



Handreiking triage wijkkliniek versus opname in ziekenhuis of tijdelijk verblijf

De wijkkliniek is een nieuw zorgconcept voor kwetsbare ouderen met geriatrische problematiek, die normaalgesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute medische problemen. Ouderen die in de wijkkliniek terechtkomen, krijgen medisch-specialistische zorg in de acute fase, terwijl gelijktijdig wordt gewerkt aan functiebehoud (door vroege revalidatie) en herstel in een, voor deze ouderen, passende omgeving. Vanaf de start van de opname is alle behandeling en zorg gericht op een optimale terugkeer naar huis, zodat de oudere het dagelijks leven weer zo goed mogelijk kan oppakken. Als Leernetwerk Acute Ouderenzorg werken we met proeftuinen uit het hele land samen om het wijkkliniek-concept door te ontwikkelen en breed te implementeren.

Omdat het op de SEH niet eenvoudig is om de juiste indicatie voor vervolgzorg te bepalen, hebben we vanuit de proeftuinen met een [triage-studie](#) de verschillen verduidelijkt tussen de wijkkliniek, een opname in het ziekenhuis en tijdelijk verblijf (ELV/GR/WLZ-crisis). Op basis hiervan hebben we deze handreiking ontwikkeld.

Eline Kroeze,
Aafke de Groot,
Anneke van Vught,
Bianca Buurman,
Susanne Smorenburg

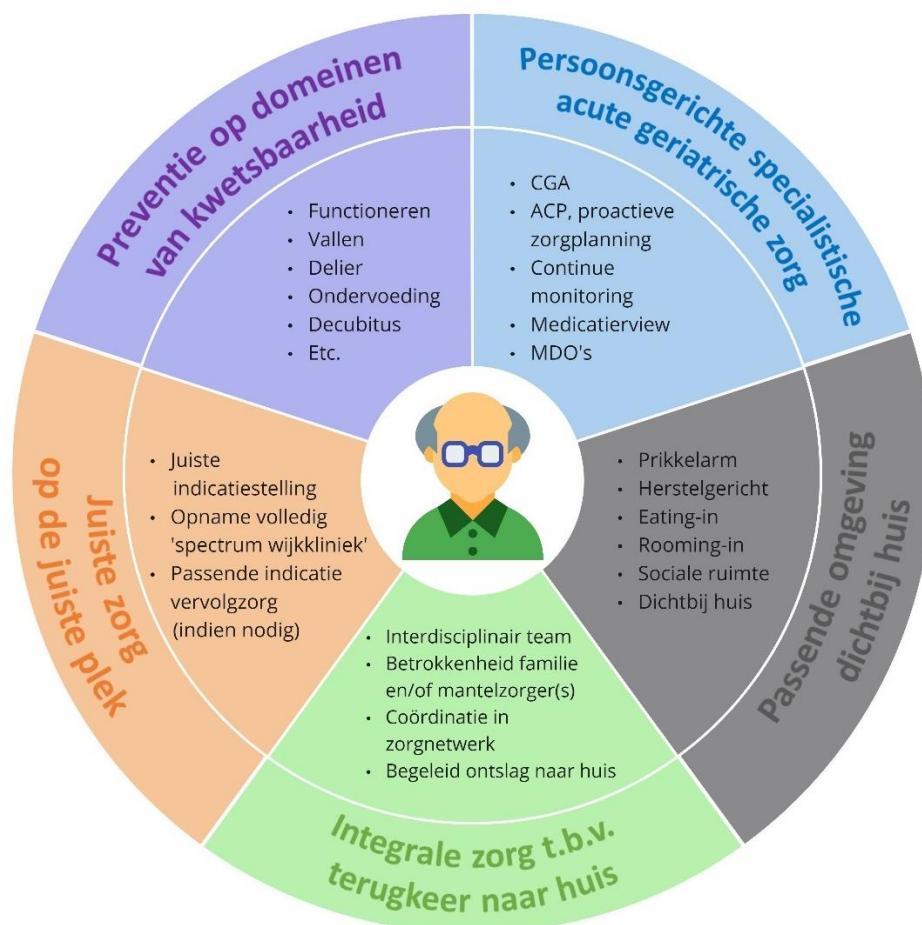
Na het lezen van deze handreiking:

- Weet u wat de verfijnde in- en exclusiecriteria voor een wijkkliniek zijn, met voorbeeldcasuïstiek.
- Kunt u het zakkaartje voor triage op de SEH benutten als beslishulp.
- Heeft u meer inzicht in de grenzen tussen opname in een wijkkliniek of locatie voor tijdelijk verblijf vanuit de eerste lijn (ELV/GR, WLZ-crisis).
- Heeft u meer inzicht in het spectrum 'wijkkliniek light tot wijkkliniek complex'.
- Heeft u meer inzicht in de grenzen tussen opname in een wijkkliniek of ziekenhuis.
- Weet u welke zorginhoudelijke overwegingen een rol spelen bij triage voor de wijkkliniek.

De wijkkliniek

De wijkkliniek is één van de interventies om acute ouderenzorg vorm te geven en helpt heropnames en het verlies van zelfredzaamheid te voorkomen of te verminderen. Een interdisciplinair team van zorgprofessionals behandelt de ouderen niet alleen medisch specialistisch wat betreft de acute aandoening; de behandeling richt zich direct vanaf opname ook op de geriatrische problematiek en zet het functioneren en het welzijn van de oudere centraal, door rekening te houden met de sociale, somatische, psychische en functionele aspecten van de patiënt. Deze persoonsgerichte en integrale zorg wordt in een passende herstelgerichte omgeving dichtbij huis geboden. De mediane opnameduur is acht dagen, en in het onderzochte cohort in Amsterdam ging 85% van de patiënten bij ontslag direct terug naar de oorspronkelijke woonsituatie (c.q. naar huis). Ook andere [resultaten](#) van de wijkkliniek in Amsterdam zijn veelbelovend.

Inmiddels zijn er meerdere proeftuinen wijkkliniek actief. Omdat de regionale omstandigheden en daarmee de precieze invulling van de wijkkliniek kan verschillen, hebben de proeftuinen de kerncomponenten geformuleerd waaraan de geboden zorg en locatie moet voldoen om te kunnen spreken van een wijkkliniek (zie figuur 1). Er is ook een [toolkit](#) ontwikkeld waarin meer informatie beschikbaar is over de wijkkliniek. Naast antwoord op veelgestelde vragen en handige naslagdocumentatie, kan men in deze toolkit ook een handreiking vinden om een projectplan en businesscase op te stellen; deze handreiking biedt duidelijke stappen, voorbeelden, handige links, geleerde lessen en randvoorwaarden.



Figuur 1 Kerncomponenten wijkkliniek

De doelgroep van de wijkkliniek

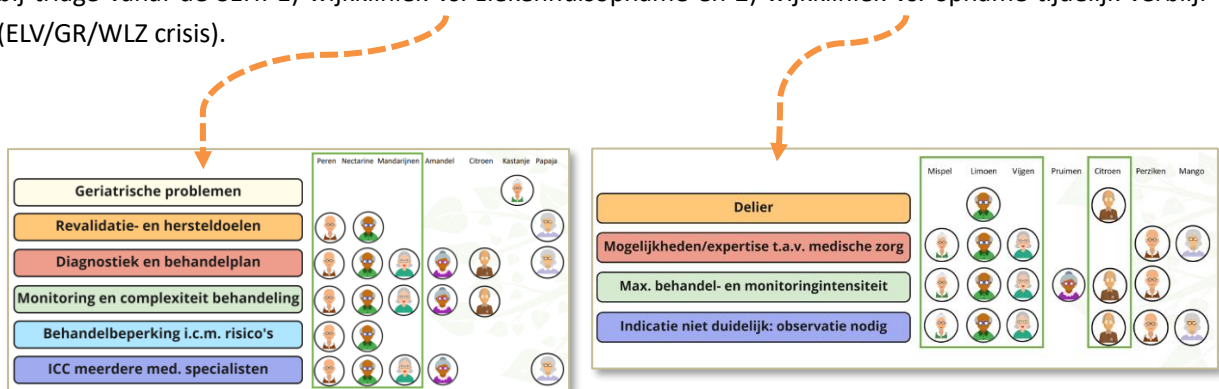
De wijkkliniek is bedoeld voor ouderen (er is geen formele leeftijdsgrens) met geriatrische problemen – zoals geheugenstoornissen, verhoogd valrisico, kwetsbaarheid en ondervoeding – die medisch specialistische zorg nodig hebben vanwege een acute aandoening. Het gaat dan bijvoorbeeld om een longontsteking, longaanval, ernstige urineweginfectie, ontregeling van de elektrolyten of verergering van hartfalen. De wijkkliniek is dus niet bedoeld voor ouderen zonder indicatie voor acute medisch specialistische zorg. Ook neemt de wijkkliniek geen ouderen op die, op de SEH of in het ziekenhuis, wachten op een plek voor een eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatie (GR) of langdurige verpleeghuiszorg (WLZ-crisis).

Het triageproject

Ondanks bovenstaande afbakening, bleken er veel onduidelijkheden te bestaan over de doelgroep van de wijkkliniek. Ook leken er verschillen te bestaan in de uitkomsten van triage op de SEH van kwetsbare ouderen tussen de regionale proeftuinen. Daarom besloten we met casuïstiekbesprekingen de doelgroep van de wijkkliniek te verhelderen. We vroegen gericht SEH-casuïstiek uit bij de proeftuinen wijkkliniek; zowel typisch casussen voor wijkklinikenzorg, ziekenhuiszorg (bijv. opname geriatrieafdeling) en tijdelijk verblijf (ELV, GR (waaronder zpz9b), WLZ crisis), als casuïstiek waarvan wij verwachtten dat ze zich in de grijze gebieden tussen deze zorgvormen zouden bevinden.

Bij de opgehaalde 23 casussen werd de indicatiestelling weggehaald. Via een online vragenlijst werden deze casussen vervolgens voorgelegd voor 'blinde' triage bij 17 zorgprofessionals. Deze zorgprofessionals waren klinisch geriaters, internisten ouderengeneeskunde, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants uit de negen verschillende proeftuinen, inclusief de wijkkliniek in Amsterdam.

De casuïstiek waarover geen consensus was, werd besproken in twee triagesessies met de zorgprofessionals uit de verschillende proeftuinen, om de beweegredenen voor de indicatielozes beter te duiden. Tijdens deze sessies bespraken we aan de hand van thema's uit de casuïstiek de vraagstukken in 'de grijze gebieden' bij triage vanaf de SEH: 1) wijkkliniek vs. ziekenhuisopname en 2) wijkkliniek vs. opname tijdelijk verblijf (ELV/GR/WLZ crisis).



De uitkomsten van de triagesessies zijn naderhand samengevat:

- ➔ Zie resultaten [wijkkliniek versus tijdelijk verblijf \(ELV/GR/WLZ crisis\)](#)
- ➔ Zie resultaten [wijkkliniek light tot wijkkliniek complex](#)
- ➔ Zie resultaten [grensgebied wijkkliniek versus opname ziekenhuis](#)

Aan de hand van de nu beter ingekleurde grijze gebieden, en opnieuw met input van de deelnemende zorgprofessionals, zijn vervolgens de [in- en exclusiecriteria voor de wijkkliniek](#) verfijnd. Op basis daarvan is het [zakkaartje voor op de SEH](#) doorontwikkeld en zijn er [overwegingsthema's](#) geformuleerd. Ook illustreren we met behulp van de [casuïstiek](#) hoe zorgprofessionals deze overwegingen meenamen tijdens triage. Een concept handreiking triage is gedeeld met alle aangesloten regio's bij het leernetwerk wijkkliniek en de zorgverzekeraars. De feedback is besproken in een gezamenlijke bespreking op 16 april 2024 en vervolgens verwerkt in deze 'definitieve' handreiking (de handreiking zal waar nodig nog verder worden verfijnd en worden aangevuld met casuïstiek, op basis van het 'leren en verbeteren op basis van data' traject, dat loopt van 1 april 2024 tot 1 april 2025).

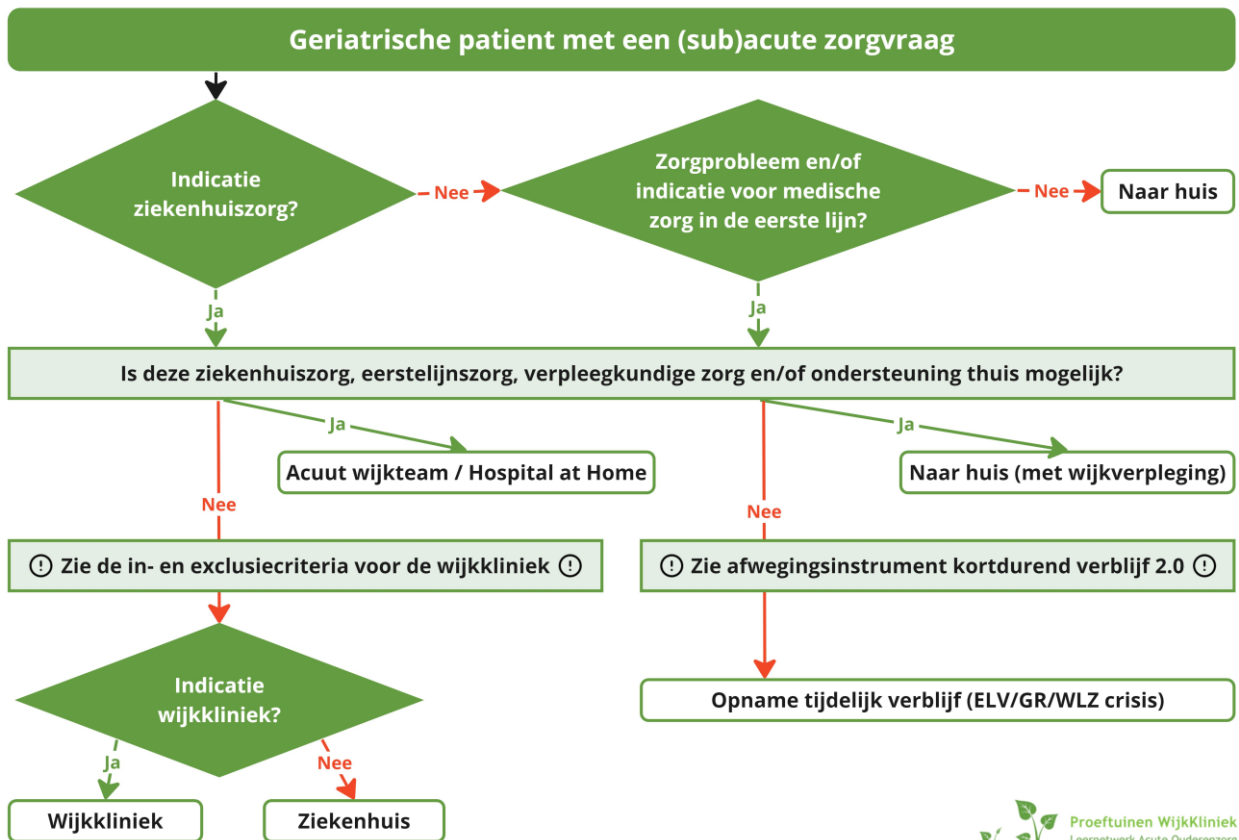
We willen benadrukken dat triage op de SEH voor ouderen met een kwetsbare gezondheid een dynamisch beslisproces is, waarbij niet alleen in- en exclusiecriteria, maar ook andere zorginhoudelijke en organisatorische overwegingen een rol spelen - en een wisselwerking met elkaar hebben. In deze handreiking hebben we de focus gelegd op zorginhoudelijke afwegingen. Passende financiering, voor alle vormen van vervolgzorg, is echter van groot belang om de juiste vervolgzorg te kunnen bieden aan ouderen met geriatrische problematiek die gezien worden op de SEH.

De verfijnde in- en exclusiecriteria voor de wijkkliniek

1. Het betreft een oudere patiënt (geen harde leeftijdsgrens) met geriatrische problematiek;
 - Zoals een delier, dementie, verminderde zelfredzaamheid, verhoogd valrisico, ondervoeding.
2. Met een (semi)acuut medisch probleem;
 - Zoals een exacerbatie van een chronische ziekte (bijv. hartfalen, COPD of diabetes); een elektrolytstoornis; een ernstige lucht- of urineweginfectie.
3. Waarvoor (mede-)behandeling van de medisch specialist nodig is;
 - De behandeling is laag tot medium complex vanuit het ziekenhuisperspectief; vanuit het perspectief van de VVT is het hoog complexe zorg.
4. De patiënt is gebaat bij vroege revalidatie en activering om functionele achteruitgang te voorkomen;
5. De patiënt is gebaat bij een prikkelarme omgeving (bijv. ter preventie van een delier);
6. Met de patiënt is een NR/NB/NIC beleid afgesproken, op SEH of thuis door huisarts/SO. Of eventuele risico's leiden tot behandelconsequenties die uitvoerbaar zijn in de wijkkliniek.*
7. De diagnostiek is afgerond wat betreft de acute diagnoses, hiervoor is een duidelijk behandelplan opgesteld;
8. De vereiste (complexiteit van) behandeling is 24/7 verantwoord mogelijk in de wijkkliniek.
9. De (intensiteit van) monitoring van de ingezette behandeling is mogelijk in de wijkkliniek;
 - Zoals (max) eenmaal daags labcontroles (lab is 's nachts niet mogelijk).
10. Terugkeer naar de vorige woonsituatie (en/of opname voor vervolgzorg**) wordt verwacht binnen 8 dagen (max 14 dagen);
11. Voor patiënten met gedragsproblemen zoals dwalen of agitatie, is een veilige opname in de wijkkliniek mogelijk. Patiënten met infectieziekten waarbij maatregelen voor infectiepreventie van kracht zijn, kunnen na overleg hierover, opgenomen worden.
 - De mogelijkheden m.b.t. deze patiënten kunnen regionaal verschillend.
12. De wijkkliniek neemt geen patiënten op bij wie sprake is van een trauma dat een (operatieve) interventie behoeft (zoals (heup)fractuur, subduraal hematoom). Ook neemt de wijkkliniek geen patiënten op met een acuut CVA of acuut myocard infarct.
13. De wijkkliniek is niet bedoeld voor ouderen zonder indicatie voor acute medisch specialistische zorg. De wijkkliniek neemt dus geen ouderen op die (op de SEH of in het ziekenhuis) wachten op een plek voor een eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatie (GR) of langdurige verpleeghuiszorg (WLZ-crisis).
14. De wijkkliniek is niet bedoeld voor patiënten die geen medische behandeling meer willen; voor deze patiënten is behandeling thuis, in een verpleeghuis (of palliatieve zorgvoorziening, zoals een hospice) aangewezen.

**In de WijkKliniek in Amsterdam worden ook patiënten opgenomen bij wie geen NB/NIC beleid is afgesproken, mits de patiënt hemodynamisch stabiel is. Het komt zelden voor dat een patiënt vanuit de WijkKliniek opgenomen moet worden op de IC van het ziekenhuis.*

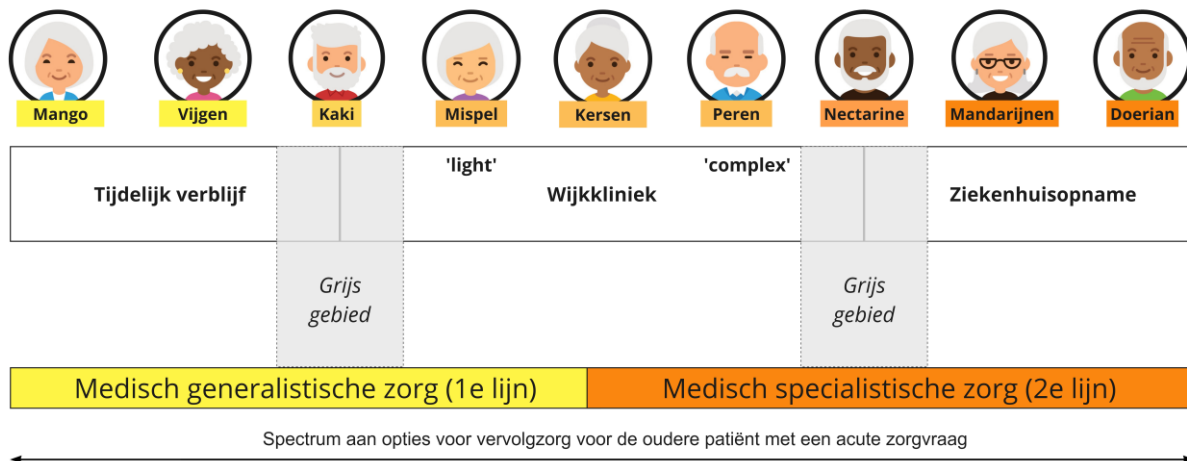
***Patiënten bij wie niet wordt verwacht dat zij kunnen terugkeren naar de vorige woonsituatie kunnen ook worden opgenomen in de wijkkliniek, als zij voldoen aan de andere inclusiecriteria (o.a. indicatie voor MSZ). Ook bij deze patiënten wordt gestreefd naar een opnameduur van 8 dagen in de wijkkliniek. Indien daarna andere vervolgzorg nodig is wordt de indicatie omgezet.*



Voorbeeldcasuïstiek eerstelijns tijdelijk verblijf – wijkkliniek - ziekenhuis

De casuïstiek die we hebben opgehaald en met zorgprofessionals besproken, kan worden gepresenteerd op een spectrum van tijdelijk verblijf – wijkkliniek ('light' t/m 'complex') – ziekenhuisopname:

- [Mevr. Mangoboom](#)
- [Mevr. Vijgenboom](#)
- [Dhr. Kakiboom](#)
- [Mevr. Mispelboom](#)
- [Mevr. Kersenboom](#)
- [Dhr. Perenboom](#)
- [Dhr. Nectarineboom](#)
- [Mevr. Mandarijnenboom](#)
- [Dhr. Doerianboom](#)



Tijdelijk verblijf - eerstelijnszorg (ELV, GR, WLZ crisis etc.) versus wijkkliniek

Bij triage voor vervolgzorg op de SEH, wordt de grens tussen de wijkkliniek en vormen van tijdelijk verblijf vanuit eerstelijnszorg (zoals ELV, GR, WLZ crisis) bepaald doordat er wel of niet een indicatie voor medisch specialistische zorg ('ziekenhuiszorg') is. We lichten de grens toe aan de hand van casuïstiek:

Wanneer er sprake is van een nader te inventariseren zorgvraag en het voor de oudere patiënt niet (meer) verantwoord is om thuis te verblijven, maar ook geen opname in een zorginstelling of medisch specialistische behandeling is aangewezen, dan is opname op ELV of GR passend (zie mevr. Mangoboom).



[Mevr. Mangoboom](#)
ELV/GR

Ook in gevallen waarbij verdere observatie en (eerstelijns)diagnostiek nodig is, is opname in een wijkkliniek niet geïndiceerd, maar is opname op het ELV of andere vorm van eerstelijns tijdelijk verblijf passend. Uiteraard moet in dergelijke situaties ook intensievere begeleiding thuis worden overwogen, indien haalbaar (zie mevr. Vijgenboom).



[Mevr. Vijgenboom](#)
ELV/intensievere begeleiding thuis

Wanneer monitoring en observatie voor een patiënt met een delier in een prikkelarme omgeving nodig is, zou opname op een delierafdeling binnen het eerstelijns tijdelijk verblijf passend zijn. Zover voor ons bekend, zijn er drie VVT-organisaties (Amsta, Pantein, Marente) die een speciale delierafdeling hebben, waar patiënten met een delier direct vanaf huis, vanaf de SEH of vanuit het ziekenhuis kunnen worden opgenomen. Bij dhr. Limoenboom zijn de zorgprofessionals het erover eens dat er geen indicatie



[Dhr. Limoenboom](#)
ELV
(observatieafdeling want evt. GR/ZZP9b of delierafdeling)/
Intensievere begeleiding thuis

is voor opname in de wijkkliniek. De meningen verschillen echter of intensievere begeleiding thuis, of opname op ELV (evt. GR/ZZP9b) de best passende vervolgzorg is, ook omdat niet alle zorgprofessionals overtuigd zijn van de diagnose delier. Het is ook niet altijd mogelijk om alle benodigde informatie op de SEH boven water te krijgen om een juiste inschatting te kunnen maken voor de benodigde vervolgzorg.

Dhr. Kakiboom is een voorbeeldcasus bij wie de meningen van de zorgprofessionals m.b.t. de vervolgzorg na SEH uiteenlopen; ELV HC, GR of wijkkliniek? Overwegingen die meespelen zijn o.a. de ernst van de rhabdomyolyse (kan dhr. zelf voldoende drinken of is infuusbehandeling nodig?), de mogelijke risico's bij de rhabdomyolyse (nierfalen, compartimentsyndroom), gebruik van methotrexaat bij infectie, wel/geen beperkingen in behandelbeleid. De bespreking van deze casus laat ook zien dat er verschillende inzichten bestaan in de behandeling en monitoring van deze patiënt tussen SO's en internisten ouderengeneeskunde/klinisch geriaters (of andere medisch specialisten). Goed overleg tussen deze zorgprofessionals is dus noodzakelijk om te bepalen welke vervolgzorg na SEH het meest passend is.



[Dhr. Kakiboom](#)

ELV HC / GR/
wijkkliniek

Wijkkliniek light tot wijkkliniek complex

De casus van mevr. Mispelboom is een voorbeeld van een patiënte die antibioticabehandeling krijgt via een perifere infuus en voldoet aan de inclusiecriteria voor de wijkkliniek. Zorgprofessionals beschouwen deze casus als een wijkkliniek 'light' patiënt.



[Mevr. Mispelboom](#)

Wijkkliniek 'light'

Behandeling met een perifere infuus is in de huidige situatie op de meeste ELV/GR afdelingen niet mogelijk. Infuusbehandeling d.m.v. een PICC-lijn is in sommige gevallen wel op het eerstelijns tijdelijk verblijf (ELV/GR etc.) mogelijk, indien de intensiteit van monitoring en behandeling laag is en actieve betrokkenheid van de medisch specialist niet nodig is; bijvoorbeeld voor een patiënt met osteomyelitis die 6 weken met antibiotica IV behandeld moet worden en verder geen (complexe) comorbiditeit heeft. Daarnaast moeten de SO/huisarts en het verpleegkundig team op het tijdelijk verblijf de expertise hebben om deze (acute) gespecialiseerde zorg te bieden.

Bij mevr. Kersenboom is er sprake van een acuut medisch probleem in combinatie met geriatrische problematiek, waarbij tijdens de behandeling de betrokkenheid van een medisch specialist noodzakelijk is. Daarnaast is de diagnosestelling rond en er is een duidelijk behandelplan. I.v.m. een verhoogd risico op functionele achteruitgang bij ziekenhuisopname, is de patiënte gebaat bij vroege revalidatie en activering in een prikkelarme omgeving. Onder deze voorwaarden is de kans op terugkeer naar de vorige woonsituatie binnen 8 dagen groot. Voorwaarden voor opname in de wijkkliniek zijn daarnaast dat 1) de patiëntveiligheid gewaarborgd wordt, bijv. bij dwaalgedrag en/of infectieziekten. En dat de 2) de complexiteit van behandeling, 2) de vereiste diagnostiek (om de effectiviteit van behandeling te monitoren), 3) de monitoringintensiteit en 4) behandelrisico's met mogelijke behandelconsequenties haalbaar zijn. Mevr. Kersenboom wordt daarom door de zorgprofessionals beschouwd als een 'typische' wijkkliniek-patiënt, hoewel sommige proeftuinen, die pas net begonnen zijn, de casus wel complex vinden.



[Mevr. Kersenboom](#)

Wijkkliniek

De casus van Dhr. Perenboom is een voorbeeld van een 'complexe' wijkkliniek patiënt. Opname in een wijkkliniek is alleen mogelijk als het interdisciplinaire team voldoende expertise en ervaring heeft om de complexe zorg te bieden. Klinisch redeneren en vroege herkenning en behandeling van een vitaal bedreigde patiënt zijn bijvoorbeeld van groot belang. Een casus kan ook complex zijn door de aanwezige geriatrische problematiek, of door een combinatie van de complexiteit van de medische aandoening en geriatrische (of nog andere) problematiek. Naast de expertise en ervaring van het team, is intensievere samenwerking met de klinisch geriatr/internist ouderengeneeskunde (of andere medisch specialist) een belangrijke voorwaarde om goede en veilige zorg te kunnen bieden in de wijkkliniek aan deze complexere patiënten.



[Dhr. Perenboom](#)
Wijkkliniek 'complex'

Wijkkliniek versus opname ziekenhuis

Dhr. Nectarineboom is een voorbeeld van een patiënt bij wie de meningen van de zorgprofessionals verschillen; de complexiteit van de behandeling ligt op het grensgebied tussen wijkkliniek en ziekenhuis; ook teams die al langer ervaring hebben met de wijkkliniek twijfelen of opname in de wijkkliniek mogelijk is.



[Dhr. Nectarineboom](#)
Wijkkliniek /
opname ziekenhuis

Opname in een wijkkliniek is niet mogelijk als de patiënt hemodynamisch instabiel is; en/of er meer diagnostiek nodig is om het behandelplan op te stellen; en/of er een hoge mate van monitoring nodig is. Ook kunnen patiënten niet worden opgenomen in een wijkkliniek als er aanzienlijke (behandel)risico's zijn; zoals een risico op IC-zorg en geen IC-behandelbeperking. Dhr. Doerianboom is een voorbeeld van patiënt met een té complexe zorgbehoefte voor opname in de wijkkliniek.



[Dhr. Doerianboom](#)
Opname ziekenhuis

Een wijkkliniek is niet overal een gesloten afdeling. Om patiëntveiligheid te waarborgen, kunnen patiënten met (een hoog risico op) dwaalgedrag (zoals Mevr. Mandarijnenboom) niet in elke wijkkliniek worden opgenomen. Om ook aan deze patiënten passende zorg te kunnen bieden, is dit wel wenselijk. Of patiënten met infectieziekten kunnen worden opgenomen, is afhankelijk van de quarantainemogelijkheden in de desbetreffende wijkkliniek.



[Mevr. Mandarijnenboom](#)
Opname ziekenhuis

Casuïstiek en zorginhoudelijke overwegingen bij de triage

Op de volgende pagina's illustreren we met casuïstiek hoe zorgprofessionals zorginhoudelijke overwegingen meenemen tijdens triage. De overwegingen zijn in overeenstemming met de thema's op kleur gecodeerd.

Het gaat om overwegingen op de thema's:

Diagnostiek en behandelplan

Monitoring intensiteit en complexiteit behandeling

Risico's in combinatie met behandelbeperking

Functioneren en kwaliteit van leven behouden en verbeteren waar mogelijk

Betrokkenheid disciplines

Patiëntveiligheid / veilige omgeving

Prognose terugkeer naar huis

Wensen patiënt, mantelzorg(er)s en/of familie

Mevr. Mangoboom: ELV/GR



Mevr. Mangoboom

Mevrouw (88 jaar) is door de huisarts ingestuurd naar de SEH vanwege een verdenking van delier en een zorgprobleem. Mevrouw voelt zich zwak en redt het thuis niet meer met de geboden thuiszorg 2x per dag. Pasgeleden heeft mevr. COVID gehad waarvoor ze is opgenomen: tijdens opname kreeg ze een iCVA met nadien fatische stoornissen (2021 ook iCVA gehad). Verder kampt mevr. Met polymyalgia reumatica waarvoor ze prednison heeft. Mevr. Is ook iADL afhankelijk; haar familie brengt haar eten en ze loopt met rollator in en buiten huis. Mevrouw woont alleen en heeft betrokken kinderen. Ze heeft een NR/NIC beleid.

Diagnoses op de SEH

- Algehele zwakte na recente COVID infectie, zorgprobleem. Geen delier; beeld passend bij bekende fatische stoornissen na iCVA.

Vervolgbeleid

- Juiste opnameplek vinden: patiënte redt het niet met de geboden thuiszorg 2x per dag.

ELV / GR

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP1t/m3: "Er is geen (geriatrisch) behandelgoal in het ziekenhuis: **geen medisch specialistische behandeling nodig**"
- ZP3: "**Multidisciplinaire behandeling** nodig **binnen de vvt.**"
- ZP3: "De vraag is of terugkeer naar huis haalbaar is... daar heb ik graag iets meer tijd voor nodig om dat goed in te kunnen schatten."
- ZP2: "Of **uitbreiding thuiszorg en fysiotherapie inschakelen thuis** Maar indien patiënte naar huis gaat is er de **kans dat het ze verder achteruit gaat**, misschien time out in ELV nuttig"
- ZP4: Recent een COVID en recidief CVA gehad: wat is er hierna gebeurd? **Mevr. heeft zwakte en is ADL afhankelijk, maar kan zich wel verplaatsen met een rollator.** Dit lijkt wat discrepant en doet mij vermoeden dat het lopen/mobiliseren niet optimaal is. **Er is sprake van fatische stoornissen, is er ook dysartrie hoe is de intake** (er wordt gesproken over zwakte)? **Is de cognitieve status goed in kaart gebracht na 2x een CVA?** Mijn conclusie: multidisciplinaire diagnostiek/behandeldoelen dus GR.
- ZP5: **Multidisciplinaire revalidatiedoelen na covid** met toename uitval tgv eerder CVA en insteek terug naar huis: GR

Mevr. Vijgenboom: Begeleiding in thuissituatie/ELV



Mevr. Vijgenboom

Mevrouw (76 jaar) is door de huisarts ingestuurd naar de SEH i.v.m. een verminderde mobiliteit en bedlegerigheid. Mevrouw heeft een matige voedingstoestand bij onvoldoende/eenzijdige intake en gebrek aan ingrediënten. Mevrouw is ADL afhankelijk van thuiszorg en iADL zelfstandig. Ze heeft wel een valneiging, maar valt niet. De medicatie die mevrouw gebruikt is passend bij haar voorgeschiedenis (myocardinfarct, hartfalen, diabetes, obesitas, COPD). Verder heeft ze een zeer beperkt sociaal steunsysteem; met haar dochter heeft mevrouw geen contact. Mevrouw Vijgenboom geeft aan eenzaam te zijn en dat niet meer te willen zijn.

Uitslagen diagnostiek SEH

- Lab: geen infectie, geen anemie, geen elektrolytstoornissen, geen deficiënties (voor zover snel bekend op de SEH), geen schildklierproblematiek.
- ECG: geen ACS, geen SI deviaties, geen ritme- of geleidingsstoornissen.
- Lichamelijk onderzoek: geen bijzonderheden, ONo geen lateralisaties

Diagnose

- Eigenlijk geen: verminderde mobiliteit in afgelopen maanden ontstaan, kan op de SEH m.b.v. 1 persoon tot zit komen. Mogelijk onderprestatie.

Vervolgbeleid: Er is verdere observatie/diagnostiek nodig

ELV / begeleiding in thuissituatie

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP2,3,4 "Geen MSZ nodig.
- ZP4: "Geen klinische medische interventie nodig, dit is verpleeghuis-zorg. Behandeling is niet complex, geen medebehandeling van geriater nodig." "Intensiteit monitoring en behandeling kan prima door SO en team binnen VVT. Ook geen risico's die we niet binnen de VVT kunnen behandelen."
- ZP3: "Observatie en diagnostiek t.a.v. mobiliteit en intake en tevens functieherstel."
- ZP3: "De vraag is of terugkeer naar huis haalbaar is?"
- ZP4: "Mevr. kreeg reeds ADL hulp via wijkverpleging, geen mantelzorg aanwezig en eenzaamheidsproblematiek met verminderde zelfzorg. ik heb geen gegevens wat wensen of verwachtingen van mevr. zijn t.a.v. opname."
- ZP1: "Onvoldoende inzicht in (bestaan) actuele/acute problematiek en daarmee onvoldoende mogelijkheden gericht inzetten interventies. Opname nodig met mogelijkheden om deze problematiek in kaart te brengen en daarop te anticiperen."
- ZP5: Deze vrouw wil niet meer, heeft een beperkt steunsysteem. Er lijkt sprake te zijn van onderpresteren. Hoe zit het met eenzaamheid? Stemming? Cognitie? Juist als het voorafgaande het probleem is dan is er een relatieve contra-indicatie voor opname en zou begeleiding in de thuissituatie (POH, HA, casemanager) wellicht een betere optie zijn dan opname.
- ZP6: Zorgprobleem, geen medische interventie, zal uitstromen met zzp 6 denk ik.

Dhr. Limoenboom: Intensievere begeleiding in thuissituatie/ELV (delierafdeling)



Dhr. Limoenboom

Meneer (81 jaar) is door de huisarts ingestuurd naar de SEH i.v.m. toenemende benauwdheid in combinatie met toename verwardheid. De mobiliteit van meneer Limoenboom is de laatste jaren achteruit gegaan door een ischemisch CVA rechter hemisfeer met krachtsverlies, neglect en hemianopsie links (2021). In dat jaar heeft meneer ook een carotis endarteriectomie bij carotisstenose gehad en was zijn CKD-EPI waarde 60. Ook heeft dhr. een balansverstoring en mictieproblemen waarvoor hij een verblijfskatheter heeft. Recent heeft meneer een COVID en UWI doorgemaakt waardoor zijn conditie en mobiliteit verder verminderd is. Daarnaast kampt dhr. met slikproblemen en een verminderde voedingstoestand bij diabetes mellitus type 2. Recent is de diagnose vasculaire dementie bij dhr. vastgesteld (2021). Meneer heeft een WLZ indicatie ZP5 (MPT) en woont met een echtgenote die mantelzorg is. Daarnaast heeft hij 2 betrokken dochters. Meneer wil graag naar huis, maar ontslag naar huis is nu niet mogelijk aangezien het huis (nog) niet is aangepast.

Diagnoses op de SEH

- Delier (na infectie?)
- Geen afwijkende waarden gevonden (lab + X-thorax gedaan op SEH)

Vervolgbeleid

- Monitoring om de vraag te beantwoorden of verstoringen voortkomen uit delier of vanwege dementie. Op basis van deze observatie (nadere triage) bepalen welke vervolgzorg best passend is

Intensievere begeleiding thuis / ELV (delierafdeling)

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP3: "Medische behandelindicatie ontbreekt vooralsnog"
- ZP1: "Nadere diagnostiek op benauwdheid is niet relevant, wel multidisciplinaire behandeling en monitoring van de effecten op de cognitieve problematiek/ verstoringen."
- ZP1: "Dhr. heeft een veilige en prikkelarme omgeving nodig i.v.m. delier".
- ZP4: "i.v.m. dwaalgedrag moet de afdeling gesloten kunnen worden".
- ZP4: "Risico's zijn beperkt."
- ZP1: "Bij start van de opname nog niet in te schatten of de WLZ indicatie na herstel weer passend is, of dat een hogere ZPP noodzakelijk is."
- ZP2: "Dhr. heeft wel partner en 2 dochters dus zou eventueel met extra zorg na opknappen weer naar huis kunnen, afhankelijk ook van wensen familie en belastbaarheid."
- ZP1: "Vanwege een "knik" in functioneren is er tijdelijk meer behandeling, zorg en begeleiding nodig."
- ZP5: O.b.v. het klinisch beeld i.c.m aanvullend onderzoek lijkt de kans op een delier als verklaring laag. Waarschijnlijkheidsdiagnose dus achteruitgang bij bestaande vasculaire dementie. Is er al een casemanager? Mijn beleid zou intensievere begeleiding thuis zijn: thuiszorg, casemanagement en dagbesteding. Een opname zou in dit geval risico zijn voor verdere ontsporing of permante overplaatsing naar VPH.
- ZP6: Revalidatiedoelen en insteek naar huis, vraag is of het haalbaar is bij onderliggende zzp5, dus ik zou twijfelen tussen GR en zzp 9b dus observatie bed



Dhr. Kakiboom: GR/ELV HC/wijkkliniek



Dhr. Kakiboom

Meneer (91 jaar) is via de huisartsenpost ingestuurd naar de SEH i.v.m. met een verdenking van een pneumonie: meneer is kortademig en hoest. Dhr. Kakiboom heeft polymyalgia rheumatica waarvoor hij MTZ en predison heeft. Verder heeft meneer hypertensie, een hoog cholesterol en adipositas. Dhr. Kakiboom woont zelfstandig en is ADL zelfstandig. Zijn kinderen komen elke dag op bezoek en hij krijgt 1x per twee weken huishoudelijke hulp. Dhr. Kakiboom mobiliseert buitenshuis met een rollator en binnenshuis zonder hulpmiddelen. Dit laatste is wel gevaarlijk; hij kruipt bijvoorbeeld door huis naar het toilet. Zijn dochter vindt de thuissituatie niet geschikt. Meneer heeft geen last van psychische klachten. Dhr. Kakiboom heeft een NR, NB en IC- beleid.

Diagnoses op de SEH

- Dyspnoe en hoesten bij een influenza-A infectie
- Verhoogd CK, meest waarschijnlijk bij liggen op de grond >24 uur

Vervolgbeleid

- Opname met 3L O2
- Verneveling proberen op SEH, indien goed effect berodual zo nodig max 6dd2 puffen
- Streefsaturatie >92%
- Lab morgen herhalen CK
- Geen antibiotica indicatie, geen Tamiflu (>48 uur)
- Tromboseprofylaxe dalteparine 5000IE (PADUA score 6)
- Eigen medicijnen op SEH ingenomen (incl. MTX)
- Gaarne aandacht voor huidige thuissituatie

ELV HC / GR / wijkkliniek

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP2: "Weinig ziekenhuisafhankelijke zorg nodig. O2 kan ook in wijkkliniek gegeven worden, evenals vernevelen."
- ZP3: "Geen complexe ziekenhuisbehandeling of klinische diagnostiek noodzakelijk."
- ZP1 & ZP3: "Lage intensiteit van monitoring nodig."
- ZP2: "Patiënt is niet zelfredzaam, dus naar huis gaan is geen optie. Echter is dat hier niet de belangrijkste reden voor opname; die ligt mijn inziens puur bij de O2-behoefte."
- ZP3: "De O2-afhankelijkheid zorgt er medisch inhoudelijk voor dat dit niet elders kan in onze regio dan in het ziekenhuis (d.w.z. behandeling is niet mogelijk in de VVT)."
- ZP1: "Er gaan enkele risico's gepaard met de behandeling, namelijk: hypoxemie, HAP, delier en bacteriële superinfectie."
- ZP3: "Risico's zijn beperkt, maar er is kans op een superinfectie; dan is opname in het ziekenhuis alsnog nodig."

- ➔ **Bespreking casus Dhr. Kakiboom 16 april 2024:** Door de zorgprofessionals wordt aangegeven dat 3L O2 wel mogelijk is in de VVT. Eén van de SO's geeft aan dat dhr. een indicatie heeft voor, en gebaat is bij, GR, waarbij de rhabdomyolyse alleen klinisch wordt vervolgd (geen vervolgbeleging CK). Een andere SO geeft aan dat ook ELV HC kan worden overwogen, afhankelijk van het aantal multidisciplinaire revalidatiedoelen. De labwaarden zouden evt. ook vanuit GR/ELV HC kunnen worden vervolgd. De internisten ouderengeneeskunde geven aan dat medebehandeling door medisch specialist afhangt van ernst van de rhabdomyolyse (hoogte CK, risico compartimentsyndroom?), en dat i.v.m. gebruik MTX overleg met en/of medebehandeling door de medisch specialist wenselijk is. Ook heeft dhr. NR, NB, maar wel IC-beleid.
- ➔ **Conclusie:** De indicatiestelling voor ELV HC/GR/wijkkliniek hangt af van ernst van de rhabdomyolyse en overig klinisch beeld en risico's, de (beperking) behandelwensen, en de aanwezigheid van (multidisciplinaire) revalidatiedoelen van de patiënt. De casus laat zien dat het bepalen van de juiste vervolgzorg vanaf de SEH niet altijd eenvoudig is, dat de inzichten hierover kunnen verschillen tussen SO's en medisch specialisten en dat hierbij verschillende overwegingen spelen. Daarom is goede afstemming tussen de verschillende zorgprofessionals noodzakelijk bij de triage voor vervolgzorg vanaf de SEH.

Mevr. Mispelboom: Wijkkliniek 'light'



Mevr. Mispelboom

Mevrouw (92 jaar) presenteert zich op de SEH nadat de thuiszorg 112 had gebeld omdat zij mevr. Mispelboom op de grond en verminderd aanspreekbaar aantroffen. In haar voorgeschiedenis staat dat mevrouw bekend is met een milde nierinsufficiëntie, rhabdomyolyse, tachycard en hypotensie. Ook vertoont ze soms verward gedrag. Mevrouw is alleenstaand, woont zelfstandig is ADL zelfstandig en loopt met een rollator. Mevrouw krijgt hulp bij het koken en het doen van de boodschappen. Ze heeft een beperkt steunsysteem; alleen een nicht woont in de buurt. Mevr. Mispelboom heeft een NR/NB/NIC beleid.

Diagnoses op de SEH

- Blaasretentie en urineweginfectie
- Dehydratie
- Nieuwe wervelinzakking niveau L2
- Geen traumatisch letsel na val op hoofd (CT hersenen)

Vervolgbeleid

- Behandeling IV antibiotica
- Plaatsing katheter
- Vocht intraveneus, pijnstilling

Wijkkliniek 'light'

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP1,2,4: "Er is een **klinische opname-indicatie** en **risico op functieverlies**. Zorg zou geregeld kunnen worden in de wijkkliniek."
- ZP3: "Jammer dat er 112 gebeld is, had eigenlijk via huisarts als crisis aangemeld moeten worden. Indien observatie niet kan, dan bekijken welke indicatie het meest passend is."
- ZP1: "Inzet van **multidisciplinaire zorg en de expertise van de geriater** is nodig."
- ZP2: "Tijdelijk verblijf als daar **IV vochttherapie** mogelijk zou zijn. **SO** zou dit behandelbeleid op moeten kunnen volgen."
- ZP3: "**Behandeling goed te doen binnen de VVT.**"
- ZP4: Intense monitoring bij **risico op TIN, acuut nierfalen en elektrolytstoornissen bij rhabdomyolyse** (dus **labcontrole**) waarvoor **hyperhydratie** nodig zou zijn, **polyure fase na postrenale obstructie** (dus **1 x uur urineproductie met urimeter monitoren**) waar **infusiebeleid op aangepast** zou moeten worden. Afhankelijk van CPK en mate urineretentie: **2 daags labcontrole** nodig i.v.m. met mogelijke complicaties.
- ZP1: "**Meer dan 2,5 uur behandeling per week** nodig."
- ZP3: "**Intensiteit behandeling- en monitoring kan prima door team & SO binnen de VVT.**"

Mevr. Kersenboom: Wijkkliniek



Mevr. Kersenboom

Mevrouw (86 jaar) is door de huisartsenpost ingestuurd naar de SEH i.v.m. een verdenking op een urosepsis. De afgelopen dagen kon ze niet meer op haar benen staan. Mevrouw is bekend met atriumfibrilleren door een ernstige aortaklepstenose. Haar aortaklep is vervangen (status nu: matige MI, pulm HT, PCI). Voorheen heeft ze een dotterbehandeling (PCI MO-Cx), een plaveiselcelcarcinoom (PCC) en multipele basaliomen gehad. Mevrouw heeft een normaal BMI, maar een laag albumine. Mevrouw woont samen met haar zoon die al jaren voor haar zorgt (i(ADL). Ze slaapt in een hooglaagbed in de woonkamer; de badkamer is boven. In huis is een rollator, rolstoel, poststoel en driepoot aanwezig. Patiënt en zoon lijken zorgmijdend. Mevrouw wil dan ook graag weer naar huis. Behandelwensen: NR/IC-.

Diagnoses op de SEH

- Koorts (urinesediment met leukocyten+++nitriet+, leukocytose 12.1, CRP123) passend bij urosepsis
- Acute nierinsufficiëntie (eGFR36) met lichte hypokaliëmie 3,0 wd prerenaal bij 1.
- Metabole alkalose (dd diuretica en bovenstaande;)
- AF bekend; redelijke hartfrequentie
- Milde dec. cordis (1 vingerbreedte crepiteren en enig oedeem onderbenen)
- Laag albumine dd langer matige voedingstoestand

Vervolgbeleid

- Bloedkweken, urinekweek
- Ceftriaxon IV 2000mg 1dd1
- Gezien nierinsufficiëntie start 1l nCl 0,9% per 24 uur
- Streefintake 2l per dag, start kaliumdrank en diëtist betrekken i.v.m. lage albuminegehalte
- Bumetanide tno stop; cave overvulling; bij dyspnoe dan wel toename O2 behoefte laagdrempelig contact
- Streefsaturatie: 94%, nabepalen ntprobnp, labcontrole

Wijkkliniek

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP2: "Geschikt voor de wijkkliniek: Kwetsbare oudere patiënt, **UWI** en **medisch specialistische zorg** nodig."
- ZP3: "**Intensiteit van behandeling is laag** wat deze patiënt geschikt maak voor behandeling buiten het ziekenhuis. **Opname in de 1e lijn is niet mogelijk vanwege de IV.**"
- ZP4: "Een geriatrische patiënt met een klinische opname indicatie met **verhoogd risico op functionele achteruitgang tijdens ziekenhuisopname**. Zowel **IV medicatie als monitoring v.d. resultaten van medisch beleid zijn haalbaar in de wijkkliniek. Acute verslechteringen** (zoals refractaire sepsis, achteruitgang nierfunctiestoornissen waarvoor dialyse, dec. cordis bij vulling NFS) **of complicaties leiden tot behandelconsequenties die haalbaar zijn in de wijkkliniek; mede gezien de uitgebreide behandelbeperking.**"
- ZP1: "De **intensiteit van monitoring en behandeling** (is vanuit het ziekenhuisperspectief gezien) **laag**. Wel **labco nodig.**"
- ZP3: "Cliënt lijkt al langer op WLZ niveau te functioneren; dit kan problemen opleveren in het traject na adequate behandeling en herstel."
- ZP5: "**Mogelijk (nu nog) te complex voor wijkkliniek gezien infect en risico op overvulling, adequate monitoring?**"



Dhr. Perenboom: Wijkkliniek 'complex'



Dhr. Perenboom

Meneer (75 jaar) is door de huisarts ingestuurd naar de SEH, aangezien de huisarts een UWI, dec. cordis en trauma capitis vermoedt. Dhr. heeft Parkinson, DM type II, is bekend met hartfalen en atriumfibrilleren de novo. Ook heeft meneer voorheen al vaker UWI's gehad en heeft hij een verslechterde nierfunctie (eGFR 25ml/min). Meneer is niet bekend met cognitieve stoornissen, handelt wel erg impulsief en heeft geen ziekte-inzicht. Meneer is op dit moment zeer valgevaarlijk door de achteruitgang van Parkinson bij infectie. Meneer woont alleen thuis (zijn echtgenote is 1 jaar geleden overleden) en krijgt begeleiding bij het wassen en aankleden. Zijn neef, nicht en schoonzus zijn betrokken voor de iADL. Behandelbeleid: NR/NB/NIC, insturen ziekenhuis: ja.

Diagnoses op de SEH

- Urineweginfectie (UWI), atriumfibrilleren de novo
- Algehele zwakte; kan niet zelfstandig mobiliseren. Obstipatie.
- Hallucinaties, wisselend bewustzijn

Vervolgbeleid

- IV AB voor behandeling UWI, Start AOC voor boezemfibrilleren
- Laxeerbeleid voor obstipatie
- Omgevingsaanpassing, sensor voor delier
- Inzet fysio- en ergotherapeut

Wijkkliniek 'complex'

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP6: "Gezien alleenstaand en mantelzorg op afstand bij beperkte zelfredzaamheid en een groot valrisico, is kans op terugkeer naar huis klein."
- ZP5: "Er vanuit gaande dat er een UWI speelt en **cliënt medisch stabiel** is, lijkt behandeling in wijkkliniek mogelijk. **Intensiteit en complexiteit van controles, risico op sepsis**, mate van **delirant beeld** maken triage lastig."
- ZP4: "Er lijkt sprake van een **stabiele patiënt**. Gezien **IV antibiotica** is een opname in de eerste lijn niet haalbaar. Ziekenhuis is ook niet noodzakelijk: wijkkliniek tussenoplossing."
- ZP1: **IV behandeling + goede klinische monitoring + >3u per week behandelintensiteit** is mogelijk in de wijkkliniek.
- ZP5: "Intensiteit monitoring nu niet te beoordelen **bij ontbreken kans op septisch profiel/zuurstofbehoefte/controles/etc.** 2 of 3dd controles haalbaar in wijkkliniek.
- ZP5: "Sprake van **multiproblematiek** (indien ernstige **Parkinson** dan evt. **neurologie ICC**)"
- ZP2: "Is Dhr. wel geschikt voor de wijkkliniek? I.v.m. **betrokkenheid van 2 medische specialismen** en **kans op verdere medicamenteuze escalatie of aanvullende diagnostiek bij achteruitgang.**"
- ZP6: "Intensieve samenwerking neuroloog met **geriater/internist** nodig."
- ZP7: "Mogelijk te complex indien t.g.v. delier niet in staat tot voldoende intake? ik neig naar wijkkliniek maar twijfelgeval."

Dhr. Nectarineboom: Wijkkliniek / opname ziekenhuis



Dhr. Nectarineboom

Meneer (90 jaar) is door de huisarts ingestuurd naar de SEH i.v.m. dyspnoe en algehele zwakte. Meneer is redelijk functionerend in het dagelijks leven: woont zelfstandig, ADL zelfstandig en loopt in zijn gelijkvloerse woning met een rollator. Zijn kinderen ondersteunen wat betreft de boodschappen en maaltijden; meneer heeft geen thuiszorg. Wel kampt Dhr. Nectarineboom met milde cognitieve stoornissen (MOCA 19/30), hartfalen en elektrolyt stoornissen. Meneer heeft een niet-reanimeren verklaring, maar heeft verder geen behandelbeperkingen.

Diagnoses op de SEH

- Dec cordis, door een onbekende oorzaak
- Verhoogd CRP (130)
- Hyponatriëmie (123 mmol/L)
- Hypokaliëmie (2,3 mmol/L)

Vervolgbeleid

- Ontwateren door IV furosemide
- Kaliumsuppletie
- Monitoring lab, gewicht
- Plaatsing CAD
- Zelfstandig mobiliseren, conditie verbeteren, zelfstandig ADL

Wijkkliniek / opname ziekenhuis

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP3: "Is er **duidelijkheid waarom het CRP verhoogd is** en is er een **duidelijk behandelplan?**"
- ZP4: Voordat de patiënt opgenomen kan worden in wijkkliniek moet wel nagedacht zijn over **waarom** er een **verhoogd CRP is** en wat daar het **behandelplan** voor is. Dit **geldt ook voor de hyponatriëmie en hypokaliëmie**. Afhankelijk van hoe diep beide zijn EN waar het vandaan komt is opname in de wijkkliniek wel/niet geïndiceerd.
- ZP1: "**Stapelning van problematiek** waardoor **kwetsbare balans** en waarvoor ziekenhuiszorg en **expertise van medisch specialisten (geriater, cardioloog)** nodig is evenals de aanwezigheid van **specialistische diagnostiek** en/of **behandeling** (bijv. **echo cor; IV ontwateren en bijbehorende frequente monitoring van elektrolyten**)."
- ZP2: "Veel problematiek die deels ook met elkaar samenhangt, **uitdagend** om **vervolgbeleid (echo cor, iv ontwateren, frequente elektrolyt-controles)** praktisch uitvoerbaar te maken buiten het ziekenhuis.
- ZP2: **Risico op acute decompensatio**. **Risico op toename van elektrolytstoornissen** bij ontwateren. **Behandelconsequenties** het beste op te vangen in het ziekenhuis.
- ZP3: "Minder geschikt omdat het de vraag is of dhr. nog terug naar huis zou kunnen. Hiervoor meer informatie nodig; hoe zit het met het mantelzorgsysteem van meneer?"
- ZP5: Alleen NTBR, nog wel wens voor IC **behandeling** dus geen kandidaat wijkkliniek

➔ **Bespreking casus Dhr. Kakiboom 16 april 2024:** Er wordt getwijfeld of de cognitieve stoornissen 'mild' zijn met MOCA 19/30 en wat dit betekent voor wel/niet kunnen terugkeren naar huis (hoewel dit geen hard exclusiecriteria is voor de wijkkliniek; zie opmerking onder de [in-/exclusiecriteria](#)). Met deze patiënt zouden behandelbeperkingen moeten worden besproken en vastgelegd; deze zijn mede bepalend voor wel/niet opname in de wijkkliniek. De patiënt kan bijv. een endocarditis hebben, die zou behandeld kunnen worden in de wijkkliniek indien patiënt NR/NB/NIC beleid heeft. Diagnostiek naar endocarditis met echo cor kan evt. gedaan worden in de wijkkliniek (echo POCUS), maar niet zolang de patiënt gedecompenseerd is. Verder twijfelen de zorgprofessionals of de patiënt niet te complex is voor de wijkkliniek i.v.m. de ernst van de elektrolytstoornissen en behandeling hiervan i.c.m. dec cordis, en de nog bestaande onduidelijkheid over de oorzaak van het verhoogd CRP.



Dhr. Doerianboom: Opname ziekenhuis



Dhr. Doerianboom

Meneer (78 jaar) is door de huisarts ingestuurd naar de SEH i.v.m. dyspnoe en desaturatie. Dhr. Doerianboom is bekend met COPD (Gold III), paroxismaal atriumfibrilleren en decompensatio cordis. Hij is ADL en iADL afhankelijk, maar gebruikt geen hulpmiddelen bij het lopen: tot 2mnd geleden kon meneer nog ong. 1km wandelen, maar nu (bij opname) hooguit enkele meters. Meneer is alleenstaand en woont zelfstandig met een inwonende zoon. Dhr. Doerianboom heeft een wens tot volledig beleid; op medische gronden niet reanimeren/niet beademen/geen IC.

Diagnoses op de SEH

- Bekende, nu progressieve dyspnoe bij ernstig emfysemateus longbeeld/COPD, met mogelijk component decompensatio cordis en beginnende (aspiratie) pneumonie bij subfebriële temp en dubieus infiltraat op X-thorax.
- Ernstig gewichtsverlies (-15kg in enkele maanden)

Vervolgbeleid

- Combivent zn verneveling
- Lasix 1d40mg IV, Augmentin
- Vervolgen lab (NF, elektrolyten, bloedgas)
- PM CT-thorax/abdomen i.v.m. ernstig afvallen

Risico's: Hypercapnie bij O2 toediening, elektrolytstoornissen bij diuretica, delier, HAP, respiratoire insufficiëntie.

Opname ziekenhuis

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP1: "Patiënt is **ernstig dyspnoeisch**, heeft **diepe saturatiedips** waarvoor **O2-behoefte, wat echter goed gemonitord moet worden** gezien **risico op hypercapnie**."
- ZP2: "**Kans op hypercapnie en NIV-plus beleid** (anders zouden er geen controles hoeven) en **te veel labco** die niet mogelijk is in de wijkkliniek."
- ZP1: "Patiënt heeft puur medisch inhoudelijk alle redenen tot ziekenhuisopname. **Complex + hoge monitoring** voor **risico hypercapnie** nodig."
- ZP2: "Vervolgbeleid niet uitvoerbaar in wijkkliniek, **gezien lab arteriële bloedgasanalyse en hoge intensiteit van monitoring**."
- ZP3: "Op basis v.d. info in de casus ben ik met ZP1 en ZP2 eens dat het gaat om een complexe patiënte die intensieve monitoring behoeft. Echter, **gezien de patiënt op medische gronden NR en IC- heeft, heeft hij een beperkt beleid. Eén en ander hangt wel af van zijn wens tot wel/geen NIV**. Stel dat hij niet stabiel is met forse desaturatie en risico op hypercapnie, en wel NIV zou willen, dan is hij geen geschikte kandidaat voor de wijkkliniek. Maar als hij niet voor NIV in aanmerking komt, dan heeft hij een terughoudend beleid en zal op de wijkkliniek dezelfde zorg geleverd kunnen worden als op een reguliere afdeling in het ziekenhuis. Hoge frequentie aanvullende diagnostiek is dan wellicht ook minder belangrijk omdat het geen behandelingsconsequenties heeft, maar meer om beloop te monitoren."

Mevr. Mandarijnenboom: Opname ziekenhuis



Mevr. Mandarijnenboom

Mevrouw (84 jaar) is door de huisarts ingestuurd naar de SEH i.v.m. een delier en hyponatriëmie. De patiënte bekend met status na curatief behandeld mamma 1992 en angiodysplasieën maag en verder anemie en trombopenie bij dyshematopoïese van 3 celreeksen. Na anamnese en onderzoek op de SEH blijkt dat mevr. (symptomatische) hyponatriëmie 120 heeft. Waarschijnlijk door weinig intake; ze eet en drinkt weinig (DD combinatie met indapamide). Ook heeft mevrouw atriumfibrilleren de novo en microcytaire anemie (DD recidief bij angiodysplasie maag?). Er lijkt sprake te zijn van een delier, maar er is geen duidelijk beeld hiervan. Mevr. heeft armoede- en nihilistische waan (waarbij somber en anhedonie). Mevr. was 2 weken voor opname (i)ADL zelfstandig, maar de laatste de dagen voor opname had ze 2dd thuiszorg. Als hulpmiddel gebruikt mevrouw een rollator. Incontinent voor urine was mevr. al langer (etiologie onbekend, vermijdt artsbezoeken). Mevrouw is weduwe sinds 15 jaar en woont in een gelijkvloerse woning bij het fruitteeltbedrijf van haar kinderen. Mevr. heeft geen behandelwensen vastgelegd en kan dit op de SEH niet aangeven.

Diagnoses op de SEH

- Hyponatriëmie 120 dd bij tea and toast i.c.m. gebruik indapamide
- Verward, traag, dd bij hyponatriëmie, . Geen duidelijk beeld delier
- Somber. Nihilistische en armoede waan, cave: psychotische depressie.

Vervolgbeleid

- Start metoprolol en rivaroxaban, stop indapamide, sterk zout toedienen en vervolgen natrium (elke 3 a 4 uur).
- DOSS 3dd, ICC cardio, ICC psychiatrie, ICC geriatrie

Opname ziekenhuis

Opmerkingen zorgprofessionals (ZP's):

- ZP1: "Vraag is of patiënt op afdeling interne geneeskunde, geriatrie (indien beschikbaar) of in wijkkliniek opgenomen zou kunnen worden. Dit laatste ook **gezien somberheid, wanen**."
- ZP1: "Het betreft een **internistisch probleem (ernstige hyponatriëmie)** bij een patiënt op hoge leeftijd."
- ZP2: "**Te intensieve en complexe behandeling**. Bovendien is **medische diagnostiek nodig** voor vervolg en zijn er **meerdere medisch specialisten betrokken**."
- ZP3: **Natrium controles elke 3 à 4 uur** zouden problemen geven in de wijkkliniek, omdat dit in de nacht niet mogelijk is.
- ZP4: "Ik denk dat de **symptomatische hyponatriëmie** en de **frequentere controles** na het inzetten van behandeling, wel maakt dat dit de eerste 24-48 uur i.i.g. te complex is voor de wijkkliniek. Het is echter wel een ziektebeeld dat je weer vrij snel weer stabiel kan hebben; dus het zou ook nog een wat latere opname in de wijkkliniek kunnen zijn. Dat stukje **armoede- en nihilistische waan met een onderliggend psychiatrisch ziektebeeld; dat is wel heel erg kwetsbaar**. Dat zou ik wel tricky vinden voor in de wijkkliniek."