

Den generelle studieplan – del 1

Præsentation af afsnit 204

Klinik Medicin



Maj 2015

Indholdsfortegnelse

1. Præsentation af dit kliniske undervisningssted.....	3
2. Klinik Medicin	4
2.1 Patient relaterede opgaver	4
2.2 Virksomhedsgrundlag	5
2.3 Organisatoriske og ledelsesmæssige forhold	5
2.4 Erfaringsniveau i personalegruppen.....	6
2.5 Samarbejdspartnere	6
2.6 Plejeform	7
2.7 Kvalitetssikring	7
2.8 Undervisningsopgaver	8
2.8.1 Samlet undervisnings- og uddannelsesopgaver	8
2.8.2 IT og litteratur	9
3. Sygeplejefaglige opgaver og problemstillinger i afsnit 204	9
3.1 Problemstillinger i forhold til patienter med lungelidelser	9
3.2 Problemstillinger i forhold til den ældre medicinske patient.....	11

1. Præsentation af dit kliniske undervisningssted

Afsnit 204
Klinik Medicin, Hjørring
Sygehus Vendsyssel
Bispensgade 39
9800 Hjørring

Afsnittet kan kontaktes via driftsansvarlig afsnitsleder Ragnhildur Lindal Hamper
Tlf.nr: 97640776
E-mail.: r.hamper@rn.dk

Afsnit 204 ligger i Medicinerhuset, der har tidssvarende faciliteter for både patienter, pårørende og personale.

Afsnit 204 fungerer som én driftsenhed med flere specialer. Der er et Ældremedicinsk sengeafsnit, et Lungemedicinsk sengeafsnit samt et ambulatorium til hvert speciale. Der er desuden patienter indlagt med infektiøse lidelser. Sengeafsnittet er normeret til 33 patienter – 20 lungemedicinske og 13 ældremedicinske.

I forhold til det lungemedicinske speciale indlægges de fleste patienter akut og indlæggelsesårsagerne er typisk KOL exacerbation, pneumoni, pleuraeksudat og lungecancer.

Afsnittet behandler og plejer patienter med KOL, der har behov for Non Invasiv Ventilation (NIV). Som nyere tiltag har vi indført highflow-behandling til patienter med behov for dette.

Afsnittet har mange patienter med KOL og lungecancer i den palliative fase. Afsnittet har en uddannet kræftsygeplejerske ansat, så der bliver sat fokus på sygeplejen til kræftpatienten og dennes pårørende. I forhold til patienter indlagt med lungecancer, som har børn under 18 år, har vi et stort fokus på børnene og familien som helhed under indlæggelsen. I den forbindelse har vi mulighed for at indrette en familiestue. Palliation til patienter med KOL er også et område, der er fokus på – en indsats der er både tværfaglig og tværsektoriel. Lungemedicinsk Ambulatorium er en del af afsnittet og har personale, der arbejder på tværs, hvilket kan højne det gode patientforløb.

I forhold til det Ældremedicinsk speciale, indlægges de fleste patienter ligeledes akut. Den ældremedicinske patient er karakteriseret ved multimorbiditet og de behandlingsmæssige konsekvenser af de mange sygdomme, herunder polyfarmaci (brug af mange medikamenter på samme tid). Yderligere rammes den ældre patient ofte samtidigt af funktionstab og psykosociale problemstillinger. Indlæggelse på sygehuset skyldes ofte forværring af en eller flere af de kendte

kroniske sygdomme, et nyt tilkommen symptom som f.eks. faldtendens, unormale laboratorietal med eller uden almene symptomer og/eller at den ældre patient har nået den terminale fase. Den ældre medicinske patient er beskrevet som + 65 år, men vi oplever, at de fleste patienter er + 80 år. Den ældre medicinske patient med sygehuskontakt har meget komplekse problemstillinger, som kræver tværfaglig indsats. Der arbejdes derfor tæt sammen med læge, fysio- og ergoterapeut samt diætist omkring den ældre medicinske patient. Hele teamet indgår i den tværfaglige indsats indenfor både sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Indenfor de første 2 døgn afvikles en tværfaglig målsamtale med patient og pårørende, hvor indlæggelsesforløbet planlægges.

Både i lungemedicinsk speciale og i ældre medicinsk speciale holdes der hver morgen tavlemøder. Her planlægges og koordineres dagen og det sikres, at der er lagt planer for det enkelte patientforløb.

For yderligere information om afsnittet se hjemmesiden: [afsnit 204](#)

Afsnittet er en del af Klinik Medicin, som beskrives i det efterfølgende.

2. Klinik Medicin

Klinik Medicin består af sengeafsnit og medicinske ambulatorier på både Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn og Sygehus Vendsyssel, Hjørring. Der er ca. 120 senge i Klinik Medicin, og de fleste indlæggelser er akutte.

2.1 Patient relaterede opgaver

I Klinik Medicin udreder, behandler og plejer vi indlagte og ambulante patienter ud fra Region Nordjyllands vision om, at patienter og pårørende oplever sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum ([Strategi 2018 - Region Nordjylland](#)).

Vi modtager patienter til akutte og planlagte sygdomsforløb indenfor følgende specialer:

- Hjertemedicin
- Lungemedicin
- Diabetes/Hormon og stofskiftesygdomme
- Mave- og tarmsygdomme
- Ældre medicin

Vi modtager årligt ca. 13.000 patienter til indlæggelse og ca. 33.000 til ambulante besøg. I fremtiden vil vi se, at stadig flere af de medicinske patienter vil blive tilbudt ambulante forløb i stedet for indlæggelse.

Her kan du se [nøgletal](#) for Klinik Medicin

2.2 Virksomhedsgrundlag

På Sygehus Vendsyssel er der udarbejdet et virksomhedsgrundlag, som er en fælles referenceramme for alle ansatte. Det kan du læse her: [Virksomhedsgrundlag](#)

Virksomhedsgrundlaget er udgangspunkt for Klinik Medicins syn på sygeplejen.

2.3 Organisatoriske og ledelsesmæssige forhold

I januar 2013 indførte Region Nordjylland en ny ledelsesmæssig organisering (FLO), som medførte ledelsesmæssige – og organisatoriske ændringer. Disse ændringer var nødvendige for at støtte op omkring de sammenhængende og effektive patientforløb, som regionen ønskede skulle være ledestjernen i det Nordjyske sygehusvæsen. Sygehusene gik over til en ny klinisk ledelsesstruktur, hvor de forskellige afdelinger blev organiseret i større driftsenheder - klinikker og afdelingsledelsen blev skiftet ud med en klinikledelse.

Klinikledelsen i Klinik Medicin består af klinikchef, HR viceklinikchef og Forløbsansvarlig viceklinikchef.

Ledelsen på de enkelte afsnit er også organiseret efter FLO tankegangen. Her består ledelsesteamet (afsnitsledelsen) af specialeansvarlig overlæge, en funktionsansvarlig afsnitsleder samt en driftsansvarlig afsnitsleder. Ansvarsområderne er forskellige, men funktionerne går også på tværs. De driftsansvarlige afsnitsledere har for eksempel ansvar for personaleledelse, administration og økonomi, MUS-samtaler, omsorgs/fraværssamtaler, og den daglige drift m.m. De funktionsansvarlige afsnitsledere har ansvar for den evidensbaserede sygepleje, patientforløb og kvalitet. I det daglige arbejde på afsnittet har de et tæt samarbejde omkring alle opgaverne.

Ledelsesteamet i hvert speciale arbejder med balanceret målstyring, og laver årlige aktivitetskontrakter med klinikledelsen.

Samlet set er der i Klinik Medicin ansat personale svarende til 415 fuldtidsstillinger.

Her kan du få et overblik over hvordan vi er organiseret: [Organisationsdiagram](#)

Her kan du læse mere om [Klinik Medicin](#)

2.4 Erfaringsniveau i personalegruppen

Du vil møde såvel nyuddannet personale samt personale med længere erfaring. Personalet arbejder med sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme, udredning, pleje og behandling ud fra nyeste viden, teori og godkendte forskningsresultater. Der er et højt kompetence og erfaringsniveau i personalegruppen. Nogle har gennemført, eller er i gang med, efter- eller videreuddannelsesforløb på diplom eller masterniveau.

I alle afsnit er der personale med et udvidet ansvarsområde indenfor Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM). Her kan du finde information om [KRAM](#). Derudover er der nøglepersoner som varetager området - Inkontinens

Du vil også møde uddannede kliniske vejledere for sygepleje- og radiografstuderende og for social- og sundhedsassistentelever. Vores mål er, at alle kliniske vejledere som minimum har gennemgået en uddannelse svarende til 1/6 af en sundhedsfaglig diplomuddannelse.

Der er arbejdsmiljøgrupper i alle afsnit, og du kan læse mere om tiltag inden for arbejdsmiljø på Sygehus Vendsyssel her: [arbejdsmiljø](#)

2.5 Samarbejdspartnere

Du vil opleve, at alle nødvendige tværfaglige kompetencer bruges, når patienten og de pårørende ved indlæggelse, under indlæggelsen og ved udskrivelsen skal opleve et sammenhængende og effektivt forløb. Er der ved udskrivelsen behov for hjælp i hjemmet, planlægges udskrivelsen i tæt samarbejde med hjemmeplejen.

Du vil møde følgende samarbejdspartnere:

- Læger
- Sygeplejersker
- Social- og sundhedsassistenter
- Lægeseekretærer
- Fysioterapeuter
- Ergoterapeuter
- Portører
- Bioanalytikere

- Diætister
- Palliationssygeplejersker
- Talepædagog
- Neuropsykolog
- Socialrådgiver
- Sygehuspræst
- Sexolog
- Primærsektoren
- Falck

2.6 Plejeform

Du vil opleve, at sygeplejepersonalet arbejder i mindre grupper, hvor patienterne møder så få personalemedlemmer som muligt. Alle patienter tildeles indenfor 24 timer en sundhedsfaglig kontaktperson. Her kan du læse om [sundhedsfaglig kontaktperson](#)

2.7 Kvalitetssikring

I Klinik Medicin har vi en kvalitetsleder, der arbejder med kvalitet i relation til Den Danske Kvalitets Model, Patientsikkert Sygehus, patientsikkerhed, utilsigtede hændelser m.v. Kvalitetslederen indsamler data for at synliggøre eventuelle indsatsområder eller dokumentere god kvalitet. Alle data deles med ledelsen og inddrages i kvalitetsarbejdet på klinik- eller specialeniveau.

Vi har i Klinik Medicin et lokalt kvalitetsudvalg, som arbejder med at koordinere og implementere kvalitetsarbejdet i Klinik Medicin. Kvalitetsarbejdet har fokus på patientforløb med målrettet indsat inden for Den Danske Kvalitetsmodul (DDKM), Patientsikkerhed (fx UTH), Patienttilfredshedsundersøgelser (fx LUP), Kvalitetsdatabaser (fx Regionernes Kliniske Kvalitets Program (RKKP)) samt kvalitetsprojekter.

I april 2015 besluttede sundhedsministeriet, at Den Danske Kvalitetsmodel skal udfases på de offentlige sygehuse og kvalitetsarbejdet gøres mere praktisk til gavn for både personale og patienter. Den erstattes af et [Nationalt Kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015 - 2018](#).

Her kan du få mere information om [kvalitetsarbejdet](#) i Klinik Medicin.

På Sygehus Vendsyssel benyttes [PRI](#). Det er Region Nordjyllands dokumentstyrings- og håndteringssystem til retningsgivende dokumenter. PRI står for politikker, retningslinjer og instrukser, og de er alle retningsgivende for det kliniske arbejde med patienterne. Alle kliniske retningslinjer er alle udarbejdet på baggrund af evidens- og forskningsbaseret litteratur, men du bør være opmærksom på at ikke alle lokale politikker, retningslinjer og instrukser kan betegnes som evidens- og forskningsbaseret, da de også omhandler beskrivelse af lokale arbejdsgange. Vi samarbejder fremadrettet med Nationalt Clearinghouse for Sygeplejefaglige Kliniske Retningslinjer om at videreudvikle disse.

Du vil blive introduceret til PRI under dit ophold hos os.

Du vil som studerende deltage i sygeplejekonferencer på det enkelte afsnit med fokus på faglig erfaringsudveksling, debat, udvikling og dokumentation af den kliniske sygepleje. På flere afsnit er der desuden tværfaglige konferencer.

Du vil opleve, at der på alle afsnit afvikles [tavlemøder](#), som er et fokusområde i forhold til projektet ”Sikkert Patientflow”. Projektets mål er at sikre, at den rigtige patient kommer i det rigtige patientforløb på det rette tidspunkt. Læs mere på denne side: [Sikkert Patientflow](#).

Desuden arbejder alle afsnit med forbedringstavler, som et redskab til at implementere, afprøve og udrulle mindre forbedringstiltag, som tilsammen giver grobund for varige forbedringer i sygeplejen. Forbedringstiltagene beskrives og planlægges med udgangspunkt i PDSA-metoden – ”Plan, Do, Study, Act”. Du kan læse mere her: [Forbedringstiltag](#)

2.8 Undervisningsopgaver

I Klinik Medicin uddanner vi mange forskellige personalekategorier inden for sundhedssystemet. Vi anser det som en vigtig del af vores daglige arbejde at deltage aktivt i diverse uddannelsesforløb.

2.8.1 Samlet undervisnings- og uddannelsesopgaver

I Klinik Medicin vil du møde følgende personalekategorier under uddannelse:

- Sygeplejestuderende
- Social- og Sundhedsassistentelever
- Radiografstuderende
- Fysioterapeutstuderende

- Ergoterapeutstuderende
- Ambulance-assistentelever
- Portørspiranter
- Lægestuderende
- Scient. med studerende

De to største grupper af uddannelsessøgende i Klinik Medicin er sygeplejerskestuderende og social- og sundhedsassistenter. Til at varetage den overordnede koordinering af disse grupper, er der i Klinik Medicin ansat en uddannelsesansvarlig sygeplejerske.

2.8.2 IT og litteratur.

Du har adgang til Internet i afsnittene.

Der findes faglitteratur og litteratur/rapporter i relation til afsnittets specialer i alle afsnit.

På Sygehus Vendsyssel er der et Medicinsk Bibliotek, hvor du har mulighed for at hente hjælp hos en bibliotekar til litteratursøgning. Endvidere henvises du til biblioteket på din uddannelsesinstitution.

3. Sygeplejefaglige opgaver og problemstillinger i afsnit 204

Vi oplever mange forskellige patientforløb, hvor patienterne har forskellige sygeplejeproblemer såsom åndenød, angst, vandladningsproblemer, dehydrering, obstipation, dårlig ernæringstilstand, smerter, kvalme, træthed, immobilitet, sorg og krise. I det følgende kan du få et indblik i nogle af de problemstillinger, der kan opstå. Når du får din gang i afsnittet, vil du opleve mange flere.

3.1 Problemstillinger i forhold til patienter med lungelidelser

Palliation til KOL-patienten er et aktuelt emne, som understøttes af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, der påpeger, at palliation også er til patienter med kroniske lidelser. Det afføder spørgsmål som: Hvilke tiltag er lindrende i forhold til KOL – og hvilke er aktiv behandling? Hvornår og hvordan tages palliation op med KOL-patienten og de pårørende?

Pallierende behandling til patienter med cancer kan være svært. Symptomlindring, hvor der inddrages flere / andre aspekter end smerter, er meget væsentlig i forhold til kræftpatienten og deres

terminale forløb – og kan kræve alternative overvejelser / tiltag i plejen. Det gælder om at finde den optimale symptomlindring til den enkelte patient til gavn for både patient og pårørende.

Kosten er en vigtig del af behandlingen og plejen på 204. Vægttab og manglende appetit er hyppige symptomer ved de kroniske lungelidelser. Det skyldes dels, at der kan være tale om en øget stressmetabolisme, og dels at patienten kan mangle fysisk energi til at indtage og tygge maden, ligesom det at tygge maden kan gøre patienten dyspnøisk. Det betyder, at vi i vores samarbejde med patienten og diætisten lægger stor vægt på at tilbyde protein og kalorierige produkter samt undervise/vejlede i kost, så patienten får de bedste betingelser for selv at medvirke til at opnå en sufficient ernæring. På trods af disse tiltag er det dog ikke altid, at patienterne opnår sufficient ernæring.

Nogen af vores patienter bliver i perioder genindlagt i afsnittet flere gange. Det kan være svært at afdække, hvad årsagerne til dette kan være, og hvordan det kan forebygges.

Vi bruger meget tid på den enkelte patient med hensyn til, hvad der skal ske, når de skal udskrives. Vi har en del patienter, som bliver indstillet til aflastningsophold – dette er ikke altid patientens højeste ønske. Vi står i dilemmaer omkring hensyn til patientens selvbestemmelse og hensyn til de pårørende.

Vi oplever ofte, at pårørende ønsker information om patienten uden patientens vidende. Vi skal selvfølgelig overholde lovgivningen på dette område. Patienterne skal give tilladelse til, at vi må informere pårørende uden deres tilstedeværelse.

Videregivelse af relevante oplysninger vedrørende patienterne er i det hele taget noget, vi må forholde os til dagligt. Bl.a. i samarbejdet med hjemmeplejen.

Rygning kan være årsag til patienternes vejrtrækningsproblemer. Alle rygere bliver anbefalet rygestop og tilbudt nikotinsubstitution, men ikke alle ønsker dette. Her kan personalet opleve et dilemma omkring at respektere patientens valg, og kan samtidig give stof til eftertanke. Har vi givet patienten den rette viden via vores undervisning/vejledning? Hvorfor vælger patienten ikke at følge denne viden? Skulle vi have tilrettelagt undervisning/vejledningen på en anden måde?

Det kan være svært på en sengestue at give patienterne mulighed for privatliv, nærhed og intimitet med deres nære pårørende. Vi forsøger at tage hensyn til dette ved blandt andet at banke på, inden vi går ind, bruge forhæng mellem sengene, respektere behov for ro og skaffe enestue, hvis dette er muligt.

3.2 Problemstillinger i forhold til den ældre medicinske patient

Med stigende alder kommer en stigende sygelighed og dertil hørende tendens til større funktionstab. Kan den ældre blive ved med at klare sig i egen bolig? Er der behov for yderligere hjælp fra kommunen? Skal der installeres hjælpemidler? Det er ofte svært for patienten (og de pårørende) at acceptere, at den ældre pludselig har så store funktionstab, at det kræver store forandringer for at kunne klare dagligdagen. Vi lægger stor vægt på, at planlægge fremtid og udskrivelse så værdigt og realistisk som muligt, og har et tæt samarbejde både med primærsektoren og de pårørende.

Vi har stort fokus på ernæring. Nogle ældre oplever ikke vægttab som et problem. De føler sig mætte og har ikke lyst til at spise mere, mens andre klager over kvalme, træthed og svimmelhed. Ernæringsproblemer hos den ældre erkendes ofte først når vægttabet bliver så udtalt, at det kræver indlæggelse på sygehuset. Der kan være mange årsager til ernæringsproblemer og vægttab. Vi lægger stor vægt på at gøre en tværfaglig indsats for at udrede og behandle vægttab og ernæringsproblemer hos den ældre medicinske patient.

Den ældre medicinske patient har som oftest mange konkurrerende sygdomme på samme tid (multimorbiditet), hvilket gør det komplekst at pleje og behandle patienten. Patienten kan lide af kroniske sygdomme som f.eks. KOL, hjerteinsufficiens, osteoporose og diabetes og indlægges som oftest på sygehuset både pga en akut opstået sygdom og pga et sløret sygdomsbillede i form af demens, dehydrering, urinvejsinfektion, faldproblemer, vægttab, svimmelhed, delir, mm. Da den ældres tilstand er svækket, er den ældre meget følsom overfor sygdom. Symptomerne ved sygdomme hos ældre er på grund af kombinationen af multimorbiditet og alderdomssvækkelse ofte atypiske og viser sig eksempelvis ved aftagende færdigheder. Karakteristisk for den syge ældre er et stort plejebehov og oftest et længerevarende restitutionsforløb. Konsekvensen af de mange konkurrerende sygdomme er polyfarmaci.

En ældre medicinsk patient får ofte meget forskelligt medicin (polyfarmaci). Polyfarmaci kan føre til øget sygelighed, reduceret livskvalitet, funktionssvigt og øget dødelighed, hvis medicinen ikke er sat hensigtsmæssigt sammen. Ved brug af mange forskellige lægemidler øges risikoen for bivirkninger og interaktioner mellem de enkelte lægemidler. Bivirkninger udløst af medicin kan forveksles med somatisk sygdom eller forårsage forvirring, fald og inkontinens - og således medføre, at patienten får udskrevet yderligere medicin.

Mange ældre bliver delirøse (akut forvirringstilstand), når de indlægges på sygehuset, hvilket ofte resulterer i, at deres opmærksomhed svækkes og deres tankegang bliver uorganiseret. De er motorisk urolige og hallucineret og kan være svære at få til at spise og drikke og i det hele taget modtage behandling. At patienterne bliver delirøse skyldes ofte selve det akutte sygdomsforløb kombineret med de mange forstyrrelser en akut indlæggelse medfører. Vi er optaget af, at gøre det bedst muligt for den delirøse patient. Kan det overhovedet forsvares og planlægges, at patienten udskrives, er det bedst for patienten at komme i rolige og vante omgivelser. Hvis ikke det kan lade sig gøre, forsøger vi at skærme patienten og stræber efter, at så få personaler som muligt er omkring patienten. Hos den delirøse patient er samarbejdet med de pårørende vigtigt, da deres tilstedeværelse ofte virker beroligende.

Hvornår nærmer den ældre patient sig livets afslutning? Hvornår afsluttes eller fortsættes behandlingen og hvorfor? Behandlingsniveauet for den enkelte patient forsøger vi at afklare med patienten og dennes pårørende dels ved indlæggelsen, men også løbende under indlæggelsen, hvis patientens tilstand ændres. Palliation sættes ofte i forbindelse med livets afslutning for alvorligt syge mennesker, men gamle mennesker har også palliative behov, når de gennem mange år har lidt af flere forskellige sygdomme. Vurderingen af patientens palliative behov bør altid tage udgangspunkt i den enkeltes ressourcer, helbredstilstand og motivation. Vi bestræber os på, at det på denne måde bliver patientens (og pårørendes) oplevelse af den aktuelle situation, der danner udgangspunkt for behandlingen og plejen. Vi ser det som en vigtig kompetence at kunne drage omsorg for den døende patient (og dennes pårørende) og at forløbet mod livets afslutning bliver værdigt.