opname veel mensen ziek en bedlegerig zijn

Een ACP-gesprek gaat over wensen, doelen en voorkeuren van de patiënt

waardoor de kwetsbaarheid overschat kan worden. In verpleeghuizen kan men vrijwel alle bewoners beschouwen als (ernstig) kwetsbaar.

Bij thuiswonende ouderen is het vaststellen van kwetsbaarheid te combineren met een kort geriatrisch onderzoek waar-

ACP-GESPREKKEN KUNNEN DE VOLGENDE STAPPEN OMVATTEN:

1. Exploreer de voorkeuren van de patiënt: heeft hij al nagedacht over behandeling, hoe schat hij zijn eigen gezondheid in, waar wil hij overlijden? De meeste ouderen hebben hier ideeën over.
2. Zorg dat de patiënt kennis heeft over zijn ziekte: in dit geval zal het gaan over covid-19, de mate van kwetsbaarheid en de impact hiervan op de verwachte uitkomsten. De informatie in dit artikel kan hiervoor gebruikt worden. Bij de keus voor opname in het ziekenhuis speelt mee dat er strikte isolatiemaatregelen gelden, met min-
- maal of geen bezoek. Bij opname op de ic kan de impact hiervan besproken worden, als dit nog een reële optie is.
3. Geef een advies over de meerwaarde van insturen naar het ziekenhuis, wel of geen ic-opname of de inzet van palliatieve zorg. Vanwege de onzekerheid bij de patiënt is het goed om als arts het voortouw te nemen en geen open keuzes voor te spiegelen die in de praktijk onhaalbaar zijn.¹⁷
4. Betrek zo mogelijk een naaste bij dit gesprek, zodat die betrokken wordt bij de besluitvorming en leg de wensen schriftelijk vast.

bij medicatie, comorbiteit en fysiek, psychisch en sociaal functioneren wordt uitgevraagd. In sommige regio's wordt deze informatie nu actief telefonisch verzameld of geactualiseerd door praktijkondersteuners, waarbij ook wordt gevraagd naar behandelwensen, netwerk (wie kan helpen als u ziek wordt?), een contactpersoon, en informatie wordt geboden. Veel huisartsenpraktijken hebben deze informatie al als onderdeel van proactieve ouderenzorg. Binnen verpleeghuizen is deze informatie van bewoners ook bekend. Het is essentieel om deze informatie bij verwijzing of voor ziekenhuisopname te delen.

Advance care planning

Kwetsbaarheid beïnvloedt de beslissingen die worden genomen bij het insturen naar het ziekenhuis, een ic-opname of de inzet van palliatieve behandeling. Advance care planning (ACP) is van groot belang om deze beslissingen adequaat te kunnen nemen. ACP-gesprekken zijn bedoeld om te spreken over wensen, doelen en voorkeuren van zorg van de patiënt en gericht op het maken van geïnformeerde en realistische keuzes die passen bij de individuele situatie van de patiënt. Daarvoor wordt ook informatie over de mate van kwetsbaarheid

meegenomen. Als een oudere heel kwetsbaar is, dan is een ic-opname vaak geen realistische optie meer. Deze gesprekken worden bij voorkeur gevoerd voordat een acute verslechtering optreedt en deze keuzes onder tijdsgebrek gemaakt moeten worden (zie *kader*).

Palliatieve zorg

Van het grootste belang is dat ouderen die waarschijnlijk zullen overlijden palliatieve zorg ontvangen, waarbij aandacht is voor symptoombestrijding (benauwdheid, pijn), en voor psychische en sociale zorg voor de patiënt en zijn naasten. Uit de eerste ervaringen in Nederland lijkt met morfine en midazolam een goed resultaat bereikt te worden. Soms moet dit worden aangevuld met symptomatische behandeling van een delier. Er is echter nog weinig systematische kennis hoe de laatste levensfase van covid-19 er bij ouderen uitziet. Er lijkt behoefte aan palliatieve zorg thuis en in het verpleeghuis. Op palliaweb.nl/corona staan protocollen voor palliatieve zorg thuis, verpleeghuis en ziekenhuis met bijvoorbeeld informatie over medicamenteuze ondersteuning en behandelwensformulieren, op pallialine.nl staan praktische richtlijnen. Door onbekendheid met het beloop, isolatie en beperkte sociale contacten kunnen angst, depressieve klachten en eenzaamheid ontstaan. Mensen moeten hun laatste dagen relatief alleen doorbrengen, een zeer schrijnende situatie. In veel regio's zijn Centra voor Levensvragen waar geestelijk verzorgers ondersteuning bieden; ook pastoraal werkers, psychologen en de POH-ggz kunnen ondersteunen. De WHO biedt een handboek palliatieve zorg in crisissituaties, met belangrijke aandachtspunten.¹⁸ Het omvat adviezen over medicatie voor symptomen in de palliatieve fase en over welke palliatieve zorg noodzakelijk is. Geriatrische en palliatieve zorgspecialisten zijn in de meeste instellingen toegevoegd aan de covid-crisisteam. Dit is onmisbaar om de juiste zorg te kunnen bieden.

Ten slotte is het van groot belang om ondersteuning en goede nazorg te bieden aan de medewerkers die deze zorg moeten bieden in deze ongewone tijden. ■

contact

b.m.vanes@amsterdamumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE HUISARTS



JOS VAN BEMMEL is
praktijkhouder in Amersfoort

Onzichtbare vijand

Het kleine, onzichtbare strengetje RNA houdt me aardig bezig. Dood, angst en onzekerheid. Mijn gedachten dwalen makkelijk af naar mijn tropentijd in Kenia. Dagelijks overleden kinderen op onze afdeling van dertig bedden, waar soms wel 75 moeders met hun kinderen lagen. Wanneer een kind overleed, renden alle moeders solidair naar buiten en weeklaagden minutenlang 'mwana wanche', mijn kind. Elke 'mwana wanche' voelde als een dolksteek. Waarom had ik die kinderen niet kunnen redden? De vijand was zichtbaar: honger en onwetendheid.

Ik denk aan de Tweede Wereldoorlog, aan de verhalen van mijn ouders over saamhorigheid, verzet, honger, over Hitlermoppen, goeie en slechte Duitsers, over NSB'ers. De vijand was zichtbaar en droeg een uniform. Na de oorlog de euforie, de wederopbouw. Pas in de

IK ZAL MEER MENSEN MET EEN DEPRESSIE GAAN ZIEN

jaren zestig, toen ik op de middelbare school zat, vielen vaders en moeders om, gevelde door het KZ-syndroom, PTSS avant la lettre. Wat zal corona, een onzichtbare vijand, ons brengen: moeilijker te bestrijden dan Duitsers

of honger? Zoals bij elke crisis heeft elk nadeel zijn voordeel. We zien saamhorigheid, humor, lege agenda's, creativiteit, burn-outers die opknappen. Tijdens 'de wederopbouw' zal er fundamenteel iets aan onze maatschappij moeten veranderen. Minder contact tussen mens en dier en meer aandacht voor de planeet. Als huisarts zal ik tijdens de 'wederopbouw' meer mensen met een depressie gaan zien. Vereenzaamde ouderen, kinderen die geen afscheid hebben kunnen nemen van hun overleden ouders. En wellicht volgt jaren later nog een epidemie PTSS.

Toch zal ook deze crisis de mensheid uiteindelijk weer vooruithelpen, al is het alleen maar door de wetenschap dat boerka's en geen handen geven zo gek nog niet is en dat er leven mogelijk is zonder toiletpapier.