

1. Hensikt og omfang

Retningslinjen gjelder for fasilitatorer ansatt ved SimOslo.

Erfaringer viser at deltagere av og til gjør alvorlige feil under medisinsk simulering (1). Det kan påvirke pasientsikkerheten i klinikk om feilen ikke håndteres hensiktsmessig i simuleringstreningen. Alvorlig feil omhandler både ikke - tekniske ferdigheter og medisinsk behandling.

Retningslinjen skal sikre:

- Hensiktsmessig håndtering av situasjonen når deltagere gjør alvorlig feil under medisinsk simulering
- At deltagere som begår alvorlig feil blir gjort oppmerksom på feilen og får oppfølging, samtidig som teamet ivaretas
- At pasientsikkerheten ivaretas

2. Ansvar

- Avdelingsleder er ansvarlig for implementeringen og at retningslinjen følges
- Den enkelte fasilitator er selv ansvarlig for å sette seg inn i og følge retningslinjen

3. Fremgangsmåte

Fasilitators evne til å skape et godt læringsmiljø er viktig for å forebygge at feil begås og å ivareta deltagere når alvorlig feil er begått(2, 3). Gjennom et trygt læringsmiljø kan fasilitator skape trivsel, motivasjon, engasjement, fremme gode prestasjoner og at deltagerne lærer av sine feil (4, 5, 6).

Når alvorlig feil begås kan det oppleves ubehagelig (7) for deltagerne og være utfordrende for fasilitator. Det er viktig at fasilitator kjenner til handlingsalternativer og har kompetanse til å forsterke god praksis og korrigere feil på en hensiktsmessig måte (8, 9, 10).

Under debriefing blir evaluering vinklet til samtale og refleksjon, slik at deltagerne bevisstgjøres på egne handlinger (11, 12 og definisjoner nedenfor).

Fasilitator oppfordrer deltagerne til selv å resonnerer seg frem til feilen, slik at de forstår konsekvensen av handlingen. Viser det seg at deltagerne ikke forstår feilen, må fasilitator belyse dette.

Handlingsalternativer for fasilitator:

1. Prebriefing og briefing

- Tilrettelegger for optimal praksis ved å forberede deltagerne på simuleringstreningens tema
- Tilrettelegger for gjentatte simuleringer (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21)
- Forbereder deltagerne på hvordan simuleringen vil foregå slik at treningen oppleves mest mulig realistisk (1, 22)
- Skaper en trygg atmosfære (være imøtekommende, vise respekt, anerkjenne følelser og informere om konfidensialitet), for å redusere deltageres stressnivå for å oppnå størst mulig læringsutbytte (16, 23)
- Utarbeider realistiske scenarier og læringsmål som tilpasses deltageres kompetansenivå og fagområde (1, 22)
- Sikrer at utstyr og fasiliteter er tilgjengelig for best mulig gjennomføring av scenario (1)
- Informerer om hvordan eventuelle alvorlige feil vil bli håndtert i scenario og debriefing
- Har en back-up-medarbeider som kan ivareta deltager ved behov (23)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

2. Under scenario

- Gir tips underveis, for eksempel opplysninger eller spørsmål fra en fagperson eller pårørende som kommer inn i scenario og/eller at operatør gir hint via simulator, som f eks hoste eller endring i vitale parametre
- Stopper scenario før alvorlig feil begås og får deltagerne til å reflektere over situasjonen for å sikre forståelse av riktig praksis. Scenario reverseres noe tilbake i tid for så å starte opp igjen. En kan også velge å starte scenario forfra (24)
- Gjennomfører hele scenario og reflekterer over feil i påfølgende debriefing. Deretter gjennomføres samme scenario en gang til for at deltagerne skal oppleve mestring og få mulighet til å utøve riktig praksis. Scenario avsluttes med en ny debriefing (25, 26, 27)
- Feilbehandling får reell effekt for pasienten, for eksempel ved feil medisinerings vil pasientens vitalia påvirkes realistisk, og relevante tiltak forventes

3. Debriefing

- Vurderer når i debriefingen feilen skal tas opp
- Skaper en trygg atmosfære ved at deltagerne kjenner til strukturen i debriefingen og forventninger til samtalen (22)
- Tilstreber et trygt og konstruktivt læringsmiljø så deltagerne lærer av sine feil (28)
- Kommuniserer hensiktsmessig verbalt og nonverbalt for å fremme læring og forebygge at deltagerne går i forsvar
- Skaper bevissthet rundt konteksten som har innflytelse på prestasjonen, som for eksempel deltagernes kunnskaper og erfaringer, forstyrrelser, kompleksitet i scenario og teamsammensetningen
- Reflekterer over årsaker til feilen, som kan ligge på individ, team- og systemnivå (29, 30, 31, 32)
- Kartlegger omfanget av feilen og hvilke konsekvenser dette kan få for pasienten
- Avdekker deltagernes situasjonsforståelse som gir grunnlag for å diskutere kommunikasjon, beslutningstaking og ledelse (22)
- Er nysgjerrig og prøver å forstå situasjonen fra deltagernes perspektiv ved å spørre hvordan det opplevdes og hvordan de resonnerer (22)
- Tydeliggjør korrekt behandling og sikrer felles forståelse
- Forsterker faktorer som medvirker til riktig praksis, for eksempel bekreftende kommunikasjon, tydelig ledelse og handlingskompetanse
- Gir tilbakemeldinger på generelt grunnlag og fokuserer på at feil er et felles teamansvar
- Gjennomfører hele scenario og reflekterer over feil i debriefing. Deretter gjennomføres samme scenario en gang til for at deltagerne skal oppleve mestring og får mulighet til å utøve riktig praksis. Dette fremheves i ny debriefing (14, 20, 23, 25, 26, 27, 33)
- Tar hensyn til deltagernes erfaringer og faglige nivå og oppmuntrer dem til selv å ta ansvar for egen utvikling og videre læring
- Tar deltager til side før debriefing for å sikre ivaretagelse av deltager
- Tar deltager til side etter debriefing for å sikre at budskapet er forstått og ivaretagelse av deltager

4. Rapportering og oppfølging

Fasilitator er ansvarlig for å identifisere og varsle om uansvarlige og uprofesjonelle forhold (10), for eksempel der deltagerne ikke har forståelse for situasjonen selv etter debriefing, slik at pasientsikkerheten settes i fare i klinikk. For å opprettholde taushetsplikten bør slike forhold rapporteres muntlig og skriftlig på et generelt grunnlag til avdelingsledelsen og teamet informeres. Rapporten må være objektiv og inneholde kort beskrivelse av konkrete handlinger som førte til at det kan være i fare for pasientsikkerheten. I forkant må fasilitator ha snakket med den eller de det gjelder.

Manglende kunnskap om riktig praksis og pasientbehandling bør løftes opp på systemnivå. Det er viktig å ha en fagansvarlig fra den respektive avdeling med i simuleringsprosjektet som har medansvar i rapportering og oppfølging.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Medisinsk simulering- Ivaretagelse av deltagere som gjør alvorlig feil under medisinsk simulering	Utskriftsdato: 26.11.2021
Dokumentansvarlig: Åse Helen Myklebust Leopolder	Godkjent av: Helle Madsen Holm
Dokument-Id: 137873 - Versjon: 0	Side 2 av 5

Deltagelse i medisinsk simulering skal ikke gi negative konsekvenser for den enkelte i klinikk.

Hensikten med medisinsk simulering er å forsterke god praksis og lære av uønskede hendelser. Feil er et viktig grunnlag for endring og forbedringer av prosedyrer og pasientbehandling, og kan bidra til å oppklare hva deltagerne bør trene på. Det anbefales å definere hvem som skal delta i forbedringsarbeidet med konkrete tiltak. Simuleringstrening bør inngå i et strukturert forbedringsarbeid. Avdelingsledelsen setter frister for gjennomføring av forbedringstiltak og evaluering av disse.

4. Definisjoner

- Begrepene «uønsket hendelse», «avvik», «feil», «kritikkverdig forhold» og «mangelfull» eller «uforsvarlig praksis» brukes om hendelser der pasienten er i fare for å bli skadet eller blir skadet (34)
- Debriefing: as a coversation among participants with the simulation in health care (11)
- Evaluering er å gi en kvalitativ beskrivelse og bedømmelse av noe. Evalueringer kan gjennomføres før et tiltak iverksettes, underveis i gjennomføringen, eller etter at tiltaket er avsluttet (12)
- Psykologisk trygghet: «Psykologisk trygghet er troen på at vi verken får formelle eller uformelle negative konsekvenser ved å ta mellommenneskelig risiko, som å komme med forslag, spørre om hjelp eller innrømme feil" (35, 36)

5. Referanser

1. Appelbaum, N., et al. (2019). "Medication errors during simulated paediatric resuscitations: a prospective, observational human reliability analysis." *BMJ Open* 9(11): e032686.
2. Rudolph JW, Raemer DB, Simon RJSiH. Establishing a safe container for learning in simulation: the role of the presimulation briefing. 2014;9(6):339-49.
3. McDermott DSJCSiN. The prebriefing concept: A Delphi study of CHSE experts. 2016;12(6):219-27.
4. Ziv A, Ben-David S, Ziv MJMt. Simulation based medical education: an opportunity to learn from errors. 2005;27(3):193-9.
5. Palominos E, Levett-Jones T, Power T, Martinez-Maldonado R. Healthcare students' perceptions and experiences of making errors in simulation: An integrative review. *Nurse Educ Today*. 2019;77:32-9.
6. Kahriman, I., et al. (2018). "The effect of theoretical and simulation training on medical errors of nurse students in karadeniz technical university, turkey." *Journal of the Pakistan Medical Association* 68(11): 1636-1643.
7. Mesel T. Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten.: Cappelen Damm Akademisk 2014.
8. Paige JT, Arora S, Fernandez G, Seymour N. Debriefing 101: training faculty to promote learning in simulation-based training. *Am J Surg*. 2015;209(1):126-31.
9. Asif A, Beathard GA. We Need to Train the Trainers. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology: CJASN*. 2015;10(10):1711-3.
10. Society for Simulation in Healthcare (SSH). Yrkesetiske retningslinjer for medisinsk simulering 2018 [Available from: <http://regsim.no/verktoy/>].
11. Simon R, Raemer D, Rudolph J. Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)© Rater's Handbook. Center for Medical Simulation, Boston, Massachusetts. <https://harvardmedsim.org/debriefing-assesment-simulation-healthcare.php>. Published 2010.
12. [Store norske leksikon. Søkord "evaluering"](#)
13. Simon R, Raemer D, Rudolph J. Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)© Rater's Handbook. Center for Medical Simulation, Boston, Massachusetts. <https://harvardmedsim.org/debriefing-assesment-simulation-healthcare.php>. Published 2010.
14. Bratlebø G., Ersdal HL., Wisborg T: "Simuleringsbasert teamtrening virker". *Tidsskriftet Den norske Legeforening*. 9.Desember 2019.
15. Pai DR, Ram S, Madam SS, Soe HH, Barua A: "Causes of stress and their change With repeated sessions as perceived by undergraduate Medical students during high-fidelity trauma simulation, *Natl Med J India* 2014; 27(4): 192-7.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Medisinsk simulering- Ivaretagelse av deltagere som gjør alvorlig feil under medisinsk simulering	Utskriftsdato: 26.11.2021
Dokumentansvarlig: Åse Helen Myklebust Leopolder	Godkjent av: Helle Madsen Holm
Dokument-Id: 137873 - Versjon: 0	Side 3 av 5

16. Gouin, A., et al. (2017). "Evolution of stress in anaesthesia registrars with repeated simulated courses: An observational study." *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine* 36(1): 21-26.
17. Green, D. (2018). "Medication Simulation: Enhancing Nursing Students' Clinical Environmental Awareness through Self-Care and Promotion of Patient Safety." *Whitireia Nursing & Health Journal* 25(25): 37-51.
18. Higham, H. and B. Baxendale (2017). "To err is human: use of simulation to enhance training and patient safety in anaesthesia." *British Journal of Anaesthesia* 119(suppl_1): i106-i114.
19. Hung, C. C., et al. (2021). "Effects of simulation-based learning on nursing students' perceived competence, self-efficacy, and learning satisfaction: A repeat measurement method." *Nurse Education Today* 97.
20. Ansquer, R., et al. (2019). "Long-term retention assessment after simulation-based-training of pediatric procedural skills among adult emergency physicians: a multicenter observational study." *BMC Medical Education* 19(1): 348.
21. Auerbach, M., et al. (2011). "Repetitive pediatric simulation resuscitation training." *Pediatric Emergency Care* 27(1): 29-31.
22. Kapucu, S. (2017). "The Effects of Using Simulation in Nursing Education: A Thorax Trauma Case Scenario." *International Journal of Caring Sciences* 10(2): 1069-1074.
23. The Royal College of surgeons of Edinburgh. The Non-Technical Skills for Surgeons (NOTSS)2019.
24. Willhaus J, Averette M, Gates M, Jackson J, Windnagel S. Proactive policy planning for unexpected student distress during simulation. *Nurse Educ.* 2014;39(5):232-5.
25. Schober, P., et al. (2019). "Effects of post-scenario debriefing versus stop-and-go debriefing in medical simulation training on skill acquisition and learning experience: a randomized controlled trial." *BMC Medical Education* 19(1): 334.
26. Hunt, E. A., et al. (2014). "Pediatric resident resuscitation skills improve after "Rapid Cycle Deliberate Practice" training." *Resuscitation* 85(7): 945-951.
27. Van de Ven J, Fransen AF, Schuit E, van Runnard Heimel PJ, Mol BW, Oei SG. Does the effect of one-day simulation team training in obstetric emergencies decline within one year? A post-hoc analysis of a multicentre cluster randomised controlled trial. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology.* 2017;216:79-84.
28. Ortner CM, Richebe P, Bollag LA, Ross BK, Landau R. Repeated simulation-based training for performing general anesthesia for emergency cesarean delivery: long-term retention and recurring mistakes. *Int J Obstet Anesth.* 2014;23(4):341-7.
29. Palominos E, Levett-Jones T, Power T, Martinez-Maldonado R. Healthcare students' perceptions and experiences of making errors in simulation: An integrative review. *Nurse Educ Today.* 2019;77:32-9.
30. Lammers, R., et al. (2014). "Medication errors in prehospital management of simulated pediatric anaphylaxis." *Prehospital Emergency Care* 18(2): 295-304.
31. Lane, A. S. and C. Roberts (2020). "Developing open disclosure strategies to medical error using simulation in final-year medical students: Linking mindset and experiential learning to lifelong reflective practice." *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning.*
32. Lobos, A. T., et al. (2019). "Simulation-Based Event Analysis Improves Error Discovery and Generates Improved Strategies for Error Prevention." *Simulation in Healthcare: The Journal of The Society for Medical Simulation* 14(4): 209-216.
33. Ospel, J. M., et al. (2020). "Impact and prevention of errors in endovascular treatment of unruptured intracranial aneurysms." *Interventional Neuroradiology* 26(5): 575-581.
34. Gardner, A. and M. Rich (2014). "Error management training and simulation education." *The clinical teacher* 11(7): 537-540.
35. Ulvund I, Rokstad A-MM, Førsteamanuensis I, Vatne S. Varsling av avvik–en vanskelig balansekunst. *Sykepleien.no/ Forskning* 10.4220/Sykepleienf.2016.58904.
36. Edmondson AC. *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*: John Wiley & Sons; 2018.


Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Medisinsk simulering- Ivarretagelse av deltagere som gjør alvorlig feil under medisinsk simulering	Utskriftsdato: 26.11.2021
Dokumentansvarlig: Åse Helen Myklebust Leopolder	Godkjent av: Helle Madsen Holm
Dokument-Id: 137873 - Versjon: 0	Side 4 av 5

Vedlegg

- [PICO skjema 2021](#)
- [Dokumentasjon av litteratursøk 2021](#)
- [Agree metoderapport 2021](#)

Andre eHåndboksdokumenter

 [Medisinsk simulering](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Medisinsk simulering- Ivaretagelse av deltagere som gjør alvorlig feil under medisinsk simulering	Godkjent av: Helle Madsen Holm	Dokument-Id: 137873 - Versjon: 0	Utskriftsdato: 26.11.2021
Dokumentansvarlig: Åse Helen Myklebust Leopolder			Side 5 av 5