



SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Pasienter innlagt i akutt-avdelinger er sårbare og kan oppleve at de ikke blir bekreftet og anerkjent som den personen de er. Dersom sykepleiere har gode ferdigheter i kommunikasjon, kan det ha stor betydning for pasientene. Kommunikasjonskurs har vist seg å innvirke på helsepersonells kommunikasjonsferdigheter når simuleringsbasert læring har vært benyttet.

**Hensikt:** Å beskrive hvordan syke-

pleiere i en postoperativ avdeling evaluerte et simuleringsbasert kommunikasjonskurs.

**Metode:** Vi utviklet et simuleringsbasert kommunikasjonskurs som besto av en teoretisk innføring i en kommunikasjonsmodell for bekreftende kommunikasjonsferdigheter samt simulering. Seks måneder etter kurset gjennomførte vi en undersøkelse.

**Resultat:** 49 sykepleiere deltok på

kurset og 40 responderte på spørreskjemaet. 53 prosent rapporterte at simulering gjorde dem bedre i stand til å forstå hvordan kommunikasjonsmodellen kunne brukes i praksis. 33 prosent svarte at deres ferdigheter i kommunikasjon hadde blitt bedre etter kurset.

**Konklusjon:** Studien tyder på at simulering ga økt forståelse for hvordan kommunikasjonsmodellen kunne anvendes.

ENGLISH SUMMARY

**Communication course with simulation**

**Background:** Patients hospitalised in acute care settings are vulnerable and may experience not being confirmed as a person. If the nurses possess good communication skills, that might have a great significance for the patients. Communication courses have been shown to enhance health care professionals' communication skills, when simulation based learning has been applied.

**Objective:** To describe how nurses in a postoperative care department evaluated a simulation based communication course.

**Method:** We developed a simulation based communication course consisting of a theoretical lecture about a confirming communication model and simulation. A survey was conducted 6 months after the course.

**Results:** 49 nurses attended the course and 40 responded to the

questionnaire. 53 percent reported that the simulation improved their comprehension about how to use the model. 33 percent reported their communication skills improved after the course.

**Conclusion:** The study indicates that simulation improved the comprehension about how to use the communication model.

**Keywords:** Communication skills, simulation, postoperative care department, survey

# >> Kommunikasjonskurs med simulering

Forfattere: Anita Kristin Gabrielsen, Marte-Marie Wallander Karlsen, Anne Lise Falch og Dag-Gunnar Stubberud

## NØKKELORD

- Kommunikasjonsferdigheter
- Simulering
- Postoperativ avdeling
- Spørreskjema

## INNLEDNING

Gode kommunikasjonsferdigheter anses som grunnleggende i intensivsykepleierens kompetanse (1, 2). Målrettet kommunikasjon er et av flere områder i klinisk kompetanseutvikling for sykepleiere (3). Både pasienter, sykepleiere og pårørende har beskrevet hvor viktig gode kommunikasjonsferdigheter er for sykepleie kvaliteten og pasienttilfredsheten (4–6). Det er forsket lite på kommunikasjonsmetoder eller modeller som er ment å veilede helsepersonell i interaksjonen med kritisk syke pasienter. Derimot har enkelte studier vist å forbedre kvaliteten på kommunikasjonen mellom intensivsykepleiere og pasienter og pårørende i livets slutfase (7). Pasientene er på sitt

mest sårbare når de er innlagt i en somatisk akuttavdeling (8, 9). Resultatet av en operasjon kan være usikkert, og pasienten kan oppleve tap av personlig kontroll (10). Flere studier viser at ulike tiltak kan forbedre kommunikasjonsferdigheter hos intensivsykepleiere, og det er den stemmeløse respiratorpasienten som er målgruppe (11, 12), og ikke den våkne postoperative pasienten som selv kan uttrykke sine behov. Akutt, kritisk syke pasienter er i større grad våkne og kommuniserbare når de mottar maskebehandling eller respiratorbehandling og medfører større oppmerksomhet på pasientens kommunikasjonsbehov. Disse pasientgruppene kan også finnes på postoperative avdelinger. Hvis helsepersonell ikke kommuniserer på en god måte, kan pasientene oppleve det som at de ikke blir tatt på alvor, og at deres psykososiale behov ikke blir møtt, noe som kan føre til opplevelse av verdiløshet, manglende pasienttilfredshet og depresjon (8, 13–15). Imidlertid er det lite kunnskap om hvordan sykepleiere oppnår kompetanse

i kommunikasjonsferdigheter innenfor fagfeltet intensivsykepleie.

Å bekrefte pasienters kommunikasjon kan både fremme helse og bedre deres muligheter for medvirkning (14, 15). Bekreftende kommunikasjons-

### Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen beskriver hvordan sykepleiere i en postoperativ avdeling evaluerte et simuleringsbasert kommunikasjonskurs og viser at simulering kan gi økte kommunikasjonsferdigheter.

### Mer om forfatterne:

Anita Kristin Gabrielsen, intensivsykepleier med mastergrad i sykepleievitenskap/MSc. Marte-Marie Wallander Karlsen, intensivsykepleier med mastergrad i sykepleievitenskap/MSc. Begge arbeider som fagutviklingssykepleier ved Postoperativ og intensivavdelingen, Akuttklinikken, OUS. Anne Lise Falch, intensivsykepleier ved Postoperativ og intensivavdelingen, Akuttklinikken, OUS. Dag-Gunnar Stubberud, intensivsykepleier og førstelektor. Arbeider som førstelektor ved Institutt for sykepleie, HiOA. Kontaktperson: uxagabi@ous-hf.no

ferdigheter er en måte å vise pasienten anerkjennelse på (16). I tillegg til bekreftelse er lytting, forståelse, aksept, respekt og toleranse ingredienser i begrepet anerkjennelse, som har en filosofisk forankring i eksistensialismen. Anerkjennelse er intersubjektivt fordi det tar den andres opplevelse som utgangspunkt (17). Eide og Eide (16, s. 220) definerer bekreftende ferdigheter som «ferdigheter som formidler i ord at man har sett og forstått det sentrale i det den andre formidler. Å bli sett og forstått er bekreftende i seg selv». Målet er blant annet å formidle umiddelbare, bekreftende og anerkjennende svar på det pasienten uttrykker (16).

For å videreutvikle kommunikasjonsferdigheter kan simulering eller en tradisjonell fagdidaktisk tilnærming benyttes, selv om mye tyder på at simulering er å foretrekke (18–20). Simulering for å lære kommunikasjon har resultert i økte ferdigheter hos studenter

somhet i andre typer simulering – for eksempel i utdanning for å oppnå etisk kompetanse og for å utvikle kommunikasjonsferdigheter som trengs i komplekse pasientsituasjoner (31). Vi kan ikke finne at simulering er anvendt for å videreutvikle verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter i postoperative avdelinger.

Simulering som metode er blant annet forankret i lærings-teorier som Kolbs sirkel og Blooms taksonomi, som kan belyse hvorfor metoden anses som en effektiv form for læring (32). Kunnskap og forståelse etter simulering er basale mål på kompetanse. Dersom deltakerne kan ta i bruk og analysere det de har lært, er det et bedre mål på kompetanse. Det har betydning for læringsutbyttet hvordan deltakerne nyttiggjør seg tidligere erfaring og integrerer det nye som læres i sin tenkning (32). Simulering består av fasene brifing, scenarietrening og debriefing og er

ved å tilpasse bekreftende ferdigheter til en kommunikasjonsmodell for våkne pasienter innlagt i en postoperativ avdeling. Ved den aktuelle avdelingen eksisterte det ikke spesifikke metoder for å kommunisere med den våkne og kommuniserbare pasienten eller med den våkne respiratorpasienten. Ettersom simulering er anbefalt fremfor tradisjonell læringsform (19, 23), utviklet vi et simuleringsbasert kurs med én dags varighet for å lære bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Kurset besto av en teoretisk innføring i kommunikasjonsmodellen og scenarietrening i bruk av bekreftende ferdigheter.

Studiens hensikt er å beskrive hvordan sykepleiere i en postoperativ avdeling evaluerte nytten av et simuleringsbasert kommunikasjonskurs der formålet var trening på bekreftende kommunikasjonsferdigheter i møte med den postoperative pasienten.

I denne artikkelen ønsker vi å belyse

- hvorvidt simuleringen bidro til at sykepleierne fikk økt forståelse for hvordan kommunikasjonsmodellen kunne anvendes i praksis, og
- hvorvidt sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter ble forbedret etter simuleringen.

## ” Sykepleiere med gode kommunikasjonsferdigheter kan ha stor betydning for pasientene.

i grunnutdanning i sykepleie (21, 22), hos helsepersonell ved onkologiske avdelinger (23) og hos sykepleiere ved psykiatriske avdelinger (24).

Simulering kan deles i to hovedkategorier: til bruk for å utvikle tekniske ferdigheter og til bruk for å utvikle ikke-tekniske ferdigheter (25). Eksempler er ved håndtering av traumpasienter (26, 27), ved avansert hjerte- og lungeredning (28) og for å fremme pasient-sikkerhet i intensivsykepleie (29, 30). Kommunikasjonsferdigheter innebærer også oppmerk-

en utfordrende måte å lære på (33). Målet med simulering er å oppnå en endring i praksis, og som opprettholdes over tid (32–34).

Simulering viser seg å være en metode som kan bedre pasientresultater (35). Deltakere har demonstrert ferdigheter i akutte prosedyrer som de har lært i simulering, i opptil ett år etterpå (36). Det kan dermed tyde på at simulering er en egnet metode for å oppnå kvalitetsforbedring i praksis.

Vi ble inspirert til å styrke tjenesteutøvelsen i avdelingen

### DESIGN OG METODE

Studien har en kvantitativ design, og metoden var en survey, der spørreskjema ble benyttet. Denne metoden anbefales når man ønsker å få kunnskap om en større gruppes meninger og atferd overfor et fenomen (37).

Studien har inngått som en del av et samarbeidsprosjekt mellom en postoperativ avdeling ved et universitetssykehus og videreutdanningen i intensivsykepleie ved en høyskole

på Østlandet. Målene med samarbeidsprosjektet var å styrke studentenes praksisveiledning og styrke tjenesteutøvelsen ved avdelingen. Kommunikasjonskurset ble fullført i februar 2013.

### Populasjon og utvalg

Populasjonen besto av 60 sykepleiere ansatt ved en postoperativ avdeling, der om lag 80 prosent er spesialiserte sykepleiere. Utvalget i denne spørreundersøkelsen utgjorde 49 sykepleiere som del-

tok på kommunikasjonskurset.

### Kontekst

Den postoperative avdelingen behandler og pleier pasienter etter planlagte og akutte operasjoner og skader. De fleste har en liggetid på under ett døgn før de overflyttes til sengepost eller annen overvåknings- eller intensivavdeling ved sykehuset.

### Kommunikasjonskurset

Simuleringsbasert læring ble

benyttet, og kursdagen startet med 60 minutters teoretisk undervisning holdt av tredjeforfatter. Kommunikasjonsmodellen var basert på Eide og Eides (16) beskrivelse av bekreftende ferdigheter i kommunikasjon, og med eksempler fra postoperativ praksis (tabell 1). Teoriundervisningen ble etterfulgt av videofilmert simulering med debriefing, ledet av fasilitatorer. Læringsutbyttet for simulering var å kunne bruke bekreftende

**Tabell 1:** Modifisert modell for bekreftende kommunikasjon (fritt etter Eide og Eide)

Kommunikasjonsferdigheter	Konkretisering av ferdighetene	Aktuelle situasjoner hvor ferdighetene kan være til nytte
1. Å <b>følge</b> verbalt, å <b>være</b> verbalt henvendt, <b>gi</b> umiddelbar respons	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gi umiddelbare svar på det den andre sier uten å avbryte eller styre samtalen</li> <li>• Bruk korte, innskutte småord eller bemerkninger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient som vil fortelle om sine ønsker og behov</li> <li>• Pasient som ønsker å snakke om sin opplevelse av sykdommen, hvordan han har det i sitt privatliv, hva han gruer seg for osv.</li> </ul>
2. Å <b>gi</b> oppmuntring og anerkjennelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gi pasienten eksplisitte oppfordringer til å fortsette, utdype eller fortelle mer</li> <li>• Gi pasienten positiv tilbakemelding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient som uoppfordret forteller om vanskelige opplevelser, erfaringer, fremtidige planer e.l.</li> <li>• Pasient i opptrappingsfase</li> </ul>
3. Å <b>gjenta</b> nøkkelord og nøkkeluttrykk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjenta et eller to ord av det pasienten sier med et spørrende tonefall</li> <li>• Finn essensen i det pasienten forteller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient som forteller han ikke får sove, fordi ...</li> <li>• Pasient som ikke direkte forteller hva som opptar/plager ham</li> </ul>
4. Å <b>tydeliggjøre</b> og <b>konkretisere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undersøk om du har forstått pasienten</li> <li>• Hjelp pasienten til å bevisstgjøre hva han gir uttrykk for</li> <li>• Vær kort og konsis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient som er urolig, euforisk eller «springende»</li> <li>• Pasient som er mistenksom eller skeptisk</li> </ul>
5. Å <b>reformulere</b> , å <b>speile</b> følelser og <b>sammenfatte</b> følelser og innhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjengi det pasienten sier med andre ord og spør pasienten: Har jeg forstått deg rett? Kan det være sånn at?</li> <li>• Ved å speile pasientens følelser kan hans underliggende tanker komme frem</li> <li>• Ved å sammenfatte avslutter man, eller plukker opp tråden fra forrige samtale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient som viser følelser, for eksempel etter å ha mottatt informasjon om en alvorlig diagnose, men ikke setter ord på disse selv</li> <li>• Postoperativ uro kan være uttrykk for angst</li> <li>• Pasient som ligger i seksjonen over tid</li> </ul>
6. Å <b>dele</b> egne erfaringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke nødvendigvis egne erfaringer, men formidle kunnskap om pasienterfaringer</li> <li>• Normalisere og ufarliggjøre</li> <li>• Ikke ta fokus fra pasientens problemer</li> <li>• Gi kunnskap om normale postoperative reaksjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient som føler seg hjelpeløs og sårbar, fordi han er hjelpetrengende</li> <li>• Pasient som blir motløs ved mobilisering</li> </ul>
7. Å <b>bruke</b> humor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vis varsomhet, ta utgangspunkt i pasientens initiativ til å se situasjoner humoristisk</li> <li>• Humor kan være en beskyttelsesmekanisme, men kan også være ekskluderende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient som ser det komiske i sin egen situasjon. En ubehagelig hendelse kan dempes ved humor og pasientens verdighet kan opprettholdes</li> </ul>

kommunikasjonsferdigheter. Etter anbefalinger om at små grupper kan øke deltakernes engasjement, ble sykepleierne delt inn i grupper på 6–8 under simuleringen (18). Det ble avholdt i alt fire kursdager, med to grupper på hver kursdag. En og en halv gruppe hadde scenarietrening i øvingslokaler med videofilming. Observatørene var til stede i samme rom. De

(38, 39). For å operasjonalisere forskningsspørsmålene utviklet vi et skjema med 33 spørsmål, der ett var åpent. En variabel er et kjennetegn ved et fenomen og kan ha ulike målenivå (40). Variablene var på nominalnivå og ordinalnivå. Følgende variabler var på nominalnivå: sykepleier/intensivsykepleier, erfaring som sykepleier/intensivsykepleier og tidligere delta-

og handlinger vurdert, gjør deltakeren sårbar, noe som det må tas hensyn til i gjennomføringen. Vi forsøkte derfor å legge til rette for god ivaretagelse av deltakerne i hele prosessen. Kommunikasjonskurset var obligatorisk for sykepleierne. Vi informerte om at videofilmen fra scenarioene ble slettet umiddelbart etter debrifing.

Avdelingens ledelse ga tillatelse til evaluering av samarbeidsprosjektet. Personvernombudet ved det aktuelle sykehuset godkjente prosjektet som en kvalitetsforbedringsstudie. Datamaterialet fra spørreundersøkelsen ble lagret på sykehusets forskningsserver etter retningslinjer fra Personvernombudet. Data ble anonymisert og blir slettet etter at datamaterialet er benyttet. Sykepleierne ble informert muntlig og skriftlig om undersøkelsens hensikt, og om frivillig deltakelse. Retur av spørreskjemaet ble ansett som samtykke fra respondentene. Det ble derfor ikke mulig å trekke tilbake spørreskjemaet, siden det ikke kunne spores tilbake til den enkelte deltaker. Dette ble sett på som den «sikreste» måten for å anonymisere funnene på en etisk forsvarlig måte.

### Analysér

Vi brukte programmet Statistical Packages for Social Sciences (SPSS) versjon 18 for å registrere data. Vi utførte frekvensanalyser for å vise hvordan sykepleierens svar fordelte seg på hver enkelt variabel (40). Frekvensfordelingene fremstilles i figurer. I figurene er verdiene på Likert-skalaen slått sammen fra fem til tre kategorier for å forenkle fremstillingen. Vi foretok analysene og

” Bekreftende kommunikasjonsferdigheter er en måte å vise pasienten anerkjennelse på.

øvrige gruppene hadde scenarietrening i simuleringslab, med eget rom til observatørene. Scenarioene var hentet fra en postoperativ kontekst og varte i 5–8 minutter. Scenarioene tok utgangspunkt i den voksne, våkne og orienterte pasienten. Alle spilte i ett scenario hver, og deltakerne spilte enten pasient- eller sykepleierrollen. Det var anledning til å ta «timeout» for å konferere med fasilitator under scenarietreningen. Observatørene satt i et eget rom med videooverføring og ble bedt om å observere bruk av spesifikke bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Debrifingen dreide seg om sykepleierens og pasientens opplevelse. Deltakerne kunne reservere seg mot å se videofilm av seg selv under debrifingen, som varte i cirka 30 minutter. Kurset ble pilottestet med en evaluering som blant annet resulterte i bedre flyt i scenarioene.

### Spørreskjemaet

Det teoretiske grunnlaget vi brukte til å utvikle spørreskjemaet, i samarbeid med en statistiker, var kommunikasjonsteori, teori om bruk av simulering samt forskningsteori

kelse på kommunikasjonskurs. Disse variablene var på ordinalnivå: bruk av bekreftende ferdigheter, forbedring av kommunikasjonsferdigheter, nytte ved veiledning av studenter, nytteverdi i typiske pasientsituasjoner og økt forståelse for modellen lært ved hjelp av simuleringstrening.

Variablene på ordinalnivå ble målt med en fempunkts Likert-skala (37), der man graderer enighet i påstander fra «helt uenig» eller «i svært liten grad» (en), «enig» eller «i liten grad» (to), «verken eller uenig» eller «i moderat grad» (tre), «enig» eller «i stor grad» (fire) og «helt enig» eller «i svært stor grad» (fem). Vi valgte gradering tre som et nøytralt svaralternativ etter anbefaling fra statistikeren. Spørreskjemaet ble prøvd ut i en pilottest (n=5) og revidert etter tilbakemeldinger. Spørreskjemaet ble distribuert til sykepleierne et halvt år etter kommunikasjonskurset, i september 2013.

### Etiske overveielser

Simulering er en metode der sykepleiere blir observert av kolleger, og ble benyttet som læringsarena. Det å få sin atferd

presentasjonen av resultatene i tekst og figurer i samråd med statistikeren.

## RESULTAT

### Bakgrunnsdata

Totalt deltok 49 sykepleiere på kommunikasjonskurset, mens 40 sykepleiere (82 prosent) responderte på spørreskjemaet (n=40). 29 (74 prosent) var intensivsykepleiere, og 33 (83 prosent) hadde arbeidet som sykepleier ved avdelingen i over ti år. 14 (35 prosent) hadde deltatt på kommunikasjonskurs tidligere under utdanningen.

### Simulering som læringsmetode

53 prosent av sykepleierne er helt enige eller enige i påstanden om at simulering gjorde dem bedre i stand til å forstå hvordan de kunne bruke kommunikasjonsmodellen i praksis. (Se figur 1.)

### Kommunikasjonsmodellens nytteverdi

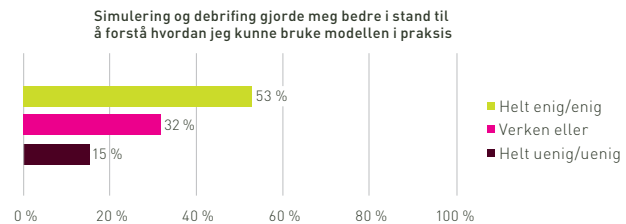
Kommunikasjonsmodellen har høyest nytteverdi for sykepleierne i møte med pasienter som har inoperabel kreft, og pasienter som er skadet etter en ulykke. (Se figur 2.)

### Kommunikasjonsferdigheter etter kurset

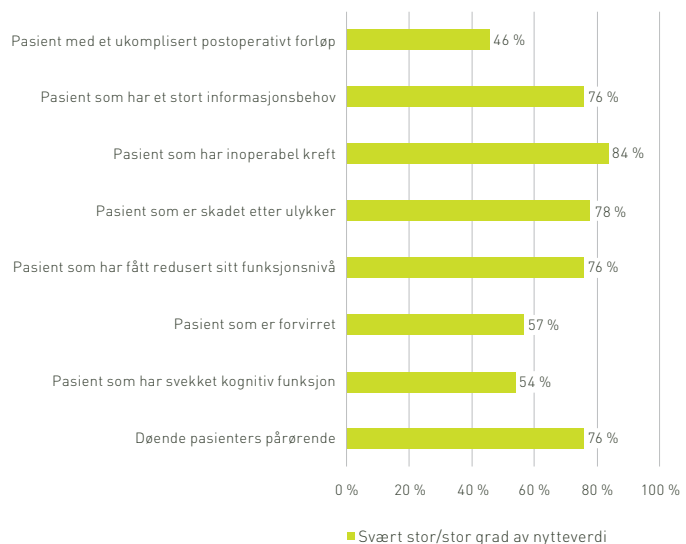
33 prosent av sykepleierne er helt enige eller enige i at kommunikasjonsferdighetene har blitt bedre etter kurset, mens 47 prosent verken er enige eller uenige i påstanden. (Se figur 3.)

Vi fant ingen sammenheng mellom variabler som videreutdanning, erfaring som sykepleier og opplevd nytteverdi av modellen. Det er en antakelse at sykepleiere med mindre erfaring har hatt større effekt av kommunikasjonskurset enn erfarne

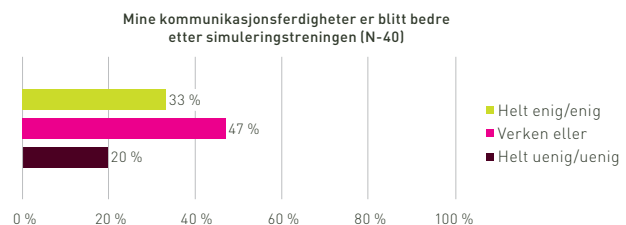
**Figur 1:** Simulering som metode



**Figur 2:** Nytteverdi av bekreftende kommunikasjonsferdigheter



**Figur 3:** Kommunikasjonsferdigheter



sykepleiere. Studien er imidlertid for liten til å kunne vise til en slik sammenheng.

## DISKUSJON

### Simulering som læringsmetode

Det var 53 prosent av sykepleierne som rapporterte at simuleringen gjorde dem bedre i stand til å forstå hvordan de kunne

pleierollen og pasientrollen, og læringseffekten av simulering kan avhenge av hvor god markør man spiller mot (41). Halvparten av sykepleierne fikk ikke prøvd seg i sykepleierrollen på grunn av den praktiske organiseringen. Det kan ha medvirket til at de som kun spilte pasientrollen, fikk mindre læringsutbytte. På den annen side er det

## ” Simulering kan brukes for å videreutvikle kommunikasjonsferdighetene.

bruke kommunikasjonsmodellen i praksis. Det er flere faktorer som kan ha påvirket dette resultatet, blant annet aspekter ved simulering som læringsarena og hvordan sykepleiere kan integrere det de har lært i en konkret pasientsituasjon etterpå.

Erfaringer med simuleringstrening generelt tilsier at det er noen som føler seg ubekvemme med metoden. Debriefing er sentralt i simulering der gjennomføringen av scenarioet er gjenstand for refleksjon og brobygging mellom kunnskap lært i simulering, og anvendelse i praksis (33, 34). Fasilitator har en viktig rolle for at læring i simulering skal oppleves som komfortabelt og nyttig for deltakerne (34). I vår studie var det erfarne fasilitatorer som ledet debriefingen, og de var tilknyttet den aktuelle avdelingen. Vi fokuserte på at deltakerne var der for å lære, og ikke for å bli evaluert. Trygghet var en viktig faktor i læringsmiljøet og for at deltakerne skulle føle seg vel. For å ivareta deltakerne understreket vi at det var taushetsplikt i gruppene slik at det som foregikk, ikke skulle videreformidles i avdelingen.

De ansatte spilte både syke-

anbefalt at deltakere spiller pasientrollen selv i scenarietrening. De evner dermed å sette seg inn i pasientens perspektiv, og det kan bidra til større realisme i scenarioet (41).

Det å se videoopptak under debriefing, har en læringseffekt og har vært betraktet som en gullstandard innenfor simulering (33, 34). En nyere oversiktsartikkel påpeker imidlertid at debriefing uten å se video kan være vel så effektivt som debriefing med å se video (42). Videofilm ble vist i plenum med både observatører og deltakerne i scenarioet til stede. Deltakerne kunne reservere seg mot å se videofilm av seg selv under debriefingen på kommunikasjonskurset, og flere benyttet seg av dette. Bruk av video under debriefing kan bidra til å distrahere deltakerne fra å fokusere på læringsmålene i scenarioet (42). Det er dermed viktig etter våre erfaringer at det utøves skjønn ved visning av video under debriefingen, spesielt med tanke på hvilke deler av seansen som blir vist igjen for læring.

### Videreutvikle kommunikasjonsferdigheter

33 prosent av sykepleierne rapporterte at kommunikasjonsfer-

dighetene var blitt bedre etter kurset. Dette kan tolkes som et lavt resultat, men 47 prosent svarte «verken eller» på dette spørsmålet. En svakhet ved studiens design er at vi ikke målte kommunikasjonsferdigheter før kurset. Vi hadde ingen kontrollspørsmål i spørreskjemaet som dreide seg om kunnskap om bekreftende kommunikasjon eller andre kommunikasjonsferdigheter i forkant av kurset. Det er derfor vanskelig å si om kurset har gitt noen resultater i form av bedre kommunikasjonsferdigheter. En design med pretest–posttest kunne vist en reell endring eller effekt i sykepleiernes ferdigheter etter kommunikasjonskurset. En kritikk til denne typen design er at effekten ikke nødvendigvis kan sies å være forårsaket av intervensjonen, men også av andre årsaksfaktorer som ikke kan kontrolleres (37).

I og med at kurset var utarbeidet for både studenter og sykepleiere i avdelingen, kan pasientscenarioene i simuleringen også ha vært for lite utfordrende for de erfarne sykepleierne. Forskere påpeker at teorier som sosial læringsteori og voksenpedagogisk teori kan belyse hvordan personer med erfaring lærer til forskjell fra studenter i en grunnutdanning (43). Elementer i teoriene går ut på at erfarne er problemfokuset og bruker sin erfaring til å vurdere det nye som blir presentert for dem. De lærer ut fra hva de har bruk for i praksis, og at indre motivasjon er viktig for å lære. Spørsmålet er om vi greide å motivere sykepleierne til å bruke ferdighetene i praksis. Uansett evaluerte vi at kommunikasjonsmodellen var nyttig i møte med postoperative pasienter, som for eksempel pasienter

med inoperabel kreft, og pasienter som har vært skadet etter ulykker. Deltakerne så nytten av ferdighetene, men kanskje ikke av simuleringen for å lære dem.

Selv om kommunikasjonskurs viser seg å kunne bedre kommunikasjonsferdigheter, er det dessverre lite som beviser at ferdigheter lært i simulering, bibeholdes over tid i klinisk praksis (20, 44, 45). Det kan stilles spørsmål ved om det skal benyttes store ressurser på simulering i å lære ferdigheter i kommunikasjon.

Derimot har klinisk veiledning vist seg å vedlikeholde kommunikasjonsferdigheter i onkologisk sykepleiepraksis (46). Det ble opprettet en ressursgruppe i avdelingen etter kurset for å bidra til å vedlikeholde kunnskap lært i simuleringen. Et av flere tiltak var at tredjeforfatter hadde oppmerksomhet på kommunikasjonsferdighetene i klinisk veiledning med både ressursykepleiere og studenter i videreutdanning. Håpet er at bekreftende kommunikasjonsferdigheter på flere enn én måte ble implementert i avdelingen.

Kommunikasjonskurset er nå obligatorisk for studenter i vide-

reutdanning når de er i praksis ved den postoperative avdelingen. Nyansatte sykepleiere får en innføring i kommunikasjonsmodellen som del av deres introduksjonsprogram.

#### **Studiens svakheter**

En av svakhetene ved studien er at vi benyttet et selvutviklet spørreskjema. Vi fant imidlertid ikke et spørreskjema fra tidligere som var laget for hensikten vår, så skjemaet ble utviklet i samråd med statistikeren og deretter pilottestet. En spørreundersøkelse som denne gir kunnskap om sykepleiernes mening på et gitt tidspunkt. En utfordring med selvrapportering kan være mangel på samsvar mellom det respondenter rapporterer av ferdigheter, og det de faktisk bruker av ferdigheter i praksis (37). Sykepleierne mottok spørreskjemaet et halvt år etter kommunikasjonskurset. De kan dermed ha hatt for kort tid til å trene på å bruke kommunikasjonsferdighetene.

#### **KONKLUSJON**

Studien tyder på at simulering økte forståelsen for hvordan kommunikasjonsmodellen kunne brukes, men ikke flere enn 33 prosent av sykepleierne

vurderte at kommunikasjonsferdighetene var blitt bedre etter simulering. Kommunikasjon er imidlertid svært kompleks og omfatter flere dimensjoner enn bare bekreftende kommunikasjonsferdigheter. I studien valgte vi å fokusere på denne kommunikasjonsmodellen. Studiens design gir heller ikke svar på effekten på den direkte pasientpleien, noe som ikke var hensikten med studien.

Det er behov for mer kunnskap om simuleringsbaserte kommunikasjonskurs for å vurdere effekten og hvorvidt slike kurs kan gi varige økte ferdigheter i kommunikasjon.

*En stor takk til avdelingens sykepleiere som tok seg tid til å svare på spørreskjemaet. Takk også til Utdanningscenteret ved OUS ved avd.leder Lasse Schmidt for at vi fikk låne lokale og personalressurser til å gjennomføre kursdagene. Vi takker også fasilitatorene. Professor Leiv Sandvik ved Enhet for biostatistikk og epidemiologi ved OUS har veiledet oss i utviklingen av spørreskjemaet. Prosjektet er finansiert via samarbeidsmidler fra Høgskolen i Oslo og Akershus.*

#### **REFERANSER**

1. **Boykins AD.** Core communication competencies in patient-centered care. *ABNF J* 2014;25(2):40–5.  
2. **Mullan BA, Kothe EJ.** Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and

actual performance. *Nurse Educ Pract* 2010;10:374–8.

3. **Aari RL, Tarja S, Helena LK.** Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24:78–89.

4. **Broytes LM, Tate JA, Happ MB.** Use of augmentative and alternative communi-

cation strategies by family members in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2012;21:e21–e32.

5. **Finke EH, Light J, Kitko L.** A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and



- alternative communication. *J Clin Nurs* 2008;17:2102-15.
6. **Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, et al.** Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2011;20(2):e28-40.
  7. **Shannon SE, Long-Sutehall T, Coombs M.** Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners. *Nurs Crit Care* 2011;16:124-30.
  8. **Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M.** Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments. *Nurs Crit Care* 2007;12:151-8.
  9. **McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J.** Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs* 2002;18:27-36.
  10. **Havik O.** En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. *Nordisk Psykologi* 1989;3:161-76.
  11. **Happ MB, Garrett KL, Tate JA, DiVirgilio D, Houze MP, Demirci JR, et al.** Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial. *Heart Lung* 2014;43:89-98.
  12. **Radtke JV, Tate JA, Happ MB.** Nurses' perceptions of communication training in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2012;28:16-25.
  13. **Eriksson U, Svedlund M.** Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *J Clin Nurs* 2007;16:438-46.
  14. **McCabe C.** Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004;13:41-9.
  15. **Naden D, Saeteren B.** Cancer patients' perception of being or not being confirmed. *Nurs Ethics* 2006;13:222-35.
  16. **Eide H, Eide T.** Bekreftende ferdigheter. I *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo. 2007.
  17. **Løvlie-Schibbye AL.** Hva sier jeg til klienten i psykoterapi. Noen sammenfatninger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk. *Impuls* 2004;2:20-6.
  18. **Gysels M, Richardson A, Higginson IJ.** Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Support Care Cancer* 2005;13:356-66.
  19. **Kruijver IP, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, van de Wiel HB.** Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2000;39:129-45.
  20. **Lane C, Rollnick S.** The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns* 2007;67:13-20.
  21. **Sleeper JA, Thompson C.** The use of hi fidelity simulation to enhance nursing students' therapeutic communication skills. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2008;5:Article 52.
  22. **Tosterud R, Hedelin B, Hall-Lord ML.** Nursing students' perceptions of high- and low-fidelity simulation used as learning methods. *Nurse Educ Pract* 2013;13:262-70.
  23. **Gysels M, Richardson A, Higginson IJ.** Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Support Care Cancer* 2004;12:692-700.
  24. **Guise V, Chambers M, Conradi E, Kavia S, Valimaki M.** Development, implementation and initial evaluation of narrative virtual patients for use in vocational mental health nurse training. *Nurse Educ Today* 2012;32:683-9.
  25. **Fox-Robichaud AE, Nimmo GR.** Education and simulation techniques for improving reliability of care. *Curr Opin Crit Care* 2007;13:737-41.
  26. **Westli HK, Johnsen BH, Eid J, Rasten I, Brattebo G.** Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: an independent group design. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2010;18:47.
  27. **Wisborg T, Brattebo G, Brattebo J, Brinchmann-Hansen A.** Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Educ Health [Abingdon]* 2006;19(1):85-95.
  28. **Husebø SE, Rystedt H, Friberg F.** Educating for teamwork – nursing students' coordination in simulated cardiac arrest situations. *J Adv Nurs* 2011;67(10):2239-55.
  29. **Ballangrud R, Hall-Lord ML, Hedelin B, Persenius M.** Intensive care unit nurses' evaluation of simulation used for team training. *Nurs Crit Care* 2014;19:175-84.
  30. **Ballangrud R, Hall-Lord ML, Persenius M, Hedelin B.** Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2014;30:179-87.
  31. **Buxton M, Phillippi JC, Collins MR.** Simulation: a new approach to teaching ethics. *J Midwifery Womens Health* 2015;60:70-4.
  32. **Zigmont JJ, Kappus LJ, Sudikoff SN.** Theoretical foundations of learning through simulation. *Semin Perinatol* 2011;35(2):47-51.
  33. **Arafah JM, Hansen SS, Nichols A.** Debriefing in simulated-based learning: facilitating a reflective discussion. *J Perinat Neonatal Nurs* 2010;24:302-9.
  34. **Zigmont JJ, Kappus LJ, Sudikoff SN.** The 3D model of debriefing: defusing, discovering, and deepening. *Semin Perinatol* 2011;35(2):52-8.
  35. **Orledge J, Phillips WJ, Murray WB, Lerant A.** The use of simulation in healthcare: from systems issues, to team building, to task training, to education and high stakes examinations. *Curr Opin Crit Care* 2012;18:326-32.
  36. **Boet S, Borges BC, Naik VN, Siu LW, Riem N, Chandra D, et al.** Complex procedural skills are retained for a minimum of 1 yr after a single high-fidelity simulation training session. *Br J Anaesth* 2011;107:533-9.
  37. **Polit DF, Beck CT.** *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2012.
  38. **Boynton PM, Greenhalgh T.** Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* 2004;328:1312-5.
  39. **Fallowfield L, Saul J, Gilligan B.** Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nurs* 2001;24:185-91.
  40. **Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L.** *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* 4. utg. Astrakt forlag, Oslo. 2010.
  41. **Bosse HM, Schultz JH, Nickel M, Lutz T, Moltner A, Junger J, et al.** The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2012;87:300-6.
  42. **Levett-Jones T, Lapkin S.** A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Educ Today* 2013;15:e58-e63.
  43. **Knowles MS, Holton EF, Swanson RA.** *The adult learners. The definitive classic in adult education an human resource development.* Elsevier Butterworth Heinemann, San Diego. 2005.
  44. **Laschinger S, Medves J, Pulling C, McGraw DR, Waytuck B, Harrison MB, et al.** Effectiveness of simulation on health profession students' knowledge, skills, confidence and satisfaction. *Int J Evid Based Healthc* 2008;6(3):278-302.
  45. **Moore PM, Rivera MS, Grez AM, Lawrie TA.** Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3:CD003751.
  46. **Heaven C, Clegg J, Maguire P.** Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Educ Couns* 2006;60:313-25.