

KAPITTEL 8

Å skape handlingsrom for pasientsikkerhet i sykehjem. Sykepleieres erfaringer med å delta i simulering in situ på sykehjem

Sari Lindgren, Mona Lahm Høgbakk og Anne Svelstad Evju
UiT Norges arktiske universitet

Lena Wiklund Gustin

UiT Norges arktiske universitet og Mälardalens högskola, Sverige

Abstract: Some patients in nursing homes require extra attention to enable staff to detect and manage deterioration at an early stage. Nursing skills are vital to make systematic observations and assessments of a patient's condition. It is challenging for nurses in nursing homes to make professional decisions without being able to consult other nurses. To improve the quality and safety of health care for patients and their relatives, the focus must be on working to ensure patient safety in nursing homes. Simulation-based learning can be one way to increase reflection on patient safety and develop health professionals' knowledge, skills and attitudes, while protecting patients from unnecessary risks. Simulation-based learning as a method in medical education offers activities that mimic a clinical environment, where students can practice procedures and decision-making and where their critical thinking can be enhanced through role-play, videos or simulators. While simulation often takes place in a simulation center, in situ simulation refers to a learning activity that takes place in participants' everyday work environment where they actually provide patient care. In this chapter, we aim to describe nurses' experiences of in situ simulation and their subsequent reflections on patient safety in nursing homes. Data were collected from two focus groups with 5–6 nurses per group. The transcribed material was analyzed using qualitative content analysis, and two categories were identified that described the nurses' experiences: "to doubt oneself" and "being dependent on others".

Keywords: patient safety, nursing, competencies, nursing home, in situ simulation

Sitering av denne artikkelen: Lindgren, S., Høgbakk, M. L., Evju, A. S. & Wiklund Gustin, L. (2020). Å skape handlingsrom for pasientsikkerhet i sykehjem. Sykepleieres erfaringer med å delta i simulering in situ på sykehjem. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (Red.), *Handlingsrom for profesjonisert velferd: Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (Kap. 8, s. 177–198). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.114.ch8>
Lisens: CC-BY 4.0.

Innledning

Samhandlingsreformen har medført at sykehjemmene har ansvar for de sykeste eldre med flere kroniske sykdommer og funksjonssvikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette har ført til oppgaver som krever mer spesialisert pleie og behandling, uten at kompetanse og ressurser er nok styrket i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dermed opplever sykepleiere mer komplekse oppgaver, kompliserte medisinske prosedyrer og større krav til koordinasjon av beredskap og kvalitetssikring (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015). De sykeste eldre har høy risiko for akutt sykdom, og de er dermed mer sårbare når pasientsikkerheten svikter (Helsedirektoratet, u.å.). Pasientsikkerhet defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) (2009) som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Et mål for omsorgstjenesten i Norge er å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten gjennom opplæring og kompetanseheving (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Ifølge Ballangrud (2015) har helsepersonell som jobber i frontlinjen, mulighet til å forebygge uønskede hendelser, og dermed er deres kunnskaper, ferdigheter og holdninger avgjørende for å fremme en god pasientsikkerhetskultur. Flere studier fremhever simuleringsbasert teamtrening som et av de viktigste tiltakene for å kunne forbedre pasientsikkerheten og redusere antall uønskede hendelser (Deering et al., 2011; McGaghie, Issenberg, Petrusa & Scalese, 2010). Andre studier dokumenterer også at teamtrening fører til bedre resultat for pasientene (Brazil, 2017; McGaghie, Issenberg, Barsuk & Wayne, 2014) og en klar effekt på pasientoverlevelse (Ajmi et al., 2019).

Mens simulering ofte skjer i et simuleringssenter, foregår simulering *in situ*, «på stedet», på deltakerens daglige arbeidsplass, og søker å gjen-skape omgivelser hvor pasientsituasjoner oppstår (Flatgård & Berg, 2016). Simulering *in situ* kan bidra til utvikling og læring individuelt, i team og på avdelingsnivå samt kan avdekke og forbedre utfordringer i organisasjonen. Samtidig som det er utfordrende å måle effekten av simulering *in situ*, viser studier at kombinasjonen av læring og arbeidsmiljø har potensial til å bli et velegnet læringsverktøy for å vedlikeholde og videre-utvikle kompetanse (Rosen, Hunt, Pronovost, Federowicz & Weaver, 2012). Selv om simulering *in situ* har vist seg å være en god mulighet til

kompetanseutvikling innen spesialisthelsetjenesten (Ajmi et al., 2019), har vi ikke klart å finne studier som beskriver hvordan metoden har blitt brukt på sykehjem.

Hensikten med denne studien er derfor å beskrive sykepleieres erfaringer med å delta i simulering *in situ*, og hvilke refleksjoner som oppstår rundt pasientsikkerhet i sykehjem. Hvilke hindre for pasientsikkerheten oppdager sykepleierne, og hvilke muligheter ser de for forbedring i egen praksis?

Pasientsikkerhet

I stortingsmelding nr. 10 oppgis pasientsikkerhet som en av flere dimensjoner av kvalitetsbegrepet, nemlig at tjenesten skal «være trygg og sikker» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Kvaliteten på tjenesten kan dermed relateres til grad av sikkerhetskultur. Det er en klar sammenheng mellom høy grad av sikkerhetskultur og lav forekomst av uønskede hendelser (Ulrich & Kear, 2014). Pasientsikkerhetsarbeid handler derfor om å skape en kultur som er åpen for læring, og som har vilje til forbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). En slik kultur bør utvide oppmerksomheten fra skader og feil knyttet til *enkeltindivider*, til å se nærmere på *systemet* hvor feil og skader oppstår. For å minske risikoen for å utsette pasienter for feil og skader må både struktur og prosesser som fremmer pasientsikkerhet, studeres systematisk. Denne endringen fra søkelys på enkeltindivider til systemtenkning er et fellestrekk for både kvalitet og pasientsikkerhet (Cappelen, 2015).

Omfanget av pasientskader i kommunehelsetjenesten er lite kjent, men fra 1. juli 2019 ble varslingsplikten for alvorlige hendelser utvidet til også å gjelde kommunehelsetjenesten (Helsetilsynet, 2020). I Norsk sykepleierforbund (NSF) sin spørreundersøkelse blant 2008 sykepleiere svarte 35 prosent at de det siste året hadde gjort en feil, eller en forglemmelse som potensielt kunne påført en pasientskade. Av 1255 sykepleierne svarte 13,5 prosent at de hadde mangelfull opplæring på prosedyrer eller oppgaver, og 12,7 prosent hadde ingen kollegaer å rådføre seg med (Helmers, 2019).

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24–7» skal bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten i Norge

(Helsedirektoratet, u.å.). Ett av målene med programmet er å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Dette stiller også krav til at sykepleierutdanningen retter økt oppmerksomhet på sykepleieprofesjonens kjernekompetanse innen pasientsikkerhetsarbeid. En metode for økt refleksjon rundt pasientsikkerhet i helsetjenesten kan for eksempel være simulering *in situ*.

Simulering som pedagogisk metode

Simulering som pedagogisk metode innen helsefag er aktiviteter som etterlikner et klinisk miljø hvor man kan trene prosedyrer, ta beslutninger og drive kritisk tenking ved hjelp av rollespill, video eller simulatorer (Struksnes, Hofmann & Ødegården, 2015). «Fidelity» er et begrep som beskriver hvor stor grad av realisme eller «naturtrohet» simulatoren og selve simuleringen representerer (Struksnes et al., 2015). «Low fidelity» representerer virkeligheten i liten grad, og «high fidelity» representerer virkeligheten i stor grad. «Naturtrohet» refererer både til i hvor stor grad utstyret som brukes, kopierer virkeligheten, for eksempel en menneskelignende dukke som både puster og kommuniserer, og til innhold og undervisningsaktivitet, uavhengig av utstyret (Husebø & Rystedt, 2015). Det er en tendens til å tro at høyre grad av fidelity alltid er bedre, men ifølge Beaubien og Baker (2004) har ikke forskning klart å vise en sammenheng mellom graden av fidelity og effekten av trening. De viser til tre dimensjoner av fidelity – miljø, utstyr og psykologisk dimensjon – alle i et gjensidig forhold til hverandre. Den psykologiske dimensjonen handler om i hvilken grad deltakerne oppfatter simuleringen som en troverdig erstatning for situasjonen som trenes. Psykologisk fidelity er viktigst i teamtrening, i og med at hensikten med treningen vil falle bort dersom deltakerne ikke oppfører seg slik de ville ha gjort i virkeligheten (Beaubien & Baker 2004).

Metoden er velegnet for å forbedre praktiske eller tekniske ferdigheter i komplekse pasientsituasjoner, for å øve på presis kommunikasjon under teamarbeid samt for å stimulere til kritisk refleksjon over egne og andres prestasjoner i den aktuelle situasjonen (Cant & Cooper, 2017). Læring skjer gjennom samhandling, refleksjon og respons fra andre deltakere.

I simuleringen brukes en tredelt pedagogisk modell: brifing, gjennomføring av simulering og debriefing (Struksnes et al., 2015). I brifingen, som skal bidra til trygghet, gjennomgår fasilitator (lærerveileder) læringsutbyttet, scenarioet og utstyret som benyttes i simuleringen, fordeler roller til dem som simulerer, og er observatører. I simulering *in situ* brukes det utstyret som finnes på den enkelte arbeidsplassen. Etter simuleringen brukes debriefing til refleksjon. Dette er en strukturert samtale som er tredelt: beskrivelsesfase, analysefase og anvendelsesfase. Med utgangspunkt i læringsutbyttet for simuleringen beskriver deltakerne hvordan de føler at de har løst utfordringer i scenarioet, og hva de gjorde. Deretter analyserer deltakerne hva som gikk bra, hva som kunne ha vært gjort bedre, og begrunner med teoretisk kunnskap. Fasilitator følger opp refleksjonen og trekker inn fagkunnskap. Deretter får observatørene komme med sine refleksjoner. I anvendelsesfasen avrunder fasilitator med å spørre deltakerne hva de har lært, og hvordan kunnskapen kan anvendes i andre situasjoner. Hensikten er å bidra til opplevelse av mestring og ny kunnskap (Struksnes et al., 2015). Debriefing er en viktig komponent for læring i simulering og anbefales alltid som en integrert del i simuleringsbasert læring (Levett-Jones & Lapkin, 2014).

Våren 2017 deltok tolv sykepleiere og seks sykepleierstudenter på tredje studieår i simulering *in situ* på et sykehjem. Sykehjemmet har over hundre plasser, fordelt på enheter med ni pasienter per enhet. Simuleringen ble gjennomført i dagligstuen på sykehjemmet med en «Nursing Anne»-dukke (simulatoren) som pasient med akutte brystmerter og pusteproblemer. I forkant av simuleringen hadde sykepleierstudentene ansvar for å trene ferdigheter i hjerte-lunge-redning og repetere systematiske pasientobservasjoner sammen med sykepleierne. I selve simuleringen deltok sykepleierstudentene og sykepleierne sammen i sine daglige roller.

I denne studien presenteres sykepleiernes erfaringer. Sykepleierstudentenes erfaringer vil bli publisert i en annen artikkel.

Metode

Studien har en kvalitativ og induktiv tilnærming. Simuleringen ble gjennomført av første og andre forfatter, som også er lærerveiledere

for sykepleierstudentene. Data er innsamlet gjennom to fokusgrupper med fem–seks sykepleiere per gruppe på et møterom på sykehjemmet i etterkant av simuleringen. Via fokusgruppe fremskaffes data gjennom samhandling i mindre grupper om et bestemt tema (Halkier, 2016). En fokusgruppe kan bidra til kreativitet og nytenkning og kan derfor bli en rik kilde for utvikling av nye strategier omkring pasientsikkerhet i sykehjem. Ved å engasjere deltakerne med ulike perspektiver i debatten kan fokusgruppe bidra til å forstå mangfoldet i hvordan deltakerne tenker om pasientsikkerhet. Mangfoldet kan derfor styrke de synspunktene som kommer frem i gruppen, ved at man får flere nyanser frem i debatten (Ritchie, 2014). En styrke ved dette kan være at samtalene i gruppene glir lett, fordi deltagerne er trygge på hverandre. Svakheten er at noen dominerer og ikke slipper andre til i diskusjonen (Halkier, 2016).

Elleve av de tolv forespurte sykepleiere som deltok i simulering sammen med sykepleierstudenter, samtykket til å delta i påfølgende fokusgruppe. Utvalget består av ansatte fra alle avdelinger, ti kvinner og en mann i alderen 23–60 år, med 1–25 års arbeidserfaring som sykepleiere.

Alle hadde fått teoretisk innføring i simulering som pedagogisk metode, repetisjon i bruken av systematisk pasientobservasjon og tiltak med ABCDE-algoritmen (airway, breathing, circulation, disability, exposure/environment), sikker muntlig kommunikasjon i henhold til ISBAR-prinsippet (identifikasjon, situasjon, bakgrunn, aktuelle vurderinger, råd) (Moi, Söderhamn, Marthinsen & Flateland, 2019), informasjon om «casen» eller «scenariot» (Struksnes et al., 2015) samt praktisk trening i hjerte-lunge-redning.

Tre sykepleiere hadde erfaring med simulering i øvingsrom, men ikke med simulering *in situ*. De øvrige hadde ingen erfaring med simulering. Hver sykepleier deltok i samme scenario to ganger, en gang som aktiv deltaker, og en gang i rollen som observatør. Scenarioet hadde en varighet på 15–20 minutter.

I fokusgruppene var tredjeforfatter moderator, og andreforfatter var bisitter og bisto med notater. Begge er lærerveiledere ved sykepleierutdanningen. Moderators rolle er å lytte og få deltakerne til å uttrykke sine erfaringer og diskutere sammen (Halkier, 2016). Moderator skal samtidig håndtere det sosiale samspillet i gruppen, uten å kontrollere det,

og få deltakerne til å fortelle om egen forståelse og erfaring. Det ble brukt en intervjuguide med flere temaer vi ønsket å belyse. Samtidig ble deltakerne oppmuntret til å snakke fritt om sine erfaringer fra simuleringen. Åpningsspørsmålet var: «Kan dere fortelle om hva dere erfarte da dere simulerte?» Fokusgruppene varte i 60–110 minutter, ble tatt opp digitalt og deretter transkribert ordrett av en transkripsjonsassistent.

Det transkriberte materialet ble analysert i tråd med den kvalitative innholdsanalysen til Graneheim, Lindgren og Lundman (2017). Dette er en systematisk analyse av tekst der man ønsker å forstå hvordan informantene gir mening og innhold til et bestemt fenomen. Først ble teksten lest som helhet for å få et førsteinntrykk. Teksten ble systematisert og delt opp i meningsenheter, kondensert og kodet (tabell 1). Ved å gå frem og tilbake mellom hele teksten og meningsenheter ble likheter og ulikheter gruppert i fem subkategorier, deretter i to kategorier (tabell 2). Disse uttrykker det manifeste innholdet i teksten. En tekst kan tolkes på ulike måter og er avhengig av forskerens forforståelse (Graneheim et al., 2017). For å oppnå bevissthet og avstand til egen forforståelse er det en styrke at alle forfattere har vært involvert i alle deler av analyse- og tolkningsprosessen. Det er også en styrke at fjerdeforfatter ikke har kjennskap til simulering som metode eller deltok i selve simuleringen. Dette bidro til at fjerdeforfatter utfordret forforståelsen i analyseprosessen. Vi har diskutert og blitt enige om sortering av datamaterialet og den manifeste tolkningen av teksten.

Utvalget av deltakere vurderes å sikre både bredde og variasjon. Dette har bidratt med varierende perspektiver og rike beskrivelser av erfaringer. Samtidig er det en svakhet at noen deltakere var mer dominerende enn andre i diskusjonen, ettersom man slik kan ha mistet noen nyanser av erfaringene. Antall deltakere var få, men i tråd med anbefalinger for kvalitativ forskning, der hensikten er å oppnå et rikholdig materiale som fortsatt er mulig å håndtere i henhold til metodens hensikt (Sandelowski, 1995). Studien (50904) ble godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata og gjennomført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Utsagn fra deltakere i fokusgruppe 1 presenteres som 1a, 1b, 1c og så videre, og fokusgruppe 2 presenteres som 2a, 2b, 2c og så videre.

Tabell 1 Eksempel på analysen

Meningsenhet	Kondensering	Kode	Subkategori	Kategori
2b: Og jeg kjente sjøl, når jeg innså at jeg hadde gitt fem milligram morfin, du får den der ekle, heslige følelsen i at du har gjort feil. Og den sitter i så lenge at man gjør det ikke igjen ... Og så får du gjøre det både praktisk og teoretisk samtidig ...	Kjente den ekle følelsen når jeg innså at jeg hadde gitt feil. Det sitter lenge i kroppen, og da gjør man det ikke igjen.	Å bli bevisst manglende kompetanse	Å føle at egen kunnskap ikke strekker til	Å tvile på seg selv
2c: Alt man gjør flere ganger, blir man jo bedre på. Ikke sant, så neste gang så gjør du kanskje ikke det igjen.	Når man øver både teoretisk og praktisk, blir man jo bedre.			
1b: Vi trenger en felles ... en akutttralle ... Det er noe med at vi skal ha stetoskop liggende på lageret. Ikke at det slenger inne på et pasientrom. Jeg finner ikke, og så blir jeg mer og mer irritert.	Når det er krise og man ikke finner stetoskop der det skal ligge, blir jeg så sint. Vi gambler med mye, for vi tror at dette skal gå. Vi trenger en felles akutttralle.	Å ikke finne utstyr når det haster, oppleves frustrerende	Å oppdage svikt i rutiner og utstyr	Å være avhengig av andre
1a: Når det er krise, så ser man jo galskapen i det.				
1b: Jeg kjenner hvor sint jeg blir. Jeg blir så sint inni meg ...				
1a: Vi gambler med mye, for vi tror jo at dette bare skal gå ...				
1c: Det er jo fordi vi ikke er oppe i de akutte situasjonene ...				

Funn

Analysen av teksten identifiserte to kategorier som beskriver sykepleierne erfaringer: *å tvile på seg selv* og *å være avhengig av andre* (tabell 2). Nedenfor presenteres disse kategoriene, og fem subkategorier presenteres med *kursiv tekst*.

Tabell 2 Kategorier og subkategorier

Subkategori	Kategori
<i>Å ikke kjenne pasienten</i>	
<i>Å føle at egen kunnskap ikke strekker til</i>	<i>Å tvile på seg selv</i>
<i>Å oppdage betydningen av god kommunikasjon</i>	
<i>Å oppdage svikt i teamarbeid</i>	<i>Å være avhengig av andre</i>
<i>Å oppdage svikt i rutiner og utstyr</i>	

Å tvile på seg selv

Å skulle vurdere tilstanden til en ukjent pasient med pusteproblemer på dagligstuen, en ukjent arena, opplevdes utrygt og ikke som en dagligdags situasjon. Samtidig sammenlignes følelsen av utrygghet med å ha bakvakt på sykehjemmet, der sykepleierne ofte møter ukjente pasienter. Å *ikke kjenne pasienten* er vanskelig, og man blir usikker og tviler på egen vurdering når man ikke vet om «dette her er vanlig, eller er det noe som er mer alvorlig?». Å stå alene og ikke ha en kollega å rådføre seg med bidrar til at man opplever usikkerhet i om man gjør en riktig beslutning, og derfor gruer man seg til bakvaktene på sykehjemmet. Under simuleringen var pasienten ukjent for alle, og man savnet derfor muligheten til å få faglige støtte av noen som kjenner pasienten.

Egen usikkerhet og tvil er lettere å håndtere når man får faglig støtte og bekreftelse på egen vurdering av noen som kjenner pasienten bedre. Under simuleringen måtte deltakerne ringe legen for å få legemiddelordinasjoner til en pasient de ikke kjente, som er noe de også gjør til daglig. Det ble utfordrende å gjennomføre, da legen (lærerveileder) ønsket flere opplysninger om pasientens tilstand enn man hadde kontroll over. Sykepleierne reflekterte over at de rutinene de har for palliative pasienter, med stående ordinasjoner, er en rutine som oppleves å gi trygghet og kontroll og dermed også økt pasientsikkerhet.

Det daglige arbeidet beskrives som rutinepreget og håndterbart, men simuleringen bidro til det å *føle at egen kunnskap ikke strekker til*. Det var lærerikt å oppdage egne svakheter, og man ble klar over at denne typen akutt situasjoner krever fersk kunnskap for å kunne sikre pasienten. Sykepleierne diskuterte at både i simuleringen og til daglig kreves iblant en annen type kunnskap som man ikke har helt på plass. Det betyr at man gjør vurderinger man tviler på. Sykepleierne reflekterte over at sykepleierstudentene derimot hadde gode ferdigheter i ABCDE- og ISBAR-prinsippet, mens disse var for noen sykepleiere ukjente begreper. Sykepleier 1a sa: «Det var ikke noe vi brukte da vi gikk på skolen.»

1b: ... Du går mye i pleie og stell, og så plutselig så skjer det noe slik at du må kunne alt det her, så kan det gå et halvt år eller tre år, og du skal kunne det igjen.

Å holde det ved like ... Selv om nå var den veldig grei den her ABCD-en, men likevel, å holde det ved like ...

Å oppdage at man gjorde feil i simuleringen, var ubehagelig og kjentes på kroppen. Samtidig oppdaget man betydningen av å få øve både teoretisk og praktisk for å vedlikeholde kompetansen.

2b: Og jeg kjente sjøl, når jeg innså at jeg hadde gitt fem milligram morfin, du får den der ekle, heslige følelsen i at du har gjort feil. Og den sitter i så lenge at man gjør det ikke igjen ... Og så får du gjøre det både praktisk og teoretisk samtidig ...

2c: Alt man gjør flere ganger, blir man jo bedre på. Ikke sant, så neste gang så gjør du kanskje ikke det igjen.

Å tvile på egen kunnskap bidro til følelsen av usikkerhet, og å delta i simulering føltes som om man skulle opp til en eksamen. Dette bidro med motivasjon til å lese teori om for eksempel hjertesykdom på forhånd. Man så også muligheten til å få mer kunnskap uten å skade pasienten.

Å være avhengig av andre

Under simuleringen følte sykepleierne avmakt da de oppdaget hvor ulikt de vurderte pasienten i situasjonen. Når det var vanskelig å kommunisere og komme til enighet med hverandre, klarte man heller ikke å komme frem til en god vurdering. Sykepleierne savnet faglige diskusjoner om blant annet pasientens symptomer, og de oppdaget betydningen av god kommunikasjon for å sikre god behandling. Sykepleierne sier at kommunikasjonen kan svikte av mange årsaker, og til daglig bidrar også manglende norskspråklige ferdigheter til at man ikke alltid forstår hverandre. Dermed tar man iblant sjanser når man har bakvakt, og håper at det går bra.

1a: Når man har bakvakt, så er det veldig mange assistenter som nesten ikke forstår hva du sier ... språket ... vi krysser fingrer og hva vi eier og har, og håper på det beste.

Selv om man oppdaget at man ikke klarte å kommunisere tydelig under simuleringen, og man erfarte at man tar sjanser, sier sykepleierne at de er opptatt av å formidle sitt budskap slik at andre skal forstå. Man føler seg

ofte alene, og man er klar over at egen vurdering får stor betydning for pasientbehandlingen, og man reiser samtidig spørsmål om man har for stort ansvar, noe som i sin tur kan true kvalitetssikringen. Å føle seg alene og usikker er krevende, og mange ganger hadde man ønsket at legen selv var til stede for å kvalitetssikre sykepleierens vurdering.

- 2a:** Legen må liksom bare stole på det vi sier. Og jeg tenker noen ganger så hadde det vært fint at de hadde fått sett dem [pasienter] i sine øyeblikk og kunne tatt ei vurdering. For det er en måte hvordan vi legger det frem ... og hvordan det blir tolka.
- 2c:** Vi kan nok styre egentlig både tiltak og behandlinga veldig mye ... det forutsetter jo at vi har bra kontroll og er opplest og kjenner dem godt og hele den, tenker jeg, eller føler jeg.
- 2a:** Ja. Jeg tenker kvalitetssikringa sånn sett er ganske elendig når det gjelder det.

Simuleringen bidro til at sykepleierne *oppdaget svikt i teamarbeidet* da roller og arbeidsoppgaver skulle fordeles. Når man er vant til å være alene som sykepleier, er det lett å miste oversikt og kontroll når man plutselig skal samarbeide i team med andre sykepleiere. Å samarbeide med en «leder» ble vanskelig når man var uenig i den andres vurdering. Samtidig som man strevde med å stole på sykepleieren i lederrollen, var man nødt å gi slipp på tvilen for å konsentrere seg om å utføre oppgaver man hadde fått delegert. Situasjonen førte til refleksjoner over hvordan man delegerer oppgaver i det daglige. For å kunne delegerer må man ha kontroll på hvem som er på vakt, og på hva slags oppgaver man kan delegerer. Å stå alene med ufaglærte oppleves ofte som et dilemma når man ikke vet om den andre forstår betydningen av for eksempel endringer hos pasienten, eller om vedkommende har kompetanse til å iverksette tiltak mens man selv finner frem utstyr eller ringer legen.

- 2e:** Ikke alle er kjent med hvor de skal hente det du trenger. Det er litt vanskelig. Jeg vet hvor jeg skal hente alt jeg trenger, men jeg kan ikke forlate pasienten ... til en som kanskje ikke kan den jobben, hvordan de skal observere pasienten. ... *Nå* trenger jeg mer folk her, ikke sant. Så du har det der dilemmaet, «hva skal jeg gjøre?».

2d: ... De kan ikke hjelpe deg med en del ting når det først oppstår ting. ... Det kan være litt tøft.

I tillegg vil man ikke få den faglige støtten man er avhengig av for å sikre riktig behandling av pasienten. Det betyr at selv når man har mulighet til å delegere oppgaver, utfører man ofte alle observasjoner og målinger selv for ikke å miste kontroll. Samtidig erfarer sykepleierne at en erfaren hjelpepleier på vakt, som kjenner pasienten, vil bidra med støtte i situasjonen, og dermed kan man gi slipp på noe av kontrollen.

Å oppdage at man under simuleringen brukte tid for å springe og lete etter utstyr i stedet for å ivareta pasienten, opplevdes som en «fiasko». Selv om slike hendelser ikke skjer så ofte på sykehjemmet, var det å *oppdage svikt i rutiner og utstyr* en «tankevekker». Sykepleierne uttrykker frustrasjon og sinne og viser fortvilelse over ikke å ha utstyr tilgjengelig på en fast plass. De sier videre at man bør ha «ting på stell», slik at man finner utstyret når det haster. Det betyr at man er avhengig av hverandre, og av at alle tar ansvar og legger ting på riktig plass. Man føler at man «gambler» med mange ting, og man ser behovet for å opprette en felles plass, en «akuttralle» der utstyr skal ligge klart, slik at det ikke går ut over pasientsikkerheten.

1b: Vi trenger en felles ... en akuttralle ... Det er noe med at vi skal ha stetoskop liggende på lageret. Ikke at det slenger inne på et pasientrom. Jeg finner ikke, og så blir jeg mer og mer irritert.

1a: Når det er krise, så ser man jo galskapen i det.

1b: Jeg kjenner hvor sint jeg blir. Jeg blir så sint inni meg ...

1a: Vi gambler med mye, for vi tror jo at dette bare skal gå ...

1c: Det er jo fordi vi ikke er oppe i de akutte situasjonene ...

Sykepleierne reflekterer over at vurdering og behandling av pasienten kan svikte fordi rutinen ikke er gode nok. I tillegg til å bruke tid til å finne utstyr, for eksempel «veneflonkurven», er det også usikkert om man kan stole på at blodprøveglassene i kurven er ubrukt, eller om man må finne nye på lageret.

Sykepleierne diskuterer at legemiddelhåndteringen i simuleringen var uforsvarlig, men at det ikke har vært rapportert om feil i legemiddelhåndteringen på sykehjemmet. Sykepleierne sier:

- Id:** Vi er ofte alene ... Det er ikke rapportert om feil, at vi har gitt feil. Vi er veldig nøye når vi går der ... Det bruker som regel å gå greit ...
- 1a:** Vi er best alene.

Selv om simuleringen oppleves stressende, må man sikre at legemiddelhåndteringen er utført korrekt. Sykepleierne er enig i at man er avhengig av andre, men det er vanskelig å sjekke hverandre i det daglige når man ikke er to sykepleiere på vakt. Noen mener at man også må skryte av seg selv, at man egentlig i det daglige er flink til å håndtere situasjoner som oppstår.

Diskusjon

Å tvile på seg selv

Hensikten med studien er å beskrive sykepleieres erfaringer med å delta i *simulering in situ*, og hvilke refleksjoner som oppstår rundt pasientsikkerhet i sykehjem. Å delta i simulering var en ny erfaring for de fleste, og det var første gang på egen arbeidsplass. Simuleringen opplevdes som en kontinuerlig pendling mellom følelsen av usikkerhet i selve simuleringen, men også i det daglige arbeidet. Sykepleierne erfarer tilstrekkelig kompetanse i det daglige rutinearbeidet, samtidig som simuleringen bevisstgjorde dem på en følelse av usikkerhet – på seg selv, men også i samarbeid med andre. Lite kjennskap til pasienten og manglende vurderingskompetanse – i selve simuleringen, men også i sykepleierens hverdag – kan forstås som faktorer som bidrar til at sykepleierne føler seg alene og tviler på seg selv og dermed opplever et begrenset handlingsrom for klare å ivareta pasientsikkerheten.

Å simulere på egen arbeidsplass, *in situ*, med en dukke som kommuniserer og puster, med utstyr som brukes i det daglige, gir mulighet til å gjenskape virkeligheten (Flatgård & Berg, 2016). Simulering er en erfaring som skal gjenskape virkeligheten for å utvikle ferdigheter og kritisk refleksjon. Selv om deltakerne ikke opplevde at simuleringen «speilet» deres hverdag fullt ut, viser funnene at sykepleierne oppdaget hindre for pasientsikkerheten, men også muligheter for å forbedre egen praksis. Vi tolker det slik at absolutt realisme, eller høy grad av «fidelity», i

simulering ikke er en nødvendighet for læring. Ifølge McFaden (2020) vil overdreven oppmerksomhet på de fysiske omgivelsene og utstyret kunne overskygge deltakernes læringsutbytte, eller det vil kunne bidra til feilaktig undervisning og læring i erfaringen.

Å ikke kjenne pasienten oppleves som et hinder for pasientsikkerheten. Denne innsikten får sykepleierne under simulering *in situ*. Dette er også gjenkjennbart fra tidligere studier, som viser at manglende pasientopplysninger gjør det vanskelig å treffe riktig behandlingsvalg (Rolfjord, Mdala & Straand, 2019) og dermed truer pasientsikkerheten. Å bruke standardiserte vurderingsverktøy, for eksempel ABCDE for å identifisere tidlig endring hos pasienten og ISBAR for sikker overføring av informasjon, kan bidra til økt kvalitet i vurdering av pasientens tilstand og videre rapportering (Moi et al., 2019). Samtidig viser våre funn at sykepleierne *føler at egen kunnskap ikke strekker til*, og de er ikke komfortable med å bruke disse vurderingsverktøyene. Dette kan tyde på et behov for ytterligere undervisning og trening på området. Akutt syke eldre representerer spesielle utfordringer for sykepleiere, fordi de har mindre reservekapasitet og et annet symptom-bilde enn yngre. Ofte blir ikke eldre pasienter vurdert systematisk, slik at vage symptomer blir oversett og akutte situasjoner oppstår. Derfor anbefales det også å bruke NEWS («National Early Warning Score») som en rask, enkel triagemetode for å identifisere alvorlighetsgraden hos pasienten (Burch, Tarr & Morroni, 2008). Simulering er nevnt som et tiltak i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» (Helsedirektoratet, u.å.) for å trene på disse vurderingsverktøyene, og simulering kan bidra til økt kompetanse i å gjøre systematiske observasjoner og vurderinger i uforutsette pasientsituasjoner. Å stole på seg selv handler om å stole på egen kompetanse til å gjøre en vurdering. Troen på egen kompetanse, eller mestringstro, gjenspeiler i hvilken grad man har tillit til at man har de nødvendige forutsetningene for å møte ulike utfordringer (Wood & Bandura, 1989). Funnene i vår studie er i tråd med en norsk studie innen kommunehelsetjenesten som viser at pleiepersonell har varierende kompetanse for å kunne sikre nødvendig omsorg og behandling av eldre pasienter (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016). Som forventet innehar sykepleiere høyere kompetanse enn hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter på de fleste områder,

men ikke på alle. Funnene fra studien indikerer at pleiepersonell som gruppe (sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter) viser manglende grunnleggende sykepleiekompetanse innen observasjon, systematisk vurdering, iverksetting av sykepleietiltak, avanserte prosedyrer (for eksempel bruk av sentralt venekateter), dokumentasjon og samarbeid med medarbeidere når det er nødvendig (Bing-Jonsson et al., 2016).

Å være avhengig av andre

Simuleringen ble gjennomført i team med sykepleiere, der man var *avhengig av andre* for å sikre god behandling av pasienten. Selv om sykepleierne hadde ulike synspunkter på pasientens tilstand, benyttet de seg ikke av muligheten til å diskutere med sine kollegaer. Simuleringen bevisstgjorde dem således på *betydningen av god kommunikasjon* i en stresset situasjon, der samhandlingen kan bli truet. ISBAR som strukturert kommunikasjon kunne ha bidratt til bedre samhandling underveis. Kommunikasjon og samhandling er grunnleggende kjernekompetanse i teamarbeid, og sykepleierne erfarer hva det har å bety for pasientsikkerheten. En ny studie viser at studenter som brukte ISBAR i klinisk praksis, ble mer bevisst på sin egen kommunikasjonsstruktur. De følte seg også mer sikre på egen kompetanse og kommunikasjon, og de klarte raskere å få oversikt over pasientsituasjoner. Disse elementene førte til forbedret pasientsikkerhet (Moi et al., 2019).

Selv om de til daglig arbeider i team, oppdaget sykepleierne at *teamarbeidet sviktet*. Årsaken til manglende samarbeid var at de i hverdagen er vant å være alene som sykepleier på vakt, og de har sjelden andre sykepleiere å støtte seg til. En undersøkelse gjort av Norsk sykepleierforbund viser at mange sykepleiere ikke har kollegaer å rådføre seg med (Helmers, 2019), noe som oppleves som en utfordring for dem (Damsgaard, 2010). Selv om sykepleierne sier at de er vant til å jobbe alene, er det vanskelig å ha både mange vikarer og ufaglærte kollegaer i teamet. Når det i tillegg i hverdagen er mange ufaglærte som nesten ikke forstår hva man sier, blir sykepleierne usikre på hvordan de skal organisere arbeidet. For å utnytte ressursene best mulig er evnen og muligheten til å delegere en viktig faktor. Samtidig er det en trussel for pasientsikkerheten at sykepleierne opplever at de ikke

stoler på andres kompetanse, og at de dermed ikke kan delegere oppgaver. I Norge utgjør ufaglært arbeidskraft, fremmedspråklige og vikarer en stor andel av bemanningen i sykehjem (Morland, 2019). Selv om sykepleierne ofte står alene med det sykepleiefaglige ansvaret, er teamarbeid viktig for å kunne sikre forsvarlige helsetjenester. Teamarbeid er en integrert del av dagens spesialiserte og komplekse helsetjenester, og effektivt teamarbeid er dermed kritisk for å sikre pasientsikkerhet (Husebø & Rystedt, 2015). Sykepleiere har ansvar for sykepleietjenesten, både faglig på individnivå og organisatorisk på systemnivå. Dette er utfordrende, da ikke alle oppgaver kan delegeres videre (Orvik, 2015). Kartlegging gjort av norsk sykepleierforbund (NSF) viser at en av fem vakter ble bemannet av andre med lavere kompetanse eller forble ubemannet (Morland, 2019). Studien til Aiken et al. (2014) viser at økt sykepleiekompetanse på bachelornivå gir bedre mulighet til overlevelse for pasienten, og i lys av den økte kompleksiteten i sykehjem i dag, er dette funn som det er viktig å belyse.

Erfarne hjelpepleiere er viktige støttespillere i sykepleiernes hverdag. En viktig innvending til fremtidig øving med søkelys på teamtrening er dermed at både hjelpepleiere og assistenter deltar i simuleringen på sykehjemmet, og at treningen blir gjentatt og satt i system. For å bidra til økt kompetanse blant alle i pleiepersonalet, og for å få størst mulig utbytte av simulering, bør simuleringsbasert trening inkludere de teammedlemmene som samarbeider til daglig. Watters et al. (2015) har sammenlignet simuleringstrening i tverrprofesjonelle og enprofesjonelle team. Studien viser at det største læringsutbyttet kommer gjennom tverrprofesjonell simuleringstrening. En studie viser at simulering som inkluderer både sykepleiere og leger, fører til økt oppmerksomhet og bevissthet på effektiv kommunikasjon og dermed økt pasientsikkerhet (Meurling, Hedman, Sandahl, Felländer-Tsai & Wallin, 2013).

I simuleringen ble sykepleierne bevisst på at legemiddelhåndteringen sviktet og truet pasientsikkerheten, til tross for at flere sykepleiere deltok. Å oppdage svikt i rutiner og utstyr førte til diskusjoner om ressursmangel som hinder for å kunne gjennomføre dobbeltsjekk og kvalitetssikre legemiddelhåndtering i hverdagen. Dette kan forstås som at rutiner ikke er godt nok forankret, eller som at deltakerne ikke klarte å leve seg inn i simuleringen og se situasjonen som realistisk.

Tidspress og uforutsette avbrytelser er to sentrale årsaker til brudd på pasientsikkerheten ved legemiddelhåndtering (Holmström et al., 2012; Storli, Ingebrigtsen, Nakrem & Elstad, 2016). Simuleringen bidro også til diskusjoner rundt rutiner for behovsmedisinering. Funnene viser at faste ordinasjoner til palliative pasienter gir trygghet for sykepleierne, samtidig som annen behovsmedisinering krever kontakt med legen for ordinasjon. Mange sykepleiere opplever det enklere og mer akseptert å gi behovsmedisin som er ordinert til den enkelte pasient (Andreassen, 2009). For å øke pasientsikkerheten rundt legemiddelhåndtering er det viktig med generelle skriftlige direktiver for behovsmedisinering. Tydelig informasjon vil klargjøre for sykepleierne når legen skal kontaktes ved eventuell terapivikt (Andreassen, Halvorsen & Granås, 2011). Simuleringsbasert undervisning kan også bidra til sikrere legemiddelhåndtering blant nyutdannede sykepleiere (Sears, Goldsworthy & Goodman, 2010).

Under simulering vil ikke det å gjøre feil få konsekvenser for liv og helse. Likevel føles det ubehagelig å ha bidratt til feilmedisinering. Samtidig poengterer sykepleierne at det ikke er rapportert om feil med tanke på legemiddelhåndteringen på sykehjemmet. Det er uklart om man mener at det ikke er rapportert om avvik, om det faktisk ikke er gjort noen feil, eller om man ikke har hatt mot til å rapportere egne feil. Å begå alvorlige feil ved legemiddelhandtering vil påvirke sykepleiere personlig og profesjonelt (Schelbred & Nord, 2007). Redsel for å bli uglesett av kollegaer og for å motta disiplinære reaksjoner fra ledelsen kan bidra til at man unnlater å melde fra. En slik holdning er i skarp kontrast til behovet for god rapporteringskultur, hvor uønskede hendelser danner utgangspunkt for kvalitetsforbedring i pleien. En lærende og rettferdig kultur bidrar til økt rapportering om feilmedisinering (Holmström et al., 2012; Schelbred & Nord, 2007). Uten åpenhet er det ikke mulig å forebygge og lære av feil.

Den store oppdagelsen fra simuleringen var *å oppdage svikt i rutiner og utstyr*. Oppbevaring og kvalitetssikring av utstyr var i mange tilfeller tilfeldig og ikke satt i system. Til daglig fungerer dette greit, men når noe uforutsett skjer, slik som i situasjonen i simuleringen, blir det tydelig hvor mye det betyr å ha system og rutiner for å redusere risikoen for skader og feil. Manglende akuttralle, veneflonkurver med manglende utstyr og uenighet om oppbevaring av medisinskteknisk utstyr kan få

store konsekvenser ved akutte hendelser. Denne innsikten skapte frustrasjon, men samtidig motivasjon til å bidra med endringer i egen praksis for å forbedre rutiner og pasientsikkerheten på sykehjemmet. Våre funn er forenelig med tidligere forskning som viser at simulering *in situ* som metode kan bidra til å avdekke årsaker til uønskede hendelser og dermed bedre pasientsikkerheten (Naik & Brien, 2013; Palaganas, Epps & Raemer, 2014).

Avslutning

Denne studien viser at det å delta i simulering *in situ* på sykehjem bidro til at sykepleierne identifiserte flere hindre for pasientsikkerheten, både hos seg selv og i samarbeid med andre. Manglende kompetanse innen systematisk observasjon, manglende ferdigheter i bruken av systematisk vurderingsverktøy samt manglende samhandling og kommunikasjon i teamet bidro til usikkerhet i vurderingen av den ukjente pasienten i simuleringsscenarioet. Gjennom å delta i simulering *in situ* oppdaget sykepleierne samtidig muligheten til å kunne forbedre egne ferdigheter uten å utsette pasienten for skade. Å oppdage svikt i rutiner og utstyr skapte engasjement blant sykepleierne til å forbedre rutiner, noe som vil kunne bidra til å styrke pasientsikkerheten. Samtidig som det er utfordrende å måle effekten av simulering *in situ*, vil det å øve jevnlig for å vedlikeholde tekniske ferdigheter, kommunikasjon og samarbeid kunne bidra til opplevelse av mestring og trygghet hos sykepleierne. Å bli bevisstgjort egne svakheter og svikt i rutiner kan belyse eget kompetansebehov samt inspirere til aktiv deltakelse i avdelingens pasientsikkerhetsarbeid. Dette kan også gi ledelsen et bilde på den samlede kompetansen ved arbeidsplassen, og i samarbeid med de ansatte kan det bidra aktivt til å fremme en felles kultur for pasientsikkerhetsarbeid på sykehjemmene. Sykehjemmene har i dag ansvar for de sykeste eldre, men samtidig er ikke kompetanse og ressurser nok styrket i kommunene. Simulering *in situ* har vist seg å være en god mulighet til kompetanseutvikling innen spesialisttjenesten, og derfor bør metoden tas i bruk i større grad, også i kommunehelsetjenesten på sykehjem, for å prøve å tette dette kompetansegapet.

Fremover vil det være viktig å forske på hvilke typer simulerings-scenarioer som vil kunne bidra til økt pasientsikkerhet og gi best lærings-utbytte for ansatte i sykehjem, og på hvorvidt bruken av simulering *in situ* vil kunne få betydning for å beholde og rekruttere sykepleiere til kommunehelsetjenesten.

Referanser

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Ajmi, S. C., Advani, R., Fjetland, L., Kurz, K. D., Lindner, T., Qvindesland, S. A., Kurz, M. (2019). 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 Quality and Safety*, 28(11), 939–948. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-009117>
- Andreassen, L. M. (2009). *Helsepersonells erfaringar, tankar og haldningar til behovsmedisinering i sjukeheimar* (Masteroppgave). Universitet i Bergen, Bergen.
- Andreassen, L. M., Halvorsen, K. H. & Granås, A. G. (2011). P.r.n. medication in nursing homes - varying content, formulation and quality in administration guidelines. *Sykepleien forskning*, 6(1), 46–52.
- Ballangrud, R. (2015). Pasientsikkerhet og simulering. I S. Struksnes, B. Hofmann & T. Ødegården (Red.), *Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring* (s. 62–70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beaubien, J. M. & Baker, D. P. (2004). The use of simulation for training teamwork skills in health care: How low can you go? *BMJ Quality and Safety*, 13, i51–i56.
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15, 5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Brazil, V. (2017). Translational simulation: Not ‘where?’ but why? A functional view of in situ simulation. *Advances in Simulation*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/s41077-017-0052-3>
- Burch, V. C., Tarr, G. & Morroni, C. (2008). Modified early warning score predicts the need for hospital admission and inhospital mortality. *Emergency Medicine Journal*, (10), 674–678.
- Cant, R. P. & Cooper, S. J. (2017). Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today*, 49, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.015>

- Cappelen, K. (2015). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (2. utg., s. 87–97). Oslo: Universitetsforlaget.
- Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. (9788276820584). Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Deering, S., Rosen, M. A., Ludi, V., Munroe, M., Pocrnich, A., Laky, C. & Napolitano, P. G. (2011). On the front lines of patient safety: Implementation and evaluation of team training in Iraq. *Joint Commision Journal on Quality and Patient Safety*, 37(8), 350–356.
- Flatgård, I. & Berg, G. V. (2016). Simulatortrening in situ, lek eller læring? – En intervjuundersøkelse av hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass. *Nordisk sykeplejeforskning*, 6(3). 216–232. Hentet fra https://www.idunn.no/nsf/2016/03/simulatortrening_in_situ_lekeller_laering_-_en_intervjuun
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. utg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer* (TF-rapport nr. 362). Hentet fra <http://www.tmforsk.no/publikasjoner/start.asp?merket=5>
- Helmers, A.-K. B. (2019, 24. oktober). Tre av ti sykepleiere frykter ukentlig å gjøre feil som skader pasienten. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/10/tre-av-ti-sykepleiere-frykter-ukentlig-gjore-feil-som-skader-pasienten>
- Hesledirektoratet. (u.å.). Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7. Hentet 15. januar 2020 fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. 47 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 10 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* (Meld. St. 11 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av*

- samhandlingsreformen* (Rapport, dokument 3:5 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Helsetilsynet. (2020). *Kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet 22. august 2020 fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om- alvorlige-hendelser/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>
- Holmström, A.-R., Airaksinen, M., Weiss, M., Laaksonen, R., Wuliji, T. & Chan, X. H. (2012). National and local medication error reporting systems: A survey of practices in 16 countries. *Journal of Patient Safety*, 5(4), 165–176.
- Husebø, S. E. & Rystedt, H. (2015). Simulering innen helsefag. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (2. utg., s. 169–186). Oslo: Universitetsforlaget.
- Levett-Jones, T. & Lapkin, S. (2014). A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Education Today*, 34(6), e58–e63.
- McFaden, C. (2020). Simulation realism, contextual fidelity, and unintended lessons. *Nurse Education Today*, 85, 104307. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104307>
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Barsuk, J. H. & Wayne, D. B. (2014). A critical review of simulation-based mastery learning with translational outcomes. *Medical Education*, 48(4), 375–385. <https://doi.org/10.1111/medu.12391>
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Petrusa, E. R. & Scalese, R. J. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009. *Medical Education*, 44(1), 50–63. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x>
- Meurling, L., Hedman, L., Sandahl, C., Felländer-Tsai, L. & Wallin, C.-J. (2013). Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: A diverse response among critical care professions. *BMJ Quality and Safety*, 22(6), 485–494.
- Moi, E. B., Söderhamn, U., Marthinsen, G. N. & Flateland, S. M. (2019). Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleien forskning*, 14(74699), e-74699.
- Morland, E. (2019, 1. september). Nesten 1 av 5 vakter bemannet av andre enn sykepleiere – eller ikke i det hele tatt. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/09/nesten-1-av-5-vakter-bemannet-av-andre-enn-sykepleiere-eller-ikke-i-det-hele-tatt>
- Naik, V. N. & Brien, S. E. (2013). Review article: Simulation: A means to address and improve patient safety. *Can J Anaesth*, 60(2), 192–200. <https://doi.org/10.1007/s12630-012-9860-z>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Palaganas, J. C., Epps, C. & Raemer, D. B. (2014). A history of simulation-enhanced interprofessional education. *J Interprof Care*, 28(2), 110–115. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.869198>

- Ritchie, J. (2014). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (2. utg.). London: SAGE.
- Rolfjord, I., Mdala, I. & Straand, J. (2019). Sykebesøk på sykehjem: Får vaktlegen nok pasientinformasjon? *Sykepleien forskning*, 14(75498), e75498.
- Rosen, M. A., Hunt, E. A., Pronovost, P. J., Federowicz, M. A. & Weaver, S. J. (2012). In situ simulation in continuing education for the health care professions: A systematic review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(4), 243–254. <https://doi.org/10.1002/chp.21152>
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18(2), 179–183.
- Schelbred, A. B. & Nord, R. (2007). Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 317–324. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04437.x>
- Sears, K., Goldsworthy, S. & Goodman, W. M. (2010). The relationship between simulation in nursing education and medication safety. *Journal of Nursing Education*, 49(1), 52–55. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090918-12>
- Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S. & Elstad, T. A. (2016). Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. *Sykepleien forskning*, 11. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801>
- Struksnes, S., Hofmann, B. & Ødegården, T. (2015). *Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ulrich, B. & Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery.(Continuing Nursing Education)(Report). *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447–456.
- Watters, C., Reedy, G., Ross, A., Morgan, N. J., Handlip, R. & Jaye, P. (2015). Does interprofessional simulation increase self-efficacy: A comparative study. *BMJ Open*, 5(1), e005472.
- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2009). *Human factors in patient safety. Review of topics and tools* (Rapport). Hentet fra http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
- Wood, R. & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, 14(3), 361–384.