Kolostomi-pleie

**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:**

* Vurdere og evaluere et kolostomi-sted
* Forklare prosedyrer for pasienten med passende kommunikativt rammeverk
* Gi kolostomi-pleie, inkludert tømme pose (og sette på igjen om nødvendig)

## Oversikt over scenario

I dette scenariet er en 33 år gammel kvinne på kirurgisk avdeling, to dager postoperativ etter fjerning av tykktarm og rektum grunnet lang historikk med ulcerøs kolitt. Det er blitt dannet en kolostomi. Brukerne forventes å vurdere og evaluere kolostomi-stedet, forklare prosedyrene for pasienten med passende kommunikative rammeverk, og gi kolostomi-pleie, inkludert tømming av posen (og å sette på igjen om nødvendig).

## 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:

* Vurdering og evaluering av et kolostomi-sted
* Administrering av kolostomi-pleie
* Kommunikasjon med pasienten

## Foreslåtte referanser

Colostomy UK. *Managing your colostomy*, 2018. Hentet fra <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 fra <https://matrix.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/272854/003520.pdf>

# Oppsett og forberedelse

## Utstyr

* Blodtrykksmansjett
* Kolostomi-sted for simulatoren
* Kolostomiutstyr (etter lokal protokoll)
* Pasientfrakk
* Pasient-ID-armbånd med navn og fødselsdato
* Pasientovervåker
* Simulert brun, flytende avføring, til å fylle omtrent 1/3 av stomiposen (150-200 ml)
* SpO2 sonde
* Stasjon for håndhygiene
* Stetoskop
* Universelt verneutstyr

## Forberedelse før simulering

* Plasser kolostomi-stedet på simulatoren.
* Fyll omtrent 1/3 av stomiposen med simulert avføring.
* Fest stomi-posen til simulatoren.
* Kle på simulatoren pasientfrakk 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 10:00. Du tar hånd om Jane Keys, en 33 år gammel kvinne som er 2 dager postoperativ etter fjerning av tykktarm og rektum. Et kolostomi-sted er laget på hennes høyre side.

**Bakgrunn:** Pasienten har lang historikk med ulcerøs kolitt.

**Vurdering:** Pasienten ble vurdert for 3 timer siden, og alle vitale tegn var innenfor normale rammer. Smertene ble vurdert til 3, og det ble administrert 500 mg med paracetamol. Pasienten ser ut til å komme seg bra.

**Anbefaling:**Ta noen minutter for å gjennomgå diagrammet hennes(del ut diagram til brukerne), og gå deretter for å se til pasientenog se om hennes stomi-pose må tømmes.

# 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 kommunikasjonsevner og klinisk kunnskap. | Gjør pasienten klar til utskrivelse, og lag utskrivnings-dokumentasjon for opplæring rundt dette.Pasienten kan stille spørsmål om den informasjonen brukerne gir. |
| Inkluder læremål om å gjenkjenne infeksjon, smertebehandling, og å gjøre passende sikringstiltak. | Ha en pasient i store smerter, og moulage kolostomi-stedet, så det ser infisert ut.Pasienten bør klage på smerter og på å være varm. Hvis ikke brukerne gir passende respons på denne situasjonen, bør pasienten be om behandling eller be om å få snakke med lege. |
| Inkluder læremål om å gjenkjenne blod i avføringen, bruk av klinisk resonnering, og å gjøre passende sikringstiltak. | Gi avføringen i kolostomi-posen rødfarge, for å indikere blødning fra tarmen.Pasienten vil være bekymret over dette, og hvis ikke brukeren gir passende respons på situasjonen, kan pasienten stille spørsmål om årsakene eller be om å få snakke med lege. |

# Pasientdiagram

|  |
| --- |
| **Pasientnavn:** Jane Keys **Kjønn:** Kvinne **Allergier:** Ingen kjente allergier **Fødselsdato:** 17/5-XXXX  |
| **Alder:** 33 år **Høyde:** 173 cm **Vekt:** 66 kg **MRN:** 57343330  |
| **Diagnose:** Ulcerøs kolitt **Adm. dato:** for 3 dager siden |
| **Avdeling:** Kirurgisk **Forhåndsdirektiv:** Nei  **Isolasjons-forholdsregler:** Ingen |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Tidligere medisinsk historikk**11 års historikk med ulcerøs kolitt med økende alvorlighetsgrad. To dager postoperativ etter fjerning av tykktarm og rektum. Et kolostomi-sted er laget på hennes høyre side. |

 |
|  |
| **Merknader** |
| **Dato/klokkeslett** |  |
| I dag 07:00 | Pasienten vurderer smerten til 3 på en skala fra 1 til 10, og det er administrert 500 mg paracetamol. Vitale tegn er tatt. Kolostomi-pose tømt. /RN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Legeinstrukser** |
| Aktivitet: Opp av sengen når det tolereres |
| Diett: Klar væske, over til normal diett når det tolereres |
| Vitale tegn hver 4. time |
| Registrer inntak og avføring/urin/oppkast |
| Paracetamol 500 mg oralt ved behov mot smerte, hver 6. time |
| Gi kolostomi-pleie etter lokal protokoll |
|  |
|  |
| **Medisinsk administrasjonsskjema** |
| **Dato/klokkeslett** |  |
| Idag 07:00 | Paracetamol 500 mg, oralt |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Vitale livstegn** |
| **Dato/klokkeslett** |  |
| Idag 07:00 | **BT:** 121/76 mm Hg **HR:** 81/min **RR:** 13/min **SpO2:** 98 % **Temp:** 37.0oC |
|  | **BT:**  **HR:** **RR:** **SpO2:** **Temp:** |

# Inntak og avføring/urin/oppkast

|  |
| --- |
| **Pasientnavn:** Jane Keys **Kjønn:** Kvinne **Allergier:** Ingen kjente allergier **Fødselsdato:** 17/5-XXXX  |
| **Alder:** 33 år **Høyde:** 173 cm **Vekt:** 66 kg **MRN:** 57343330  |
| **Diagnose:** Ulcerøs kolitt **Adm. dato:** for 3 dager siden |
| **Avdeling:** Kirurgisk **Forhåndsdirektiv:** Nei  **Isolasjonsforholdsregler:** Ingen |
|  |
| **Merknader:** |
|  | **Inntak** | **Avføring/urin/oppkast** |
| **Tid/klokkeslett** | **Oralt**  | **NG** | **IV** | **IVPB** | **Annet** | **Urin** | **Oppkast** | **NG** | **Dren****type** | **Annet** |
| **23-07** | 250 ml150 ml |  |  |  |  | 200 ml |  |  |  |  |
| **Totalt for skift** | 400 ml |  |  |  |  | 200 ml |  |  |  |  |
| **Tid/klokkeslett** | **Oralt**  | **NG** | **IV** | **IVPB** | **Annet** | **Urin** | **Oppkast** | **NG** | **Dren****type** | **Annet** |
| **07-15** | 320 ml150 ml |  |  |  |  | 230 ml |  |  |  | 150 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 ounces = 1 quart eller 1 liter = 1000 ml |