

Kan simulering foreberede studentene til praksis?

Sykepleierstudenter ved Høgskolen i Ålesund øver på å behandle pasienter med psykiske lidelser, ved å møte med mennesker som simulerer at de er syke.

Av **Sven Inge Molnes og Ingunn Klauset Hunstad**, Høgskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Ålesund

Formålet med sykepleieutdanningen er ifølge rammeplanen (1) å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjon. Ifølger rammeplan (1) til bachelor i sykepleie gir denne utdanningen kompetanse til å arbeide både i kommune- og spesialisthelsetjenesten med pasienter i alle aldre og i alle faser av sykdommen. Det vil si at utdanningen skal føre frem til kompetanse der sykepleiestudentene skal være i stand til å møte pasienter og deres pårørende i ulike deler av helsetjenesten og i alle faser av pasientens sykdom. Sykepleiestudentene trenger trening i å se helheten i situasjonen, kunne handle når pasientens situasjon forverrer seg, kunne kommunisere med pasienten og pårørende. Mye av denne trainingen (kompetansehevingen) vil finne sted i studentenes praksisstudieperioder. Disse praksisstudieperiodene er korte, og det er mye studentene skal fokusere på. Pasientene skal bli møtt på best mulig måte, samtidig som sykepleiestudenten skal beherske ferdigheter med krav til kvalitet og sikkerhet. Hvordan kan utdanningen legge til rette for læring (eller treningssituasjoner) som fører til denne kompetansen? Hvilke pedagogiske metoder kan anvendes for å fremme læring i disse situasjonene?

Ved høgskolen i Ålesund ble det i 2012 avsatt midler til å innføre simulering som pedagogisk metode i avdeling for helsefag. Flere høyskoler i inn- og utland har nå tatt i bruk simulering som en av sine pedagogiske metoder i sykepleieutdanningen, og flere fag- og forskningsartikler viser at dette er godt mottatt av studentene som opplever økt grad av læring under simulering. Simulering handler om å bli tryggere i eget yrke og fører til at sykepleiestudentene husker bedre og har større læringsutbytte når de simulerer det de skal lære (2,3). Ved bruk av simulering kan studenter og helsepersonell opparbeide et kompetansenivå

for møte med pasienten. Simulering som metode gir deltakerne mulighet til en kritisk refleksjon omkring egen og andres aktivitet i scenarioet. Det gjør studentene mer bevisst på kompleksiteten og dermed viktige detaljer under scenarioet (2,4).

Simulering har i de siste årene fått en sentral rolle i opplæringen av helsepersonell i sykepleie- og legeutdanningen, i spesialisthelsetjenesten, utrykningstjenester, og det arbeides med å etablere kurs for kommunehelsetjenesten. Simulering har vist seg å være nyttig i forbindelse med kompetanseheving, ferdighetstrening og til beslutningstaking, kommunikasjon, samarbeid og ledelse. Simulering har flere fordeler sammenliknet med mer tradisjonelle undervisningsmetoder. Det viser seg at simulering virker i større grad motiverende for opplæring, og den er mer effektiv. Simuleringen er fleksibel og anvendelig, den øker overføringsgraden av læring, og ikke minst så kan den tilpasses forskjellige utdanninger og læringssyn (5,6,7). Simulering er et forsøk på å etterlikne virkeligheten. Når studentene skal gjennomføre simulering, kreves det en del forberedelser før de kan delta. Simulering forutsetter kombinasjon av læremetoder. Studentene må tilegne seg teoretisk kunnskap, som er faktabasert kunnskap, basert på forskning, teorier, modeller, lover og regler som danner grunnlaget for å forstå hvorfor og hvordan de skal utføre sykepleie i de ulike situasjonene. Videre må de ha tilegnet seg praktisk kunnskap som innebærer å ha de nødvendige ferdighetene som det kreves for å utføre sykepleie. Denne kunnskapen er konkret og utvikles gjennom erfaring og utøvelse. Vi legger også vekt på at studentene har etisk kunnskap, som innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det kommer frem i deres holdninger og handlinger. Egne verdier, holdninger og menneskesyn er med på å påvirke avgjørelsen på hva som skal gjøres eller ikke

gjøres. Dermed har man et grunnlag for å gå inn i den rollen man vil ha i praksis hos pasienten, og kan utføre en så realistisk jobb som mulig under simuleringen.

Kan simulering ha en større nytteverdi enn forelesninger? Hrepic, Zollmann og Rebello (8) hevder at bare 10 prosent får med seg stoffet under forelesninger. Ved simulering viser det seg at 80 prosent husker det de har vært gjennom. Forskning viser at medisinsk simulering som læremetode gir kunnskap som huskes lengre enn tradisjonell undervisning fordi den er skapt gjennom selvopplevd praksis med etterfølgende diskusjon, noe som også virker sterkt motiverende (9).

En tydelig aktiv deltakelse i læringsprosessen resulterer i mer effektiv læring, og et større engasjement. Det handler mye om «learning by doing». Studenter som simulerte, opplevde større grad av læringsutbytte fordi de kunne reflektere over pasientsituasjonen, sammenliknet med dem som diskuterte samme scenario i grupper (2). Simulering går ut på å gi studentene mulighet for å trene på akutte situasjoner i trygge omgivelser. Kunnskapen blir synlig gjennom handling og dermed tilgjengelig for diskusjon. Gjennom simulering som pedagogisk metode har en anledning til å analysere kunnskapen. Simulering kan ses på som en videreføring av mester-svenntradisjonen. Hovedfokus for begge er læring gjennom aktivitet og samspill mellom forskjellige aktører. Det pedagogiske grunnlaget for simulering er å lære ved å gjøre, og som kommer fra Deweys «learning by doing». Det forutsetter en læringsprosess preget av refleksjon rundt teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse. Schön (10) skiller mellom to typer refleksjon: «reflection in action» og «reflection on action». Under refleksjonen skapes nye forslag til løsninger eller forståelse av de utfordringer en står over for, slik at når man neste gang står overfor en tilsvarende situasjon utløses «reflection in action». Man vil da være bedre i stand til å hente frem den nye atferden man har planlagt å bruke.

En studie viser at simulering har en klar positiv effekt på læringsutbyttet. Det er vanskelig å skulle måle effekten av simulering, men denne studien ser på den samlede effekten bruken av simulering i undervisning har på læringsutbyttet. Ved å benytte simulering oppnås læringsutbytter på kunnskap, ferdigheter og atferd (11). Simulering tar sikte på å forberede studentene på ulike situasjoner de vil møte i praksis og hindre at studentene møter uforberedt på reelle pasientsituasjoner. Det forutsetter en læringsprosess preget av refleksjon rundt teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse. Simulering handler om å bli tryggere i eget yrke og fører til at sykepleiestu-



ØVELSE: En person spiller psykisk syk, slik at studenten får øve seg på å behandle pasienter. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

dentene husker bedre og har større læringsutbytte når de simulerer det de skal lære (4,12). Helse- og omsorgsdepartementet (9) framhever i en høringsuttalelse, «framtidens helsetjeneste» - pasientsikkerhet, betydningen av medisinsk simulering som et nyttig redskap i arbeidet med pasientsikkerhet. De viser til den internasjonale standarden (EUSim) og hevder at medisinsk simulering som metode har vist seg å være et velegnet pedagogisk verktøy. De mener at akuttteam som trenes sammen får et løft når det gjelder beslutningsevne, samhandling og kommunikasjon. Medisinsk simulering som læremetode gir kunnskap som huskes lengre enn tradisjonell undervisning fordi den er skapt gjennom selvopplevd praksis med etterfølgende diskusjon, noe som også virker sterkt motiverende.

Eksempel på gjennomføring

For at studentene skulle få et godt utbytte av dagen, var det viktig med planlegging. Studentene ble inndelt i seks grupper med fem-seks studenter i hver gruppe.

Scenarioet som vi utarbeidet for våre studenter i bachelor i sykepleie var en situasjon sykepleiestudentene må ha kunnskap om og kan mestre på en trygg og god måte. Pasienten er innlagt ved distriktspsykiatrik

senter. Pasienten, kvinne 35 år, har bipolar lidelse og er nå i en manisk periode. For tiden sover hun bare få timer om natten, spiser lite og har hele tiden uro i kroppen. Målet for oppholdet er at hun skal oppnå et stabilt stemningsleie og planlegge oppfølging fra den kommunale helsetjenesten etter utskrivning. Når studentene kommer inn på stuen møter de en kvinne som prater kontinuerlig både med medpasienter og personale og klarer ikke selv å stoppe talestrømmen. Kvinnen blir lett irritert når personalet begrenser aktiviteten hennes.

Læringsutbyttene til scenarioet var å anvende ulike kommunikasjonsferdigheter og egostyrkende sykepleieprinsipp. Her var det lagt vekt på grensesetting og fysisk omsorg.

Slike situasjoner kan man som sykepleiestudent møte både i hjemmet, på distriktspsykiatrisk senter og på sengepost. Tilstanden til pasienten kan forverres raskt og det er av stor betydning å handle riktig.

Fasilitator har formell opplæring i form av kurset Train-The-Trainer (TTT). Dette er et kurs med teori om pedagogikk for voksne, strategier for læring, kommunikasjon og trening i å utføre simulering. Skal man drive med simulering som pedagogisk metode er det nødvendig å tilegne seg en slik kompetanse. Fasilitatorrollen innebærer å være til stede, observere hva som skjer, være tilgjengelig for spørsmål og avslutte scenarioet når situasjonene tilsier at det er tid for dette.

Denne studentgruppen har gjennomført simulering tidligere, så vi hadde ikke en innføring om simulering som pedagogisk metode før vi gikk til simuleringssenteret. Vi har vært tydelig på hva som forventes av den enkelte, og lagt stor vekt på taushetsplikten. To studenter ble sykepleierstudenter (det er viktig at de har den rollen som de vil få i praksis), og de resterende ble observatører. Disse fikk i oppgave å observere hvert sitt læringsutbytte.

Før fullskalasilulering fikk studentene først en kort rapport om hvilken pasient de skulle ta hånd om før de fikk litt tid til å forberede seg mentalt - reflek-

1. Beskrivelsesfasen: Hver student går gjennom situasjonen ved å beskrive så konkret som mulig hva som skjedde uten tolkning og vurderinger, dette tar cirka 5 minutt. Starter oftest med dem som hadde rollen som sykepleiestudenter. Observatøren kan avrunde.
2. Analysefasen: Studentene, unntatt observatør, skal beskrive to til tre ting de gjorde bra. Fasilitator hjelper på vei hvis det er nødvendig. Læringsutbyttene skal være styrende for den faglige refleksjon over simuleringssituasjonen. Tar cirka 20 minutt. Her kan det også være aktuelt å se på videoopptak, dette ble ikke gjort denne gangen.
3. Anvendelsesfasen: Hver student reflekterer over hva og hvordan de vil bruke denne erfaringen til å forbedre sine kunnskaper og ferdigheter, dette tar cirka 5 minutt.

Debriefing beskrives som en viktig del av simulering som pedagogisk metode. Det er viktig å ha fokus på studentenes læring, og at studenten opplever mestring i situasjonen. Fasilitator må være opptatt av og legge til rette slik at studentene går fra simuleringen med en positiv følelse. Bakgrunnen for dette er å få studentene til å artikulere sin tause kunnskap. Studentene skal lære å begrunne sine handlinger ved å trekke inn teori, erfaringer og klinikk.

Erfaringer så langt

Det er første gang vi gjennomfører simulering i psykisk helsearbeid. Vi har erfaringer fra annen simulering der vi bruker pasientsimulatoren SimMan, men i dette tilfelle benyttet vi levende markør, da vi mener at studentene får bedre feedback enn hva de vil få med en pasientsimulator. Dette er noen som blir støttet av Brown (13) som framholder at høyteknologiske dukker stort sett ikke er egnet til bruk relatert til aspekter i det psykiatriske fagfeltet, i og med at det ikke finnes mekanismer for å simulere ikke verbalt språk. Studien viser videre til positive erfaringer ved bruk av annen simulering, som for eksempel video, film og rollespill, innen fagdisiplinen psykiatrisk sykepleie.

En del av studentene har få erfaringer med psykiske lidelser før de starter i praksis, noe som fører til at de gruer seg til praksisperioden i psykisk helsearbeid. De beskriver det som skummelt, og er redd for å møte pasientgruppen. Vi ser det som viktig å framstille ulike realistiske scenarioer som kan være med på å redusere studentenes fordommer og frykt for å møte mennesker med en psykisk lidelse. Videre er simulering hensiktsmessig for å utvikle kommuni-

«Aktiv deltakelse resulterer i mer effektiv læring.»

sjon før handling. Selve scenarioet tok cirka 10-15 minutter avhengig av kompleksiteten - kunnskap i handling. Siste fase i læringsprosessen kalles debriefing, og denne tar lengst tid. Scenarioet ble systematisk evaluert - refleksjon etter handling (3). Debriefing foregår i tre faser:

kasjonsferdigheter. Ifølge Angermeyer og Dietrich (14) så er ikke våre studenter alene om å ha fordommer. Store deler av befolkningen i den vestlige verden har stigmatiserende holdninger. Svært mange oppfatter folk med psykiske lidelser som uforutsigbare og farlige. Fordommer medfører frykt for det ukjente, og sykepleierstudenter er ofte redde i møtet med pasienter som har psykiske lidelser. Negative holdninger hindrer læring, og gjør at relasjonen med pasienten blir dårlig (15,16). Direkte kontakt med folk som har psykiske lidelser har vist seg å ha større innvirkning enn teoretisk (17).

Vi ser at simulering og ferdighetstrening er metoder som skaper engasjement og aktive studenter. Noen studenter ble mer aktive, og dette kan være på grunn av at de føler trygghet med det de skulle utføre. Noen studenter følte et visst press i begynnelsen, de gruet seg for å eksponere seg faglig og personlig for medstudenter. På tilbakemeldingen etterpå kom det frem at de ble svært engasjert av simuleringssituasjonen, og at de etter hvert glemte de som var observatører.

For oss som lærere var det viktig å skape trygghet og en tillit til studentenes presentasjon på simuleringssenteret. Erfaringer så langt tilsier at vi ser viktigheten av å tilby et slikt opplegg for studentene der de har mulighet til å tilegne seg kompetanse ved å øve på reelle situasjoner. Debrifningen er som nevnt med på å øke læringseffekten, og refleksjon skaper rom for diskusjon, spørsmål, dele erfaringer, forbedre handlinger og bearbeidelse av opplevelser.

Tilbakemelding fra studentene var enstemmig om at simulering og trening på praktiske ferdigheter var nyttig som forberedelse til praksis. Flere etterlyste å få trene to ganger etter hverandre på samme scenario. De mente at dette ville føre til at gruppen som simulerte sammen kunne lære av de feil som ble gjort. Det ble delt ut et avkrysningskjema som inneholdt tre spørsmål med plass til egne kommentarer, til alle som hadde deltatt. Totalt 56 sykepleierstudenter deltok. Alle besvarte avkrysningskjemaet. 71,4 % av studentene mente at simulering var en svært bra læremetode, mens 28,6 % mente at simulering var en bra læremetode. 92,9 % mente at simulering har stor nytteverdi som forberedelse til praksis, mens 7,1 % opplevde det som middels.

Videre fikk vi tilbakemelding fra studentene på at temaene var relevante og ga en helt annen innsikt ved hjelp av denne metoden enn bare gjennom teoretisk tilnærming.

Konklusjon

Vi erfarer simulering som en god læringsmetode for sykepleierstudentene. Studentene vil stå overfor krevende utfordringer gjennom sitt arbeid. Muligheten til å øve i ulike situasjoner vil kunne gi dem trygghet, et større handlingsrom og bedre kvalitet på arbeidet de utfører. Simulering som pedagogisk metode stimulerer til engasjement og nysgjerrighet. Videre ser vi at simuleringen er med på å redusere frykten og de negative fordommene for å møte mennesker med psykiske lidelser. ■

Referanser:

1. Rammeplan for sykepleierutdanning. Kunnskapsdepartementet. Fastsett 25. januar 2008.
2. Mikkelsen J, Reime MH, Harris AK. Nursing students' learning of managing cross-infections-scenario-based simulation training versus study groups. *Nurse Education Today*, 2008; 28, 664-671.
3. Reime MH, Harris A, Aksnes J, Mikkelsen J. The most successful method in teaching nursing students infection control – E learning or lecture? *Nurse Education Today*, 2008; 28, 798-806.
4. Rauen CA. Simulation as a Teaching Strategy for Nursing Education and Orientation in Cardiac Surgery. *AACN*, 2004; 24, 46-51.
5. Aase K. Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
6. Alessi SM, Trollip SR. Multimedia for learning. Methods and development. 3rd edition. Massachusetts: Allyn and Bacon, 2010.
7. Brinchmann-Hansen Å, Wisborg T, Brattebø G. Simulering – en god metode i legers videre- og etterutdanning. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 2004; 124, 2113-15.
8. Hrepic Z, Zollmann DA, Rebello S. Comparing Students' and Experts' Understanding of the Content of a Lecture. *Journal of Science Education and Technology*, 2007; 3, 213-24.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat til «Fremtidens helse tjeneste» - Pasientsikkerhet. <http://fremtidenshelsestjeneste.regjeringen.no/tema/pasientsikkerhet/enkeltvar/9689/>. Online (lastet ned 27.1.2014).
10. Schön D. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books, 1983.
11. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, Erwin PJ, Hamstra SJ. Technology-Enhanced Simulation for health Professions Education. A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 2011; 306, 978-88.
12. Østergaard D. National Medical Simulation training program in Denmark. *Critical Care Medicine*, 2004; 32, 58-60.
13. Brown JF. Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2008; 15(8), 638-44.
14. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 113, 163-79.
15. Charleston R, Happel B. Coping with uncertainty within the preceptorship experience: the perception of nursing students. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2005; 12, 303-9.
16. Fisher JE. Fear and learning in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2002; 11, 128-34.
17. Davidson M. What else can we do about stigma? *World Psychiatry*, 2002; 1, 22-23.