

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Avdelingen bygger kompetanse med faste simuleringer på sengeposten

Til tross for fullt belegg og høyt tempo tar ansatte ved Stavanger universitetssjukehus seg tid til ukentlige simuleringer. Slik holder de kunnskap og samarbeid ved like.

[Elin Bø Lunde](#)

Fagsykepleier

Infeksjonsmedisinsk avdeling, Stavanger universitetssjukehus

[Tor Einar Strandberg](#)

Assisterende avdelingssykepleier

Infeksjonsmedisinsk avdeling, Stavanger universitetssjukehus

[In situ simulering](#)

[Samarbeid](#)

[Tverrfaglighet](#)

Sykepleien 2025;113(101640):e-101640

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.101640](#)

Hovedbudskap

Infeksjonsmedisinsk avdeling ved Stavanger universitetssjukehus har siden 2020 gjennomført ukentlige simuleringer, til tross for at dette er en travel sengepost med høyt belegg. Med strukturert planlegging, engasjerte fasilitatorer og tydelig forankring i ledelsen har simulering blitt en integrert del av den kliniske hverdagen. Erfaringene viser at regelmessig simulering styrker faglig utvikling, fremmer tverrfaglig samarbeid og øker pasientsikkerheten.

Helsepersonellkommisjonen peker i sin rapport på at kompetanse er avgjørende for å bevare og utvikle gode, bærekraftige helsetjenester (1). Simulering er en kjent metode for å bygge kompetanse, og Helsedirektoratet anbefaler jevnlige, tverrfaglige simuleringer for å oppdage tidlige tegn på forverring (2).

Samtidig vet vi at sengeposter ofte er travle, og at det kan være krevende å finne tid til faglig utvikling i en hektisk hverdag.

Likevel har infeksjonsmedisinsk avdeling ved Stavanger universitetssjukehus gjennomført ukentlige simuleringer i flere år. Hvordan har vi fått det til? Det finnes ikke ett enkelt svar,

men stikkordene er engasjement, struktur og planlegging.

Sykehuset etablerer simulering på post

Bakgrunnen for oppstart av simulering på post var blant annet en oppfordring fra sykehusets MIT-komité (mobilt intensivt team), som så en økende tendens til at pasienter ble klinisk forverret uten at tiltak ble satt inn tidlig nok. MIT-komiteen er en tverrfaglig sammensatt rådgivende gruppe, med representanter fra både klinikk og administrasjon.

MIT tilkalles av ansvarlig sykepleier eller lege når en pasient skårer gult, oransje eller rødt i scoringssystemet NEWS2 (National Early Warning Score), og det trengs ekstra hjelp og kompetanse fra andre yrkesgrupper.

«Tempoet på avdelingen er høyt, med fullt belegg og ofte også korridorpasienter.»

Teamet består av intensivlege og intensivsykepleier. De samarbeider med ansvarlig sykepleier og lege på posten om å vurdere situasjonen, gi medisinske forordninger og veilede i tekniske prosedyrer eller liknende.

Avdelingen vår har 18 senger, hvorav ni er enerom. De fleste av innleggelsene hos oss er øyeblikkelig hjelp, og vi utreder og behandler hovedsakelig voksne pasienter med infeksjonsmedisinske diagnoser. Tempoet er høyt, med fullt belegg og ofte også korridorpasienter.

Pasientene har gjerne kompliserte medisinske diagnoser og sykdomsforløp, med stort behov for sykepleie for å forebygge, lindre og behandle symptomer og sykdom.

Ansatte trener i egne omgivelser

Vi ønsket å integrere simulering i den kliniske hverdagen uten at det gikk utover pasientbehandlingen. Derfor gjennomføres øvelsene på avdelingen – såkalt *in-situ*, som betyr «på stedet» (3). Å simulere *in-situ* vil si at vi trener i et pasientnært område, ikke i et eget øvingslokale eller dedikert simuleringsrom.

Vi simulerer altså på avdelingen, i våre naturlige og vante omgivelser. Vi bruker vårt eget utstyr, og deltakerne er ansatte som til daglig jobber på avdelingen. Simuleringen er godt forankret både i ledergruppen på avdelingen og ellers i klinikken.

Vi har som regel fullt pasientbelegg og begrenset plass på avdelingen. Det finnes verken undervisningsrom eller samtalerom i nærheten, så vi bruker pasientrom eller korridor til simulering. Hvilket rom vi tar i bruk, bestemmes på «puls møtet» en time før simuleringen starter.

Dersom ingen rom er ledige, flytter vi en pasient midlertidig ut i korridoren og låner rommet til simulering. Vår erfaring er at både pasienter og pårørende er utelukkende positive til at vi trener på avdelingen og øver på reelle situasjoner.

Simuleringene inkluderer flere yrkesgrupper

Fasilitatorer fra avdelingen planlegger og leder simuleringene. De er utdannet gjennom Safers *Train the Trainer*-kurs, basert på EuSims level 1-kurs (4). I dag har vi fem fasilitatorer: to som primært jobber dagtid og tre i tredelt turnus.

For dem i turnus forsøker vi å legge dagvakter på faste simuleringsdager i årsplanen. Fasilitatorene på dagtid har simuleringene lagt inn i kalenderen, slik at tiden er booket og avsatt til dette. Vår erfaring er at engasjerte fasilitatorer som jevnlig planlegger, leder og evaluerer øvelsene er avgjørende for at tiltaket både blir gjennomført og oppleves som klinisk relevant.

Deltakerne i *in situ*-simuleringen er de som er på vakt på infeksjonsavdelingen den dagen. Vi inkluderer både fast ansatte, studenter og vikarer. Målet er å ha minst tre deltakere i hver øvelse: en lege, en helsefagarbeider og en sykepleier.

Når det er mulig, tar vi også med medisinstudenter eller andre interesserte som observatører. På denne måten skaper vi læring på tvers av yrkesgrupper og styrker det tverrfaglige samarbeidet.

Avdelingen gjennomfører simulering fast hver uke

Sengeposten har høyt tempo, og bemanningsplanen gir lite rom for å ta ansatte ut av drift for å drive med fagutvikling. Stadige endringer gjør det også vanskelig å planlegge deltakelse i simuleringer langt frem i tid. Hvem som deltar, avgjøres derfor i vaktplanen dagen før. Assisterende avdelingssykepleier fordeler deltakere fra pleiegruppen, mens seksjonslege fordeler deltakere fra legegruppen.

I simuleringen bruker vi levende markør, rekruttert fra de frivillige på sykehuset. Dette gir økt realisme uten å belaste bemanningen. Deltakerne setter pris på at markøren ikke er en kollega eller noen de kjenner. Vår faste markør har fått opplæring i rollen gjennom kurs i regi av simuleringsavdelingen på sykehuset.

«Vi har høy terskel for å avlyse. Når simuleringen er en fast del av aktiviteten på avdelingen, blir det lettere å gjennomføre.»

Simuleringen gjennomføres på et fast tidspunkt hver uke, og vi prøver å unngå samtidighetskonflikter. I en hektisk hverdag vet vi alle at vi aldri har tid. Det finnes sjelden en ledig time på en travel sengepost der det passer å ta ansatte ut av drift. Derfor tror vi det er avgjørende at tid og dag er faste og forutsigbare.

Vi har også høy terskel for å avlyse. Når simuleringen er en fast del av aktiviteten på avdelingen, blir det lettere å gjennomføre. Avlysning skjer kun unntaksvis, for eksempel ved manglende pasientrom – når det heller ikke er plass i korridoren – for få personalressurser i drift, eller hvis vi mangler nøkkelpersoner som fasilitator eller markør.

Ledergruppen velger tema

Simuleringen varer én time og består av:

- **10 minutter brif:** presentasjon av deltakere og scenario.
- **20 minutter scenario:** praktisk gjennomføring i realistiske omgivelser.
- **30 minutter debrief:** refleksjon og læring med vekt på samarbeid, kommunikasjon og faglige vurderinger.

Brifen starter med en runde der deltakere og fasilitator presenterer seg. Vi følger Safers mal for brif (5), med gjennomgang av hvorfor vi simulerer, taushetsplikt, tidsbruk, rom, pasient, scenario og roller. Det er viktig at deltakerne kun får roller de også har i det daglige, og at rommet, avdelingen og utstyret er likt som i hverdagen.

Hovedmålet med brifen er å forberede deltakerne, senke stressnivået og skape trygghet, slik at læringsutbyttet blir best mulig. Vi jobber aktivt med å bygge en kultur for simulering. Mange gruer seg før første gang og tenker at deltakelsen er en test av ansatte. Erfaringene viser imidlertid at tilbakemeldingene blir helt motsatt etter at de har deltatt.

Tema, scenario og læringsmål skal være nyttige og relevante for alle yrkesgrupper og varierer etter avdelingens behov. Valg av tema diskuteres i ledergruppen.

Bakgrunnen for valg av tema kan være nye medisinske prosedyrer som skal implementeres i avdelingen, innkjøp av nytt utstyr, funn fra avviksmeldinger eller tilbakemeldinger fra ansatte. Også deltakelse i forbedrings- og forskningsprosjekter kan styre valget.

Ansatte opplever simulering som nyttig

Ansatte gir tilbakemeldinger om at det er nyttig å trene på realistiske caser, og at det oppleves verdifullt å øve på det de faktisk jobber med. Hvor lenge vi holder på et tema, varierer fra én måned til et halvt år eller mer, avhengig av hvor mange som har deltatt, og om læringsmålene anses oppnådd – for eksempel ved forbedrede rutiner på avdelingen.

Et eksempel på tema er innføring av nytt utstyr. Da vi tok i bruk det medisinsk-tekniske utstyret High-Flow, ble dette valgt som tema for simuleringen. High-Flow er en høyluftstrømsbehandling der oksygenrik luft fuktes, varmes opp og blåses inn i pasientens nese med høy hastighet (35–50 liter/min) (6).

«Ansatte gir tilbakemeldinger om at det er nyttig å trene på realistiske caser, og at det oppleves verdifullt å øve på det de faktisk

jobber med.»

Før simuleringen fikk de ansatte tilbud om teoriundervisning og ferdighetstrening i bruk av High-Flow. Temaet var deretter en del av *in-situ*-simulering i rundt seks måneder. Dette ga mange mulighet til å øve på utstyret i praksisnære caser, slik at første møte med det ikke ble på en ekte pasient.

Underveis kom det også frem viktige læringspunkter, som hvor utstyret burde plasseres på avdelingen, behov for opplæring av flere yrkesgrupper enn sykepleierne og hvilke prosedyrer som manglet for å få behandlingen til å fungere optimalt.

Avdelingen trener på varierte kliniske tema

Andre tema for simulering har vært anafylaksi, mottak av pasient, sepsis, observasjonskompetanse, lungeødem, NEWS/tidlig oppdagelse av forverret pasient, møte med aggresjonsproblematikk (MAP), hjerte-lunge-redning og delir.

I forbindelse med innflytting i nytt sykehus planlegger vi å bruke simulering som et tiltak for å styrke samhold, samarbeid og fagkunnskap. Gjennom simulering kan ansatte bli kjent med de nye lokalene før pasientene flyttes inn, og trene på hvordan det er å jobbe i et nytt miljø uten å måtte ta hensyn til pasienter.

Vi vil også simulere sammen med de faggruppene vi skal jobbe sammen med på det nye sykehuset, for å bygge en god samarbeidskultur fra start.

I tillegg til faglige læringsmål legger vi alltid inn et mål knyttet til kommunikasjon, for eksempel «sikre effektiv kommunikasjon i tverrfaglig team». Deltakere opplever det som nyttig å trene på kommunikasjon på tvers og å reflektere sammen etter casen.

Vi har et godt samarbeid mellom yrkesgruppene på avdelingen, og dette brukes aktivt i både planleggingen og gjennomføringen av *in situ*-simuleringene. Evalueringer viser at det å trene sammen styrker samarbeidet, øker lagfølelsen og bidrar positivt til arbeidsmiljøet.

Debrifingen følger faste faser

Når fasilitator vurderer at scenarioet har gitt grunnlag for å diskutere læringsmålene, avbrytes simuleringen og man går over i debrif. Debrifingen følger fasene beskrivelse, analyse og anvendelse (7). Det varierer hvor lang tid man bruker på debrif, men ideelt settes halvparten av økten av til debrif. I praksis er dette ikke alltid mulig.

Som fasilitatorer må vi respektere klinikernes tid og ikke gå over tiden vi har sagt det skal ta. Dersom scenarioet tar lengre tid enn planlagt, eller vi av diverse årsaker ikke kom i gang med brif til planlagt tid, kortes debrifingen ned.

«Det viktigste er å løfte frem hva deltakerne har fått til, og hva de har lært, som de tar med seg videre.»

Etter hvert som flere deltakere har blitt trygge på simuleringen, ser vi at dette kan gjøres uten at det går ut over læringsutbyttet. Fasilitator kan da gå rett til gjennomgang av læringsmål og knytte deltakernes beskrivelser til disse.

Evalueringer viser at deltakerne opplever tilbakemeldingene i debriefingen som svært nyttige. De får tips og råd om egen yrkesutøvelse på en konstruktiv måte. Det viktigste er å løfte frem hva deltakerne har fått til, og hva de har lært, som de tar med seg videre.

Deltakerne evaluerer simuleringen

Etter hver simulering bes deltakerne evaluere gjennomføringen via en QR-kode. Via koden får de spørsmål om hvilken simuleringsgruppe evalueringen gjelder, på hvilken avdeling simuleringen ble gjennomført, og hvilken rolle de hadde i simuleringen.

De blir også bedt om å gi en beskrivelse av læringsutbytte, og de får mulighet til å gi tilbakemelding til fasilitator.

Evalueringen inneholder også skalerings spørsmål, blant annet om innlevelse, trygghet, mulighet til å dele meninger og om disse ble tatt på alvor.

Spørsmålene og QR-koden er utarbeidet av simuleringsavdelingen ved sykehuset. Tilbakemeldingene anonymiseres og gjøres tilgjengelig for fasilitatorene på posten via Teams. Evalueringene viser at simuleringen oppleves som relevant og nyttig.

Simulering gir positive effekter på avdelingen

Vår erfaring er at simulering som læringsmetode gir positive effekter på avdelingen, og at jevnlig *in situ*-simuleringer kan gjennomføres selv på en travel sengepost uten å gå på bekostning av pasientbehandlingen. Suksessfaktorer er engasjement, struktur, planlegging, lederforankring og bruk av kursede fasilitatorer.

Simuleringene styrker den faglige utviklingen, det tverrfaglige samarbeidet og pasientsikkerheten. Tilbakemeldinger fra både ansatte og pasienter er positive, og simuleringene oppleves som relevante og nyttige. Faste tidspunkter og høy terskel for avlysning gir kontinuitet og forutsigbarhet. Samlet har simuleringene bidratt til økt lagfølelsen og bedre arbeidsmiljøet på avdelingen.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



PASIENTNÆR TRENING: På infeksjonsmedisinsk avdeling er simulering fast integrert i den kliniske hverdagen. Øvelsene skjer i naturlige og vante omgivelser på avdelingen, ofte på et pasientrom eller i korridoren. Her spiller fagsykepleier Elin Bø Lunde en syk pasient. Foto: Tor Einar Strandberg

1. NOU 2023: 4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023 [hentet 10. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
2. Helsedirektoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [hentet 6. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
3. Store norsk leksikon. in situ [internett]. Oslo: Store norske leksikon; u.å. [hentet 7. februar 2023]. Tilgjengelig fra: http://snl.no/in_situ
4. EuSim Group. EuSim simulation facilitator course [internett]. København: EuSim Group; u.å. [hentet 10. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://eusim.org/courses/>
5. RegSim Vest. Brief A3 (løken) [internett]. Stavanger: RegSim Vest; u.å. [hentet 10. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://regsimvest.no/wp-content/uploads/2020/12/Brief-l%C3%B8k-A3.pdf>
6. Store norske leksikon. Høyluftstrømsbehandling (High-Flow oksygenbehandling) [internett]. Oslo: Store norske leksikon; 2021 [hentet 4. september 2025]. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/h%C3%B8yluftstr%C3%B8msbehandling_-_High-Flow_oksygenbehandling

7. RegSim Vest. Debrief A3 [internett]. Stavanger: RegSim Vest; u.å. [hentet 10. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://regsimvest.no/wp-content/uploads/2020/12/Debrief-A3.pdf>