

Simuleringsbasert teamtrening virker

Trening av tverrprofesjonelle team med bruk av simulering brukes særlig ved forberedelse til akuttmedisinske situasjoner. Det foreligger nå god dokumentasjon for at slik trening har betydning for pasientene.

27. mars 1977 skjedde verdens hittil verste flykatastrofe, der 583 personer omkom på Tenerife etter at to jumbojetter kolliderte på flyplassen i tett tåke. Granskningen etter katastrofen avdekket mangelfull kommunikasjon og misforståelser som sannsynlige hovedårsaker til hendelsen (1). Fortsatt, den dag i dag, er det vanskelig å forstå at dette kunne forekomme med så mange tekniske hjelpemidler tilgjengelig. En økende forståelse av hvordan feil og uønskede hendelser oppstår, viser at vi må fokusere mer på menneskene i systemene og på hvordan vi forholder oss til hverandre og overfor risiko enn å stole blindt på tekniske systemer (2).

Ikke-tekniske ferdigheter

Betydningen av godt samarbeid, tydelig kommunikasjon, klar ledelse og beslutningsevne har vært anerkjent innen luftfart i mange år og betegnes gjerne som ikke-tekniske ferdigheter (non-technical skills) (3). Her inngår også evnen til å utvikle funksjonelle mentale modeller og å kunne oppfatte en situasjon på samme måte som andre medlemmer i teamet (4, 5). Alle flyselskaper driver regelmessig såkalt «crew resource management»-trening, hvor man også øver på å benytte disse ferdighetene for å løse akutte situasjoner. Målet er å utnytte all tilgjengelig kompetanse i teamet på en effektiv måte for å oppnå best mulig resultat og unngå skade på personer eller materiell.

«Vi må fokusere mer på menneskene i systemene og på hvordan vi forholder oss til hverandre og overfor risiko enn å stole blindt på tekniske systemer»

Kostnader

Selv om den forebyggende effekten av slik form for teamtrening aldri har vært entydig dokumentert i luftfarten, gjennomføres likevel treningen regelmessig. Mange norske sykehus har i mer enn 20 år drevet tilsva-

rende teamtrening for å gjøre sine akutteam bedre i stand til å håndtere ulike krevende situasjoner (6). Kostnadene forbundet med treningen er betydelige, først og fremst i form av arbeidstid for deltakerne. Et ankepunkt har vært mangel på forskningsresultater som kan dokumentere effekten av slik samarbeidstrening og således rettferdiggjøre ressursbruken. Nå foreligger det imidlertid resultater fra mange studier som dokumenterer at teamtrening fører til bedre resultat for pasientene. På generelt nivå er dette oppsummert i flere oversiktsartikler (7–9) og i flere studier som har vist en klar effekt på pasientoverlevelse (10–18).

Effekt på behandlingen

Blødning hos mor etter fødsel kan være dødelig. Spesielt i deler av verden uten gode transfusjonstjenester er dette en betydelig årsak til maternell mortalitet (10). I en studie i Stavanger ble behovet for blodoverføring ved alvorlig blødning etter fødsel sammenlignet før og etter at personellet hadde deltatt i seks timers tverrfaglig opplæring med scenaribasert teamtrening i håndtering av slike situasjoner (11, 12). Over 1 000 fødsler var inkludert i studien. Andelen av fødende som fikk blodtransfusjon etter et estimert blodtap på mer enn 500 ml, ble nesten halvert – fra 21 % til 12 % (12). Gruppen fant en tilsvarende nedgang i antall transfusjoner i en studie fra Tanzania (11), der det var gjort en liknende kortvarig simuleringsbasert intervensjon.

I en doktorgrad fra Syddansk Universitet undersøkte man hvordan det gikk med alvorlig skadde pasienter ved traumesenteret i Odense. Dette sykehuset har siden 2004 drevet regelmessig trening av sine traume-team. Studien viste at sjansen for at alvorlig skadde pasienter overlevde var signifikant høyere når teammedlemmene var erfarne og/eller hadde deltatt i tverrfaglig teamtrening (13). Erfaring oppnås over tid, men teamtrening kan altså kompensere for mindre erfaring hos teammedlemmer. Disse funnene samsvarer med tilsvarende studier fra USA (14).

Hjerneslag er en av de ledende årsaker til sykkelighet og dødelighet på verdensbasis.

Rask trombolytisk og/eller endovaskulær behandling er avgjørende for best mulig pasientutfall. Ved Stavanger universitetssykehus har man klart å redusere gjennomsnittlig dør-til-nål-tid fra 30 minutter til 13 minutter med en påfølgende reduksjon i 90-dagers sykkelighet og dødelighet (15). Dette henger sannsynligvis sammen med et tverrfaglig kvalitetsforbedringsarbeid hvor regelmessige teamsimuleringer i akuttmottaket har vært helt sentralt.

En studie fra en nederlandsk intensivavdeling beskrev effekten av teamtrening i avdelingen i en periode på tre år, før og etter teamtrening av alt personell. Etter trening falt forekomsten av hjertestans til en tredjedel sammenlignet med før trening. Samtidig økte overlevelsen fra 19 % til 55 % (16). Antall alvorlige hendelser falt også signifikant. Tilsvarende er det vist i en amerikansk studie at yngre leger med simuleringsbasert trening i avansert hjerte- og lungeredning gir bedre pasientbehandling ved reell hjertestans (17).

«Målet er å utnytte all tilgjengelig kompetanse i teamet på en effektiv måte for å oppnå best mulig resultat og unngå skade på personer eller materiell»

Økonomiske effekter

Royal Hospital for Sick Children i Edinburgh gjennomførte en kontrollert innføring av akutteam og ukentlig trening av teamene i avdelingene (18). Treningen førte til kortere tid til aktivisering av team og færre innleggelses i intensivavdeling. Forfatterne anslø kostnadene ved treningen til 74 000 britiske pund (kr 876 767), mens besparelsene ved redusert bruk av intensivavdelingen ble anslått til 801 000 britiske pund (kr 9 490 408). Forfatterne observerte et parallelt fall i mortalitet ved sykehuset fra 2,9 til 1,4 dødsfall per 1 000 innleggelses. Tilsvarende funn er gjort i et lavinntektsland Tanzania, der simuleringsbasert opplæring og vedlikeholdstrening innen resuscitering av nyfødte var svært kostnadseffektivt: 2 211 norske kroner per reddet liv og kr 38,50 per vunnet leveår (19).

Dokumentasjon

Konklusjonen i alle disse studiene er at teamtrening har positiv effekt på behandlingen og

Tabell 1 Tradisjonell forståelse av roller hos instruktører versus fasilitatorer.

Instruktør	Fasilitator
Instruktør i sentrum	Deltakere i sentrum
Snakker mye	Snakker lite
Følger tidsplan for gjennomføring	Følger læringsmål
Bedømmer deltakerne	Lar deltakerne bedømme seg selv
Styrer tydelig	Styrer i det skjulte
Holder kortene tett til brystet	Spiller med åpne kort
Opptatt av å korrigere	Opptatt av å styrke
Leter etter feil for forbedring	Leter etter styrker for forsterkning

resultatet for pasientene. Gjennom flere år har mange norske sykehus drevet regelmessig trening, både av traumeteam og andre akutteam. Dette startet på fire lokalsykehus (20). Fagfolk har selv overført treningsmetoden fra alvorlig skadde til andre akuttsituasjoner som hjerneslag, syke nyfødte og akutte tilstander hos barn. Senest viste kolleger på Oslo universitetssykehus at sepsisbehandling skjer raskere ved organisert teammottak (21). Regelmessig trening av traumeteam har siden 2017 vært obligatorisk i den nasjonale traumeplanen, som er vedtatt i alle de fire regionale helseforetakene (22).

Å få til teamtrening

Hyppig hører vi kolleger si at det er vanskelig å få til teamtrening i en travel hverdag.

Mangel på ressurser, engasjerte fagfolk og kompetanse i å lede slike øvelser er de årsakene som oftest nevnes. Dette er i tråd med resultatene fra en studie vi gjennomførte for noen år tilbake der vi undersøkte hva som var av betydning for å lykkes med teamtrening i en avdeling (23). Et vesentlig funn var at sykehus der traumeutvalg eller andre med ansvar for å organisere trening var organisert direkte under ledelsen og ikke langt nede «i linjen», hadde større sjanse for å lykkes.

Ut over for få ressurser og engasjerte fagfolk var en tredje årsak til manglende gjennomføring av teamtrening at man må ha personell med kompetanse i å fasilitere teamtrening. Denne kompetansen skiller seg fra den tradisjonelle rollen som instruktør (tabell 1). Det gjennomføres nå fasilitatoropplæring i alle helseregioner, og det er økende interesse for slike kurs. Flere og flere avdelinger vil nå etter hvert ha den nødvendige kompetansen. Også her støtter forskning og erfaringer at samarbeid på tvers av avdelinger og institusjoner øker sjansen for å lykkes (23).

Opplæring og trening i ikke-tekniske ferdigheter, felles mentale modeller og «crew resource management» på tvers av disipliner og profesjoner har blitt overført og tilpasset fra luftfart til helsevesenet med dokumentert effekt (24). Utfordringen nå er å definere de områdene i helsetjenesten der vi bør utnytte dette, og å implementere treningen slik at den blir en obligatorisk del av vanlig arbeid, både for flybesetninger og traumeteam.

Klarer vi å oppnå dette, er det mindre sannsynlig at vi ved gjennomgang av uønskede hendelser i helsevesenet i fremtiden ender opp med samme konklusjon som flyhavarikommisjonen på Tenerife.

Takk til høgskolelektor Astrid Forstrønen ved VID vitenskapelige høgskole i Bergen for innspill til tabell 1.

Mottatt 6.9.2019, første revisjon innsendt 30.10.2019, godkjent 4.11.2019.

GUTTORM BRATTEBØ

guttorm.brattebo@helse-bergen.no
er spesialist i anesthesiologi, professor, seksjons-
overlege og leder for Nasjonalt kompetansesenter
for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap
(KoKom).
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

HEGE LANGLI ERSDAL

er spesialist i anesthesiologi, professor ved Universitetet i Stavanger og forskningsleder for simulering og global helse ved Stavanger universitetssykehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

TORBEN WISBORG

er spesialist i anesthesiologi, professor, overlege og forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for traumatologi.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

LITTERATUR

- Aviation Safety Network. Accident number A-102/1977. Lest 4.11.2019.
- Staender S. Safety-II and resilience: the way ahead in patient safety in anaesthesiology. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015; 28: 735–9.
- Flin R, Maran N. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 180–4.
- Kozlowski SW, Ilgen DR. Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychol Sci Public Interest* 2006; 7: 77–124.
- Westli HK, Johnsen BH, Eid J et al. Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: an independent group design. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2010; 18: 47.
- Wisborg T, Brattebø G, Brinchmann-Hansen A et al. Effects of nationwide training of multiprofessional trauma teams in norwegian hospitals. *J Trauma* 2008; 64: 1613–8.
- McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER et al. Translational educational research: a necessity for effective health-care improvement. *Chest* 2012; 142: 1097–103.
- McGaghie WC, Issenberg SB, Barsuk JH et al. A critical review of simulation-based mastery learning with translational outcomes. *Med Educ* 2014; 48: 375–85.
- Brazil V. Translational simulation: not 'where?' but 'why?' A functional view of in situ simulation. *Adv Simul (Lond)* 2017; 2: 20.
- Say L, Chou D, Gemmill A et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2: e323–33.
- Egenberg S, Masenga G, Bru LE et al. Impact of multi-professional, scenario-based training on postpartum hemorrhage in Tanzania: a quasi-experimental, pre- vs. post-intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17: 287.

- 12 Egenberg S, Øian P, Bru LE et al. Can inter-professional simulation training influence the frequency of blood transfusions after birth? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 316–23.
- 13 Thomsen SE. Multilevel inquiries of learning, training, and performance of organizational teams: The Case of Fluid Teams. Odense: University of Southern Denmark, 2012.
- 14 Capella J, Smith S, Philp A et al. Teamwork training improves the clinical care of trauma patients. *J Surg Educ* 2010; 67: 439–43.
- 15 Ajmi SC, Advani R, Fjetland L et al. 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 Qual Saf* 2019; 28: 939–48.
- 16 Haerkens MH, Kox M, Lemson J et al. Crew Resource Management in the Intensive Care Unit: a prospective 3-year cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2015; 59: 1319–29.
- 17 Wayne DB, Didwania A, Feinglass J et al. Simulation-based education improves quality of care during cardiac arrest team responses at an academic teaching hospital: a case-control study. *Chest* 2008; 133: 56–61.
- 18 Theilen U, Fraser L, Jones P et al. 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* 2017; 115: 61–7.
- 19 Vossius C, Lotto E, Lyanga S et al. Cost-effectiveness of the «helping babies breathe» program in a missionary hospital in rural Tanzania. *PLoS One* 2014; 9: e102080.
- 20 Wisborg T, Brattebø G, Brattebø J et al. Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Educ Health (Abingdon)* 2006; 19: 85–95.
- 21 Trydal E, Martinsen AB, Beisland F et al. Strukturert mottak av sepsispasienter og oppstart av antibiotika. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0216.
- 22 Traumeplan NKT. Lest 4.11.2019.
- 23 Wisborg T, Brattebø G. Keeping the spirit high: why trauma team training is (sometimes) implemented. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 437–41.
- 24 Wilson KA, Burke CS, Priest HA et al. Promoting health care safety through training high reliability teams. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 303–9.

ANNONSE



Samarbeid med NAV

Sykmeldinger sendes automatisk til riktig NAV-kontor

I forbindelse med kommunereformen har noen leger meldt bekymring for om de skriver inn riktig NAV-kontor i sykmeldingen. NAVs systemer sørger automatisk for at sykmeldingen sendes til riktig NAV-kontor. Det er derfor ikke lenger nødvendig for legen å skrive dette i sykmeldingen.

Feil i sykmeldinger blir oppdaget raskt

Sykmeldinger som ikke er utfylt i henhold til retningslinjene, blir nå automatisk avvist.

Dette er en fordel for pasienten, som nå får digital beskjed fra NAV samtidig som det går melding til legen gjennom journalsystemet. Tidligere kunne pasienten gå lenge i uvitenhet om feilen, som kanskje først ble oppdaget da pasienten ikke fikk søkt om sykepengene. Den automatiserte avvisningen gjør at feilen blir avdekket med det samme. Årsaken blir beskrevet i meldingen både til pasienten og legen. Pasienten får samtidig vite at legen har fått beskjed om å skrive ny sykmelding. Les mer om årsaker til at sykmeldinger blir avvist på nav.no/lege.

For mer informasjon se www.nav.no/lege