

Kva er simulering?



Når du simulerer **trenar** du så likt praksissituasjonen din (scenario) som muleg. Simulering skal **auke forståing og bevisstheit** om f.eks. kva som skal til for å lykkast, på ein måte du ikkje ville oppnådd med andre metodar²⁻⁴.

Den praktiske treninga er viktig, men den største læringa skjer under ei strukturert **refleksjonsbasert** debriefing etter simuleringa⁵⁻⁹.

Deltakarane er aktive i simuleringa, også i debriefinga. Målet er å få djupare **innsikt** i kva som gjer **god pasientbehandling** og overføring til forbetra praksis. Det heile styrast målretta av ein fasilitator¹⁰. Scenarie og fasilitering må ha høg kvalitet og følgjer ein eigen metode (utdanning for fasilitator: Train the Trainer kurs). Fasilitatorar utviklar ekspertise i pedagogikk, kvalitetsforbetring, teamarbeid m.m. som kan være relevant på tvers av føretaket.

Fasilitering

Fasilitering handlar om å hjelpe deltakarane å få innsikt i samanhengar og utvikle løysningar. Gode spørsmål til refleksjon og diskusjon er viktig. Gruppa må gje beskjed om det som gjekk bra, og det som ikkje gjekk bra, og kva grunnen til dette kan vere ^{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.

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)
 - etiske og juridiske dilemma

Debrief

Debrief er ei strukturert og refleksjonsbasert gjennomgåing av deltakarane etter scenarior, der målet er å oppklare, forstå og forbetre eksisterande praksis.

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 simulast 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.

Når brukes 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.



Døme på utstyr/simulator

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

Simulering og ferdighetstrening 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 kontinuerlig kompetanseutvikling av helsepersonell og levere beste praksis til pasientane¹⁵⁻¹⁷.

Helsemyndigheter 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 tverrprofesjonell²⁰.

Det stilles andre krav til instruktørane, så klinikaren må i større grad også være en pedagog^{10, 21}.

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



Ferdighetstrening

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

Døme på ferdighetstrening^{22, 23}

- manøvrering av endoskopisk utstyr
- suturering
- legge ned ventrikkelsonde og ventrikkelskyll
- endotracheal intubering
- legge inn CVK/PVK
- kommunikasjonsverktøy
- situasjonsfoståing
- beslutningstaking
- kateterisering

Korleis få dette til i praksis?

Endringar i helsevesenet fører også til endringar i korleis vi bygger kompetanse. nVi må sjå på heilheitlege løp frå behovsanalyse via opplæring/trening til en forbetra praksis, slik modellen viser²².

Nye læremetodar kjem i tillegg til dei tradisjonelle for å lage systematisk oppbygging av læring, oftast med sjølvstudie/e-læring med testing, ferdighetstrening 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 senteret ditt:



Unni Irene Iversen
RegSim koordinatør
Helse Førde
+47 48 10 34 84
unni.irene.iversen@helse-forde.no

Unni er tilsett i avd. for kompetanse og utdanning og har kontor i Førdegården, i sentrum.

Simuleringssenteret ligg i 2 et. på legevaktsbygget på sjukehusområdet.



Det lokale simuleringssenteret ditt samarbeider tett med senter i dei andre føretaka i Helse Vest, eit samarbeid som koordinerast av RegSim. RegSim er etablert på oppdrag frå Helse Vest RHF for å koordinere og vidareutvikle ferdigheit og simulering i helseregionen.

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. Haie, 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. Knebone, R., L. *Simulation, safety and surgery*. *Qual Saf Health Care*, 2014. 19(3): p. i47-152.
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. Knebone, R., *Twelve tips on teaching basic surgical skills using simulation and multimedia*. *Medical Teacher*, 1999. 21(6): p. 571-575.