Modus IV: Rollenspiel

Die Studierenden teilen sich in 2 genau gleich grosse Gruppen auf; die eine Gruppe hat die Patientenrolle 1, der andere die Patientenrolle 2. Die Studierenden holen sich die Rollen auf dem VAM und haben ca. 10 Minuten, um sich einzulesen und den Facilitators Fragen zur Rolle zu stellen. Wenn beide Gruppen ihre Rolle verstanden haben, tun sich die Studierenden paarweise zusammen, sodass immer eine Rolle 1 und eine Rolle 2 zusammen sind. Dann beginnt das Rollenspiel (zuerst Patientenrolle 1).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ablauf Fall | Studierende Arztrolle | Studierende Patient:in-Rolle |
| Info-Sammlung nach Zürcher CR-Tool | Machen 1. Infochunk   * Nach Schema * Stellen der Reihe nach Fragen * Processen Infos in eigenes Patient-Script | Geben Antworten vom VAM-Dokument ‘Rollenspiel’ (1. Infochunk inkl. 8 Dimensionen aufgeführt) |
| Nach1. Info-Chunk: CR-Fragen und 3 Statusunter-suchungen | Gehen CR-Fragen laut denkend durch:   * DDs generieren: Redflags, Wer, Was * DDs priorisieren: Wie * Wählen 3 Statusuntersuchungen | Haken mit Fragen nach; helfen beim DDs finden (Liste auf Dokument) |
| Zusammen-fassung | Machen die Entscheidung mit dem unteren Teil der CR-Fragen:   * Zusammenfassen * Commitment | helfen |
| Fallabschluss | Stellen Patient vor mit Summary-Statement bis gutes Summary-Statement erreicht ist inkl. Arbeitsdiagnose und Next Steps | Geben Feedback im Vergleich mit Lösungsvorschlag v. Dokument, kommentieren Next Steps/Managementplan |
| Nach Fallabschluss | Reflektieren eigenen Lernerfolg (x/10) und begründen, was gut resp. verbesserungswürdig war | Geben Feedback, ob CR-Schema eingehalten wurde |

**Patienten-Informationen** **Management-Plan**

|  |  |
| --- | --- |
| **Population**  25j Herr Sieber, Nieraucher, keine Allergien, war vorletzte Woche erkältet, war seit RS nicht mehr beim Arzt; ausgewogene Diät mit gemässigtem Alkoholkonsum; Bankangestellter, Partnerin (war vor 3 Wochen auch krank), Familienanamnese: Mutter hatte Gerinnsel in der Lunge nach Hüftoperation. Hobby Volleyball. | **Prävention& Screening**  Altersentsprechend:   * Kardiovaskuläres Screening * Tumorscreening * Impfungen |
| **Pathologie**  Virale Perimyokarditis, DD Pleuritis, Muskuloskeletal, Lungenembolie, Pneumothorax | **Abklärung**  Labor: leichte Entzündung, CK/Myoglobin/Troponin erhöht ohne Dynamik; Rx-Thorax mit peribronchialem Cuffing; EKG mit Sinustachykardie, PQ-Senkungen, diffusen ST-Hebungen;  Echo mit globaler Herzinsuffizienz und wenig Perikarderguss |
| **Klinik**  BD 105/62 mmHg, HF 143/min, T 38 °, AF 23/min, SO2 99%; seit 5 Tagen scharf-reissende Brustschmerzen mittig vermehrt beim Atmen und liegend, weniger vorübergebeugt sitzend und Brufen hat geholfen, nicht druckauslösbar, nicht verstärkt bei Oberkörperrotation/ -lateralflexion. Dyspnoe NYHA II-III, zunehmend seit 3 Tagen. Lungen-auskultation mit Rasselgeräuschen bibasal, Atemgeräusche normal. Herzauskultation mit S3-Gallop, keine Geräusche, Halsvenen nicht gestaut, hepatojugul. Reflux positiv. Sonstiger Status unauffällig. | **Behandlung**  Neu:  Rhythmusüberwachung (Arrhythmiegefahr), Diuretika/Nachlastsenkung, Konsil Intensivstation (ev. Inoptropika nötig, Monitoring für Arrhythmien, Tamponade und Herzinsuffzienzprogression)  Kardiologiekonsil (weitere Abklärung per MRI/Biopsie?) |
| **Verlauf**  akut progredient (5d), ca. 1 Woche nach viralem Infekt | **Follow-up& Prognose**  ohne Komplikationen meist Restituo ad integrum in Wochen bis Monaten |

Setting: Notfallstation grosses Spital

Vorbereitung: Triage kündigt an: Hr. Sieber, 25j kommt mit Brustschmerz

Ersteindruck/VP: Patient sitzt vornübergebeugt auf Liege, normalgewichtig, wirkt stark gestresst und verängstigt, schwitzig; Vitalparameterblatt: BD 105/62 mmHg, HF 143/min, T 38 °, AF 23/min, SO2 99%

Opening Statement: Ich habe vor einigen Tagen so komische Brustschmerzen bekommen und das geht nicht weg und jetzt habe ich auch noch Atemnot seit vorgestern oder so, was ist nur los?? Ich bin doch gesund.

8 Leitsymptomdimensionen:

* Verlauf: vor 5 Tagen haben Brustschmerzen angefangen, zuerst leicht und dann über zwei Tage zugenommen; dann ist die Atemnot dazugekommen und immer schlimmer geworden. (Onset: vor einer Woche war Patient krank; falls nach Umfeldexposition gefragt: Partnerin war vor 2-3 Wochen erkältet/krank). Sowas hatte ich noch nie.
* Ort: in der Mitte unter dem Brustbein; es strahlt nicht richtig aus aber ist wie eine Fläche in Richtung linke Brustwarze
* Qualität: scharf schneidend-reissend würde ich sagen
* Quantität: am Anfang war es ganz leicht, jetzt sind es ca. 5-6 von 10
* Verbesserung: Dafalgan hat nichts gebracht aber Brufen schon ein bisschen und wenn ich gerade sitze oder vorne anlehne ist es besser
* Verschlechterung: beim Atmen tuts weh und Liegen geht gar nicht, dann ist es am schlimmsten
* Begleitsymptome: eben diese Atemnot die immer schlimmer wird, zudem fühle ich mich seit gestern warm, v.a. am Abend
* Einschränkung: ich kann kaum mehr laufen, das Atmen ist so anstrengend und ich bin so schlapp, und schlafen ist schwierig weil ich nicht liegen kann, ich habe letzte Nacht nur auf dem Sofa sitzend etwas dösen können

3 Statusuntersuchungen:

Herz: Herzauskultation mit linksseitigem S3-Galopp und Tachykardie, keine Geräusche, Halsvenen nicht gestaut, hepatojugulärer Reflux positiv (beim nach hinten lehnen nimmt Schmerz zu, Patient lehnt sich nach dem Test sofort wieder nach vorne). Ganz leichte Unterschenkel/Fussödeme beidseits. Kein Pulsus paradoxus.

Lunge: Lungenauskultation mit Rasselgeräuschen bibasal, Atemgeräusche normal. Perkussion unauffällig.

Sonstiger Status: bland, bei Thoraxkompression/-palpation oder –rotation ist der Schmerz nicht auslösbar.

Summary Statement-Vorschlag:

Ein 25jähriger sonst gesunder Patient stellt sich subfebril, tachykard, leicht hypoton und tachypnoeisch mit akut-progredienten pleuritisch-positionalen Brustschmerzen mittig-links und progredienter Dyspnoe NYHA III auf der Notfallstation vor. Aufgrund der perikarditis-typischen Lageabhängigkeit der Schmerzen, den klinischen Befunden einer globalen Herzinsuffizienz ohne Hinweise auf Tamponade sowie der Vorgeschichte einer viralen Krankheit der Partnerin vor 2-3 Wochen gehen wir von einer viralen Perimyokarditis aus, die differentialdiagnostisch mögliche Lungenembolie passt klinisch nicht zur Linksherzinsuffizienz und es liegen keine Hinweise auf Beinvenenthrombose vor. Wir wollen die Diagnose mittels Entzündungsparametern, Herzenzymen, EKG und Echokardiographie bestätigen und mittels Thoraxröntgen bestätigen, dass keine Hinweise auf Lungenpathologie vorliegen.