

Bakgrunn (behov) for simulering:

Fiktiv pasient-ID - Navn:

Personnummer:

Kategori:

Tema:

Læringsmål:

Utstyr

Miljø:

Markør/Simulator: *Se eget skjema*

Medikamenter:

Utstyr/Dokumenter:

Informasjon til fasilitator og evt. operatør:

Brief / Informasjon til deltakere:

Identifikasjon:Situasjon:Bakgrunn:Aktuell Tilstand:Råd:

Scenario og debrief:

Scenario	• Hvis aktuelt: «Hva ville dere gjort videre nå?» • Be deltakerne ikke snakke om scenario før debrief begynner • Be eventuelt deltakerne tenke på en bra/positiv ting de selv bidro med inn i scenarioet • Få innspill fra observatører (og markør/operatør dersom aktuelt)
Debrief	• Gjenta læringsmål • <u>Beskrivelsesfasen:</u> • Umiddelbare reaksjoner fra deltakerne? • Objektiv beskrivelse av hendelsesforløp – få en felles forståelse av hendelsesforløp <u>Analysefasen:</u>
Læringsmål 1	 <i>Bruk det deltakerne har tenkt på av positive ting</i> Grav! - «Hva gjorde du for at det ble slik?» - «Hva legger du i det?» - «Kan du si noe mer om ...» Se etter moment som rollefordeling; kommunikasjon; ressursbruk;
Læringsmål 2	Tilkalling av hjelp; situasjonsforståelse; samarbeid / teamarbeid; beslutningstaking Bruk observatør! Adresserende Spørreteknikk: - «Jeg la merke til at ...» - «Min erfaring der er at ...» - «Hva tenkte du i den situasjonen?»
Læringsmål 3 / øvrige læringsmoment	
Aktuelle referanser / lenker:	
Anvendelsesfasen	• Konkret moment (suksess/ending) som deltakere tar med i sin praksis • Strategi for å få anvendt det i praksis
Etter debrief	• Gjennomføre evaluering • Takke for oppmøte og ønske velkommen tilbake

Pasientstatus ved scenariostart	Endring av pasientstatus	Forslag til tiltak	Respons på behandling
<u>Airway:</u> Frie luftveier?: Lyder fra øvre luftveier, eks. snoring:			
<u>Breathing:</u> Respirasjonsfrekvens: SpO2: Respirasjonslyder:			
<u>Circulation:</u> Puls: Hudstatus: BT: EKG: Hjertelyder:			
<u>Disability:</u> Bevissthetsnivå: GCS: Pupiller: Blodsukker:			
Exposure / environment: Temp.: Klinisk info. (Eks utslett osv): Omgivelser:			
Øvrige tiltak Høyde: Vekt: Funn ved evt røntgen/ultralyd/andre undersøkelser:			

Tips til deltakerne (cues):

Forventede tiltak/Kritiske hendelser:

Scenarioverktøy - tool tip

Bakgrunn (behov) for simulering:

All simulering bør ta utgangspunkt i et konkret behov. Eks. innføring av nye verktøy, med utgangspunkt i avviksmeldinger, innspill fra samfunnet osv.

Kategori:

Medisinsk, psykiatri, etikk, kirurgi etc.

Tema:

Akutt blødning, kommunikasjon etc.

Læringsmål:

2-4 konkrete læringsmål. Det bør i alle scenarier være noen ikke-tekniske ferdigheter (eks teamledelse, rollefordeling, closed loop kommunikasjon osv). Dersom noen yrkesgrupper har egne læringsmål som skal oppnås (eks. LIS), er det fint å ta de med.

Miljø:

Hjemmemiljø? Tid på døgn? Klokkeslett? Dag i uken? Årstid? Vær? Akuttmottak? Operasjon? Venterom?

Markør/Simulator:

Levende markør / simuleringsdukke, klær, sminke. Se eget skjema for markørbeskrivelse for levende markør

Medikamenter:

IV-væske, antibiotika, smertestillende etc.

Utstyr/Dokumenter:

Monitor, hjertestarter, IV-stativ, inntakstjournal

Informasjon til fasilitator og evt. operatør:

Skriv her informasjon som er viktig for fasilitatoren og evt. operatøren å vite om. Hvilke deltakere (kompetanse) trenger deltakerne. Er deltakerne mono- eller flerprofesjonelle. Hvordan er scenariet tenkt å utvikle seg (skal pasientens tilstand forverres, evt. forbedres). Hvor lenge har fasilitator sett fra seg at scenariet varer. Hvilke tiltak gir bedring.

Brief / Informasjon til deltakere:

Start med en brief av deltakerne der du fokuserer på psykologisk trygghet, læremål, simuleringsprosessen osv. Gi deltakerne den informasjonen de ville hatt tilgang på i en reel situasjon. Strukturer gjerne rapporten etter verktøyet ISBAR som er anbefalt i pasientsikkerhetsprogrammets «tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand.



ISBAR:

Identifikasjon: Her gir du deltakerne informasjon om navn og fødselsdato for pasient. Hvem er deltakeren og hvor ringer den ifra.

Situasjon: Beskriv kort og objektivt den aktuelle situasjonen for pasienten.

Bakgrunn: Når og hvorfor ble pasienten innlagt? Tidligere sykdommer/medikament som er aktuelle

Aktuell Tilstand: Gi mer utfyllende informasjon om den aktuelle tilstanden til pasienten med kliniske detaljer

Råd: I denne sammenheng bruker du som fasilitator Råd til å gjenta læringsmål og sjekke om deltakerne er klare

Aktuelle referanser / lenker:

Dersom du har lenker til gode referanser, videoer, retningslinjer osv. er det nyttig å sette de inn her. Gjerne også til retningslinjer du skal ta ut og gi til deltakerne.

Tips til deltakerne (cues):

Dersom simuleringen ikke går den veien det var tenkt, kan det komme innspill som setter deltakerne på rett spor (eks. et blodsukkersvar, en telefon fra lab, en beskjed fra pårørende etc.)

Forventede tiltak/Kritiske hendelser:

Hvilke tiltak er det forventet at deltakerne utfører.

Er det noen spesielle øyeblikk underveis i scenarioet du som fasilitator må følge ekstra godt med på (Hva skal du se etter). Eks. handover, fange opp fallende bevissthet.

PASIENT

PASIENT		KRITISK INFORMASJON		SISTE NEWS II	
Navn:	Gunhild Lauritsen	Cave:	Ingen kjent	Hastegrad:	Rød (Fullstendig)
Fødselsdato:	07.08.1948	Smittefare:	Uavklart smittefare	NEWS II skåre:	11
Identitetsnummer:	12445	BEDØMT TILSTAND		SEPSIS	
Verifikasjon av pasient ID:	Fødselsnummer bekreftet av pårørende	Hovedgruppe:	Respirasjon og luftvei	qSOFA:	1
Type ID-nummer:	Annet	Undergruppe:	Tungpust		
Kjønn:	Kvinne				
PÅRØRENDE					
Relasjon:	Datter				
Varsling:	Tilstede				
Navn:					

UNDERSØKELSE / ANAMNESE

Luftveier

Holder frie luftveier selv.

Respirasjon

Dyspnoe. Cyanose.

Sirkulasjon

Varm og tørr. Hud er blek, kald perifert, lett cyanose.

Bevissthetsnivå

Våken/klar - orientert for tid/sted.

Eksponering/omgivelser

Ingen ytterligere livstruende funn.

Fritekst

TIDLIGERE

- Kols
- Hypertensjon
- Angina pectoris
- Claudicatio intermittens

Storrøyker.

Innlagt x flere ved Kalnes sykehus med KOLS eksaserbasjoner og brystmerter.

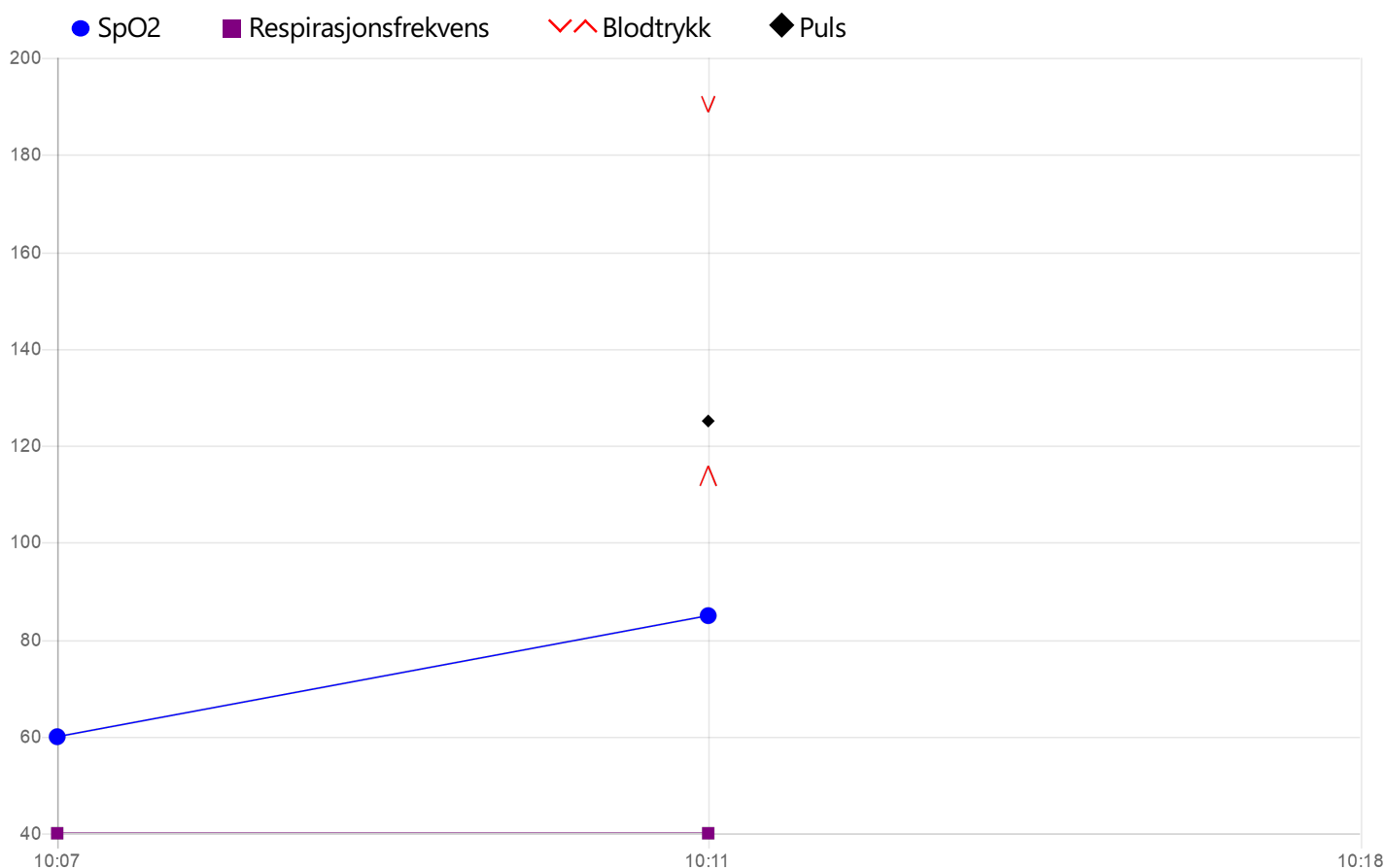
AKTUELT

Forkjølelse på 4. dagen. Økende dyspnoe, produktiv hoste. Blitt sittende i stol i 1. etg, ikke klart å gå trappen til soverom siste to døgn. Stresst. Klaget over litt smerter i brystet.

NOTAT

Ikke utfylt

KURVE/TILTAK



Tiltak			
Venekanyle		KI 10:19	
Oksygen	Start	Stopp	
10 L Maske med reservoir	KI 10:09	Aktiv v/overføring	
GCS			
4 / 5 / 6 (15) • Voksen		KI 10:19	
Målinger	10:07	10:11	10:18
SpO2	60	85	
Respirasjonsfrekvens	40	40	
Blodtrykk	190/113		
Temperatur		38,5	38,5
Puls	125		

NEWS II

NEWS II

Respirasjonsfrekvens (pr. min)
SpO₂ Skala 1(%)
Romluft eller oksygen
Systolisk blodtrykk (mmHg)
Pulsfrekvens (pr. min)
Bevissthetsnivå
Temperatur (°C)

11 - [Rød] - Fullstendig - 09/18/2023 10:14

[3] ≥25
[3] ≤91
[2] Oksygen
[0] 111-219
[2] 111-130
[0] Våken
[1] 38.1 - 39.0

HENDELSE / OPPDRAG

INFORMASJON FRA AMK

AMIS-nummer: 2718
Kriterienummer: H.30.01

OM OPPDRAGET

Oppdragstype: Ordinært amb.oppdrag
Kilometer: 1
Avsluttet: 10:31
Spesielle omstendigheter: Ingen spesielle

OPPDRAGSINFORMASJON

OPPDRAGSFORLØP

Oppdragsdato: 18.09.2023
Ambulanse varslet: 10:00

Utrykning	Hendelsessted	Leveringsted	Pasientomsorg avsluttet	Ledig
10:01	10:05-10:25 Hjem eller annen privat adresse Nedre Prinsdals Vei 79 1263 Oslo	10:30 Ullevål - OUS Kirkeveien 166 0450 Oslo	10:30	10:31

EGET PERSONELL

Fører: ALESOL

ANNET PERSONELL

Assistanse: Ingen
Følge: Ingen

Journalnotat S0

Navn: Gunhild Lauritsen; Fødselsnummer: 07.08.1942 – 12445

Dato: 11.12.2024

Pasient innlagt akutt 01.12.24 grunnet respirasjonssvikt type 2. Kjent KOLS, og har 8 innleggelser tidligere i år med samme innleggelsesårsak.

Behandling: Pasienten ble behandlet med NIV første 3 døgn grunnet hypoksi og hyperkapni (blodgass før NIV med 10 liter på maske/reservoar, pH 7,20, PCO₂ 10,3, O₂ 7,6, SaO₂ 79%). Hyperventilerte (RF36) og var sliten. Tolererte NIV behandlingen godt (Hamilton, Trykkstøtte 8, PEEP 5, ETS 50-25%, FiO₂ 0,21-0,5). Påvist pneumoni høyre lunge, behandlet med Penicillin. CRP maks 247.

Dagen status: Pasienten har vært på sengepost siste 3 døgn, og vurderes nå til å være i sin habitualtilstand. Målinger 11.12.14: SpO₂ 92 % på romluft, RF 22, BT 160/89, Puls 100. Blodgass (romluft): pH 7,38, CO₂ 7,9, PaO₂ 10,4, BE 4,5, HCO₃⁻ 29, SaO₂ 92%.

Forøvrig blodgass u.a.

Uendrede medikament. Sterkt anbefalt pasienten å slutte å røyke. Diskutert videre behandling med pasienten som er innstilt på full intensivmedisinsk behandling

Peder Knudsen (elektronisk sign)

Overlege lunge.

Scenario:

BLODGASSMASKIN

Pasientrapport Kl: Dato:

Identifikasjoner

FIKTIV Pasient ID
 Lab. Nummer
 Etternavn
 Fornavn
 Prøvemateriale
 T

Blodgassverdier

pH ()
pCO₂ kPa ()
pO₂ kPa ()

Syrebasestatus

cHCO₃⁻(P)_c mmol/L ()
cBase(Ecf)_c mmol/L ()

Anion Gap, K+c

Oksimetriverdier ()
ctHb g/dL ()
sO₂ % ()
FCOHb % ()
FMetHb %

Elektrolyttverdier ()
cK⁺ mmol/L ()
cNa⁺ mmol/L ()
cCa⁺⁺ mmol/L ()
cCl⁻ mmol/L

Metabolittverdier ()
cGlu mmol/L ()
cLac mmol/L

Temperaturkorrigerter verdier ()
pH (T) ()
pCO₂ (T) kPa ()
pO₂ (T) kPa

Merknader

↑ Verdi (er) ovenfor referanse grense
 ↓ Verdi (er) nedenfor referanse grense
 c Beregnede verdier (er)

Reagenspakke lot YK-20

Sensorkassett test# 520-115

Skrevet ut

BLODGASSMASKIN

Pasientrapport Kl: Dato:

Identifikasjoner

FIKTIV Pasient ID
 Lab. Nummer
 Etternavn
 Fornavn
 Prøvemateriale
 T

Blodgassverdier

pH ()
pCO₂ kPa ()
pO₂ kPa ()

Syrebasestatus

cHCO₃⁻(P)_c mmol/L ()
cBase(Ecf)_c mmol/L ()

Anion Gap, K+c

Oksimetriverdier ()
ctHb g/dL ()
sO₂ % ()
FCOHb % ()
FMetHb %

Elektrolyttverdier ()
cK⁺ mmol/L ()
cNa⁺ mmol/L ()
cCa⁺⁺ mmol/L ()
cCl⁻ mmol/L

Metabolittverdier ()
cGlu mmol/L ()
cLac mmol/L

Temperaturkorrigerter verdier ()
pH (T) ()
pCO₂ (T) kPa ()
pO₂ (T) kPa

Merknader

↑ Verdi (er) ovenfor referanse grense
 ↓ Verdi (er) nedenfor referanse grense
 c Beregnede verdier (er)

Reagenspakke lot YK-20

Sensorkassett test# 520-115

Skrevet ut

Markørverktøy (sendes ut i god tid før simulering, senest dagen før)

Tittel på scenario:

Takk for at du stiller som markør!

- Rollen din som markør er viktig, og for at deltakerne skal få et godt læringsutbytte er det viktig at du lever deg inn i rollen du er tildelt.
- Les igjennom casen du skal delta i og sett deg inn i den aktuelle diagnosen så du vet hvordan du skal reagere og hvilke symptom en slik pasient har.
- Fasilitator og markør bør i forkant ha en samtale om markørrollen.

Gjennomgang for samtale mellom markør og fasilitator:

- Hva vil skje med deg som markør under scenario?
- Avklare med fasilitator hva deltagerne kan gjøre med deg under scenario; klinisk undersøkelse, avkledning, holding osv. Ved bruk av levende markør gjøres ikke intime prosedyrer som f.eks kateterisering osv. for å beskytte markøren. Forsiktighet ved å legge PVK på markøren pga. risiko for å gi medikament intravasalt. Snakk om hvor sterke reaksjoner markør skal spille ut (eks. språkbruk, lyder, følelser)
- Stopp-ord: For at du som markør og deltagerne skal føle seg trygge er det lurt å avtale et stopp-ord dersom du føler ubehag og ønsker å pause / avslutte scenario:
- Hvordan skal du forholde deg under debrief?

Notater:**Lenker/referanser til symptombeskrivelse eller nyttig informasjon:****Utstyr:** (perifer venekanyle, pasientskjorte, hår, briller, skadesminke e.l.)**Beskrivelse av pasient, omgivelser og situasjon**

Kjønn, alder, sted, klokkeslett. Hva har skjedd? Hvordan er omgivelsene? Beskrivelse av karakter til markør/pasient. Symptombeskrivelse, grad av symptomtrykk, lidelseuttrykk, tidligere sykdommer, medikamentbruk, sosiale forhold.

Utvikling av scenario (symptom og respons på tiltak)

Bedring/forverring? Eksempler på hva du kan svare på spørsmål fra deltagerne.