

Kva er simulering?



Simulering er ein læringsmetode som krev aktiv deltaking og innleving frå deltakarane. Deltakarane handterer praksisnære situasjonar (scenario) med etterfølgjande debrief for refleksjon og læring.¹⁻⁹ Denne læringsmetoden gjer det mogeleg å trene på praktiske situasjonar, utan å utsette ekte pasientar for risiko, samt oppdage eigen styrke og moglegheiter for betring.

Målet med simulering er å få meir innsikt om eigen og teamet sine prestasjonar, samt å utvikle strategiar for betre praksis. **Målet er å gjere deltakarane tryggare i arbeidet sitt, og dermed betre pasienttryggleiken.**

Simuleringsaktiviteten styrast målretta av ein fasilitator.¹⁰ Scenarie og fasilitering må ha høg

Fasilitering



Fasilitering er en refleksjons-basert pedagogisk metode for å hjelpe delaktarane til å auka læring i etterkant av trening/kliniske hendingar. Det føreset at fasilitatoren (den som styrer fasiliteringa) evnar å skape eit trygt læringsmiljø og stille gode spørsmål til refleksjon og diskusjon. Med fasilitering skal gruppa si åtferd analyserast, og deltakarane få innsikt i samanhengar og utvikle løysingar til betre praksis. Fasiliteringa går føre seg ved hjelp av ein styrt gruppesamtale (debrief).^{1, 2, 10}

Instruksjon

Instruksjon handlar om at dyktige klinikarar forklarar, demonstrerar, og gjer tilbakemelding på deltakarane sine prestasjonar. Målet er å gjere deltakarane flinkare i handling ved hjelp av korrigering av feil, undervisning i den korrekte behandlingsmåten, og bekrefting av riktig utføring.

kvalitet og følgjer ein eigen metode (Train the Trainer kurs/utdanning for fasilitator). Det blir stilt andre krav til instruktørane, så klinikaren må i større grad også være ein pedagog.^{10, 21} Fasilitatorar må utvikle ekspertise bl.a. i pedagogikk, pasientryggeleik, debriefing, teamarbeid mm. som kan være relevant på tvers internt i føretaket og mellom føretaka generelt.

Korleis bruke simulering?

Simulering kan gjerast på mange måter.

Behov og hensikt avgjer fokus på trening.

Valg av utstyr/simulatorar har ei underordna rolle. Det kan simuleraast med levande

markørar, enkle/avanserte simulatorar, modellar som festast på kroppen til levande markør, inne på eit senter eller på arbeidsplassen m.m. Auka fokus på teamarbeid gjer simulering ekstra relevant.

Døme på team-trening

- kommunikasjon i høve pasientoverlevering, rapport, samhandling på vakt, og samtalar med pasientar
- oppdaging og varsling om akutt forverring av tilstand til pasient på post (NEWS, ISBAR)
- mottak av dårlege pasientar – onkologi, pediatri, medisin, traume, psykiatri
- situasjonar i team med krevende beslutningar:
 - palliasjon, avslutning av pasientbehandling;
 - prioritering av resurssar på vakt m.t.p. aktivitets- og bemanningsnivå;
 - validering av pasientforløp (Dør-til-Nål i Trombolysebehandling; open retur for kreftpasient; pakkeforløp)

Debrief

Debrief er ein strukturert og refleksjonsbasert gjennomgang av eit scenario/hending. Målet er å oppklare, forstå og forbetre eksisterande praksis.^{4, 5, 7-10, 24}

Kjernestrukturen består av 3 hovedfaser:

- Beskrivingsfasa: Kort objektiv oppsummering av forløpet, samt deltakarens umiddelbare reaksjonar.
- Analysefasa: Kritisk refleksjon over handtering av situasjonen utifrå standardar og læringsmål
- Bruksfasa: Samandrag av læringsutbytte og plan til betre praksis.



Døme på utstyr/simulator

- levande markør
- enkle/avanserte simulatorar
- modellar som festast på kroppen til levande markør
- inne på senter
- på arbeidsplassen m.m.

Når brukast simulering?

Simulering kan bidra til å forbetre pasienttryggleik, f.eks. ved overleveringar; tverrfagleg trening i team, opplæring/validering til nye roller/funksjonar, utsjekk av nye prosedyrar/utstyr/rom/fasilitetar og forskning.^{11,12} Økt fokus på teamarbeid gjer simulering ekstra relevant.

Simulering og ferdigheitstrening for kompetanseutvikling av helsepersonell

Helsevesenet har de seinaste tiåra hatt ei rivande utvikling når det gjeld spesialisering og kompleksitet samtidig som det er eit auka fokus på «pasientens helseteneste».^{13, 14}

Dette stiller krav til helsetenesta om å oppfylle ei lovpålagt plikt om kontinuerleg kompetanseutvikling av helsepersonell og levere beste praksis til pasientane.¹⁵⁻¹⁷

Helsemyndigheiter og fagmiljø peikar på at tverrfagleg samarbeid kan være ei motvekt til eit fragmentert og ineffektivt helsevesen.^{18, 19} Det handlar ikkje lenger om å være profesjonell, men å være tverrprofesjonell.²⁰

I følgje Strategisamlinga i Helse Vest (Haust 2016), vektleggast mellom anna nok helsepersonell med rett kompetanse, betre kvalitet og pasienttryggleik.



Ferdigheitstrening^{1, 20, 23}

Ferdigheitstrening er målretta praktisk trening med direkte tilbakemelding og bruk av eigna treningsutstyr, for å automatisere ferdigheiter som høyrer til kliniske prosedyrar.

Døme på ferdigheitstrening^{1, 22, 23}

Tekniske ferdigheiter:

- manøvrering av endoskopisk utstyr
- suturering
- legge ned ventrikkelsonde og ventrikkelskyl
- endotracheal intubering
- legge inn CVK/PVK
- kateterisering

Ikkje-tekniske ferdigheiter

- kommunikasjonsverktøy
- situasjonsforståing
- å ta avgjerder
- leiing

Korleis få dette til i praksis?

Endringar i helsevesenet fører til endringar i korleis vi bygger kompetanse. Vi må sjå på einskaplege kompetanseløp hos helsepersonell. Dette starter med identifisering av aktuelle læringsbehov, riktige metodar for individuell utvikling, og trening i team til betre praksis, jfr. Lærings sirkelen²².

Nye læremetodar kjem i tillegg til dei tradisjonelle for å lage systematisk oppbygging av læring, oftast med sjølvstudie/e-læring med testing, ferdigheitstrening med tilbakemelding, simulering med vekt på refleksjon og overføring til praksis med oppfølging og klinisk debriefing.

Lokalt ferdigheits- og simuleringssenter

På sjukehuset ditt er det eit senter som legg til rette for at du og kollegane kan gjennomføre trening, enten inne på senteret eller på arbeidsplassen din. Dei koordinerer alt frå utdanning av fasilitatorar til bruk av senteret og utstyr, og bidreg gjerne i planlegging og gjer støtte til gjennomføring av treninga.

Kontaktperson for RegSim:



Sigrun Anna Qvindesland

Leder RegSim

Helse Stavanger/SAFER

saqv@sus.no

Hjemmeside for RegSim er under utarbeidelse, se: safer.net/regsims



Referansar

1. Lopreiato J O (Ed.), et al. *Healthcare Simulation Dictionary*. 2016: Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2016. AHRQ Publication No. 16(17)-0043.
2. Dieckmann, P., et al. *Variation and adaptation: learning from success in patient safety-oriented simulation training*. *Advances in Simulation*, 2017. 2(21): p. 14.
3. Stocker, M., M. Burmester, and M. Allen, *Optimisation of simulated team training through the application of learning theories: a debate for a conceptual framework*. *BMC Medical Education*, 2014. 14(69).
4. Rudolph, J.W., et al. *Debriefing as Formative Assessment: Closing Performance Gaps in Medical Education*. *Academic Emergency Medicine*, 2008. 15: p. 1-7.
5. Steinwachs, B., *How to Facilitate a Debriefing*. *Simulation & Gaming*, 1992. 23(2): p. 11.
6. Kaufman, D.M., *ABC of learning and teaching in medicine: Applying educational theory in practice*. *BMJ*, 2003. 326: p. 213-216.
7. Gardner, R., *Introduction to debriefing*. *Seminars in Perinatology*, 2013. 37: p. 166-174.
8. Eppich, W. and A. Cheng, *Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS). Development and Rationale for a Blended Approach to Health Care Simulation Debriefing*. *Simulation in Healthcare*, 2015. 10(2): p. 106-115.
9. Fanning, R.M. and D.M. Gaba, *The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning*. *Simulation in Healthcare*, 2007. 2(2): p. 115-125.
10. Cheng, A., et al. *Learner-Centered Debriefing for Health Care Simulation Education Lessons for Faculty Development*. *Simulation in Healthcare*, 2016. 11(1): p. 32-40.
11. Sollid, S.J.M., et al. *Five Topics Health Care Simulation Can Address to Improve Patient Safety: Results From a Consensus Process*. *Journal of Patient Safety*, 2016.
12. Vincent, C. and R. Amalberti, *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. 2016, London: Springer Open.
13. Høle, B., *Pasientens helsestjeneste*, HOD, Editor. 2014, Regjeringen.no: Internett.
14. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, in LOV-1999-07-02-61, Lovdata, Editor. 1999, Helse- og omsorgsdepartementet: lovdata.no.
15. *Lov om helsepersonell m.v.*, in LOV-1999-07-02-64, Lovdata, Editor. 1999: Lovdata.no.
16. WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. 2010.
17. Meld. St. 11 *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*, HOD, Editor. 2015-2016, Regjeringen: Oslo.
18. Meld. St. 16 *Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011-2015)*, HOD, Editor. 2010-2011, Regjeringen.no: Oslo.
19. Nilsen, R., *Er Tverrprofesjonell samhandling noe annet enn utøvelse av fag?* *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2010. 6(1): p. 93-100.
20. Kneebone, R., L. *Simulation, safety and surgery*. *Qual Saf Health Care*, 2014. 19(3): p. 147-152.
21. Sautter, M. and H. Eikeland, *The Circle of Learning in emergency medicine and healthcare education*. 2008, Laerdal Medical: Stavanger.
22. Calatayud, D., et al. *Warm-up in a Virtual Reality Environment Improves Performance in the Operating Room*. *Annals of surgery*, 2010. 251(6): p. 1181-1185.
23. Kneebone, R., L. *Twelve tips on teaching basic surgical skills using simulation and multimedia*. *Medical Teacher*, 1999. 21(6): p. 571-575.
24. Sawyer, T., et al. *More than one way to debrief: A critical review of healthcare simulation debriefing methods*. *Simulation in Healthcare* 11: 209-217.