KOLOSTOMIPLEJE

**Målgruppe:** Sygeplejestuderende **Anbefalet antal deltagere:** 1-2 studerende

**Simuleringstid:** 10 minutter **Debriefingstid: 20 minutter**

# Pensuminformation

## Læringsmål

**Efter gennemførelse af simuleringen og debriefingsessionen, vil de studerende være i stand til at:**

* Undersøge og vurdere en kolostomi
* Forklare procedurer for patienten ud fra passende rammer for kommunikation
* Yde kolostomipleje, herunder tømning af posen (og genanbringelse om nødvendigt)

## Scenarieresumé

I dette scenarie ligger en 33-årig kvinde på den kirurgiske afdeling, andet postoperative døgn efter fjernelse af colon og rectum efter en lang historik med colitis ulcerosa. En kolostomi er blevet anlagt. De studerende forventes at undersøge og vurdere kolostomien, forklare procedurerne for patienten ud fra passende rammer for kommunikation og sørge for kolostomipleje, herunder tømning af posen (og genanbringelse om nødvendigt).

## Debriefing

Når simuleringen er forbi, anbefales det at gennemføre en facilitatorledet debriefing for at diskutere emner relateret til læringsmålene. Eventloggen i Session Viewer giver forslag til debriefing-spørgsmål. Centrale diskussionspunkter kan være:

* Undersøgelse og vurdering af en kolostomi
* Håndtering af kolostomipleje
* Kommunikation med patienten

## Foreslåede referencer

Colostomy UK. *Managing your colostomy*, 2018. Hentet på <http://www.colostomyuk.org/information/managing-your-colostomy/>

Macleod E, Johnstone N, Robertson I, et al. *Clinical nurse specialists Stoma care*; Royal College of Nursing, 2009. Hentet på <https://matrix.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/272854/003520.pdf>

# Opsætning og forberedelse

## Udstyr

* Blodtryksmanchet
* Kolostomi til simulatoren
* Kolostomiudstyr (i henhold til lokal protokol)
* Patienttøj
* Patient ID-armbånd med navn og fødselsdato
* Patientmonitor
* Simuleret brun flydende afføring til at fylde ca. 1/3 af stomiposen (150-200 ml)
* SpO2 probe
* Håndhygiejnestation
* Universelt sikkerhedsudstyr

## Forberedelse inden simulering

* Sæt kolostomien fast på simulatoren.
* Fyld ca. 1/3 af stomiposen med simuleret afføring.
* Fastgør stomiposen til simulatoren.
* Klæd simulatoren i patienttøj og læg den i en hospitalsseng i Fowler's position.
* Sæt patient ID-armbånd med navn og fødselsdato på.
* Udskriv patientjournalen fra side 4, og udlevér den til de studerende efter at have læst briefingen højt for dem. Hvis du bruger en elektronisk patientjournal, kan du overføre oplysningerne til dette system.

## Briefing

*Briefingen skal læses højt for de studerende, inden simuleringen påbegyndes.*

**Situation:** Du er sygeplejerske på en kirurgisk afdeling, og klokken er nu 10.00. Du plejer Jane Keys, en 33-årig kvinde, der er to dage postoperativ efter fjernelse af colon og rectum. Der er anlagt en kolostomi i hendes højre side.

**Baggrund:** Patienten har en lang historik med colitis ulcerosa.

**Analyse:** Patienten blev vurderet for 3 timer siden, og alle vitalparametre var inden for normalområdet. Smerter blev bedømt til 3 på VAS, og 1000 mg paracetamol blev administreret. Patienten ser ud til at komme sig godt.

**Råd:** Brug et par minutter på at gennemse hendes journal (uddel journal til de studerende), tilse derefter patienten og tjek, om hendes stomipose skal tømmes.

# Tilpasning af scenariet

Scenariet kan danne grundlag for at skabe nye scenarier med andre eller yderligere læringsmål. Det kræver nøje overvejelser at foretage ændringer i et eksisterende scenarie, hvilke handlinger du forventer, at de studerende udfører, og hvilke ændringer du skal medtage i forbindelse med læringsmål, scenariets udvikling, programmeringen og det skrevne materiale. Det er dog en hurtig måde at øge din pulje af scenarier på, fordi du kan genbruge meget af patientinformationen og flere elementer i scenarieprogrammeringen og det skrevne materiale.

Til inspiration er her nogle forslag til, hvordan dette scenarie kan tilpasses:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nye læringsmål** | **Ændringer i scenariet** |
| Inkluder læringsmål om brug af kommunikationsfærdigheder og klinisk viden. | Gør patienten klar til udskrivning og opret ordination for udskrivningsforløb.  Patienten skal stille spørgsmål til de oplysninger, som de studerende giver. |
| Medtag læringsmål om at opdage infektion, smertehåndtering og at træffe passende sikkerhedsforanstaltninger. | Lad patienten have smerter og smink kolostomien, så den ser inficeret ud.  Patienten skal klage over smerter og føle sig feberramt. Hvis de studerende ikke reagerer korrekt på situationen, kan patienten spørge til behandlingen eller anmode om at tale med lægen. |
| Medtag læringsmål om at opdage blod i afføringen, anvende sin kliniske viden og at træffe passende sikkerhedsforanstaltninger. | Farv afføringen i kolostomiposen rød, for at indikere blødning fra colon.  Patienten vil være bekymret over dette fund, og hvis de studerende ikke agerer passende i situationen, kan patienten stille spørgsmål om årsagerne, eller anmode om at tale med lægen. |

# Patientjournal

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientnavn:** Jane Keys **Køn:** Kvinde **Allergier:** Ingen kendte allergier **Fødselsdato:** 17/5-XXXX | |
| **Alder:** 33 år **Højde:** 173 cm **Vægt:** 66 kg **CPR:** 1705XX-5734 | |
| **Diagnose:** Colitis ulcerosa **Indlæggelsesdato:** 3 dage siden | |
| **Facilitet:** Kirurgisk afdeling **Forhåndsdirektiv:** Nej  **Isolationsforholdsregler:** Ingen | |
|  | |
| |  | | --- | | **Tidligere sygehistorie**  11-årig historik med colitis ulcerosa med løbende forværring. To dage postoperativ efter fjernelse af colon og rectum. Der er anlagt en kolostomi i hendes højre side. | | |
|  | |
| **Bemærkninger** | |
| **Dato/tidspunkt** |  |
| I dag kl. 07.00 | Patient bedømmer smerter til 3 på VAS, 1000 mg paracetamol er administreret. Vitalparametre registreret. Kolostomipose tømt. /Sygeplejerske |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| **Ordinationer** | |
| Aktivitet: Oppegående hvis tolereret | |
| Diæt: Klare væsker, avancér til normal kost hvis tolereret | |
| Vitalparametre hver 4. Time | |
| Registrer væskeindgift og væskeudgift | |
| Paracetamol 1000 mg peroralt, efter behov mod smerte, hver 6. time | |
| Udfør kolostomipleje i henhold til lokal protokol | |
|  | |
|  | |
| **Medicinskema** | |
| **Dato/tidspunkt** |  |
| I dag kl. 07.00 | Paracetamol 1000 mg peroralt |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| **Vitalparametre** | |
| **Dato/tidspunkt** |  |
| I dag kl. 07.00 | **BT:** 121/76 mmHg **HF:** 81/min **RF:** 13/min **Iltmætning:** 98% **Temp:** 37,0oC |
|  | **BT: HF: RF: Iltmætning: Temp:** |

# VæSKebalanceskema

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patientnavn:** Jane Keys **Køn:** Kvinde **Allergier:** Ingen kendte allergier **Fødselsdato:** 17/5-XXXX | | | | | | | | | | | | |
| **Alder:** 33 år **Højde:** 173 cm (68 in.) **Vægt:** 66 kg (146 pund) **CPR:** 1705XX-5734 | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnose:** Colitis ulcerosa **Indlæggelsesdato:** 3 dage siden | | | | | | | | | | | | |
| **Facilitet** Kirurgisk afdeling **Forhåndsdirektiv:** Nej  **Isolationsforholdsregler:** Ingen | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Bemærkninger:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Væskeindgift** | | | | | | **Væskeudgift** | | | | |
| **Tids-punkt/dato** | **Oralt** | | **NG** | **IV** | **IV som sekun-dær infu-sion** | **Andet** | **Urin** | | **Opkast** | **NG** | **Dræn-**  **type** | **Andet** |
| **23-07** | 250 ml  150 ml | |  |  |  |  | 200 ml | |  |  |  |  |
| **I alt** | 400 ml | |  |  |  |  | 200 ml | |  |  |  |  |
| **Tids-punkt/dato** | **Oralt** | | **NG** | **IV** | **IV som sekun-dær infu-sion** | **Andet** | **Urin** | | **Opkast** | **NG** | **Dræn-**  **type** | **Andet** |
| **07-15** | 320 ml  150 ml | |  |  |  |  | 230 ml | |  |  |  | 150 ml |
| **I alt** |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **Tids-punkt/dato** | **Oralt** | | **NG** | **IV** | **IV som sekun-dær infu-sion** | **Andet** | **Urin** | | **Opkast** | **NG** | **Dræn-**  **type** | **Andet** |
| **15-23** |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **I alt** |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| Dette er et skema, der skal bruges til at holde styr på hver væskeindgift og væskeudgift. De samlede værdier registreres derefter på væskedøgnsskemaet. | | | | | | | | | | | | |
| **Væskemålinger:** 1 cc = 1 ml • 1 ounce = 30 ml • 8 ounces = 240 ml • 1 cup = 8 ounces = 240 ml  • 4 cups = 32 ounces = 1 quart eller 1 liter = 1000 ml | | | | | | | | | | | | |