

Tværfaglig stuegang: F-2012: 26. marts

Kære sygeplejestuderende på 6. semester (Modul 11 og 12) og medicinstuderende på 7. Semester!

Det glæder os at kunne byde Jer velkommen til denne kursusdag i tværfagligt samarbejde og kommunikation med fokus på stuegang. Kurset bygger videre på kommunikationsundervisning.

Formålet med kurset er at give den sygeplejerskestuderende indsigt i lægens professionelle domæne og den lægestuderende indsigt i sygeplejerskens professionelle domæne samt give den studerende forståelse for kommunikationsmæssige udfordringer forbundet med stuegang og udskrivelses-samtale.

Inden kursusstart alle:

- Anbefalet litteratur:
 - *Medicinsk kommunikation*, kap 14 (af Risør), 1. udgave, Fagl forlag 2011.
 - Vedhæftede sygehistorier 1 & 2 omkring diabetes & KOL-eksacerbation med rollerne for læge og sygeplejerske.
 - Willemann M et al. (2006). *Stuegang – en medicinsk teknologivurdering med fokus på vidensproduktion*. Medicinsk Teknologivurdering – puljeprosjekter 2006; 6(1)/DSI Rapport 2006.02, København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.
- Eventuel supplerende litteratur (om diabetes og KOL) for den sygeplejerske studerende:
 - *Basisbog i sygdomslære*, 2. udgave, Munksgaard Danmark, 2010 (1 udgave kan godt bruges). Red. Schulze & Schroeder
- Eventuel supplerende litteratur (om diabetes og KOL) for den medicinstuderende:
 - *Basisbog i medicin og kirurgi*, 4. udgave, Munksgaard Danmark, 2007.
 - *Medicinsk kompendium*, 17. udgave, Nyt Nordisk forlag, 2009.

Undervisningen:

- Temadag á 6 lektioners varighed:
 - Den vil blive afviklet med forelæsninger og holdøvelser med fælles analyseopgaver og drøftelser.
- Generøs videregivelse af materiale til videre inspiration, tak til:
 - Birgitte Dahl Pedersen, Center for Klinisk Uddannelse, Rigshospitalet.
- Udviklere af kursus:
 - Peter Musaeus, Inge Madsen, Carsten Munch Nielsen, Rikke Moustén, Anne Thomassen, Signe Thim, Louise Binow Kjær, Anne Hansen og Palle Carlsson.

Formateret: Punktopstilling

Formateret: Punktopstilling

Formateret: Punktopstilling

Sted:

- Undervisningen foregår i auditorium og færdighedslaboratoriet (lokalenr. udmeldes senere) på: VIA University College, Campus Aarhus N, Sygeplejerskeuddannelsen i Aarhus Hedeager 2, 8200 Aarhus N.
- Kort se: <http://www2.viauc.dk/sygeplejerske/aarhus/kontakt/Sider/kontakt.aspx>

Til orientering

Program

Kl.	Aktivitet	Indhold	Lokaler og ressourcer
8.15-8.20	<i>Forelæsning</i> Intro	Introduktion af undervisere og kursus.	VIAUC-auditorium Alle
8.20-8.40	Sygehuset	Sygehusets organisering og faggrupper. MTV-rapport og evidens (kursets stuegangsmode er ikke en klinisk retningslinje). Introduktion til øvelser.	Peter Musaeus
8.40-9:10	Uddannelser	Indhold af de to uddannelser, kompetencer og ansvarsområder	Inge Madsen Linda Bendsen
STUDERENDE FINDER SAMMEN I PAR			
9.10-10.10	<i>2-personers interviews</i>	Gensidig præsentation/interviews af deltagerne (1 sygepl.- og 1 lægestuderende): Uddannelser og identifikation af overlappende ansvarsområder.	VIAUC (studerende finder en hyggelig og ledig krog)
PAUSE			
10. 25-11.00	<i>Hold</i>	Hold á ca. 35 studerende. Opfølgning på interviews. Muligheder og problemstillinger i tværfaglig kommunikation og samarbejde.	Færdighedslab. 2 holdundervisere (1 sygeplejerske og 1 læge)
PAUSE			
11.15-12.00	<i>Grupper</i> Øvelse: Rollespil	Inddeling i grupper á 6 til rollespil med læge, sygeplejerske, patient & 3 observatører. Case 1 "Diabetes Mellitus type 2".	Færdighedslab.
FROKOST-PAUSE			
	<i>Grupper</i>	Ombytning af roller mellem læge, sygeplejerske, patient & de 3	Færdighedslab, VIAUC

12.30-13.30	Øvelse: Rollespil	observatører. Case 2 "KOL-eksacerbation".	
13.30-14.00	Afslutning i holdplenum		

Til orientering

Didaktisk model for udskrivningsamtale ved stuegang

3 faser

Faser	Læge og sygeplejerske
1. For-stuegang	<ul style="list-style-type: none">• Præsentation af hinanden og afklaring af tidsramme for stuegangen.• Afklaring af faglige fokusområder i forhold til patientens problemstillinger og prioritering heraf i forhold til selve stuegang.
2. Stuegang	<ul style="list-style-type: none">• 4 trin (se nedenfor).
3. Efter-stuegang	<ul style="list-style-type: none">• Sammenfatning og bekræftelse af aftaler samt evaluering af samarbejde omkring stuegang.

4 trin for stuegang

Trin	Læge og sygeplejerske
1. Indledning af samtale	Præsentation, identifikation og dagsorden.
2. Indhentning af information	Afdækning af patients forståelse, tanker, følelser og forventninger.
3. Formidling af information	Opsummering af indlæggelsesforløb.
4. Afslutning af samtale	Opsummering af udskrivningsplan samt sikring af patients forståelse og accept heraf.

Uddybende om grundmodellen

Vedrørende forstuegang

- Sygeplejersken fremlægger kort patienten for lægen med oplysninger om indlæggelsesårsag, sygdoms- og plejediagnoser, behandlingsplan samt aktuelle problemstillinger i forbindelse med udskrivelsen ud fra sygeplejeturnalen.
- Lægen supplerer sygeplejerskens oplæg med svar på prøver og undersøgelser samt kommentarer omkring diagnose og behandling ud fra lægeturnalen.
- Sammen lægges en plan for relevante opfølgninger og justeringer mht. medicin og fremtidig behandling, som effektueres på selve stuegangen.
- Hvis sygeplejersken og lægen har en forskellig opfattelse af patientens sygdomsbillede, kan forstuegangen bruges til at nå til enighed om, hvad der er til størst gavn for patienten.

Vedrørende stuegang

1) Indledning

Læge og sygeplejerske præsenterer sig for patienten og sikrer patientens identitet.

Samtalens formål med udskrivning til eget hjem fremlægges for patient og der skabes fælles dagsorden for samtalen.

Der kan gives tidsramme for samtalen (hvis patienten ved, at der er afsat ca. 10 min til samtalen, giver man patienten mulighed for at prioritere sin tid).

2) Indhentning af information

Åbne spørgsmål stilles til patienten for at afdække hvilke informationer patient har modtaget samt hvilke tanker, følelser og forventninger patient har omkring udskrivelsen.

Det er vigtigt, at patienten får mulighed for at "komme på banen" fra starten af samtalen, hvor der lyttes og vises oprigtig interesse for patientens synspunkter.

Patientens tanker og følelser vedrørende det hidtidige forløb giver et fingerpeg om, hvad patienten ved og hvilke informationer patienten bør have inden udskrivelsen. Det giver også læge/sygeplejerske en viden om i hvilket omfang patienten er forberedt på at blive udskrevet den pågældende dag.

3) Formidling af information

Læge eller sygeplejerske opsummerer kort forløbet indtil nuværende:

Hvad var indlæggelsesårsagen? Hvad er der sket under indlæggelsen? Hvilke undersøgelser har patienten været igennem med hvilke begrundelser og resultat? Hvad er diagnosen?

Lægen giver kortfattet og enkel information omkring indkomne prøvesvar, undersøgelser og planen for relevante opfølgninger og justeringer mht. medicin, fremtidig behandling og evt. kontrol.

Sygeplejersken giver kortfattet og enkel information omkring patients sociale netværk i forhold til udskrivelse, hjemmehjælp og eventuelle videre behandling hjemme.

Både læge og sygeplejerske giver mulighed for at patient kan stille afklarende spørgsmål undervejs.

Formålet er at korrigere, supplere eller bekræfte patientens viden og skabe det samme grundlag for alle parter for at kunne udskrive patienten.

4) Afslutning af samtale

Opsummering af udskrivningsplan for patienten, hvor det er vigtigt at patienten er helt klar over plan og kommende aftaler, herunder opfølgende behandling/kontrol, medicinering m.m. for at opnå tryghed hos patienten og god compliance.

Patients accept af udskrivningsplan sikres.

Der gøres tydeligt opmærksom på at samtalen skal afsluttes og patient spørges om der er yderligere spørgsmål til udskrivelsen for at undgå, at patienten sidder tilbage efter samtalen med ubesvarede spørgsmål.

Vedrørende efter-stuegang

- Læge og sygeplejerske sammenfatter og konfirmerer aftaler.
- Debriefing for evaluering af deres samarbejde omkring stuegang.

Holdøvelse omkring stuegang

- Studerende inddeles i grupper af seks:
 - Tre roller: Læge, sygeplejerske og patient.
 - Tre observatører der giver gruppen feedback.
 - Der byttes ved case 2, så alle observatører får rolle.
- Opstilling:
 - Læge- og sygeplejerske-kitler til de rollespillende.
 - Lokale med borde og stole, men ikke senge.
- Holdundervisningsplan (case 1 første time 11-12 og case 2 anden time 12:30-13:30), eksempelvis time 1:
 - 11.15: Instruktion ved holdunderviser.
 - 11.25: Stuegangøvelse i grupper (10 minutter præcis!).
 - 11.35: Feedback ved observatører i hver gruppe.
 - 11.45: Plenum (holdunderviser spørger til gruppernes erfaring/læring).
 - 12.00: Pause/slut.
- Feedback:
- Hver observatør har hovedansvar for at observere 1 person (læge, sygeplejerske eller patient) samt for at observere helheden. Feedback holdes i beskrivende (ikke bedømmende) sprog.
- Feedback gives efter PQRS. Forslag hertil (observatører beslutter, hvordan de bruger PQRS):
Positiv
 1. Sygeplejerske: Nævn mindst 1 ting du gjorde godt?
 - ±2. Patient: Nævn mindst 1 ting du oplevede gik godt i interaktionen med sygeplejersken.
 - ±3. Observatør (af sygeplejerske): Nævner mindst 1 ting, der gik godt for sygeplejerske.
 - Ovenfor tre trin gentages for læge.
 - Endelig: Observatør af triaden: Nævn mindst 1 ting alle parter gjorde godt.

Question

- Hvad kunne du (patient, sygeplejerske eller læge) have gjort anderledes? Hvad ville du forbedre, hvis du skulle gøre det igen?

Reflection

- Observatører faciliterer diskussion i gruppen. Lad gruppemedlemmer finde svar, men stil gerne uddybende spørgsmål: Hvad kunne I gøre bedre i forhold til rigtig tværfaglig kommunikation? Hvad er udfordringerne ved tværfaglig kommunikation og stuegang?

← Formateret: Punktopstilling

Summary

- Hvad har vi lært om tværfagligt samarbejde, kommunikation og udskrivningssamtale ved stuegang?

Til Orientering

Lægens del - sygehistorie 1: "Diabetes Mellitus type 2"

Lægejournal

Anamnese

Patienten skulle være udskrevet i morgen ifølge planen, men grundet overbelægning på afdelingen må patienten udskrives i dag.

Det drejer sig om en 68-årig kvinde/mand – Lene Jensen/Anders Jensen, der for en uge siden blev henvist af egen læge til indlæggelse på medicinsk afdeling grundet dysreguleret Type 2-diabetes med henblik på regulering og opstart af subkutan insulinbehandling.

Patienten debuterede med diabetes for 6 år siden og patienten blev opstartet med tablet Metformin (peroral antidiabetika) og tilrådet diæt og motion.

Gennem det sidste år, har patienten lidt af polyneuropati (nervebetændelse med føleforstyrrelser i strømpeområdet svarende til de lange nerver i underekstremiteten med nedsat temperatur- og følesans samt periodevise natlige smerter bilateralt).

For to måneder siden oplevede patienten, at synet blev dårligere og blev henvist til en øjenlæge, der konstaterede diabetisk makulopati (fremskredne degenerative forandringer omkring fovea).

På samme tid fremkom et sår under højre storetå, som siden er blevet kompliceret med infektion. Såret er endnu ikke er helet. Patienter er orienteret om aflastning, fodpleje og har fået tid hos fodterapeuten.

Patienten har nu været indlagt en uge og er blevet instrueret i at injicere sig selv med Insulatard (langsomtvirkende insulin) dagligt, justeret efter behov.

Svar på prøver

	Normalværdier:		Patientens værdier:	
HbA1c	4,1-6,4	%	10,0	%
Faste-glucose	4,2-6,1	mmol/l	5,4	mmol/l
s-LDL	< 4,3	mmol/l	6,3	mmol/l
s-HDL	> 1,0	mmol/l	0,8	mmol/l
s-triglycerid	< 2,0	mmol/l	5,0	mmol/l
BT	< 140/90	mmHg	155/93	mm Hg
Vægt			85	kg

Patienten bor med ægtefælle i eget hus og er selvhjulpen. Patienten har to voksne børn og god kontakt til dem.

Din opgave er nu i samarbejde med sygeplejersken at udskrive patienten.

Lægens del - sygehistorie 2: "KOL-eksacerbation"

Lægejournalen

Anamnese

Det drejer sig om en 65-årig mand/kvinde, Jørgen Hansen/Kirsten Hansen, som har været indlagt på afdelingen de sidste 10 dage grundet KOL-eksacerbation (forværring i kroniske obstruktive lungelidelse) uden tidligere tilfælde bag sig.

Patienten er kendt med kronisk bronkitis som blev diagnosticeret i 2003. Patienten er stoppet med at ryge og har 35 pakkeår bag sig.

Patienten har i de seneste år lidt af tiltagende dyspnø og har nu fået hvile-dyspnø. Patienten lider også af tiltagende hoste og opspyt.

Behandling op til indlæggelse har været Salmeterol 50 mikrogram x 4 dagligt (langtidsvirkende bronkodilatorerende β_2 -receptorstimulerende lægemiddel til inhalation).

Under indlæggelse er patienten opstartet med et kombinationsregime bestående af:

- Salmeterol 100 mikrogram x 4 dagligt
- Ipratropium 20 mikrogram x 4 dagligt (korttidsvirkende antikolinergikum til inhalation)
- Fluticason 500 mikrogram x 2 dagligt (glykokortikoid til inhalation).

Patienten er desuden sat i behandling med:

- Penicillin
- Langtids- iltbehandling med 1 l/min i mindst 15 timer / døgn.

Svar på prøver

	Normalværdier:	Patientens værdier:
FEV1/FVC	> 0,7	0,53
FEV1	≥ 80 %	49 % af forventede
PO ₂	11,1-14,4 kPa	8,0 kPa

PCO ₂	4,3-5,7	kPa	6,0	kPa
pH	7,37-7,45		7,36	
BT	< 140/90	mm Hg	145/88	mm Hg

Spirometri klassifikation

Sværhedsg rad	FEV1 værdi i % af forventet FEV1-værdi	Typiske symptomer	Sværhedsg rad
Mild	≥80 %	Oftest ingen, evt. hoste og opspyt	Mild
Moderat	50 % ≤ FEV1 <80 %	Opspyt, hoste, åndenød ved anstrengelse	Moderat
Svær	30 % ≤ FEV1 <50 %	Åndenød, hoste, opspyt og hyppige nedre luftvejsinfektioner	Svær
Meget svær	FEV1 <30 % eller FEV1 <50 % og respirationssvigt	Som svær KOL, men mere udtalt. Ofte hyppige indlæggelser pga. forværring	Meget svær

Tabel lånt fra hjemmeside for Dansk Selskab for

Almen Medicin.

Patienten bor alene i lejlighed på 4. sal med sin hund og modtager ingen hjemmehjælp. Patienten er ikke umiddelbart motiveret for rygeophør ej heller for hjemmehjælp.

Din opgave er nu i samarbejde med sygeplejersken at udskrive patienten.

Sygeplejerskens del - sygehistorie 1: "Diabetes Mellitus type 2"

Sygeplejejournalen

Kontaktårsag

68-årig kvinde/mand indlagt på medicinsk afdeling med dysreguleret type 2-diabetes med henblik på regulering og evt. opstart af insulin behandling.

Helbredshistorie

Lene Jensen/Anders Jensen har haft diabetes i 6 år. Patienten blev dengang tilrådet diæt og motion. Gennem det sidste år har patienten lidt af føleforstyrrelser og periodevis smerter svarende til strømpeområdet på begge underben.

For to måneder siden oplevede patienten, at synet blev dårligere. På samme tid fremkom et sår under højre storetå (Se patientjournal).

Socialt

Lene/Anders bor i eget hus med sin ægtefælle Anders/Lene, som denne har været gift med i 40 år. De har sammen to voksne børn. Børnene bor begge to på Sjælland og besøger ofte forældrene. Ægteparret har 5 børnebørn, som de ligeledes har god kontakt til. Lene er pensioneret syerske og Anders pensioneret tømrer.

Psykosocialt

Patienten synes stort set, at hun/han har et godt liv. Dog synes hun/han, at hendes diabetes sætter nogle begrænsninger i forhold til, hvad hun/han må spise og hun/han har haft svært ved at ændre sine kostvaner omkring sukker- og fedtindtag. Desuden bekymrer det pt., at hendes/hans syn er blevet tiltagende dårlig. Patient er nervøs for at komme hjem, da patient synes der er meget at holde styr på.

Fysisk

Patienten har altid været lettere overvægtig, men da hun/han gik på efterløn og blev mere inaktiv har hun/han taget yderligere på i vægt og vejer nu 85 kg og er 165 cm høj. Overvægten har formentlig også været skyld i, at patient 2 år senere fik DM. Egen læge har tilrådet pt., at hun/han motionerer noget mere i dagligdagen. Kan egentlig godt lide at spadsere, men det bliver til for lidt og nu, hvor hun/han har fået et sår under højre storetå er det slet ikke muligt for hende/ham pga. smerter.

Status:

- Vægt: 85 kg. Højde: 165 cm. BMI: 31,2
- Sår på hø. storetå er inficeret, hvilket behandles dagligt med sæbebad, Vaselingaze og tør forbindelse

← **Formateret:** Punktopstilling

- Patient er startet med injektion Insulatard x 2 daglig i lårene (langsomtvirkende insulin)
Lene/Anders er fortsat noget utryg ved at stikke sig selv
- Udleveret information om fremtidig diæt ved diætist
- Patient har lært at måle sit blodsukker
- Nedsat mobilitet og syn. Ellers selvhjulpen
- Periodevis smerter i underekstremiteterne særligt om natten. Nedsat temperatur og følesans i fødderne.

Din opgave er nu i samarbejde med lægen at udskrive patienten.

Sygeplejerskens del - sygehistorie 2: "KOL-eksacerbation"

Sygeplejejournalen

Kontaktårsag

65-årig mand/kvinde med Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL). Patient har de sidste dage op til indlæggelsen haft problemer med at trække vejret og måtte bl.a. sidde i en lænestol og sove om natten.

Patient har haft henvendt sig til egen læge, som har fået patient indlagt til medicinsk regulering.

Helbredshistorie

Jørgen Hansen/Kirsten Hansen fik for et par år siden konstateret KOL som følge af et stort cigaretforbrug gennem mange år. Patient er stoppet med at ryge. Ved indlæggelsen er patienten plaget af lufthunger (taledyspnø), sveder meget og vil helst ligge med vinduet åbent. Pt. er plaget af hoste med sejt opspyt. Har i de sidste år været i behandling med diverse inhalationspræparater (se lægejournal).

Socialt

Jørgen/Kirsten bor i en lejlighed på 4. sal sammen med sin hund. Pt. er enke-/mand. Ægtefælle er død for 4 år siden. Pt. klarer selv husholdningen. Pt. er efterlønsmodtager og har tidligere arbejdet for Sadolin og Holmblad gennem 35 år. Pt. har en datter som bor i Nordjylland. Pt. taler ugentlig i telefon med sin datter, men ser hende kun et par gange om året. Pt. har efterhånden svært ved at klare den lange transport til Nordjylland. En god nabo passer hunden, mens han/hun er indlagt.

Psykosocialt

Jørgen/Kirsten er klar over, at det er rygningen, som er skyld i vejrtrækningsbesværet, men pt. mener ikke, at han/hun kan afvænnnes. Pga. vejrtrækningsproblemerne, opholder han/hun sig for det meste i lejligheden og kommer kun på gaden når han/hun skal lufte hunden eller handle hos købmand i nærområde. Pt. ser meget fjernsyn og hygger sig med sin nabo. Pt. er noget utryg ved situationen, synes ikke det er så sjovt med vejrtrækningsproblemerne og er noget nervøs for, hvordan det skal gå derhjemme, når han/hun bliver udskrevet.

Status:

- Patientens kroniske bronkitis er kompliceret af en bakteriel infektion. Er sat i antibiotisk behandling. Er plaget af hoste og en del opspyt
- Patient har hvile- og taledyspnø, og bruger hjælpemuskler ved respirationen. Har fået ilt på maske under hele indlæggelse.
- Patienten er noget undervægtig bl.a. fordi han/hun bruger så meget energi på at trække vejret
- Desuden er det anstrengende for ham/hende at få luft nok til også at kunne indtage mad
- Patient har ikke meget appetit for tiden
- Sover oftest afbrudt

• Værdier: BT 145/88 P 88 TP 37,9 SAT 87 % uden O₂
 V 66 kg H 182 cm BMI: 20

Din opgave er nu i samarbejde med lægen at udskrive Jørgen Hansen/Kirsten Hansen.