Tidlig oppdagelse av pasient i forverring

Simuleringsveileder

Hensikten med veilederen

Hensikten er å etablere et godt fungerende system for simulering av tidlig oppdagelse av pasienter i forverring ved bruk av NEWS2.

Bakgrunn

Tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos pasienter er et nasjonalt faglig rammeverk som er viktig for å ivareta pasientsikkerheten. NEWS2 er skåringsverktøyet som brukes.

De faglige rådene fra Helsedirektoratet om tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand danner grunnlaget for et Rapid Response System (RRS, på norsk: Medisinsk intensivteam, MIT). De viktigste elementene er:

- utdanning og opplæring som sikrer rett kompetanse
- monitorering av pasientenes vitale funksjoner
- gjenkjenning av forverret tilstand og nødvendig respons
- rutiner som sikrer tydelig kommunikasjon
- rask hjelp ved mistanke om forverret tilstand

De faglige rådene har best effekt dersom alle rådene implementeres og ses i sammenheng. Da bidrar de til å styrke pasientsikkerheten i virksomheten (I trygge hender 24-7: Tidlig oppdagelse av forverret tilstand).

Selv om NEWS2 er et nasjonalt satsingsområde, er det daglige utfordringer, for eksempel:

- manglende opplæring, eller opplæring som ikke er felles, i systemet for tidlig oppdagelse av forverring
- nyansatte og utskifting av personell som ikke kjenner skåringsverktøyet
- behov for trening når NEWS2 oppdateres, og lignende
- manglende bruk av MIT
- avviksmeldinger og dødsfall hos pasienter som har fått behandling for sent

Forskning på simuleringsbasert læring viser at simulering av høy kvalitet, som er målrettet og gjennomføres ofte nok (ukentlig), kan forbedre klinisk praksis ved hjelp av eksisterende verktøy og prosedyrer (Theilen mfl., 2017; Ajmi mfl., 2019; Josey mfl., 2018).

Forutsetninger

Vilje

Avdelingen erkjenner at den trenger bedre kompetanse i bruk av systemet for tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Ledelsen og fagansvarlige for alle profesjoner ønsker å prioritere forbedringsarbeid med simulering.

Evne

Avdelingen etablerer tverrfaglige simuleringsteam med tilstrekkelig fagkunnskap og simuleringskompetanse. Det anbefales minst 2–3 fasilitatorer i teamet.

Teamet har ansvar for å lage og gjennomføre realistiske og relevante kasuistikker. Fasilitatorene har både fagkunnskap og pedagogisk kompetanse i simulering. Teamet har tilgang til relevant og tilstrekkelig teknisk utstyr for å gjennomføre realistisk simulering.

Erfaring viser at det er en fordel å ha både lege og sykepleier i simuleringsteamet, fordi det kan gi en grundigere faglig diskusjon.

Det gjennomføres evaluering etter hver simulering Fasilitator har ansvar for å gi tilbakemelding til leder, slik at det er kontinuerlig fokus på forbedring.

Kapasitet

Avdelingen planlegger regelmessig in situ-simulering (simulering der man arbeider) av høy kvalitet.

Hovedansvar i avdeling eller seksjon: Veilederfunksjon, for eksempel fag- eller undervisningsansvarlige leger og sykepleiere, og ledere.

Avdelingsledelsen: Langtidsplanlegging i bemanningsplanen, og gjennomføring av simulering med personell som har kompetanse i fag og simulering.

Forberedelser

Fasilitatorer

Fasilitatorene er motivert for å gjennomføre simulering for medarbeidere, og har kompetanse i NEWS2 og teamarbeid.

Antall: 1–2 fasilitatorer per in situ-simulering.

Ved oppstart av en ny simulering kan dere få støtte fra foretakskoordinator for simulering.

Undervisning og informasjonsmøter

Holdes 1–2 måneder før oppstart, gjerne standardisert.

Bruk informasjonsmateriell, som plakater og e-post, for å øke oppmerksomheten.

Alle deltakere i avdelingen får dette forberedelsesmateriellet:

- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand og respons (Læringsportalen)
- Film om ISBAR-kommunikasjon (Kompetansebroen)
- E-læringskurset Introduksjon til simulering

Ferdigheter deltakerne må ha

Deltakerne må kunne:

- utføre systematiske observasjoner etter ABCDE og bruke NEWS2
- registrere resultater i Meona eller elektronisk kurve
- rapportere med ISBAR
- kjenne til simulering som metode

Relevante kasuistikker (1–2)

Simuleringsteamet lager kasuistikkene ut fra avdelingens behov og utfordringer. Det kan også være nyttig å bruke Synergi-saker som caser.

Prøv ut og test kasuistikken før simuleringen gjennomføres.

Scenariomal

Se eksempel på scenariomal (PDF). Se også maler for simulering.

Scenariomalen inneholder beskrivelse av case, læringsmål, hendelsesforløp, beskrivelse av pasient eller markør, informasjon til deltakerne, utgangsverdier, endringer, utstyr og lignende.

Markørbeskrivelse

Det anbefales å lage en egen beskrivelse som markøren kan lese i briefen. Se mal for markørbeskrivelse (PDF).

Promotering

Informer aktivt før in situ-simuleringen, med plakater, e-post og informasjonsmøter. Skaff skilt eller plakater som viser at øving pågår (kontakt simuleringskoordinator).

Gjennomføring

Leger og sykepleiere planlegger når personalet skal delta i simulering, og gjør dette kjent for de ansatte. Legg det gjerne inn i en årsplan eller periodeplan.

Før simulering

- Gi pre-brief til ansatte og deltakere om tid og sted for simuleringen.
- Planlegg hvor simuleringen skal være: fast rom, flytte pasienten ut av pasientrommet, eller korridor?
- Informer aktuelle pasienter om simuleringen, for eksempel med skilt.
- Sett av nok tid til debrifing (minst 20 minutter).
- Tips: Lag en boks med alt materiell og utstyr til simuleringen, sammen med veiledere, liste over nødvendig utstyr og prosedyrer.
- Simuleringsteamet forbereder seg på forhånd:
  - Test utstyr og rom, og gjør en mental gjennomgang.
  - Heng opp læringsmål, lenke til evaluering og eventuelt hjelpemidler til brief og debrifing: verktøy for brief, verktøy for debrifing.

Under simulering

- Skap en rolig og positiv atmosfære og et trygt læringsmiljø i briefen.
- Hold tidsplanen for start og slutt.
- Ha minst mulig stopp og avbrudd i selve scenarioet.
- Avslutt når læringsmålene anses som nådd.
- Gjenta gjerne scenarioet for øving og forbedring hvis tiden tillater det.
- Utgangspunktet er å gjennomføre simuleringen til avtalt tid. Sett opp objektive avlysningskriterier sammen med ledelsen.
- Sett av god nok tid til debrifing (minst 20 minutter).
- **Husk:** Deltakere og fasilitatorer må evaluere simuleringen

Etter simulering

- Rydd og klargjør omgivelsene for pasientarbeid.
- Eventuelt kort tilbakemelding fra seniorfasilitator til fasilitator.
- Er det oppfølgingspunkter etter debrifingen? Definer hvem som har ansvar for oppfølgingen, for eksempel plassering av teknisk utstyr eller oppdatering av prosedyrer.
- Ledere og fasilitatorer spør jevnlig etter hvordan pasienter i forverring håndteres i egen avdeling.

Videre oppfølging

- Rapporter resultater fra simuleringen til ledere og deltakere.
- Vurder nye fokusområder.
- Følg opp funn fra simuleringen.
- Gå gjennom evalueringene av simulering i egen avdeling. RegSim-koordinator henter dem inn.

Anbefalt: kvartalsvis statusmøte

Simuleringsteamet og ledelsen går gjennom resultater og erfaringer med:

- simuleringserfaringer, læringsutbytte og systemendringer
- håndtering av kliniske kasuistikker

Litteratur

Ajmi, S. C., Advani, R., Fjetland, L., Kurz, K. D., Lindner, T., Qvindesland, S. A., Ersdal, H., Goyal, M., Kvaløy, J. T. & Kurz, M. (2019). Reducing door-to-needle times in stroke thrombolysis to 13 min through protocol revision and simulation training: A quality improvement project in a Norwegian stroke centre. *BMJ Quality & Safety, 28*(11), 939. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-009117

Josey, K., Smith, M. L., Kayani, A. S., Young, G., Kasperski, M. D., Farrer, P., Gerkin, R., Theodorou, A. & Raschke, R. A. (2018). Hospitals with more-active participation in conducting standardized in-situ mock codes have improved survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation, 133*, 47–52. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.09.020

Theilen, U., Fraser, L., Jones, P., Leonard, P. & Simpson, D. (2017). Regular in-situ simulation training of paediatric Medical Emergency Team leads to sustained improvements in hospital response to deteriorating patients, improved outcomes in intensive care and financial savings. *Resuscitation, 115*, 61–67. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.03.031