Mating med nasogastrisk sonde

**Målgruppe:** Sykepleiestudenter **Anbefalt antall deltagere:** 1-2 brukere

**Simuleringstid:** 10 minutter **Debriefing-tid: 20 minutter**

# Informasjon om læreplan

## Læremål

**Etter å ha fullført simulering og debriefingsøkt, vil brukerne kunne:**

* Demonstrere passende sikkerhetsregler for en pasient som mottar flytende næring med sondeadministrering
* Forklare prosedyrer for pasienten med passende kommunikativt rammeverk
* Demonstrere evnen til å administrere flytende næring via en nasogastrisk sonde
* Vurdere og dokumentere pasient-inntak

## Oversikt over scenario

I dette scenariet er en 65 år gammel kvinne på kirurgisk avdeling, én dag postoperativ etter å ha fått fjernet en liten svulst i spiserøret. Hun har en nasogastrisk sonde på plass, og hun mottar for tiden kun flytende næring via sonde. Brukerne forventes å kunne gjøre passende sikkerhetsforholdsregler, forklare prosedyrer for pasienten med passende kommunikative rammeverk, suge ut og vurdere mageinnhold, administrere flytende næring og dokumentere inntak og avføring/urin/oppkast.

## Debriefing

Når simuleringen er over, anbefales det at en tilrettelagt debriefing gjennomføres for å diskutere emner relatert til læremålene. Hendelsesloggen i Session Viewer viser foreslåtte debriefing-spørsmål. Sentrale diskusjonsemner kan være:

* Sikkerhetsforholdsregler for en pasient som får flytende næring via sonde
* Håndtering av nasogastrisk mating
* Kommunikasjon med pasienten

## Foreslåtte referanser

Ferrie S, Daniells S, Gagnon S, et al. *Enteral nutrition manual for adults in health care facilities*. Dietitians Association of Australia. 2015. Hentet fra <https://daa.asn.au/wp-content/uploads/2015/04/Enteral-nutrition-manual-January-2015.pdf>

Pearce CB, Duncan HD. *Enteral feeding.* Nasogastric, nasojejunal, percutaneous endoscopic gastrostomy, or jejunostomy: Its indications and limitations. Postgraduate Medical Journal. 78(918):198-204. Mai 2002. doi: 10.1136/pmj.78.918.198

# Oppsett og forberedelse

## Utstyr

* Blodtrykksmansjett
* Pasient klær
* Pasient-ID-armbånd med navn og fødselsdato
* Pasient monitor
* Simulert standard flytende næring 1,2 kcal/ml
* Simulert mageinnhold, 50 ml
* SpO2 sonde
* Stasjon for håndhygiene
* Stetoskop
* Utstyr for ernæringssonde - etter lokal protokoll (nasogastrisk sonde 16 Fr og nasogastrisk ernæringssonde 12 Fr anbefales)
* Vann til irrigasjon og hydrering
* Universelt verneutstyr

## Forberedelse før simulering

* Plasser 50 ml simulert mage-innhold inn i mage-reservoaret.
* Sett inn en nasogastrisk sonde i mage-reservoaret til en dybde på 55 cm.
* Kle på simulatoren pasient klær og plasser den i en sykehusseng i Fowlers posisjon.
* Fest pasient-ID-armbånd med navn og fødselsdato.
* Print ut pasientdiagrammet fra side 4, og del det ut til brukerne etter å ha lest opp brukerinstruksjonene for dem. Hvis du bruker et elektronisk pasientdiagram, kan du overføre informasjonen til dette systemet.

## Brukerinstruksjon

*Brukerinstruksjonene bør leses høyt for brukerne før simuleringen starter.*

**Situasjon:** Du er sykepleier på kirurgisk avdeling, og klokken er nå 11:00. Du tar hånd om Mary West, en 65 år gammel kvinne som er én dag postoperativ etter å ha fått fjernet en liten svulst i spiserøret.

**Bakgrunn:** Pasienten har hatt økende ubehag og vansker med å svelge i løpet av de siste ukene grunnet en godartet svulst i spiserøret.

**Vurdering:** Pasienten ble vurdert for 3 timer siden, og alle vitale tegn var innenfor normale rammer. Smerten ble vurdert til 3, og pasienten ba ikke om smertestillende. Hun har en nasogastrisk sonde på plass, og hun mottar for tiden kun flytende næring via sonde. Sondedybde har vært stabil på 55 cm. Bolus på 340 ml med flytende næring ble administrert for 3 timer siden, og for 2 timer siden ble 250 ml vann administrert. Restvolum var minimalt begge ganger.

**Anbefaling:** Hun skal ha en bolus med flytende næring. Ta noen minutter for å gjennomgå diagrammet hennes(del ut diagram til brukerne) , og gå deretter for å se til pasienten.

# Tilpasning av scenario

Scenariet kan være grunnlaget for å skape nye scenarier med andre eller ekstra læremål. Endringer ved et eksisterende scenario krever nøye vurdering av hvilke strategier du forventer at brukerne demonstrerer, hvilke endringer du ønsker å gjøre ved læremålene, progresjon gjennom scenariet, programmering og støtte-materiell. Men det er en effektiv måte å øke mengden scenarier på fordi du kan gjenbruke mye av pasientinformasjonen og mange elementer i programmering av scenariet og støttemateriell.

Som inspirasjon, her er noen forslag til hvordan dette scenariet kan justeres:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nye læremål** | **Endringer ved scenariet** |
| Inkluder læremål om bruk av terapeutisk kommunikasjon og klinisk resonnering. | La pasienten uttrykke ubehag, for eksempel magekramper eller kvalme.  Pasienten bør klage på ubehag hun opplever inntil brukerne har gjort passende tiltak for å hjelpe mot ubehaget, inkludert bruk av terapeutiske kommunikasjonsevner. |
| Inkluderer læremål om å gjenkjenne dehydrering og å utføre passende handlinger. | La pasienten vise tegn på dehydrering; for eksempel noe senket blodtrykk og mørk urin, og la pasienten klage på tørste, utmattelse og svimmelhet. Skjema for inntak og avføring/urin/oppkast bør også justeres for å indikere dehydrering.  Pasienten bør klage over disse symptomene inntil brukerne gjør passende tiltak for å hydrere pasienten. |
| Inkluder læremål om å bruke klinisk resonnering, inkludert å gjøre passende sikringstiltak. | Fyll mage-reservoaret med et større restvolum fra tidligere mating (merk: magen kan ta opp til 500 ml).  Pasienten bør fremdeles ikke være sulten, og kan klage på sure oppstøt. Hvis brukerne ikke oppdager det større restvolumet eller ikke gjør nødvendige tiltak og forholdsregler, kan pasienten kommentere en følelse av å være overmett. |
| Inkluder læremål om å bruke klinisk resonnering, inkludert å gjøre passende sikringstiltak. | Endre mageinnholdet så det ser ut som kaffegrut, for å indikere blødning i magen.  Pasienten kan vise symptomer eller ikke. Hvis brukerne ikke gjenkjenner blødningen og tar passende sikringstiltak, kan pasienten spørre om alt ser bra ut, og klage på svakhet eller svimmelhet. |
| Inkluder læremål om bruk av kommunikasjonsevner og klinisk kunnskap. | La pasienten være ukjent med prosedyren, for å oppfordre brukeren til å gi pasient-opplæring og besvare spørsmål.  Pasienten bør stille relevante spørsmål i samsvar med informasjonen brukerne gir. |

# Pasientdiagram

|  |  |
| --- | --- |
| **Pasientnavn:** Mary West **Kjønn:** Kvinne **Allergier:** Ingen kjente allergier **Fødselsdato:** 18/10-XXXX | |
| **Alder:** 65 år **Høyde:** 170 cm **Vekt:** 61 kg **MRN:** 00156330 | |
| **Diagnose:** Godartet svulst i spiserøret **Adm. dato:** I går | |
| **Avdeling:** Kirurgisk **Forhåndsdirektiv:** Nei  **Isolasjons-forholdsregler:** Ingen | |
|  | |
| |  | | --- | | **Tidligere medisinsk historikk**  Økende ubehag og vansker med å svelge i løpet av de siste ukene grunnet en godartet svulst i spiserøret. En dag postoperativ etter å ha fått kirurgisk fjernet en liten svulst i spiserøret.  Appendektomi for 15 år siden. | | |
|  | |
| **Merknader** | |
| **Dato/klokkeslett** |  |
| I går | Pasient overført til avdelingen anestesi. Nasogastrisk ernæringssonde er på plass.  Sondedybde: 55 cm. Vitale tegn tatt /RN |
| I dag, 08:00 | Pasienten vurderer smerte til 3, pasienten ber ikke om smertestillende. Restvolum på 40 ml returnert. Flytende ernærings-bolus (340 ml) administrert via sonde. Sondedybde: 55 cm. Hydreringsstatus OK /RN |
| I dag 09:00 | Flytende bolus (250 ml) administrert via sonde. Restvolum på 110 ml returnert. Sondedybde: 55 cm. Hydreringsstatus OK /RN |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| **Legeinstrukser** | |
| Aktivitet: Opp av sengen når det tolereres | |
| Diett: Flytende ernæring via nasogastrisk sonde-administrering:  Administrer 340 ml standard flytende ernæring 1,5 kcal/ml over 30 minutter, 5 ganger om dagen jevnt distribuert, over våkne timer.  Administrer 250 ml vann, 5 timer om dagen jevnt distribuert, over våkne timer. | |
| Vitale tegn hver 4. time | |
| Vurder hydreringsstatus hver 4. time | |
| Registrer inntak og avføring/urin/oppkast | |
|  | |
|  | |
| **Medisinsk administrasjonsskjema** | |
| **Dato/klokkeslett** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| **Vitale livstegn** | |
| **Dato/klokkeslett** |  |
| I dag, 08:00 | **BT:** 135/85 mm Hg **HR:** 85/min **RR:** 15/min **SpO2:** 99 % **Temp:** 37.0oC |
|  | **BT:**  **HR:** **RR:** **SpO2:** **Temp:** |

# Inntak og avføring/urin/oppkast

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pasientnavn:** Mary West **Kjønn:** Kvinne **Allergier:** Ingen kjente allergier **Fødselsdato:** 18/10-XXXX | | | | | | | | | | |
| **Alder:** 65 år **Høyde:** 170 cm **Vekt:** 61 kg **MRN:** 00156330 | | | | | | | | | | |
| **Diagnose:** Godartet svulst i spiserøret **Adm. dato:** I går | | | | | | | | | | |
| **Avdeling:** Kirurgisk **Forhåndsdirektiv:** Nei  **Isolasjons-forholdsregler:** Ingen | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Merknader:** | | | | | | | | | | |
|  | **Inntak** | | | | | **Avføring/urin/oppkast** | | | | |
| **Tid/klokkeslett** | **Oralt** | **NG** | **IV** | **IVPB** | **Annet** | **Urin** | **Oppkast** | **NG** | **Dren**  **type** | **Annet** |
| **23-07** |  | 340 ml  250 ml |  |  |  | 270 ml |  |  |  |  |
| **Totalt for skift** |  | 590 ml |  |  |  | 270 ml |  |  |  |  |
| **Tid/klokkeslett** | **Oralt** | **NG** | **IV** | **IVPB** | **Annet** | **Urin** | **Oppkast** | **NG** | **Dren**  **type** | **Annet** |
| **07-15** |  | 340 ml  250 ml |  |  |  | 250 ml |  |  |  | 350 ml |
| **Totalt for skift** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tid/klokkeslett** | **Oralt** | **NG** | **IV** | **IVPB** | **Annet** | **Urin** | **Oppkast** | **NG** | **Dren**  **type** | **Annet** |
| **15-23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Totalt for skift** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dette skjemaet skal brukes ved sengen for å holde oversikten over alt av inntak og avføring/urin/oppkast. Totalvolum vil så registreres på et 24-timers væskebalanse-skjema. | | | | | | | | | | |
| **Væske-mål:** 1 cc = 1 ml • 1 unse = 30 ml • 8 unser = 240 ml • 1 cup = 8 unser = 240 ml  • 4 kopper = 32 unser = 1 quart eller 1 liter = 1000 ml | | | | | | | | | | |