|  |
| --- |
|  |
| De geriatrische patiënt op de SEH |
| werkplan |

|  |
| --- |
|  |

Inhoud

[Werkplan voor de cursus: ‘een geriatrische patiënt op de SEH’ 2](#_Toc495309933)

[Aanleiding 2](#_Toc495309934)

[Doel SEH artsen: 2](#_Toc495309935)

[Subdoelen: 2](#_Toc495309936)

[Doel SEH verpleegkundige: 2](#_Toc495309937)

[Subdoelen: 2](#_Toc495309938)

[Programma 3](#_Toc495309939)

[Korte toelichting programma 3](#_Toc495309940)

[Presentatie: ‘welkom en introductie’ (30 minuten) Locatie 3](#_Toc495309941)

[Presentatie ‘aandachtspunten bij de geriatrische patiënt’ (30 minuten voor SEH vpk, 50 minuten voor SEH artsen) Locatie 3](#_Toc495309942)

[Workshops 4](#_Toc495309943)

[Scenario’s 4](#_Toc495309944)

[Begineisen, voorwaarden en benodigde materialen 4](#_Toc495309945)

[Ruimtes 4](#_Toc495309946)

[Personen 4](#_Toc495309947)

[Materialen 5](#_Toc495309948)

[Acties 5](#_Toc495309949)

[Bijlage 1: Programma 6](#_Toc495309950)

[Bijlage 2: toelichting workshops 7](#_Toc495309951)

[Workshop 1: 7](#_Toc495309952)

[Workshop 2: 7](#_Toc495309953)

[Workshop 3: 7](#_Toc495309954)

[Bijlage 3: situatieschetsen en achtergrondinformatie behorend bij workshop screeningstool en kwetsbaarheid (2) 9](#_Toc495309955)

[Bijlage 4: situatieschetsen en achtergrondinformatie behorend bij workshop delier (3) 15](#_Toc495309956)

[Bijlage 5: toelichting bij de scenario’s 21](#_Toc495309957)

[Bijlage 6: scenario’s 22](#_Toc495309958)

[Scenario 1: collum# 22](#_Toc495309959)

[Scenario 2: veranderd bewustzijn (delier, atypische presentatie uwi) 24](#_Toc495309960)

[Scenario 3: pneumosepsis (atypische presentatie) 25](#_Toc495309961)

[Scenario 4: collaps: differentiaal diagnose 27](#_Toc495309962)

[Scenario 5: algehele malaise (zorgprobleem/ouderenmishandeling) 29](#_Toc495309963)

# Werkplan voor de cursus: ‘een geriatrische patiënt op de SEH’

# Aanleiding

Sinds de transitie van de langdurige zorg begin 2015 is er toename van 20% oudere patiënten die zich op de Spoedeisende Hulp (SEH) presenteren. In de Brandbrief ‘Regionale spoedzorg ‐ de rek is er uit’ van mei 2016 wordt duidelijk gemaakt dat deze groep niet alleen voor een toenemende werkdruk en uitstroomproblemen op de SEH zorgt, maar dat ook de zorg verbeterd kan worden.

De voor de SEH ontwikkelde “Geriatric Emergency Department Guidelines” heeft als uitgangspunt dat de algemene werkwijze op de SEH niet past bij deze specifieke groep. Met name in de herkenning, voorzieningen, kennis en follow-up kunnen er stappen gemaakt worden om de zorg voor de ouderen op de SEH te optimaliseren. Deze richtlijn dient als uitgangspunt om op de Spoedeisende Hulp van het AMC een ***geïntegreerde (“nested”) geriatrische unit*** op de SEH te ontwikkelen om de geriatrische zorg en de doorstroming te verbeteren. Op deze unit staat de zorg voor de patiënt centraal; patiënten worden gescreend op kwetsbaarheid; personeel heeft voldoende kennis over de geriatrische patiënt; afspraken en protocollen worden ontwikkeld; er is intensieve samenwerking met de ketenpartners en het buurtziekenhuis; een transfer/wijkverpleegkundige met geriatrische kennis zorgt voor follow up en er zijn aangepaste faciliteiten/voorzieningen specifiek voor de oudere patiënt.

# Doel SEH artsen:

De SEH arts demonstreert, aan de hand van een patiëntencasus, de zorg voor de kwetsbare oudere op de SEH

## Subdoelen:

De SEH arts (i.o) kan:

* Een kwetsbare oudere patiënt herkennen
* een anamnese afnemen bij een geriatrische patiënt passend bij de klacht van binnenkomst daarbij rekening houdend met atypische presentatie van ziekte.
* een geriatrische patiënt benaderen en relevante hulpmiddelen inzetten passend bij zijn/haar mogelijkheden en beperkingen
* zo nodig met behulp van de ABCDE methodiek, relevante parameters en observaties verzamelen en interpreteren en relevante differentiaal diagnoses opstellen rekening houdend met de atypische presentatie van ziekte.
* kan op basis van verzamelde  parameters en observaties handelen naar bevindingen en relevante vervolgonderzoeken inzetten.
* kan de behandeling, waar mogelijk uitvoeren en kan mantelzorger/familie informeren over de bevindingen, het behandelingsplan en mogelijke complicaties.
* De SEH ars kan op basis van verzamelde parameters en observaties relevante differentiaal diagnoses opstellen en een passend medisch behandelplan opstellen.

# Doel SEH verpleegkundige:

De SEH verpleegkundige demonstreert, aan de hand van een patiëntencasus, de zorg voor de kwetsbare oudere patiënt op de SEH

## Subdoelen:

De SEH verpleegkundige (i.o) kan:

* De kwetsbare, oudere patiënt herkennen
* De binnenkomstklacht uitvragen bij een kwetsbare oudere patiënt passend bij de klacht van binnenkomst en triëren daarbij rekening houdend met atypische presentatie van ziekte.
* een geriatrische patiënt benaderen en relevante hulpmiddelen inzetten passend bij zijn/haar mogelijkheden en beperkingen
* zo nodig met behulp van de ABCDE methodiek, relevante parameters en observaties verzamelen en interpreteren en relevante differentiaal diagnoses opstellen rekening houdend met de atypische presentatie van klachten.
* op basis van verzamelde  parameters, observaties en differentiaal diagnoses handelen naar bevindingen.
* mantelzorger/familie informeren over de bevindingen, het behandelingsplan en mogelijke complicaties.
* De SEH verpleegkundige kan, na overleg met een arts volgens SBAR, aanbevelingen doen voor relevante onderzoeken/behandelingen en deze ook in gang zetten.

# Programma

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Begintijd | Eindtijd | tijd (min) | Onderwerp |
| 16.00 | 16.30 | 30 | Presentatie: Welkom en introductie |
| 16.30 | 17.00 | 30 | Presentatie SEH vpk: aandachtspunten bij een geriatrische patiënt |
| 16.30 | 17.20 | 50 | Presentatie SEH arts: aandachtspunten bij een geriatrische patiënt |
| 17.00 | 18.20 | 80 | Workshopcarrousel SEH vpk |
| 17.20 | 18.20 | 60 | Workshopcarrousel SEH artsen |
| 18.20 | 18.50 | 30 | Pauze/diner |
| 18.50 | 20.50 | 120 | 6 scenario’s |
| 20.50 | 21.00 | 10 | evaluatie |

# Korte toelichting programma

### Presentatie: ‘welkom en introductie’ (30 minuten) Locatie

Onderwerpen die aan bod komen tijdens de presentatie

* Huidige uitdagingen op de spoedeisende hulp met betrekking tot de kwetsbare oudere patiënt
* Oorzaken van de uitdagingen
* Inhoud project VOS met het oog op de uitdagingen en oorzaken.

### Presentatie ‘aandachtspunten bij de geriatrische patiënt’ (30 minuten voor SEH vpk, 50 minuten voor SEH artsen) Locatie

Tijdens deze presentatie worden de SEH artsen en SEH verpleegkundigen opgesplitst.

Onderwerpen die aan bod komen tijdens de presentatie SEH artsen

Aandachtspunten bij een kwetsbare, oudere patiënt aan de hand van het verblijf op de SEH:

* aanmelding,
* anamnese (polyfarmacie, multimorbiditeit),
* parameters/observaties (atypische presentatie klachten/ziekte)
* lichamelijk onderzoek, (ouderenmishandeling)
* risicofactoren zoals vallen, kwetsbaarheid
* aanvullend onderzoek, hulpmiddelen,
* informatie van en aan mantelzorgers en vervolgtraject

Onderwerpen die aan bod komen tijdens de presentatie SEH verpleegkundigen

Aandachtspunten bij een kwetsbare, oudere patiënt aan de hand van het verblijf op de SEH:

* Veel voorkomende aandoeningen met bijbehorende presentatie. Klinisch redeneren voor de SEH verpleegkundige met betrekking tot de kwetsbare, oudere patiënt.
* risicofactoren en complicaties zoals vallen, delier (zie ook workshop), decubitus
* ouderenmishandeling: signalen en interventies op de SEH

### Workshops

Tijdens deze workshopcarrousel worden de SEH artsen en SEH verpleegkundigen opgesplitst.

Zie bijlage workshops voor een omschrijving van de workshops. 20 minuten per workshop

Workshops voor de SEH artsen

* Workshop 2Screeningtool, interpretatie en vervolgactie
* Workshop 3: Inventariseren en meningen/ervaringen?

Workshops voor de SEH verpleegkundigen

* Workshop 1: hulpmiddelen
* Workshop 2: screening tool, interpretatie en vervolgacties
* Workshop 3:( twee groepen bij elkaar) inventariseren meningen/ervaringen oudere, kwetsbare patiënt en verwachtingen project VOS.

### Scenario’s

Zie bijlage scenario’s voor een omschrijving van de scenario’s

Alle algemene subdoelen zijn van toepassing. Daarnaast zijn er specifieke aandachtspunten die bij een casus aan bod zullen komen.

Scenario 1: collum# : vallen, decubitus, logistiek/patiëntenstromen SEH, vervolgtraject

Scenario 2: veranderd bewustzijn (delier): thuissituatie, vervolgtraject , atypische presentatie UWI

Scenario 3: pneumosepsis: complicaties, vervolgtraject, atypische presentatie

Scenario 4: collaps: differentiaal diagnose, logistiek/patiëntenstromen SEH, vervolgtraject, vallen

Scenario 5: algehele malaise (zorgprobleem): thuissituatie, vervolgtraject, ouderenmishandeling

Scenario 6: ontregelde diabetes: veranderd bewustzijn, thuissituatie, vervolgtraject

# Begineisen, voorwaarden en benodigde materialen

### Ruimtes

* Ruimte geschikt voor 35 personen presentatie 1 en 2 ruimtes geschikt voor 20 personen voor 2 presentaties
* Beamer aanwezig
* Presentatie
* Projectiescherm aanwezig
* 6 ruimtes geschikt voor 6-8 personen (workshops en scenario’s)

### Personen

* 3 Docenten voor de presentaties: Hanna Willems & Remco Franssen en Bianca Buurman
* 4 docenten voor de workshops (leden van de projectgroep, geriaters)
* Workshop 1: hulpmiddelen en delier: Astrid Rietdijk
* Workshop 2: screeningstool, interpretatie en vervolgacties: Jacqueline Kok/ Helma of Karianne
* Workshop 3: discussie (dubbele tijd en dubbele groep) Bianca Buurman en Helma Goddijn
* 6 docenten voor de scenario’s
* Scenario 1: collum# Evelien en Zamyra (20/11) en Els (11/1)
* Scenario 2: veranderd bewustzijn (delier) Astrid en Jolanda (20/11) en Joska (11/1)
* Scenario 3:pneumosepsis: Remco en Jacqueline
* Scenario 4: collaps: Marjolijn en Karen (20/11) en Gercora(11/1)
* Scenario 5: algehele malaise (zorgprobleem/ouderenmishandeling) Bianca en Helma/Karianne
* Scenario 6: ontregelde diabetes Marieke enEllen (20/11) en Ingrid? (11/1)

### Materialen

* Materialen voor verschillende casussen aanwezig.

Zie bijlage voor uitgebreide materialen lijst per workshop en per scenario

* Omschrijving lesmateriaal voor deelnemers
* Begeleidende brief/mail
* Programma

# Acties

Datum bepalen in overleg met Victor, Bianca Olofsen, Milan en Evelien: maandag 20 november en donderdag 11 januari

Ruimtes regelen: zalen@amc.nl? Vaardighedencentrum? ’s Avonds mogelijk? ’s Avonds is mogelijk, bevestingsmail voor beide data moet nog volgen

Accreditatie aanvragen V&VN en NVSHA

Docenten benaderen en inplannen

Docentenhandleiding opstellen (programma, introductie/verwachtingen, beschrijving workshop/scenario): zie plan

Materialen regelen en verzamelen

Catering regelen (koffie, thee, fris, diner, hapjes achteraf)

Begeleidende informatie opstellen

Programma voor collega’s zie plan

Groepsindeling maken

Naambordjes met groepsindeling maken

# Bijlage 1: Programma

**16.00: Welkom en introductie. Locatie**

**16.30: Aandachtspunten bij een geriatrische patiënt voor de SEH verpleegkundigen. Locatie**

**16.30: Aandachtspunten bij een geriatrische patiënt voor de SEH arts. Locatie**

**Workshops voor de SEH verpleegkundigen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Workshop 1Geriatrische patiënt op de SEH | Workshop 2Screeningstool kwetsbaarheid | Workshop 3Hulpmiddelen en delier |
| 17.00 | Groep 1 en 2 | 3 | 4 |
| 17.20 | 4 | 3 |
| 17.40 | Groep 3 en 4 | 1 | 2 |
| 18.00 | 2 | 1 |

**Workshops voor de SEH artsen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Workshop 1Geriatrische patiënt op de SEH | Workshop 3Hulpmiddelen en delier |
| 17.20 |  |  |
| 17.40 |  |  |
| 18.00 |

**18.20: Diner**

**18.50: Scenario’s**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tijd | Scenario 1Collum# | Scenario 2Veranderd bewustzijn | Scenario 3Sepsis | Scenario 4collaps | Scenario 5AlgeheleMalaise | Scenario 6Ontregelde diabetes |
| 18.50 | Groep 1 | Groep 2 | Groep 3 | Groep 4 | Groep 5 | Groep 6 |
| 19.10 | Groep 6 | Groep 1 | Groep 2 | Groep 3 | Groep 4 | Groep 5 |
| 19.30 | Groep 5 | Groep 6 | Groep 1 | Groep 2 | Groep 3 | Groep 4 |
| 19.50 | Groep 4 | Groep 5 | Groep 6 | Groep 1 | Groep 2 | Groep 3 |
| 20.10 | Groep 3 | Groep 4 | Groep 5 | Groep 6 | Groep 1 | Groep 2 |
| 20.30 | Groep 2 | Groep 3 | Groep 4 | Groep 5 | Groep 6 | Groep 1 |

**20.50: Evaluatie**

**21.00 Einde**

# Bijlage 2: toelichting workshops

# Workshop 1:

Delier en hulpmiddelen

20 minuten

**Doelstelling:**

De SEH verpleegkundige verwoordt de risicofactoren, kenmerken en interventies van/bij een delier

**Subdoelen**

De SEH verpleegkundige benoemt hulpmiddelen die ingezet kunnen worden bij (risico) patiënten met een delier.

**Uitvoering**

Aan de hand van 9 situatieschetsen (elke deelnemer 1) bepaalt de SEH verpleegkundige of er sprake is van een delier en onderbouwt deze keuze. De situatieschets wordt aan de hand van de SBAR beschreven. Daarna krijgt de SEH verpleegkundige de gelegenheid om relevante, met betrekking tot het delier, vragen te stellen om op deze manier tot een weloverwogen besluit te komen.

Vervolgens worden eventuele vervolginterventies op de SEH benoemd.

# Workshop 2:

Screeningstool kwetsbaarheid

20 minuten

**Doelstelling**

de SEH arts/verpleegkundige past de kwetsbaarheidstool toe aan de hand van een casus

**Subdoelen:**

de SEH arts/verpleegkundige:

* Kan per casus met behulp van de criteria onderbouwen waarom de patiënt wel of niet kwetsbaar is
* Kan verwoorden wat de vervolginterventies zijn

**Uitvoering**

Aan de hand van 9 situatieschetsen (elke deelnemer 1) bepaalt de SEH arts/verpleegkundige of er sprake is van kwetsbaarheid en onderbouwt deze keuze. De situatieschets wordt aan de hand van de SBAR en de eerste indruk beschreven. Dit wordt opgelezen. Daarna krijgt de SEH arts/ verpleegkundige de gelegenheid om relevante, met betrekking tot het uitvragen van kwetsbaarheid, vragen te stellen om op deze manier tot een weloverwogen besluit te komen.

De context is altijd hetzelfde: de behandeling van de patiënt heeft prioriteit ten opzichte van het uitvragen van kwetsbaarheid. Niet alle informatie die beschreven staat hoef uitgevraagd te worden. Deze informatie is alleen zo volledig beschreven om het totaalplaatje te schetsen voor de docent.

# Workshop 3:

Inventarisatie meningen/ervaringen kwetsbare oudere patiënt op de SEH en verwachtingen VOS

40 minuten

**Doelstelling**

de SEH arts/verpleegkundige verwoordt de kenmerken van kwetsbaarheid aan de hand van de Rockwood schaal, en VWS criteria

**Subdoelen**

Na de inventarisatie/discussie kunnen de volgende vragen beantwoord worden:

* Welke kenmerken van kwetsbaarheid omschrijft de SEH arts/vpk bij de kwetsbare, oudere patiënt op de SEH
	+ Sporten/bewegen
	+ Vallen
	+ ADL/iADL onafhankelijk
	+ Leeftijd
	+ Multimorbiditeit
	+ Prognose/levensverwachting
	+ Voedingstoestand
	+ Delier in vorige opname
	+ cognitieve stoornissen
* Welke problemen herkennen de SEH artsen/verpleegkundige bij de kwetsbare oudere patiënt op de SEH? (logistiek/patiënt gerelateerde problematiek)
* Welke oplossingen zouden er te bedenken zijn voor de bovenstaande problemen?
* Hoe zou VOS een oplossing kunnen zijn bij bovenstaande problemen?

# Bijlage 3: situatieschetsen en achtergrondinformatie behorend bij workshop screeningstool en kwetsbaarheid (2)

Kwetsbaarheid: biologisch syndroom van verminderde reserve en weerstand tegen stressoren, dat het resultaat is van achteruitgang van diverse fysiologische systemen, en dat gevoeligheid voor ongewenste uitkomsten veroorzaakt (Fried et al. 2001)

Kwetsbaarheid in kaart brengen met behulp van Frailty criteria volgens Fried, Rockwood en Groningen frailty schaal:

Mobiliteit: vallen, gebruik hulpmiddlen

Hulp bij ADL/iADL?

Voedingstoestand: intake? Afvallen?

Gemoedstoestand: somber? Eenzaam? Angstig? Vermoeid/lustleloos?

**Situatieschets 1: mevrouw Zomer**

Conclusie: kwetsbaar op basis van: vallen, ADL/iADL afhankelijk

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Mevrouw Zomer (88 jaar) presenteert zich (zelfverwijzer) op de SEH in verband met een dik rood onderbeen rechts |
| **B** | DM type 2 (insulineafhankelijk) Nierfalen erysipelas onderbeen |
| **A** | Mevrouw is slechthorend ondanks gehoorapparaten maar ze vertelt sinds gisteren herkenbare klachten te hebben van het onderbeen. Dacht dat ze morgen (maandag) wel naar de huisarts kon maar haar dochter wilde niet langer wachten. Vorige keer had mevrouw namelijk een hypo gekregen bij haar erysipelas been.  |
| **R** | Kwetsbaar? |

*Eerste indruk*

Mevrouw zit in een rolstoel. Wordt gereden door dochter. Onderbeen re is zichtbaar rood en dik.

*Achtergrondinformatie:*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
mevrouw heeft geen stemmingsstoornissen in het verleden gehad. Voelt zich nu ook niet somber. Niet eerder gescreend voor pre-existente cognitieve stoornissen. Volgens dochter is ze niet vergeetachtig.
* Functioneel
	+ Mobiliteit: valt veel, gebruikt thuis een wandelstok en buitenshuis een rollator.
	+ ADL/iADL: alle ADL wordt overgenomen, huishouden, boodschappen en financiën worden overgenomen.
	+ Zintuigen: slechthorend ondanks gehoorapparaten, leesbril, spraak in orde.
	+ Voedingsstatus: geen ongewenst gewichtsverlies, mevrouw kookt zelf.
	+ Continentie: mevrouw is incontinent voor urine. Gebruikt hiervoor incontinentiemateriaal.
* Sociaal
mevrouw is weduwe, heeft vier betrokken kinderen.

**Situatieschets 2: meneer Winter**

Conclusie: niet kwetsbaar .

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer Winter (72 jaar) presenteert zich voor de chirurg in verband met koorts. Heeft 7 dagen geleden een femorale bypass li en re gehad (ongecompliceerd verlopen) |
| **B** | DM type 2, insuline afhankelijk, myocardinfarct 2 x  |
| **A** | Meneer Winter geeft zelf geen antwoord, mompelt wat voor zich uit. Echtgenote vertelt dat hij gisterenavond geen klachten heeft geuit. Ze gingen vroeg slapen. Halverwege de nacht werd meneer Winter wakker en mompelde wat voor zich uit. Reageerde nauwelijks op echtgenote. Echtgenote heeft dd chirurg gebeld en heeft geadviseerd om naar de SEH te komen.  |
| **R** | Kwetsbaar? |

*Eerste indruk*

Meneer Winter wordt binnengebracht in een rolstoel door zijn zoon. Mompelt onverstaanbaar. Maakt geen oogcontact. Kijkt voor zich uit.

*Achtergrondinformatie (met behulp van heteroanamnese):*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
Geen stemmingsstoornissen in het verleden gehad. Geen informatie over somberheid in de laatste weken. Volgens echtgenote en zoon geen cognitieve stoornissen.
* Functioneel
	+ Mobiliteit: Liep met wandelstok voor de OK. Viel vaak. Had pijn (claudicatio klachten) Echtgenote en zoon hopen dat na deze Ok zich dat verbetert/normaliseert)
	+ ADL/iADL: Was voor de OK ADL en iADL zelfstandig
	+ Zintuigen: Brildragend
	+ Voedingsstatus: Kookt zelf (of echtgenote kookt)
	+ Continentie: niet incontinent
* Sociaal
Getrouwd, 2 zonen, 1 kleinzoon en 1 kleindochter.

**Situatieschets 3: Mevrouw Herfst**

Conclusie: kwetsbaar op basis van: immobiliteit, ADL/iADL afhankelijkheid, afvallen

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Mevrouw Herfst (96 jaar) via huisarts naar SEH verwezen na een val |
| **B** | Atriumfibrilleren waarvoor sintrommitis. CVA rechts met restparese links (infarct) 2 x, hypertensie |
| **A** | Mevrouw vertelt dat ze van de rand van haar bed is gegleden. Heeft zich geprobeerd tegen te houden met haar rechter been en is toen op haar linkerbil gevallen. Nu fors pijnlijke linkerbil. Huisarts beschrijft een hematoom van bil tot halverwege bovenbeen.  |
| **R** | Kwetsbaar? |

*Eerste indruk*

Mevrouw wordt binnengereden door zoon in een rolstoel. Zit op rechterbil

*Achtergrondinformatie:*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
Mevrouw is niet somber, vergeet wel zaken zegt zoon. Laatste maanden fors decorumverlies.
* Functioneel
	+ Mobiliteit: Volledig immobiel. Wordt verplaatst met behulp van rolstoel. Probeert zichzelf weleens achterwaarts te verplaatsen met behulp van rechtervoet.
	+ ADL/iADL: Volledig ADL en iADL afhankelijk. Woont in Berkenstede.
	+ Zintuigen: gebruikt leesbril
	+ Voedingsstatus: Krijgt diepvriesmaaltijden, alle maaltijden worden door de verzorging klaargemaakt. Afgelopen maanden fors afgevallen (kleding 2-3 maten te groot)
	+ Continentie: Incontinent voor urine waarvoor gebruik incontinentiemateriaal.
* Sociaal
weduwe, 6 kinderen (2 zonen, 4 dochters) Geen vriendenkring. Volgens mevrouw ook geen behoefte aan.

**Situatieschets 4: Meneer Lente**

Conclusie: kwetsbaar op basis van: gewichtsverlies, twijfel betrouwbaarheid valanamnese en oordeel ADL/iADL afhankelijk

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer Lente (74) presenteert zicht voor de longarts in verband met progressieve dyspnoe |
| **B** | Hartfalen, COPD gold IV, TIA, hypertensie |
| **A** | Meneer Lente wordt door de ambulance gebracht. Zij zijn gestart met verneveling met gewenst resultaat. Volgens meneer al een aantal dagen niet lekker, meer hoesten dan normaal. Had geen pufjes meer dus kon niet extra puffen.  |
| **R** | Kwetsbaar.  |

*Eerste indruk*

Onverzorgde man. Kleding is smoezelig, ongeschoren, ruikt naar urine, nicotine en alcohol. Maakt dyspnoïsche indruk. Heeft plastic tas met medicijnen bij zich.

*Achtergrondinformatie:*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
(uit de status) bekend met alcoholabuses en verwaarlozing. Zorgmijder.
* Functioneel
	+ Mobiliteit: Volgens meneer valt hij nooit (status rapporteert aantal presentaties in verband met hoofdwond na val bij alcoholgebruik) en loopt hij zelfstandig.
	+ ADL/iADL: Volgens meneer is hij ADL en iADL zelfstandig
	+ Zintuigen: Geen bril nodig, zegt meneer
	+ Voedingsstatus: Doet zelf boodschappen en kookt zelf. Kleding valt los om meneer heen. Broek wordt met riem aangesnoerd.
	+ Continentie: Volgens meneer niet incontinent van urine of feces.
* Sociaal
Heeft geen vrienden of familie.

**Situatieschets 5: Mevrouw Maart**

Conclusie: kwetsbaar op basis van: vallen, ADL/iADL afhankelijkheid

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Mevrouw Maart (71) wordt gepresenteerd door de ambulance na een val in het verpleeghuis Henriette Roland Holst Huis . Verdenking humerus# rechts |
| **B** | Dementie, hypertensie |
| **A** | Mevrouw weet zelf niet wat er gebeurd is, geeft pijn aan in rechterbovenarm. Volgens ambulance gestruikeld terwijl mevrouw met de rollator liep. Mevrouw heeft loopdrang en loopt de hele dag rond in het verpleeghuis.  |
| **R** | Kwetsbaar? |

*Eerste indruk*

Mevrouw zit op de brancard. Houdt haar rechterbovenarm vast. Pijnlijke grimas op haar gezicht.

*Achtergrondinformatie:*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
Bij mevrouw Maart is 6 jaar geleden dementie vastgesteld. Een half jaar geleden is mevrouw verhuisd naar het HRHH.
* Functioneel
	+ Mobiliteit: loopt met rollator. Heeft loopdrang
	+ ADL/iADL: volledig ADL afhankelijk
	+ Zintuigen: leesbril
	+ Voedingsstatus: Krijgt eten van het HRHH. Geen ongewenst gewichtsverlies
	+ Continentie: is niet incontinent van urine of feces.
* Sociaal
Heeft een dochter die niet in de buurt woont. Is betrokken, komt 1 x in de week langs.

**Situatieschets 6: Meneer van September**

Conclusie: niet kwetsbaar

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer van September (80 jaar) wordt door de ambulance gebracht in verband met verdenking dehydratie |
| **B** | blanco |
| **A** | Sinds een aantal dagen griepklachten. Daarbij zweten, braken en diarree. Vanmorgen duizelig, niet gevallen. Huisarts is langs geweest: verdenking dehydratie bij verminderde intake.  |
| **R** | Kwetsbaar? |

*Eerste indruk*

Ligt met gesloten ogen op zijn zij op de brancard. Reageert goed op aanspreken.

*Achtergrondinformatie:*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
Geeft aan geen geheugenproblemen te hebben en niet somber te zijn
* Functioneel
	+ Mobiliteit: Loopt 3 x in de week 8 km hard, gebruikt geen hulpmiddelen, valt niet
	+ ADL/iADL: volledig zelfstandig
	+ Zintuigen: geen hulpmiddelen behoudens leesbril
	+ Voedingsstatus: geen ongewenst gewichtsverlies tot een aantal dagen geleden. Koelkast was ondertussen leeg omdat hij zelf geen boodschappen kon doen. Nicht was op vakantie.
	+ Continentie: niet incontinent van urine en feces.
* Sociaal
Heeft een nicht die hem een bezoekt. Gaat 2 x per week naar de biljartclub. Speelt in de zomer jeu de boule.

**Situatieschets 7: mevrouw Februari**

Conclusie: kwetsbaar op basis van: twijfel: op basis van ontregelde diabetes. Overige domeinen geen aanwijzingen voor kwetsbaarheid.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Mevrouw Februari (69) presenteert zich op de SEH voor de interne in verband met ontregelde diabetes |
| **B** | Insuline afhankelijke DM type 2, obesitas, hypertensie, myocardinfarct.  |
| **A** | Mevrouw heeft sinds gisteren gebraakt, hield niets binnen. Heeft ook niet gespoten. Vanmorgen door vriendin op de bank aangetroffen, suf en traag. Kon niet zeggen hoe lang ze daar zat. Na overleg met de internist: presentatie SEH met de ambulance.  |
| **R** | Kwetsbaar.  |

*Eerste indruk*

Maakt verwarde indruk, reageert traag. Ligt op de ambulance.

*Achtergrondinformatie:*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
op dit moment niet georiënteerd in tijd en plaats. Volgens vriendin tot twee dagen geleden georiënteerd in tijd plaats en persoon, geen tekenen van dementie. Geen informatie bekend over stemmingsstoornissen.
* Functioneel
	+ Mobiliteit: loopt met rollator
	+ ADL/iADL: ADL en iADL zelfstandig
	+ Zintuigen: leesbril
	+ Voedingsstatus: glucose moeizaam te regelen. Mevrouw is niet therapietrouw
	+ Continentie: gebruikt geen incontinentiemateriaal
* Sociaal
alleenstaande vrouw. Heeft contact met buurvrouw. Geen uitgebreid sociaal netwerk.

**Situatieschets 8: Meneer der Oktober**

Conclusie: twijfel bij vallen/mobiliteit. Overige domeinen geen aanwijzingen voor kwetsbaarheid

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer der Oktober (84) is drie dagen geleden van de trap gevallen. Presenteert zich op de SEH met een pijnlijke thorax die matig reageert op paracetamol.  |
| **B** | HNP waarvoor lyrica sinds vier dagen. Hypertensie |
| **A** | Is drie dagen geleden van de trap gevallen. Had een tree gemist. Is op de rechterkant van de thorax gevallen. Blijft daar pijn houden. Had paracetamol geslikt, zonder het gewenste resultaat.  |
| **R** | Kwetsbaar? |

*Eerste indruk*

Maakt dyspnoïsche en pijnlijke indruk. Kan niet in 1 keer van de lobby naar de kamer lopen. Ademt oppervlakkig en snel. Houdt rechterkant van thorax vast. Komt samen met echtgenote en twee zonen.

*Achtergrondinformatie:*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
is het laatste jaar wat vergeetachtig. Voelt zich niet somber, is daar de man niet naar. Zet dan de schouders eronder. Geen tekenen van dementie.
* Functioneel
	+ Mobiliteit: Voor de opname matig. Lag veel op bed in verband met HNP. Voor HNP had meneer geen problemen met mobiliseren.
	+ ADL/iADL: Voor opname ADL en iADL zelfstandig.
	+ Zintuigen: gebruikt geen hulmiddelen behoudens leesbril.
	+ Voedingsstatus: geen ongewenst gewichtsverlies.
	+ Continentie: niet incontinent.
* Sociaal
Woont samen met echtgenote. Heeft twee zonen en vijf kleinkinderen. Leest graag.

**Situatieschets 9: Mevrouw van December**

Conclusie: kwetsbaar op basis van: ADL/iADL afhankelijk.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Door ambulance gebracht na 112 melding: vreemd gedrag, mogelijk gevallen.  |
| **B** | Recidiverende urineweginfecties. Vorig jaar urosepsis. Hypertensie, DM type 2 niet insuline afhankelijk.  |
| **A** | Mevrouw is door buurvrouw aangetroffen op de grond. Kon niet zelf opstaan. Herkende deze klachten van een eerdere urineweginfectie. Wordt dan duizelig en valt op de grond. Geen hoofdwond, CT laat geen traumatische afwijkingen zien. Heeft coherent verhaal. Lijkt af en toe niet georiënteerd in tijd, plaats en persoon.  |
| **R** | Kwetsbaar? |

*Eerste indruk*

Mevrouw kijkt wat beduusd om zich heen. Laat het allemaal over zich heenkomen. Heeft rode wangen (koorts?). Buurvrouw/ZZP zorgverlener is aanwezig. Vertelt dat ze vanmorgen, zoals gewoonlijk, de hond van de andere buurvrouw zou uitlaten en toen dit niet gebeurde ze zijn gaan kijken.

*Achtergrondinformatie:*

* Somatisch:
 (zie Background)
* Psychisch:
Geen preexistente cognitieve stoornissen bekend. Zegt niet somber te zijn of ooit somber te zijn geweest.
* Functioneel
	+ Mobiliteit: wandelt elke dag met haar hond. Volgens mevrouw 5 km per dag. Gebruikt een wandelstok.
	+ ADL/iADL: Wordt geholpen door buurvrouw (ZZP zorgverlener) met douchen en aankleden. Doet zelf boodschappen. Financiën worden geregeld door een vriendin.
	+ Zintuigen: brildragend. Geen andere hulpmiddelen nodig.
	+ Voedingsstatus: kookt niet meer zelf. Krijgt kliekjes van verschillende vriendinnen en buren. Eet anders ’s avonds brood. Is, volgens mevrouw, niet afgevallen. Kleding past nog goed (niet te ruim gaan zitten)
	+ Continentie: incontinent van urine waarvoor gebruik van luiers.
* Sociaal
Weduwe. Geen kinderen. Betrouwbare buren en vriendinnen die mevrouw ondersteunen.

# Bijlage 4: situatieschetsen en achtergrondinformatie behorend bij workshop delier (3)

**Situatieschets 1: Mevrouw de Bruin**

Conclusie: Delier aanwezig.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Mevrouw de Bruin (78) wordt ingestuurd door de huisarts van Berkenstede: somatische oorzaak gedragsverandering |
| **B** | Dementie waarvoor opname Berkenstede, CVA links (restparese arm rechts) DM type 2 insuline afhankelijk |
| **A** | Sinds twee dagen verandert het gedrag van mevrouw de Bruin. Bij opname sprak zij, niet coherent, volledige zinnen. Gisteren waren dat enkele woorden en vandaag is niet verstaanbaar. Glucose bedside is gemeten; 8,9 mmol/ltr. Urinestrip geeft geen indicatie voor urineweginfectie. Geen verhoogde temperatuur. (uiteindelijk blijkt mevrouw een urineretentie te hebben van 700 ml) |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

Mevrouw plukt aan het laken, maakt geen oogcontact.

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan: ja twee dagen geleden
	2. Fluctueert: dochter geeft aan dat moeder overdag in de stoel in slaap valt. ’s Nachts roept zij. Dat is ongebruikelijk voor haar moeder. Overdag heeft zij episodes die voor dochter herkenbaar zijn (niet coherent maar wel volzinnen sprekend) die afgewisseld worden met episodes van onverstaanbare geluiden/woorden.
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd: Mevrouw maakt geen oogcontact, is bezig met stofjes van het hek te vegen.
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht): Gesprek is niet mogelijk.
4. Veranderd bewustzijn: Normale EMV voor mevrouw de Bruin is E4-M5-V4, nu bij vlagen E4-M5-V2.

*Interventies:*

Klok/oriënterende maatregelen met datum, dag en locatie

Overdag indien mogelijk kamer aan de kant van daglicht. ’s Nachts mogelijkheid daglichtplafond dimmen overwegen.

Mantelzorger aanwezig blijven indien mogelijk/gewenst.

Overweeg start haldol

**Situatieschets 2: Meneer Winter (zelfde situatieschets als in workshop 2, andere vraagstelling)**

Conclusie: Delier aanwezig.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer Winter (72 jaar) presenteert zich voor de chirurg in verband met koorts. Heeft 7 dagen geleden een femorale bypass li en re gehad (ongecompliceerd verlopen) |
| **B** | DM type 2, insuline afhankelijk, myocardinfarct 2 x  |
| **A** | Meneer Winter geeft zelf geen antwoord, mompelt wat voor zich uit. Echtgenote vertelt dat hij gisterenavond geen klachten heeft geuit. Ze gingen vroeg slapen. Halverwege de nacht werd meneer Winter wakker en mompelde wat voor zich uit. Reageerde nauwelijks op echtgenote. Echtgenote heeft dd chirurg gebeld en heeft geadviseerd om naar de SEH te komen.  |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

Meneer Winter wordt binnengebracht in een rolstoel door zijn zoon. Mompelt onverstaanbaar. Maakt geen oogcontact. Kijkt voor zich uit.

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan: Halverwege de nacht.
	2. Fluctueert: onduidelijk gezien korte tijd
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd: aandacht is niet te trekken of te behouden. Meneer maakt geen oogcontact.
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht). Niet te objectiveren, meneer is niet te verstaan.
4. Veranderd bewustzijn: E4-M5-V2. Meneer had bij ontslag een maximale EMV.

*Interventies:*

Klok/oriënterende maatregelen met datum, dag en locatie

Overdag indien mogelijk kamer aan de kant van daglicht. ’s Nachts mogelijkheid daglichtplafond dimmen overwegen.

Mantelzorger aanwezig blijven indien mogelijk/gewenst.

Overweeg start haldol

**Situatieschets 3: mevrouw Groener**

Conclusie: geen delier volgens CAM. Meest waarschijnlijk préexistent gedrag.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Via de poli komt voor de internist mevrouw Groener (88)naar de SEH in verband met verdenking hyperglycemie mogelijk bij infectie.  |
| **B** | Diabetes type 2, insuline afhankelijk, myocardinfarct (2012)  |
| **A** | Mevrouw had een controle afspraak op de poli interne. Nichtje was mee. Mevrouw was defensief, honend anamnese en lichamelijk onderzoek was niet mogelijk.  |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

Mevrouw kijkt met opgetrokken wenkbrauwen om zich heen. Weigert antwoord te geven. Reageert honend/sarcastisch op vragen. (vb: “het kan me niet schelen dat je dat wilt weten, ik wil het niet vertellen” en “heb jij een universitair opleidingsniveau? Anders praat ik niet met je.” Of “ben jij al klaar? Of zou ik het straks nog een keer moeten vertellen?”)

*Heteroanamnese nicht van mevrouw*

Mevrouw is een alleenstaande vrouw. Zus van overleden moeder nicht. Langdurig geen contact met overige familieleden. Nu sinds aantal weken contact weer met beide nichten. Maakt verwaarloosde indruk. Geen thuiszorg. Nichten proberen zorg aan te bieden in de vorm van huishouden, hulp bij ADL/iADL. Mevrouw wil geen thuiszorg. Reageert op beide nichten conform gedrag op de SEH.

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan: voor zover nicht kan vertellen, nee
	2. Fluctueert: volgens nicht fluctueert het gedrag niet
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd: mevrouw voert geen opdrachten uit (honende reactie; zooooo, moet ik dat doen? Leuk voor je)
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht) In niets van de antwoorden blijkt dat ze hallucinaties heeft. (“je denkt toch niet dat zij jou laat vertellen dat ze gek is?”)
4. Veranderd bewustzijn: geen aanwijzingen voor.

**Situatieschets 4: meneer de Wit**

Conclusie: Delier aanwezig.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer de Wit (87) presenteert zich voor de (vaat) chirurg in verband met een bedreigde voet.  |
| **B** | Uitgebreid vaatlijden (CVA, stent a. femoralis links en stent a. poplitea rechts, amputatie teen III en V rechts) vermoeden inferior myocardinfarct op basis van ECG)  |
| **A** | Meneer de Wit is drie dagen geleden gestruikeld en heeft daarbij een wond op de rechtervoet opgelopen. Bij inspectie blijkt de wond necrotisch. (8 cm2 op de wreef)  |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

Wordt door dochter in rolstoel binnengebracht. Maakt angstige indruk. Maakt geen oogcontact.

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan: volgens dochter is de angst van de laatste twee dagen.
	2. Fluctueert: echtgenote heeft aangegeven (niet mee) dat meneer de Wit ’s nachts probeert te lopen en dan regelmatig valt. Is incontinent van urine. Meneer slaapt overdag. Van de thuiszorg heeft dochter begrepen dat meneer het soms geluidloos uitschreeuwt.
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd. Meneer de Wit maakt geen oogcontact. Je herkent het , door de thuiszorg, beschreven gedrag van geluidloos schreeuwen. Meneer lijkt dan iets af te weren en angstig te zijn.
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht). Zie punt 2
4. Veranderd bewustzijn: Volgens dochter was tot voor twee dagen geleden een gewoon gesprek mogelijk met meneer.

*Interventies:*

Klok/oriënterende maatregelen met datum, dag en locatie

Overdag indien mogelijk kamer aan de kant van daglicht. ’s Nachts mogelijkheid daglichtplafond dimmen overwegen.

Mantelzorger aanwezig blijven indien mogelijk/gewenst.

Overweeg start haldol.

**Situatieschets 5: mevrouw Blauwhof**

Conclusie: waarschijnlijk geen delier. Wel verhoogd risico op delier (met het oog op delier tijdens vorige opname)

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Mevrouw Blauwhof (91) wordt voor de longarts gepresenteerd in verband met verdenking pneumonie |
| **B** | Insuline afhankelijke diabetes type 2 |
| **A** | Volgens thuiszorg troffen zij mevrouw Blauwhof zittend op de bank in haar ochtendjas. Staarde voor zich uit en zat te klappertanden.  |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

Mevrouw staart voor zich uit. Geeft wel antwoord op de vragen. Lijkt ook coherent. Dochter legt uit dat vorig jaar mevrouw Blauwhof opgenomen is geweest. Had toen een delier. Herkent huidig gedrag niet ten opzichte van gedrag tijdens delier.

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan: ja
	2. Fluctueert: onduidelijk
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd: nee
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht): nee
4. Veranderd bewustzijn: nee

Klok/oriënterende maatregelen met datum, dag en locatie

Overdag indien mogelijk kamer aan de kant van daglicht. ’s Nachts mogelijkheid daglichtplafond dimmen overwegen.

Mantelzorger aanwezig blijven indien mogelijk/gewenst.

**Situatieschets 6: meneer Zwarts**

Conclusie: geen delier aanwezig. Op basis van aanwezige informatie lijkt er geen verhoogd risico op een delier.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer Zwarts (66) presenteert zich, via de huisarts, voor de chirurg met buikpijn, verdenking appendicitis. Huisarts heeft 5 mg morfine s.c. gegeven.  |
| **B** | Asfyxie bij geboorte daardoor geschat ontwikkelingsniveau 3 jaar. Mobiliseert met rolstoel ivm spasmes.  |
| **A** | Meneer Zwarts geeft sinds twee dagen buikpijn. Komt en gaat. Sinds vanmorgen temperatuur 38,7.  |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

Meneer Zwarts kijkt angstig om zich heen. Laat zich geruststellen door moeder. Moeder geeft aan dat zij het gedrag interpreteert als pijn en angst. Ziet geen verandering van bewustzijn of gedrag. Daarmee lijkt er geen sprake van een delier.

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan
	2. Fluctueert
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht)
4. Veranderd bewustzijn

**Situatieschets 7: mevrouw van Oranje**

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Mevrouw van Oranje (88)  |
| **B** | Hypertensie, AP |
| **A** |  |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan
	2. Fluctueert
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht)
4. Verminderd bewustzijn

**Situatieschets 8: Meneer van der Roze**

Conclusie: waarschijnlijk delier. Wel verhoogd risico op delier (bij pré existent dementie)

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer van der Roze (84) wordt ’s avonds door de huisarts voor de geriater gepresenteerd. Meneer geeft aan mensen te zien in zijn huis die hij niet kent en die niet met hem willen praten. |
| **B** | CABG en MKV, prostaathypertrofie waarvoor TURP, progressieve cognitieve achteruitgang in het kader van dementie |
| **A** | Sinds drie dagen ziet meneer personen in huis. Denkt dat deze niet echt aanwezig zijn. Twee maanden geleden gevallen. Geen neurologische klachten sindsdien. Niet suf, niet angstig |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

Maakt opgewekte indruk. Maakt grapjes. Ondergaat het allemaal rustig

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan: ja
	2. Fluctueert; lijkt niet het geval te zijn. Zoon woont naast zijn vader en zegt de afgelopen dagen geen fluctuerend beloop te zien.
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd: aandacht is te trekken en te behouden.
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht) hallucinaties aanwezig.
4. Verminderd bewustzijn: geen plotselinge achteruitgang van het geheugen, volgens zoon. Geen veranderd bewustzijn.

*Interventies:*

Klok/oriënterende maatregelen met datum, dag en locatie

Overdag indien mogelijk kamer aan de kant van daglicht. ’s Nachts mogelijkheid daglichtplafond dimmen overwegen.

Mantelzorger aanwezig blijven indien mogelijk/gewenst.

**Situatieschets 9: Meneer Paarsen**

Conclusie: geen differentiatie te maken tussen delier en psychose. Verdere evaluatie is nodig.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer Paarsen (66) wordt door de ambulance gepresenteerd voor de SEH in verband met verwaarlozing. Persoonlijk begeleider is mee. |
| **B** | Syndroom van Asperger, psychose waarvoor medicatie.  |
| **A** | Persoonlijk begeleider heeft 1 x per week een afspraak. Twee jaar terug heeft meneer Paarsen zelf medicatie gestopt, kreeg toen na twee weken een psychose. De laatste maanden verwaarloosde meneer zichzelf en zijn omgeving. Wilde niets weggooien. Vorige week, tijdens de laatste afspraak, vertelde meneer Paarsen aan de begeleider dat hij zich goed voelde en zijn medicatie wilde staken. Dat is toen niet gebeurd. Vandaag had de begeleider een afspraak met meneer. Meneer deed de deur niet open en de begeleider hoorde meneer schreeuwen. Met behulp van de politie is de ambulance het huis binnen gegaan en nemen ze meneer mee. Het huis is, ten opzichte van vorige week fors verwaarloosd en vervuild.  |
| **R** | Delier |

*Eerste indruk*

Meneer kijkt angstig en achterdochtig om zich heen. Zit rustig op de brancard.

*Achtergrondinformatie volgens CAM:*

1. Verandering in de mentale status ten opzichte van de uitgangssituatie die
	1. Acuut is ontstaan: begeleider geeft aan dat deze angst en onrust (meneer onderneemt acties om weg te lopen) geen herkenbaar gedrag is. Ook tijdens zijn vorige psychose staat dit gedrag niet beschreven. Gedurende de eerste opvang wordt meneer steeds onrustiger. Roept dat er factoren van buitenaf verantwoordelijk zijn voor zijn onvrijwillig verblijf in dit hotel.
	2. Fluctueert: lijkt wel
2. Moeite met het richten van de aandacht of met het vasthouden wat er is gezegd: Meneer Fransen geeft geen antwoorden op de vragen.
3. Ongeordend denken (irrelevante conversatie, vreemde wisselingen van onderwerp, gedachtenvlucht) Roept dat hij een gevangene van dit hotel is. Vijfpuntsfixatie is nodig wanneer meneer wil gaan slaan.
4. Verminderd bewustzijn: EMV is maximaal.

# Bijlage 5: toelichting bij de scenario’s

Algemene toelichting voor de docent:

* Collega’s zijn gewend aan scenario onderwijs. Het focus van het scenario onderwijs waar de collega’s aan gewend zijn ligt op handelingsvolgorde/algoritme (handelingen aan de pop). Bij dit scenario onderwijs ligt het focus op de verschillende aandachtspunten van de geriatrische patiënt (gespreksvoering/anamnese)
* Aanbevolen wordt om 1 docent het scenario te laten leiden en 1 docent de patiënt te laten spelen omdat veel informatie wordt verkregen door de anamnese.
* Aanbevolen wordt om 10 minuten het scenario te doen en eventuele vragen en discussie te bewaren tot de evaluatie (10 minuten).
* Het streven is om alle collega’s het voortouw te laten nemen bij een eigen scenario .
* Elk scenario heeft zijn eigen leerpunten. Deze staan beschreven bij aandachtspunten/discussiepunten en daaronder eventuele extra informatie
* Aanbevolen wordt om te benadrukken dat het gaat om herkennen van kwetsbaarheid van de oudere patiënt (algemene onderwijsdoel) en daarmee niet af te willen doen aan het belang van de dagelijkse gang van zaken. De dagelijkse gang van zaken staat echter tijdens het scenario niet op de voorgrond om op deze manier de volledige aandacht te kunnen besteden aan de verschillende aspecten van kwetsbaarheid.
* De specifieke scenario doelen zullen in detail voor SEH verpleegkundigen en SEH artsen verschillen. De verwachting is dat dit logisch beredeneerd kan worden of door de collega’s aangegeven zal worden.

# Bijlage 6: scenario’s

Scenario 1: collum# : vallen, decubitus, logistiek/patiëntenstromen SEH, vervolgtraject

Scenario 2: veranderd bewustzijn (delier): thuissituatie, vervolgtraject , atypische presentatie UWI

Scenario 3: pneumosepsis: vervolgtraject, atypische presentatie.

Scenario 4: collaps: differentiaal diagnose, logistiek/patiëntenstromen SEH, vervolgtraject, vallen

Scenario 5: algehele malaise (zorgprobleem): thuissituatie, vervolgtraject, ouderenmishandeling

Scenario 6: ontregelde diabetes: veranderd bewustzijn, thuissituatie, vervolgtraject

# Scenario 1: collum#

**Globaal verloop hele scenario (informatie voor de docent)**

* Ambulance doet overdracht volgens SBAR (zie hieronder)
* Zorgpad collum# wordt gevolgd: Collum# wordt geconstateerd
* Valanamnese afnemen/ aandachtspunten vallen uitvragen. Vervolgtraject uitleggen aan patiënt en mantelzorger
* Kwetsbaarheid inventariseren en vervolgacties uitleggen aan patiënt en mantelzorger
* Delierrisico inventariseren en delier preventieve maatregelen benoemen.

**SBAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer Bakker (81) wordt gepresenteerd voor de SEH in verband met verdenking collum# links |
| **B** | Hypertensie, myocardinfarct (2006), dementie (2015) |
| **A** | Meneer Bakker is gevallen. Bij arriveren van de ambulance ligt meneer op de grond. Rechter been is verkort en ligt in exorotatie. Pijnlijk bij bewegen.  |
| **R** | Verdenking collum# rechts |

**Eerste indruk en start van het scenario**

* Meneer ligt plat op de brancard. Kijkt rustig om zich heen. Grimast en kreunt van de pijn bij overplaatsing.
* Bij de ABCDE benadering geen verontrustende/ afwijkende bevindingen. Meneer blijkt een collum# rechts te hebben. X thorax geen afwijkingen en het ECG is conform een recent, oud ECG. Het beleid wordt OK en overplaatsing.
* De casus gaat van start.

**Informatie bij verschillende vragen/interventies**

|  |  |
| --- | --- |
| **Val uitvragen** | Na de val heeft meneer een collum#. Er is letsel ontstaan door de val. Meneer is gestruikeld tijdens het lopen. Bij doorvragen blijkt dat hij naar het toilet liep. Meneer valt de laatste twee weken vaker. Ongeveer 1-2 per dag. Altijd haast meneer zich naar het toilet. Sinds een aantal weken moet hij vaker plassen en heeft hij regelmatig aandrang waarna hij kleine beetjes plast. Met regelmaat is hij ook incontinent van urine. Hij is dan niet snel genoeg bij het toilet*Interventie: urinesediment om UWI uit te sluiten. Meneer blijkt een UWI te hebben.* Medicatie: ascal, lisinopril, metoprolol & simvastatineRelevante voorgeschiedenis met betrekking tot vallen (behalve de UWI) en de vraag of de patiënt veilig naar huis kan zijn nu minder relevant.*Interventie/vervolgacties uitleggen aan patiënt en mantelzorger: overweeg in ontslagbrief advies aan huisarts aanmelden valpoli.*  |
| **Kwetsbaar** | Ja op basis van: mobiliteit/vallen. Zaken als pre-existente gezondheidssituatie, mate van mobiliseren, hulp bij ADL/iADL/huishouden niet bekend.  |
| **Delier** | Nu geen delier. Wel risico op delier: risicofactoren: dementie, heupfractuur, predisponerende factoren: eerder delier niet bekend, dementie. *Interventies: geriatrische klok zichtbaar.*  |
| **Decubitus** | *Interventie: overweeg naar gewoon matras over te plaatsen.* |

**Aandachtspunten/discussiepunten**

Vervolgbeleid na vallen

Kwetsbaarheid

Delier risico

Ontstaan decubitus (bed/hulpmiddelen)

Maatregelen thuis voor demente echtgenote

**Informatie over vallen (achtergrond informatie voor de docent. Passend bij de aandachtspunten en discussiepunten)**

Een val is een gebeurtenis waarbij iemand onbedoeld op de grond of een lager niveau terechtkomt. De meeste valincidenten doen zich voor bij ouderen en de incidentie van valpartijen neemt toe met de leeftijd. Vallen is een groot probleem voor oudere patiënten en de uitkomst kan slecht zijn. Bij voldoende kennis en adequate diagnostiek zijn de factoren van een valprobleem goed in kaart te brengen en is behandeling mogelijk.

*Vragen in de acute situatie*

Is er letsel ontstaan door de val?

Wat is de aanleiding of omstandigheid van de val geweest?

Welke activiteit ging vooraf aan de val?

Welke medicatie gebruikt de patiënt?

*Aandachtspunten om mee te wegen in analyse valrisico*

Wat is de relevante medische voorgeschiedenis (inclusief de valgeschiedenis)

Welk onderdeel uit de medische voorgeschiedenis kan invloed hebben op het valrisico?

Is het medisch verantwoord dat de patiënte alleen thuisblijft en moet er aanvullende zorg worden geregeld?

*Indien tijd en ruimte valt een valanamnese te overwegen*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspect** |  | **Items** |
| **Toedracht** | Waar | Plaats van vallen: thuis of buitenshuis |
|  | Wanneer | Moment van de dag |
|  | Activiteit | Bij opstaan, na de maaltijd, bij hoesten of lachen, bij toiletgang, bij emoties (inclusief pijn), bij inspanning, bij hoofddraaien? |
|  | Voorafgaand aan de val | Prodromale verschijnselen (duizeligheid, palpitaties, misselijkheid)?Gelaatskleur (bleek)?Bewustzijnsverlies? |
|  | Tijdens of na de val | Trekkingen, tongbeet, incontinentie, parese, verwardheid? Zelf in staat op te staan? |
|  | Valgeschiedenis | In het afgelopen half jaar vaker gevallen?ValfrequentieRisicogedrag? |
| **Risicofactoren** | Mobiliteit | Gebruik van een hulpmiddel?Balans- of loopproblemen?Verminderde kracht in extremiteiten?Pijn of stijfheid gewrichten of extremiteiten?Verminderde lichamelijke activiteit? Vermijden van bepaalde activiteiten? |
|  | Valangst | Bang om te vallen? Overmoedig? |
|  | Perceptie | Klachten van gezichtsvermogenKlachten van gehoor?Duizeligheid? Vertigo?Gevoel in de voeten? |
|  | Cognitie | Cognitieve stoornissen? |
|  | Uitscheiding | Incontinentie voor urine?Nycturie? |
|  | Middelenmisbruik | Alcohol? |
|  | (Risico)medicatie | Dosis, tijdstip van inname en frequentie? |

# Scenario 2: veranderd bewustzijn (delier, atypische presentatie uwi)

**Globaal verloop hele scenario (informatie voor de docent)**

* Presentatie meneer Schoenmaker
* ABCDE: geen aanwijzingen voor sepsis
* Veranderd bewustzijn: delier. Delier uitvragen
* Vervolgbeleid: opname AOA
* Kwetsbaarheid inventariseren.

**SBAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer Schoenmaker (89) met de ambulance gebracht naar de SEH. De buurvrouw van meneer heeft 112 gebeld. Meneer zat inmiddels een half uur voor zich uit te staren in de auto zonder verdere actie. Buurvrouw komt mee.  |
| **B** | Vier dagen geleden een TURP (transurethrale resectie van de prostaat) OK. Is tegen medisch advies naar huis gegaan met CAD. Is mantelzorger voor hulpbehoevende echtgenoteOverige VG: prostaathypertrofie waarvoor 4 dagen geleden TURP, hypertensie.  |
| **A** | A: vrij, B saturatie 91% met 2 lO2 via neusbril 97%, AH frequentie 20/minuut, symmetrische thoraxexcursies, C: pols 88/minuut krachtig, equaal, RR 110/70, CRT 2 seconde. Infuus geplaatst, niet actief gevuld, A in de AVPU, glucose 8,7 mmol/ltr, temp 37,3 |
| **R** | Analyse vreemd gedrag.  |

**Eerste indruk en start van het scenario**

Meneer staart naar 1 punt. Reageert op aanspreken maar staart dan weer naar 1 punt. Lijkt geen pijn te hebben. Buurvrouw is meegekomen.

Het scenario start.

**Informatie bij verschillende vragen/interventies**

|  |  |
| --- | --- |
| **ABCDE** | **A:** Ademweg vrij: **B:**  saturatie met 2 lO2 via neusbril 96%, AH frequentie 20/minuut, symmetrische thoraxexcursies. **C**: pols 82/minuut week, equaal, RR 125/80, CRT 2 seconde,  |
| **Delier** | CAM criterium 1: Vragen naar verandering in de mentale status, of deze verandering acuut is ontstaan en of deze fluctueertBuurvrouw geeft aan dat meneer normaal geanimeerde gesprekken voert en een aimabele man is. Zoals initiatiefloos en nauwelijks reageren herkent ze niet. Ze zag meneer in de auto gaan zitten en een half uur later zat hij nog steeds voor zich uit te staren. Vanmorgen was dit nog niet zo. Sinds de ambulance er is heeft ze niets anders gezien dan deze starende blik en niets anders gehoord dan de wazige antwoordenCAM criterium 2: Aandacht niet te trekken of te behouden: Meneer maakt geen oogcontact. Geeft geen antwoorden op de vragen. CAM criterium 3: Ongeordend denken: het is niet na te gaan of meneer op dit moment hallucinaties heeft of anderszins sprake is van ongeordend denkenCAM criterium 4: Verminderd bewustzijn: normaal maximale EMV nu E4-M4-V3Conclusie: delier aanwezig*Interventies: geriatrische klok zichtbaar overweeg ICC geriatrie* |
| **Kwetsbaar** | Ja op basis van huidige gezondheidstoestand. Gegevens over zaken als mobiliseren/vallen, mate van mobiliseren, hulp bij ADL/iADL/huishouden is niet bekend. |
|  |  |

**Aandachtspunten/discussiepunten**

* Vervolgbeleid na opname?
* Interventies: Klok/oriënterende maatregelen met datum, dag en locatie; overdag indien mogelijk kamer aan de kant van daglicht. ’s Nachts mogelijkheid daglichtplafond dimmen overwegen; Mantelzorger aanwezig blijven indien mogelijk/gewenst.
* Overweeg starten Haldol

**Informatie over delier (achtergrond informatie voor de docent. Passend bij de aandachtspunten en discussiepunten)**

# Scenario 3: pneumosepsis (atypische presentatie)

**Globaal verloop hele scenario (informatie voor de docent)**

* Presentatie meneer van der Slager
* ABCDE: geen aanwijzingen voor sepsis; wel aanwijzingen voor pneumonie
* Lage saturatie bij oppervlakkige, snelle ademhaling
* Verlaagd bewustzijn bij hypoxie, geen delier volgens CAM
* Vervolgbeleid: opname AOA
* Complicaties

**SBAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer van der Slager (88) presenteert zich met algehele malaise en hoesten. Laatste dagen veel op bed; heeft geen energie om op te staan.  |
| **B** | 2011 Myocardinfarct, hypertensie, DM |
| **A** | A: vrij, B: ademfrequentie 28/minuut oppervlakkig, NAG, ronchi rechts basaal, saturatie 93% zonder zuurstof, C: P: 88/minuut, RR: 105/60, D: E3-M5-V3 gluc 12,9 mmol/ltr, E: temp 36,5 |
| **R** | Analyse algehele malaise |

**Eerste indruk en start van het scenario**

Meneer ligt met de ogen dicht, reageert op aanspreken. Het scenario start na het ABCDE. Saturatie is 97% met 2 l O2 en meneer heeft een infuus. Echtgenote is aanwezig.

**Informatie bij verschillende vragen/interventies**

|  |  |
| --- | --- |
| **Anamnese** | Spreekt geen volzinnen, saturatie zakt tijdens anamnese naar 92%. Stijgt naar 97% wanneer meneer niet praat. Meneer geeft het woord aan echtgenote. Is te moe om uitgebreid te praten. Heteroanamnese; Een week geleden grieperig, niet hoesten, af en toe kriebelhoest. Vanmorgen wilde meneer niet uit bed. Was wat verward. Echtgenote begreep het niet. Is vanmorgen ook bijna gevallen bij toiletgang. Huisarts gekomen. Dyspnoe: ingestuurd voor SEH.  |
| **Delier?** | CAM criterium 1: Vragen naar verandering in de mentale status, of deze verandering acuut is ontstaan en of deze fluctueertMeneer is minder alert, verandering in mentale status is acuut ontstaan, fluctueert nietCAM criterium 2: Aandacht niet te trekken of te behouden: aandacht te trekken, niet te behouden CAM criterium 3: Ongeordend denken: lijkt niet georiënteerd in TPP, lijkt geen hallucinaties te hebben. CAM criterium 4: Verminderd bewustzijn: normaal maximale EMV nu E3-M5-V3Conclusie: geen delier aanwezig, wel kwetsbaar voor ontstaan delier bij risicofactor: infectie*Interventies: geriatrische klok zichtbaar overweeg ICC geriatrie* |
| **Kwetsbaar** | Ja op basis van huidige gezondheidstoestand,  |
| **Atypische presentatie** | Geen In ABCDE geen aanwijzingen voor sepsis. Wel aanwijzingen voor atypische presentatie bij infectie: bijna gevallen. |
| **Vervolgbeleid** | Kandidaat buurtziekenhuis?  |

**Aandachtspunten/discussiepunten**

* Aandachtspunten atypische presentatie: comorbiditeit, andere symptomen van ziektes en/of fysiologische verandering door veroudering, psychosociale problemen
gevolgen atypische presentatie:
	+ Lastiger diagnostiek en behandeling
	+ Vaker slechte uitkomst ZH opname
	+ Vaker SEH bezoek
	+ ↑ mortaliteit

Signalen die kunnen wijzen op atypische presentaties

* + Verwardheid
	+ Zelfverwaarlozing
	+ Vallen
	+ Incontinentie
	+ Apathie
	+ Anorexie
	+ Dyspnoe
	+ Moeheid

Verborgen symptomen

* + Depressie,
	+ Incontinentie
	+ Musculoskeletale
	+ stijfheid
	+ Vallen
	+ Alcoholisme
	+ Gehoorsverlies
	+ Dementie
	+ Tandproblemen
	+ Slechte voeding
	+ Sexuele dysfunctie
	+ osteoartritis
* Buurtziekenhuis: ziekenhuis verplaatste zorg met oog voor functiebehoud.
* Kwetsbaarheid
* Delier risico

# Scenario 4: collaps: differentiaal diagnose

* **Globaal verloop hele scenario (informatie voor de docent)**
* Mevrouw de Dokter is gevallen naast het bed
* ABCDE: geen verontrustende parameters.
* In verband met vallen/collaps andere discipline in consult: neuroloog? Cardioloog? Geriater? Voor de doelstellingen van het scenario: eerst deze keuze laten maken dan naar de volgende stap. Want in de volgende stap is het in consult roepen van de cardioloog voor de hand liggend.
* Op het plethismogram is een toevalsbevinding van 5 seconde een polsfrequentie 30/minuut waarbij mevrouw niet reageert op aanspreken. Voordat er een pijnprikkel gegeven kan worden komt mevrouw weer bij bewustzijn. Op het ECG later blijkt een P top asystolie. Er blijkt bij doormeten van de PM een draadbreuk te zijn.

**SBAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Mevrouw de Dokter (81)is gevallen. Kan zich niet herinneren of ze buiten bewustzijn is geweest. Echtgenoot heeft haar horen vallen. Was met traplift naar boven gegaan en trof mevrouw aan. Leek versuft maar reageerde wel op hem. Ambulance gebeld: presenteert mevrouw voor de SEH arts.  |
| **B** | Diabetes mellitus, myocardinfarct, totaal AV blok waarvoor PM, vasculaire dementie, vorige week radius# rechts na vallen waarvoor circulair, gespleten gips |
| **A** | Sat 96%, AH freq: 20, P: 80 reg RR 160/95, EMV 4-6-4 gluc 8,4 mmol/ltr, T  |
| **R** | Analyse val |

**Eerste indruk en start van het scenario**

Mevrouw kijkt verward om zich heen, heeft een schaafwond boven linker wenkbrauw en rechter onderarm zit in gips. Mevrouw wil regelmatig met rechterhand aan voorhoofd voelen en stoot dan met gips tegen voorhoofd. Weet niet wat er gebeurd is.

**Informatie bij verschillende vragen/interventies**

|  |  |
| --- | --- |
| **Heteroanamnese** | Mevrouw antwoordt op alle vragen dat ze het niet weet. Echtgenoot geeft aan dat dit beeld conform eerder is. Mevrouw gaat elke ochtend naar de dagbesteding. Heeft vergevorderd vasculaire dementie maar echtgenoot wil niet dat mevrouw naar een verpleeghuis gaat. Mevrouw valt de laatste anderhalve week 2-3 keer per dag flauw. Kijkt dan wazig, reageert niet op aanspreken en wanneer ze staat dan valt ze om. Duurt enkele seconden. Echtgenoot heeft twee keer een soort trillingen/trekkingen gezien, geen tongbeet, geen incontinentie.  |
| **Kwetsbaar** | Kwetsbaarheid op basis van valanamense, ADL/iADL afhankelijk |
| **Risico op delier** | Ja op basis van leeftijd, uitgebreide VG, vasculaire dementie |
| **Keuze** | In dit stadium is de overweging om een geriater in consult te vragen bij kwetsbaarheid, polyfarmacy, comorbiditeit, pré existente vasculaire dement.  |
| **Verloop** | Tijdens gesprek geeft plethismogram polsfrequentie van 30/minuut aan en mevrouw zakt weg. Pols wordt gevoeld en komt overeen plethismogram. Mevrouw komt weer bij. ECG/ ritmestrook laat P-top asystolie zien. PM wordt uitgelezen: draadbreuk. Mevrouw wordt opgenomen op de cardiologie en krijgt een nieuwe PM.  |

**Aandachtspunten/discussiepunten**

* Keuze voor consult geriatrie, cardiologie, neurologie.

**Informatie over vallen (achtergrond informatie voor de docent. Passend bij de aandachtspunten en discussiepunten)**

Een val is een gebeurtenis waarbij iemand onbedoeld op de grond of een lager niveau terechtkomt. De meeste valincidenten doen zich voor bij ouderen en de incidentie van valpartijen neemt toe met de leeftijd. Vallen is een groot probleem voor oudere patiënten en de uitkomst kan slecht zijn. Bij voldoende kennis en adequate diagnostiek zijn de factoren van een valprobleem goed in kaart te brengen en is behandeling mogelijk.

*Vragen in de acute situatie*

Is er letsel ontstaan door de val?

Wat is de aanleiding of omstandigheid van de val geweest?

Welke activiteit ging vooraf aan de val?

Welke medicatie gebruikt de patiënt?

*Aandachtspunten om mee te wegen in analyse valrisico*

Wat is de relevante medische voorgeschiedenis (inclusief de valgeschiedenis)

Welk onderdeel uit de medische voorgeschiedenis kan invloed hebben op het valrisico?

Is het medisch verantwoord dat de patiënte alleen thuisblijft en moet er aanvullende zorg worden geregeld?

*Indien tijd en ruimte valt een valanamnese te overwegen*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspect** |  | **Items** |
| **Toedracht** | Waar | Plaats van vallen: thuis of buitenshuis |
|  | Wanneer | Moment van de dag |
|  | Activiteit | Bij opstaan, na de maaltijd, bij hoesten of lachen, bij toiletgang, bij emoties (inclusief pijn), bij inspanning, bij hoofddraaien? |
|  | Voorafgaand aan de val | Prodromale verschijnselen (duizeligheid, palpitaties, misselijkheid)?Gelaatskleur (bleek)?Bewustzijnsverlies? |
|  | Tijdens of na de val | Trekkingen, tongbeet, incontinentie, parese, verwardheid? Zelf in staat op te staan? |
|  | Valgeschiedenis | In het afgelopen half jaar vaker gevallen?ValfrequentieRisicogedrag? |
| **Risicofactoren** | Mobiliteit | Gebruik van een hulpmiddel?Balans- of loopproblemen?Verminderde kracht in extremiteiten?Pijn of stijfheid gewrichten of extremiteiten?Verminderde lichamelijke activiteit? Vermijden van bepaalde activiteiten? |
|  | Valangst | Bang om te vallen? Overmoedig? |
|  | Perceptie | Klachten van gezichtsvermogenKlachten van gehoor?Duizeligheid? Vertigo?Gevoel in de voeten? |
|  | Cognitie | Cognitieve stoornissen? |
|  | Uitscheiding | Incontinentie voor urine?Nycturie? |
|  | Middelenmisbruik | Alcohol? |
|  | (Risico)medicatie | Dosis, tijdstip van inname en frequentie? |

# Scenario 5: algehele malaise (zorgprobleem/ouderenmishandeling)

**Globaal verloop hele scenario (informatie voor de docent)**

* Meneer de Boer presenteert zich met klachten die het meest passen bij obstipatie.
* Tijdens de voorbereiding voor ontslag volgt een woordenwisseling tussen meneer en echtgenote die mogelijk zou kunnen wijzen op ouderenmishandeling
* Uit het gesprek blijkt dat echtgenote haar vroegere/vertrouwde partner mist. Het echtpaar ging er regelmatig op uit, hadden een groot sociaal netwerk. Het laatste jaar veranderen de verhoudingen tussen meneer en mevrouw. Mevrouw krijgt een zorgrol en door deze rol voelt zij zich overbelast. Dit uit zich in geschreeuw. Zij geeft aan dat ze zich machteloos voelt.
* Het is belangrijk om het gesprek aan te gaan met beide partners. Indien mogelijk apart van elkaar. Dit levert de meeste en meest betrouwbare informatie op.
* Het is mogelijk om contact op te nemen met Veilig Thuis om advies in te winnen als professional. Wat zijn de mogelijkheden?

**SBAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Meneer de Boer (85 jaar) (zelfverwijzer) presenteert zich op de SEH met buikpijn. Sinds anderhalve dag progressieve, krampende buikpijn. Paracetamol met gewenst, kortdurend resultaat. Laatste ontlasting vijf dagen geleden. Echtgenote is mee.  |
| **B** | Parkinson (2012), astma, THP (2015), prostatisme, laatste tijd erg vergeetachtig.  |
| **A** | Controles niet alarmerend, buik soepel, levendige peristaltiek, fecale impactie voelbaar. Laatste tijd weinig gedronken. Kan niet aangeven waarom niet. Klachten meest passend bij obstipatie.  |
| **R** | Klysmeren en met movicolon naar huis? |

**Eerste indruk en start van het scenario**

Meneer de Boer is geklysmeerd en fors ontlasting gehad. Klachten zijn gereduceerd tot VAS 1. Collega wil met Movicolon naar de kamer lopen om meneer te informeren en hoort echtgenote tegen meneer schreeuwen. Roept dat hij op moet schieten, dat ze hier al de hele dag zitten, dat ze maar 1 set schone reservekleren heeft meegenomen die nu al vies is en ze wil naar huis. Bij binnenkomst van de collega valt het stil. Hier start het scenario.

**Informatie bij verschillende vragen/interventies**

|  |  |
| --- | --- |
| **gesprek** | Sprake van incident of trend? Overweeg om met echtgenote apart te zitten om het gesprek aan te gaan. Bij navraag blijkt dat er een groot beroep op mevrouw als mantelzorger wordt gedaan. In het afgelopen jaar is meneer in toenemende mate ADL/iADL afhankelijk geworden en heeft mevrouw deze zorg overgenomen. Het echtpaar waren globetrotters met een groot sociaal netwerk en in het laatste jaar is dat gereduceerd tot de twee kinderen die het echtpaar heeft. Meneer heeft last van nycturie en is regelmatig incontinent voor urine en doet dan een beroep op mevrouw. Waardoor mevrouw niet kan slapen. Meneer zet ook afwas op het toilet. Mevrouw voelt zich moe en wanhopig en wordt dan regelmatig boos op haar man waarbij ze schreeuwt tegen haar man terwijl ze weet dat hij er niets aan kan doen. Meneer geeft aan dat zijn vrouw zo tegen hem schreeuwt. Bijna de hele dag. Ze hadden een goed huwelijk maar 1 van de 3 kinderen is overleden en dat heeft een enorme impact op het huwelijk gehad. De buren horen ook dat mevrouw zo schreeuwt. Meneer heeft helemaal geen zin meer om iets te doen. Echtgenote schreeuwt toch tegen hem. |
| **Ouderenmishandeling?** |  |
| **Vervolgbeleid** | Suggesties: Overleg met veilig thuis. Wat zijn de opties/mogelijkheden?Overweeg contact huisarts: uitbreiden zorg, dagbehandeling meneer, nachtzorg mevrouw |

**Aandachtspunten/discussiepunten**

Tips bij vermoeden ouderenmishandeling:

* Ga het (individuele) gesprek aan
* Opbouwen van een vertrouwensrelatie
* Indien onveilig: overweeg opname om te zoeken naar definitieve oplossingen.

**Scenario 6: ontregelde diabetes**

**Globaal verloop hele scenario (informatie voor de docent)**

**SBAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **S**  | Mevrouw Burgemeester (72)presenteert zich op de SEH met verwardheid. Familie valt op dat ze de laatste tijd steeds minder initiatief toont. Mevrouw Burgemeester was een vrouw die in veel verenigingen zat en nu komt er niets meer uit haar handen. Dochter trof haar gisteren om 14.00 nog met een pyjama aan. Dat is echt heel erg vreemd voor haar. Nu ging zoon bij haar op bezoek en mevrouw wist niet wat voor dag het was en dacht dat er garnalen onder de bank zaten.   |
| **B**  | Hypertensie  |
| **A**  | Mevrouw valt de hele tijd in slaap, is goed wekbaar. In ABC worden er weinig verontrustende bevindingen gedaan. In de D heeft mevrouw een glucose van 27,8 bij een EMV van 3-6-4  |
| **R**  | Oorzaak verwardheid uitzoeken  |

**Eerste indruk en start van het scenario**

Mevrouw valt regelmatig in slaap maar is goed wekbaar en praat. Is niet georiënteerd in trias. Zit tijdens het praten niet bestaande pluisjes van haar mouw weg te halen. Dochter en zoon aanwezig.

**Informatie bij verschillende vragen/interventies**

|  |  |
| --- | --- |
| **Heteroanamnese**  | Sinds een aantal weken verliest mevrouw initiatief. Belt vrienden en familie af. Zegt dat ze te moe is. Ook komt ze niet meer op verjaardagen. Dit is voor mevrouw heel vreemd. Ze klaagt dat ze veel is afgevallen terwijl ze toch goed eet.   |
| **Delier**  | CAM criterium 1:  Vragen naar verandering in de mentale status, of deze verandering acuut is ontstaan en of deze fluctueert Dochter geeft aan dat er eerder sprake was van initiatiefverlies. Vanmorgen was mevrouw, volgens zoon was ze vanmorgen echt in de war. Garnalen waren er ook niet. Nu lijkt ze wel weer helderder dan vanmorgen CAM criterium 2:  Aandacht niet te trekken of te behouden: is voornamelijk bezig met de pluisjes op haar mouw CAM criterium 3:  Wanneer er gevraagd wordt wat ze aan het doen is, zegt ze dat er allemaal pluisjes op haar blouse zitten. Ze weet ook niet hoe die daar komen CAM criterium 4:  Verminderd bewustzijn: normaal maximale EMV nu E3-M6-V4 Conclusie: delier aanwezig *Interventies: geriatrische klok zichtbaar overweeg ICC geriatrie*  |
| **Vervolgtraject**  | Kan mevrouw naar huis? Overwegen buurtziekenhuis. Instellen medicatie/ start insuline  |

**Aandachtspunten/discussiepunten**

Atypische presentatie/veranderd bewustzijn

Vervolgtraject