

Beleid heupfracturen bij zeer kwetsbare ouderen

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Aanleiding

In 2022 zijn de resultaten van de Nederlandse FRAIL-HIP studie verschenen. De belangrijkste conclusie van deze studie is dat het niet opereren van een heupfractuur in een groep van zeer kwetsbare ouderen (Frailty index ≥ 7) woonachtig in het verpleeghuis een acceptabele keuze kan zijn. Het verkennen van de wensen van de patiënt en mantelzorgers blijkt essentieel om een goede keuze te maken. Nieuwe anesthesietechnieken bieden mogelijkheden voor (aanvullende) pijnbehandeling waardoor betere pijnstilling mogelijk is bij de keuze om niet te opereren. De werkgroep ontwikkelde een regionale transmurale afspraak (RTA) gericht op in eerste instantie verpleeghuispatiënten.

Specialisten ouderengeneeskunde, artsen Verstandelijk Gehandicapten, medisch specialisten en huisartsen, hebben behoefte aan samenwerkingsafspraken omtrent het behandelen (= opereren versus niet opereren) van zeer kwetsbare ouderen. De ervaring is dat bij deze zeer kwetsbare groep een heupfractuur vaak een knik in het functioneren geeft en het begin kan vormen van een terminaal proces. Dus wat dan te doen? En hoe doe je dat samen? Patiënt wel of niet insturen voor een operatie? Of pijnbestrijding in combinatie met palliatieve zorg inzetten?

Doelstelling

Het maken van regionale transmurale samenwerkingsafspraken m.b.t het zorgpad voor zeer kwetsbare ouderen woonachtig in het verpleeghuis met een (verdenking) op een heupfractuur. Met als doel:

- Onnodige ziekenhuisopnames en medische interventies te voorkomen;
- Adequate symptoombestrijding/(pijn)behandeling in te stellen;
- Handvatten te bieden die bijdragen aan het gezamenlijke besluitvormingsproces over de te kiezen behandeling.

Uitgangspunt

Uitgangspunt van het medische – en zorgbeleid is, dat een operatieve ingreep de beste (pijn)behandeling is voor zeer kwetsbare oudere met een heupfractuur mits:

- Dit in de lijn is met de wens van de patiënt/diens eventuele wettelijk vertegenwoordiger;
- Er geen medische contra-indicaties zijn voor een operatie (morbiditeit- en mortaliteitsrisico's).

Heupfractuur in een woon-zorgvoorziening voor ouderen

Met zeer kwetsbare ouderen, die zijn opgenomen in een woon-zorgvoorziening, worden gesprekken gevoerd over proactieve zorgplanning (PZP). De afspraken over de behandelwensen en -grenzen worden, in afstemming met de regiebehandelaar, vastgelegd in het patiëntendossier en zijn in principe leidend (zie ook RTA Tijdig spreken over het levenseinde).

Insturen naar 2^e lijn gaat altijd in overleg met de 2^e lijns regiebehandelaar, zodat niet alleen de vraagstelling/indicatie kan worden besproken, maar ook de logistiek in casu of one-stop-shop m.b.t. diagnostiek, eventueel MDO en interventie mogelijk is of dat tijdelijk verblijf gewenst is.

Er is geen MDO noodzakelijk indien:

- AHFS van 12 of lager en CFSR van 6 of lager; deze patiënten kunnen zonder MDO worden voorbereid op een operatie;
- patiënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger aangeeft dat hij of zij niet geopereerd wil worden.

Voor een zeer kwetsbare oudere met een verdenking op een heupfractuur zijn er o.b.v. de afspraken over behandelwensen en -grenzen en een aantal scenario's:

- Patiënt **niet verwijzen** en binnen de eigen woonomgeving inzetten op zo optimaal mogelijke zorg en symptoomverlichting
- Patiënt **verwijzen** na overleg met de (dienstdoende) 2^e lijns regiebehandelaar om multidisciplinair te (laten) beoordelen of:
 - operatieve behandeling passend en haalbaar is;
 - pijnstilling via anesthesiologische technieken passend en haalbaar is.

Geadviseerd wordt om vanaf het moment van een verdenking op een heupfractuur, de verwachtingen van patiënt en diens naasten te managen, door te communiceren dat op de SEH/in het ziekenhuis een multidisciplinair team zal beoordelen wat de (behandel)opties zijn en daartoe samen met de patiënt en diens eventuele wettelijk vertegenwoordiger zal besluiten.

Insturen SEH/ziekenhuis

Overdracht van de patiënt

Verzoek, om in de overdracht, over te dragen:

- vraagstelling aan de medisch specialist;
- afspraken over de behandelwensen en -grenzen;
- voorgeschiedenis inclusief medicatie;
- functionaliteit zoals bijv. status van de mobiliteit en de wens/verwachting van mobiliteit na interventie;
- of er sprake is van (gevoerde) dementie en/of andere co-morbiditeit;
- of er sprake is van een gedwongen opname (inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM));
- of er sprake is van maatregelen in het kader van de Wet zorg- en dwangmaatregelen, zogeheten onvrijwillige zorg, zoals beperkingen in de bewegingsvrijheid of gedwongen medicatie;
- of er sprake is van ondervoeding (BMI < 18,5 indien bekend);
- eventueel recente laboratoriumbepalingen (< 3 maanden);
- de contactgegevens van een wettelijk vertegenwoordiger toegewezen door de rechter (curator, mentor) of aangewezen door de patiënt (gemachtigde)

Alle (feest)dagen tussen 17.00 – 8.00 uur krijgt de patiënt met een verdenking op een heupfractuur passende zorg en adequate symptoombestrijding/pijnbehandeling in de woon-zorgvoorziening waar hij/zij verblijft en wordt hij/zij de volgende morgen ingestuurd naar de SEH/ziekenhuis. Tenzij, dit stuit op onoverkomelijke wensen van de patiënt/diens eventuele wettelijk vertegenwoordiger.

Alle (feest)dagen tussen 8.00 – 17.00 uur in sturen naar SEH/ziekenhuis, alwaar:

- overdracht en (hetero) anamnese;
- herbevestiging van behandelwensen en behandelgrenzen;
- bepalen van de Clinical Frailty Scale (CFSR: zie bijlage 2);
- bepalen Almelo Hip Fracture Score (AHFS zie bijlage 3);
- beeldvormende diagnostiek om inzicht te krijgen in type heupfractuur;
- laboratoriumdiagnostiek: hemoglobine, kruisbloed, nierfunctie, natrium/kalium.

Na afronding anamnese en diagnostiek vindt in principe een MDO plaats, voorbereid door de regiebehandelaar indien:

- AHFS 13 of hoger, of;
- CFSR 7 of hoger, of;
- indien een van de betrokken specialisten een andere reden heeft.

Aan het MDO nemen deel:

Altijd:

- orthopedisch chirurg/traumatoloog en anesthesioloog/pijnspecialist en

Indien nodig/wenselijk:

- SEH-arts,
- Klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde
- Verwijzer, te weten SO of arts VG

In het MDO worden behandelopties besproken en besloten:

- Diagnose i.c.m. met de behandelwensen en behandelgrenzen;
- Voorgestelde behandeling:
 - **Operatie;** operatietechniek o.b.v. type fractuur
 - **Type Pijnbehandeling;** o.b.v. type fractuur
- Revalidatiemogelijkheden, zeker als er sprake is van (vergevoerde) dementie en daardoor het (ernstig) verminderd vermogen instructies te onthouden en te leren.

NB In het geval dat de instellingsarts, reeds samen met patiënt en naasten heeft besloten, om een patiënt op het vermoeden van een heupfractuur niet meer te opereren, maar aan te bieden voor pijnstilling middels een PENG blokkade. Samen met beeldvorming, is het streven om deze behandeling poliklinisch volgens het zgn. one stop shop principe te organiseren. De verwijzend arts kan rechtstreeks verwijzen naar pijnspecialist. Hoe dit zorgpad logistiek is georganiseerd is locatie specifiek.

Gezamenlijke besluitvorming

De uitkomst van het MDO, wordt door de regiebehandelaar, in scenario's besproken met patiënt en diens naasten en eventuele wettelijk vertegenwoordiger, waarna gezamenlijk de behandelkeuze wordt gemaakt.

De te bespreken scenario's zijn afhankelijk van beleidsvoorstel:

Operatie:

- operatietechnieken met de verwachte uitkomsten, wat kan de patiënt daarna wel/niet, wat is met geriatrische revalidatie te bereiken rekening houdend met het leer- en adaptief vermogen van psychogeriatrische patiënten.
- wat zijn de operatierisico's, met welke levensverwachting o.b.v. Almelo Hip Fracture Score
- wanneer kan de operatie plaatsvinden
- postoperatieve zorg en (aanvullende) pijnbehandeling
- terugplaatsing naar plaats van herkomst

Pijnbehandeling:

- pijnbehandelingstechniek o.b.v. het type fractuur met de verwachte uitkomsten, wat kan de patiënt daarna wel/niet
- welke zorg heeft de patiënt nodig na de pijnbehandeling
- levensverwachting
- terugplaatsing naar plaats van herkomst

Behandeling

De operatie en/of pijnbehandeling vindt bij voorkeur < 24 uur plaats, waarna de patiënt zo spoedig mogelijk én in overleg met de verwijzer per ambulance wordt teruggeplaatst naar plaats van herkomst.

Namens de huisartsen

Annekien Jongbloet
Gabrielle Schoon

Namens orthopedisch chirurgen/traumatologen

Stijn Geraets (Anna)
Niek Schepel (CZE),
Alexander van der Veen (CZE),
Marijn van den Besselaar (voorzitter MMC)
Wesley Theunissen (MMC)

Namens de Specialisten Oudergeneeskunde

Paul Geels (Valkenhof)
Monireh Fahimi (Vitalis)

Namens anesthesiologen/pijn specialisten

Bart Liebrand (Anna),
Anne Moll (CZE),
Hans van Suijlekom (CZE),
Loes Hoogveld (MMC)

Namens SEH-artsen

Lisanne Hollander (CZE),
Floor Derkx (MMC),
Annemieke Kummeling (MMC),

**Namens Klinisch Geriaters/Internisten
ouderengeneeskunde**

Jitske Slagmeulen (Anna)
Els Lambooij (MMC),

Namens HaCa, THEMA, TransMáx, PoZoB en Stroomz:

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TransMáx.

Goedgekeurd door de regionale Redactieraad Zuidoost Brabant
© 2024

Bijlage 1

Addendum 1:

Beleid heupfracturen bij zeer kwetsbare ouderen niet wonende in een zorginstelling.

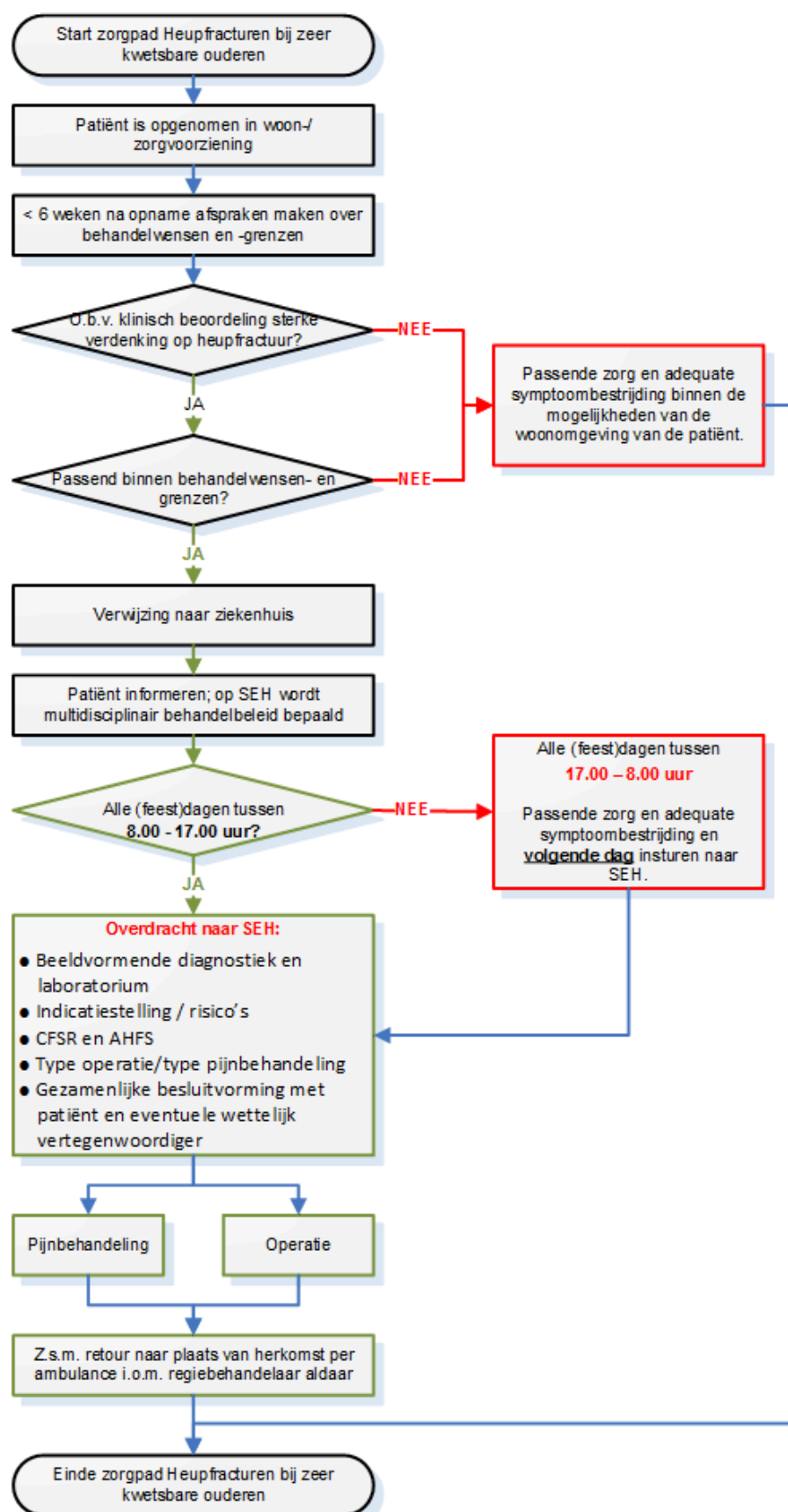
De RTA is tevens toepasbaar op de groep patiënten die niet in zorginstelling woonachtig zijn. Echter zal de patiënt zeer waarschijnlijk na de behandeling niet meer (direct) terug kunnen keren naar de woonsituatie. In deze gevallen zal patiënt worden opgenomen en zal er een klinisch MDO en gezamenlijk besluitvormingsgesprek plaats vinden, waarna behandeling wordt ingezet. Vanuit de klinische setting zal dan de meest geschikte nabehandeling locatie worden georganiseerd.

Addendum 2;

Insturen vanuit zorginstelling voor pijnbehandeling zonder MDO.

In voorkomende gevallen kan het zijn dat de instellingsarts, reeds samen met patiënt en naasten heeft besloten om een patiënt op het vermoeden van een heupfractuur niet meer te opereren, maar aan te bieden voor pijnstilling middels een PENG blokkade. Samen met beeldvorming is het streven om deze behandeling poliklinisch volgens het zgn. one stop shop principe te organiseren. De verwijzend arts kan rechtstreeks verwijzen naar pijnspecialist. Hoe dit zorgpad logistiek is georganiseerd is locatie specifiek.

Bijlage 2 Stroomschema zorgpad heupfracturen bij zeer kwetsbare ouderen



Bijlage 2 Clinical Frailty Scale van Rockwood (CFSR)

- ≥ 7 : indicatie multidisciplinaire beoordeling
- < 7 : indicatie operatie
- Bij discussie en/of onduidelijkheid overleg met dienstdoende specialist

	1. Zeer fit • Krachtig, actief, energiek en gemotiveerd • Oefenen regelmatig • Behoren tot de fitste van hun leeftijd
	2. Fit • Geen actieve ziektesymptomen maar minder fit dan 1. • Bewegen vaak of zijn meer actief tijdens seizoengebonden activiteiten
	3. Zelfredzaam • Medische problemen goed onder controle • Niet regelmatig actief, behalve routine wandelingen
	4. Risico op kwetsbaarheid • Niet afhankelijk van anderen voor dagelijkse hulp • Vaak klachten die activiteiten beperken • Veel gehoorde klacht: "traag" of moe zijn gedurende de dag
	5. Licht kwetsbaar • Duidelijk trager • Hulp nodig bij complexe dagelijkse taken (financiën, vervoer, zwaar huishoudelijk werk, medicatie)
	6. Behoorlijk kwetsbaar • Hulp nodig bij activiteiten buitenshuis en huishouden (patiënt is niet in staat een week alleen voor zichzelf te zorgen) • Moeite met traplopen • Ondersteuning bij ADL nodig (ondersteuning bij douchen of wassen; enige hulp bij aankleden)
	7. Erg Kwetsbaar • 24/7 volledig afhankelijk van anderen, zowel op cognitieve als fysieke gronden • Maken toch een stabiele indruk (levensverwachting ong. 6 maanden)
	8. Heel erg kwetsbaar • 24/7 volledig afhankelijk van anderen, naderen levenseinde • Niet meer in staat om van een kleine ziekte episode te herstellen • Bedlegerigheid
	9. Terminale ziekte • Levensverwachting < 6 maanden • Niet op een andere manier duidelijke kwetsbaarheid

The Almelo Hip Fracture Score (AHFS) <i>Risico score formulier</i>		
Leeftijd ○ 70 – 85 jaar ○ ≥ 86 jaar	3 punten 4 punten	Score
Geslacht ○ Man ○ Vrouw	1 punt 0 punten	
Hemoglobine ○ < 6,2 mmol/L ○ ≥ 6,2 mmol/L	1 punt 0 punten	
Cognitieve kwetsbaarheid ○ Ja ○ Nee	1 punt 0 punten	
In een woon-zorgvoorziening ○ Ja ○ Nee	1 punt 0 punten	
Aantal co-morbiditeiten ○ ≥ 2 ○ < 2	1 punt 0 punten	
Maligniteit ○ Ja ○ Nee	1 punt 0 punten	
Parker Mobility Score ○ ≤ 5 ○ > 5	2 punten 0 punten	
ASA classificatie ○ 1 - 2 ○ 3 ○ 4	0 punten 3 punten 7 punten	
Totaal score		
Risico op voortijdige mortaliteit AHFS ≤ 9: Laag risico AHFS 10-12: Medium risico AHFS ≥ 13: Hoog risico		