



Universitetet
i Stavanger

DET SAMFUNNSVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Studieprogram: Endringsledelse

Vårsemesteret, 2020

Åpen

Forfattere: Sigrid Steinnes og Karoline
Blikra Møkleiv

.....
(signatur forfattere)

Veileder: Olaug Øygarden

Tittel på masteroppgaven: Implementering ved hjelp av simulering – Hvordan mennesker lærer seg å ta i bruk innovasjoner

Engelsk tittel: Implementation with the use of simulation – How People learn to apply innovations

Emneord: Endringsledelse,
implementering, simulering,
læring, psykologisk trygghet,
læringskultur, læring i team,
kvalitetssikring

Sidetall: 87

+ vedlegg/annet: 7

Stavanger, 31.08.2020

.....
dato/år



MASTER OPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE VÅREN 2020
VED UNIVERSITETET I STAVANGER

Implementering ved hjelp av simulering

Hvordan mennesker lærer seg å ta i bruk innovasjoner.

Av Sigrid Steinnes & Karoline Mogleiv

Kandidatnummer: 9368 & 9355

Forord

Etter oppstart på mastergradsstudiet endringsledelse ved UiS fikk vi et innblikk i organisasjonsteori og ledelse og fikk raskt interesse for temaet implementeringsprosesser. Vi opplevde det som spennende å kunne knytte teori om endringsprosesser sammen med metoden simulering som vi begge er godt kjent med gjennom arbeid i helsevesenet. Vi ønsket å utføre en kvalitativ analyse for å kunne gå i dybden på hva som påvirker den enkeltes læring i en implementeringsprosess.

Når man arbeider med en oppgave over et halvt år, kan ulike omstendigheter og utfordringer melde seg og i vårt tilfelle ble dette corona-pandemien. Det er i slike usikre perioder at vi har kjent hvor godt det er å jobbe sammen som et team. Vi har satt stor pris på å ha hverandre til å diskutere og reflektere med. Det gode samarbeidet vi har opparbeidet oss gjennom denne prosessen, er noe vi tar med oss videre som en positiv opplevelse og som et godt vennskap.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Olaug Øygarden for mange gode tilbakemeldinger og innspill. Din veiledning har vært verdifullt for oss i vår skriveprosess.

Takk til de to avdelingene som har latt oss bli med som observatører i en simuleringssituasjon og til deltakerne som har stilt opp til intervju. Vi setter stor pris på tiden dere har satt av til å snakke med oss og er takknemlige for at dere lot oss være til stede under en allerede krevende situasjon. Ledelsen og de ansatte på begge avdelinger har imponert oss med sin brede fagkompetanse og det har vært både lærerikt og inspirerende å få grave litt i hodene deres.

Sammendrag

Implementering er det kritiske bindeleddet mellom valget av å ta i bruk en innovasjon og den rutinemessige bruken av innovasjonen (Klein et al, 1996). Organisasjonens evne til å ta i bruk endringer reflekterer dens robusthet. Vellykket implementering er et resultat av at ansatte har mestret oppgaven med å ta i bruk innovasjonen. Læring anses som selve kjernen i oppgaven med å få ansatte til å ta i bruk nye verktøy. En anerkjent metode for læring i helsevesenet er simulering.

Med bakgrunn i dette ble følgende problemstilling formulert:

Hvordan kan simulering anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess?

Oppgavens hensikt har vært å studere hvordan ansatte på to sykehusavdelinger har brukt simuleringsbasert læring for å implementere MIT/NEWS. Problemstillingen har blitt utforsket gjennom en abduktiv tilnærming til teori og empiri med fokus på læringskultur, psykologisk trygghet, kommunikasjon, relevans, realisme og refleksjon. Studiet ble gjennomført med kvalitativ metode. Det ble foretatt semistrukturerte intervjuer med 13 informanter som har vært med i, eller har forbindelse til simuleringen på en av de to avdelingene. I tillegg ble det gjort en ikke-deltagende observasjon av selve simuleringssituasjonen.

Funnene i denne oppgaven viser at deltakerne samhandler på tvers av profesjonene uten å ha god nok kunnskap om hverandres roller og funksjoner. Videre viser det seg at oppfattelse av bruken rundt MIT/NEW har vært ulik, noe som har gjort dette utfordrende. Som en følge av simulering har debrief skapt en felles plattform hvor det er rom for å dele erfaring og kunnskap på tvers av profesjonene. Denne plattformen har gitt deltakerne økt forståelse for hverandres roller og oppgaver, samt bedre innblikk i hverandres ståsted i anvendelsen av MIT/NEWS. Studien konkluderer med at effekten av simulering lettest kan sees hos avdelinger hvor det er høy tilstedeværelse av psykologisk trygghet og god læringskultur. Samtidig viser studien at simulering kan bedre læringskulturen, da metoden skaper en tilstand av flytende kunnskap hos de ansatte.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	iii
Sammendrag.....	iv
1 Innledning.....	1
1.1 Aktualisering.....	2
1.2 Problemstilling.....	3
1.2.1 Avgrensning av problemstilling.....	3
1.3 Leserveiledning.....	3
2 Teori.....	5
2.1 Implementering.....	5
2.1.1 Implementeringsfaser.....	5
2.1.2 Fra faktisk til ønsket tilstand.....	8
2.1.3 Implementeringsdrivere.....	8
2.1.4 Oppsummering.....	10
2.2 Sosiokulturell læringsteori.....	11
2.2.1 Suksessfaktorer for læring.....	12
2.2.2 Oppsummering.....	15
2.3 Simuleringsbasert læring.....	16
2.3.1 Simulerings situasjon.....	16
2.3.2 Simulerings virkelighet.....	18
2.3.3 Oppsummering.....	23
2.4 Forsknings spørsmål.....	23
3 Metode.....	24
3.1 Tilnærming og forskningsdesign.....	24
3.2 Datainnsamling.....	25
3.2.1 Utvalg og rekruttering.....	26
3.2.2 Gjennomføring av datainnsamling: Ikke-deltakende observasjon.....	27
3.2.3 Gjennomføring av datainnsamling: intervju.....	27
3.3 Gjennomføring av den kvalitative analysen.....	28
3.3.1 Bearbeiding og analyse av data.....	28
3.4 Validitet og reliabilitet.....	31
3.5 Etske refleksjoner.....	33
3.5.1 Konfidensialitet.....	33
3.5.2 Refleksivitet.....	34
3.5.3 Etsk refleksjon rundt egen rolle som forsker.....	36
4 Resultater.....	37
4.1 Observasjoner fra to simulerings situasjoner.....	37
Simulerings situasjon avdeling A.....	37
Simulerings situasjon avdeling B.....	39
4.2 Forutsetninger for deltakernes læring i simulering.....	40
Valg av modalitet.....	40
Rolle i simulering.....	41
Psykologisk trygghet.....	41
Lærings kultur og kvalitet.....	42
4.3 Organisering av simulering som lærings verktøy i implementering.....	43

Tid og repetisjon.....	43
Tema for simulering	43
Tilrettelegging gjennom gruppesammensetning	44
Kompetansedrivere.....	45
5 Diskusjon	46
5.1 Hvordan skaper simuleringsvirkelighet rom for læring?	46
5.2 Hva er deltakernes erfaringer med simuleringsbasert læring i MIT/NEWS prosjektet?	49
5.3 Hvordan tilrettelegges det organisatorisk på avdelingene?	53
6 Konklusjon.....	55
7 Implikasjoner for organisasjoner og ledere	57
8 Forslag til videre forskning.....	59
9 Referanser	60
Vedlegg	65
Vedlegg 1 – Godkjenning fra forskningsavdelingen på SUS	65
Vedlegg 2 – Godkjenning fra NSD	66
Vedlegg 3 – Samtykkeskjema ansatte	68
Vedlegg 4 – Samtykkeskjema leder	71
Vedlegg 5 – Intervjuguide ansatte.....	74
Vedlegg 6 – Informasjonsskriv deltakere.....	77
Vedlegg 7 – Intervjuguide leder.....	78

Figurliste

Figur 1 Implementeringsfaser.....	5
Figur 2 Implementeringsdrivere Base et.al. (2012).....	9
Figur 3 Den kognitive belastningen.	14
Figur 4 De syv simuleringsmodulene.....	17
Figur 5 Simuleringsvirkelighet (P. Dieckmann, 2009)	19
Figur 6 Fiksjonskontrakten (Watterson, 2002).....	21
Figur 7 Ebbinghaus´ glemselskurve med/uten repetisjon.....	22
Figur 8 Kodingskjema	30
Figur 9 Kodings og kategoriskjema	30

Tabelloversikt

Tabell 1 Oversikt over informanter i studien	26
--	----

Vedleggsliste

Vedlegg 1 – Godkjenning fra forskningsavdelingen på SUS	65
Vedlegg 2 – Godkjenning fra NSD.....	66
Vedlegg 3 – Samtykkeskjema ansatte	68

Vedlegg 4	– Samtykkeskjema leder.....	71
Vedlegg 5	– Intervjuguide ansatte	74
Vedlegg 6	– Informasjonsskriv deltakere	77
Vedlegg 7	– Intervjuguide leder	78

1 Innledning

Du befinner deg i en sykeseng. Plutselig kjenner du at det strammer til rundt brystkassen som et belte. Det blir tyngre å puste samtidig som det melder seg en strålende smerte ut fra brystet og ned i venstre arm. Du trykker på den røde knappen du har i hånden. Denne har du blitt instruert i å bruke dersom du behøver hjelp. Deretter blir alt svart. Ditt liv er lagt i hendene på helsepersonellet som ankommer. Deres kompetanse er avgjørende for ditt liv.

Når sykehuset skal implementere en innovasjon er pasientene avhengige av at bruken fungerer optimalt. Dette gjelder uavhengig av om innovasjonen er et nytt skåringsverktøy, arbeidsmetodikk eller journalsystem. For at innovasjonen skal fungerer optimalt må de ansatte ha forståelse for hvorfor de skal endre det som allerede er etablert og ha forutsetninger for å kunne ta i bruk det som er nytt. Implementering handler om å få mennesker til å gjøre ting annerledes. For å oppnå endring kreves det at en må tilegne seg ny kunnskap, for så å bygge på den kompetansen man allerede besitter. Den første kunnskapen helsepersonell tilegner seg innenfor sitt fagfelt er under utdanningen og her blir metoden simulering hyppig brukt. Simulering skal gi muligheter til å lære i trygge omgivelser hvor konsekvensene av å gjøre en feil ikke er til stede. Metoden brukes ikke bare i utdanningsøyemed, men også for å øke kompetansen og ferdighetene hos ansatte ved helseinstitusjoner.

Vi har begge gjennom flere år i helsevesenet tatt del i simuleringsbasert læring, både i studiet og arbeidslivet. Det er en godt anerkjent metode for læring i norsk helsevesen og er en del av helse og sykehusplanen for 2020-2023 (Helsedirektoratet, 2020). Simulering er ofte brukt for å sikre at helsepersonell har ferdigheter til å mestre krevende og kompliserte behandlingsforløp. Metoden kan også anvendes for å implementere innovasjoner i organisasjoner, og det er denne bruken av simulering som har fanget vår interesse. Verden er i stadig forandring og vi er på vei inn i en ny industriell revolusjon hvor utviklingen vil forandre mange av de kjente oppgavene og funksjonene vi kjenner i dag. Organisasjonens kapasitet til å innta stadig flere innovasjoner er derfor avgjørende for å henge i takt med samfunnets forventninger og krav. Vi ønsker med bakgrunn i dette å bidra til å øke implementeringskapasiteten og robustheten til organisasjoner. Ved forske på hvilke faktorer som skaper suksess i læring ved bruk av simulering kan vi bidra med å forebygge fremtidige barrierer. Vi ser at det er gjort lite forskning på dette området og kan med vår forskning bidra til kunnskap til aktører som skal i gang med en endringsprosess.

1.1 Aktualisering

Pasientskader rammer både pasient, pårørende og involvert helsepersonell. Skadeomfanget vil variere fra psykisk belastning til fysisk begrensning, og kan i verste fall føre til tap av liv. En annen konsekvens av pasientskader er høye samfunnskostnader. Feilbehandlinger var i 2019 bakgrunnen for at det ble utbetalt 1074 millioner kroner i erstatning til pasienter og pårørende. Dette er det høyeste årlige beløpet som har blitt utbetalt i Norges historie og viser en økning på seks prosent siden 2018 (Norsk Pasientskadeerstatning, 2020).

På bakgrunn av det store omfanget pasientskader har helsedirektoratet iverksatt et pasientsikkerhetsprogram. *I trygge hender 24-7* er et forebyggende tiltak som representerer flere innsatsområder som skal redusere antall pasientskader og alvorlighetsgraden av disse (Helsedirektoratet, 2020). Det området vi skal ha fokus på i denne oppgaven er *tidlig oppdagelse av forverret tilstand*, som blant annet har som mål å implementere et scoringsverktøy som skal være en ressurs for helsepersonell i hverdagen. Verktøyet systematiserer vitale målinger for å synliggjøre om pasientens kliniske tilstand blir forverret. Tidlig oppdagelse av forverring i pasientens kliniske tilstand er avgjørende for raskt å kunne igangsette behandling og dermed redusere forekomsten av uønskede hendelser (helsedirektoratet, 2020). Verktøyet bidrar til å kvalitetssikre beslutningene som tas på vegne av pasienten og baserer seg på konkrete målinger i stedet for den enkelte ansattes kliniske blikk.

Tidlig oppdagelse av forverret tilstand er et av tiltakene som iverksettes for å nå målet om å redusere antall pasientskader i norsk helsevesen. Konkret innebærer dette at sykehuset må implementere og kvalitetssikre at alle avdelinger/ansatte handler på følgende måte:

Bruk validert verktøy for observasjon, skåring og respons

Tilkall kvalifisert hjelp ved forverret tilstand

National Early Warning Score (NEWS) er et *validert verktøy for observasjon, skåring og respons* og skal bidra til at det etableres gode rutiner for overvåkning av vitale parameter. Disse omfatter både respirasjonsfrekvens, oksygensaturasjon, blodtrykk, puls, bevissthetsnivå og temperatur. Verktøyet bidrar til å standardisere observasjonene. Det gjør det lettere å kartlegge og følge opp pasientens kliniske utvikling og tilstand. Hvert vitale parameter får tildelt en score ut ifra hva målingen viser, og alle parameterne utgjør til slutt en samlet score. Dette tallet blir satt inn i en farget rute som følger trafikklyssystemet, hvor grønn score er innenfor akseptabelt

nivå, oransje er faresone og rødt er kritisk. Fargen som scores i NEWS-skjema utløser forhåndsdefinerte tiltak og en anbefaling om observasjonsfrekvens.

Tilkall kvalifisert hjelp ved forverret tilstand er et annet tiltak i pasientsikkerhetsprogrammet, som er etablert for at de ansatte skal kunne ta i bruk et utrykningsteam. På sykehuset hvor forskningen vår foregår blir utrykningsteamet kalt Mobilt Intensivt Team (MIT). Teamet består av en lege og en intensivsykepleier. MIT er tilgjengelig hele døgnet. NEWS-scoren forhåndsdefinerer når MIT-teamet skal tilkalles.

Videre i oppgaven utforsker vi hvordan to sykehusavdelinger arbeider med å implementere *tidlig oppdagelse av forverret tilstand* ved å ta i bruk simulering. For å konkretisere funnene våre, har vi valgt å se på hvordan simulering påvirker den enkelte deltakers evne til å lære samt hvilke faktorer som hemmer eller fremmer læring i implementeringsprosessen. For å kunne besvare disse spørsmålene har vi tatt utgangspunkt i teori om implementering, læring og simulering. Bakgrunnen for prosjektet var at MIT-komiteen ønsket å forbedre kunnskapen om og kvalitetssikre bruken av NEWS-scoringsverktøy og MIT-teamet. Videre i oppgaven vil pilotprosjektet omtales som MIT/NEWS.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan simulering anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess?

1.2.1 Avgrensning av problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan anvendelsen av metoden simulering kan påvirke den læringen som skjer i en implementeringsprosess. Vi ønsker å utforske hvilke faktorer ved simulering som hemmer og/eller stimulerer læringsprosessen hos den enkelte samt få innsikt i ansattes erfaringer med simuleringsbasert læring under implementeringsprosesser av innovative verktøy. Videre ønsker vi å se på hvilke organisatoriske forhold som må ligge til rette for at deltakerne skal ha et godt læringsmiljø i en implementeringsprosess

1.3 Leserveiledning

Delen du nå har vært gjennom skal nå ha gitt deg et klart innblikk i hva oppgaven skal handle om og hvorfor vi har valgt å skrive om denne tematikken. **Introduksjonsdelen** belyser hvordan tema er forankret i nasjonale målsettinger, noe som bidrar til å underbygge hvorfor det er viktig å finne svar på det spørsmålet vi stiller. Vi har i tillegg forsøkt å gi et inntrykk av at tematikken

er noe som kunne berørt hvem som helst av oss. Dette har vi gjort ved å billedliggjøre en fiktiv pasientopplevelse på sykehuset.

Videre kommer **teorigrunnlaget** som etter vår oppfatning inneholder relevante teoribidrag til tematikken vi skriver om i denne oppgaven. Vi har delt teoridelen inn i tre ulike tema; implementeringsteori, læringsteori og simuleringsteori. Videre kommer et kapittel hvor vi presenterer tre forskningsspørsmål. Disse utarbeidet vi etter at arbeidet med teoridelen var ferdigstilt, noe som forklarer hvorfor de er plassert som en avslutning på teorikapittelet.

Metodedelen er det neste innslaget i hoveddelen og representerer våre refleksjoner og hvilke etiske avveininger vi har gjort gjennom arbeidet med oppgaven. Vi har gjennom hele prosessen lagt vekt på redegjøre for de valgene vi har tatt, i hvilken rekkefølge ting har blitt utført og hvilke styrker eller begrensninger vi opplever at oppgaven har. Metodedelen representerer helheten i vår forskningsprosess.

De empiriske funnene våre presenteres i **resultatdelen** i form av sitater fra informantene, beskrivelser av funn og redegjørelse av observasjonene fra to simuleringssituasjoner.

Diskusjonsdelen knytter de empiriske funnene opp mot teorigrunnlaget vi har presentert tidligere i oppgaven. Vi har valgt å drøfte det teoretiske rammeverket og empirien ved å svare på tre forskningsspørsmål. Disse blir presentert innledningsvis, for å skape en rød tråd gjennom teksten fra begynnelse til slutt.

Oppgavens siste del er **konklusjonsdelen**. Her svarer vi på problemstillingen og beskriver hvilke aspekter ved metoden simulering som skaper læring hos deltakerne i en implementeringsprosess og hvordan simulering kan anvendes for å få fremme læring. Konklusjonsdelen inneholder **implikasjoner til ledere** på hvordan de kan arbeide med simulering og hvorfor det kan være gunstig å ta i bruk metoden i en implementeringsprosess. Avslutningsvis kommer vi med **forslag til videre forskning** på temaet.

2 Teori

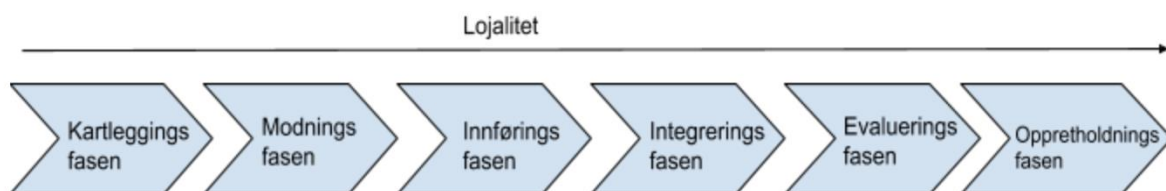
I denne delen presenterer vi temaene implementering, læring og simulering. Det finnes et bredt spekter av teorier om hvert av disse emnene. Det som presenteres videre i oppgaven er valgt ut med bakgrunn i relevans til å løse problemstillingen vi presenterer innledningsvis.

2.1 Implementering

“... å omsette noe til praksis” er et sentralt element ved intervensjon og implementering. Når det gjelder implementering og intervensjon kan en kort skille dem ved å si at intervensjon handler om “hva” som skal omsettes, mens implementering handler om “hvordan” det skal gjøres. Vi skal i vår oppgave fokusere på hvordan. Implementering kan dreie seg om enkle, konkrete endringer, eller om noe mer abstrakt og teoretisk (Roland, 2017). I denne oppgaven dreier det seg om implementeringen av et verktøy som har et klart rammeverk og forhåndsbestemte tiltak. Dette fører til at implementeringen utspiller seg som en konkret endring. I implementeringsteorien bruker vi caset vi har studert for å belyse hva som er relevant i de ulike implementeringsfasene og i kapittelet om implementeringsdrivere.

2.1.1 Implementeringsfaser

Roland (2017) presenterer i kapittelet om implementering at prosessen kan deles inn i ulike faser. Dette baserer de på et variert utvalg av forskningsartikler, men spesielt med bakgrunn i Fixen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace (2005) sine 6 implementeringsfaser. Disse velger Roland (2017) å navngi som fase 1 til 6. Vi har valgt å dele dem inn under det vi anser som mer beskrivende navn for hver fase.



Figur 1 Implementeringsfaser

Hver fase representerer viktige faktorer for å komme videre med implementeringen og de skal bidra til enklere å kunne orientere seg i denne komplekse prosessen. I tillegg må lojalitet ligge på toppen av det hele og gjennomsyre alle ledd, uavhengig av hvilken fase en befinner seg i.

Lojalitet i denne sammenheng betyr i hvilken grad endringen inneholder komponentene som blir nevnt i de seks implementeringsfasene og i hvilken grad lederen velger å følge implementeringsplanen (Roland, 2017). Det vil si om lederen bruker nok tid og ressurser i hver fase uten å ta snarveier, da dette på lang sikt kan medføre et lengre løp. Fravær av lojalitet i implementeringsprosessen vil kunne vise seg på ulike måter. Et vanlig tilfelle er manglende forståelse og aksept for den pågående endringen hos de ansatte. Opphavet til dette kan ha bakgrunn i en mangelfull kartleggingsfase. Behovet for endring har da ikke blitt kartlagt på en grundig nok måte og det kan hende at oppfatningen av hvilke endringer som er nødvendige er sprikende hos de ansatte og ledelsen. Dette kan medføre barrierer i resten av prosessen på grunn av manglende lojalitet til de ulike komponentene. Dette kan utspille seg for eksempel ved at de ansatte på en sykehusavdeling opplever simulering av MIT/NEWS som en tidstyv eller en “ferdighetstest”. I slike tilfeller har ikke de ansatte fått god nok informasjon til å opparbeide seg en forståelse for at simulering brukes som et verktøy for å bedre kvaliteten og pasientsikkerhet.

For å velge den endringen som passer best med de eksisterende behovene i organisasjonen blir det i kartleggingsfasen anbefalt å utforske flere alternativer. Det er viktig å inkludere de ansatte i kartleggingen for å få kjennskap til alle aspekter av problemet og et nyansert bilde av behovet. Det vil medføre barrierer senere i forløpet om en velger snarveier i kartleggingsfasen (Roland, 2017). Det kan ha stor innvirkning på om endringsprosessen blir suksessfull om en tar noen ekstra runder med refleksjon over hva som faktisk er behovet i organisasjonen. Hvis ikke de ansatte blir inkludert fra starten vil det skape skjevhet i modning for endring, som er neste fase.

Neste fase er *organisasjonens modning for endring*. Det handler om å forstå hva endringen er, hvorfor den må skje og hvilken innvirkning den vil ha på organisasjonen (Klein & Knight, 2005). For å få de ansatte med på endringen må lederen stadfeste et behov for endring, skriver Kotter (1995). Han presiserer at det er en utfordrende oppgave og at det kan kreve stor innsats for å få de ansatte ut av gamle mønster. I denne fasen er ressurser en viktig faktor som for eksempel kommunikasjonsavdeling, økonomi, fasilitator, fagutviklere ol. I tillegg må det sikres at det blir avsatt tilstrekkelig med tid til å jobbe kollektivt med innholdet i endringen (Roland, 2017). Det kan være en fordel å fokusere på å få de uformelle lederne i avdelingen med på endringen (Botten, Frick, Hagen, Iversen & Nordby, 2014). De uformelle lederne er “valgt av folket” og har et unikt mandat. De kan ha stor innflytelse på de andre ansatte. Leder bør ha god kjennskap til sine ansatte for å ha innsikt i hvilke ansatte som har evnen til å bære denne rollen. Avdelingsleder har mulighet til å engasjere disse nøkkelpersonene ved å tilby dem rollen som

fasilitator. På denne måten vil leder sikre at de ansatte som har stor innflytelse på avdelingen sprer et positivt budskap om prosjektet.

I innføringsfasen skal en starte med å endre og/eller innføre nye ferdigheter. I denne fasen brukes simulering som en metode for at de ansatte skal få teste ut hvordan en gitt situasjon utspiller seg ved bruk av det nye verktøyet MIT/NEWS. Mange ansatte ser på endring som en forstyrrelse av deres daglige gjøremål og det er derfor viktig å formidle at det er greit med noe nedsatt produksjon i en periode. Nedsatt produksjon på en sykehusavdeling kan være vanskelig å tilrettelegge for, da pasienttilstrømmingen ikke kan styres eller koordineres på bakgrunn av om det er simulering man skal simulere eller ikke. Det er derfor viktig å ha fokus på hvordan en praktisk kan tilrettelegge for en hensiktsmessig innføring av simulering på avdelingen. Spesielt med tanke på logistikk og koordinering av ansatte den timen treningen pågår. Leder og fasilitator bør ta høyde for at simulering kan bli oppfattet som en tidstyv, da det utføres parallelt med den daglige driften. For at de ansatte skal være til stede i situasjonen og senke skuldrene er det derfor viktig med god tilrettelegging og organisering i forkant. Dette kan bidra til å endre holdningen fra at simulering stjeler tid og ressurser bort fra pasientene, til at treningen har tilført pasientbehandlingen kvalitet og de ansatte trygghet i anvendelsen av MIT/NEWS. Flere endringsforsøk stopper opp i innføringsfasen, noe som kan skyldes svak forankring og at prosjektet ikke samsvarer med behovet i organisasjonen (Roland, 2017). I integreringsfasen har den nye endringen i større grad blitt integrert i arbeidshverdagen over en periode med øving og læring (Roland, 2017). De ansatte har nå en forståelse av at ved å fortsette å trene på MIT/NEWS vil møte behovet som er kartlagt i starten av prosessen. For å gi motivasjon til å integrere innovasjonen i enda større grad kan ledelsen bruke faktorer som markeringer og oppmuntringer (Klein & Sorra, 1996). Ved kontinuerlig fokus og oppmuntring over tid vil dette bli den aksepterte praksisen og en del av organisasjonen (Roland, 2017).

I evalueringsfasen er innovasjonen implementert, og en er interessert i å kartlegge hvilke resultater endringen har medført. Tidspunktet for målingen kan være avgjørende for hvilke resultater som blir kartlagt. Ved å se på endring som et virus kan en få en økt forståelse for hvorfor tidspunktet er av betydning. Et virus kan ha lang inkubasjonstid før resultatet viser seg, på samme måte som en endringsprosess (Røvik, 1998). Det er derfor hensiktsmessig å ha flere ulike tidspunkter for effektmålinger. Når noe i organisasjonen er endret kan det være at de ansatte har funnet nye og bedre metoder. Det er derfor viktig at resultatet påvirker endringsprosjektet i neste omgang. Dette kan bidra til nye og forbedrede modeller og teorier.

I den siste fasen er fokuset å holde endringen aktiv selv etter at prosessen er over. I opprettholdningsfasen vil endringen stadig skifte kontekst som et resultat av samfunnets ytre påvirkning. Corona-pandemien er et eksempel på hvordan det ytre samfunnet kan påvirke endringen ved at fokuset endres og ressurser blir omdisponert. For å opprettholde endringen må det utarbeides en plan på hvordan nyansatte skal læres opp i innholdet som har blitt implementert (Roland, 2017). For eksempel kan det være aktuelt å bruke simulering for å lære opp nyansatte i bruken av MIT/NEWS. Dette vil bidra inn i arbeidet med å tilrettelegge for langsiktige prosesser, som gir varige resultater (Klein & Knight, 2005).

2.1.2 Fra faktisk til ønsket tilstand

I implementeringsprosessen vil simulering kunne brukes til innføring i bruk av nye innovasjoner og i det videre løp opprettholde implementerte rutiner i avdelingen.

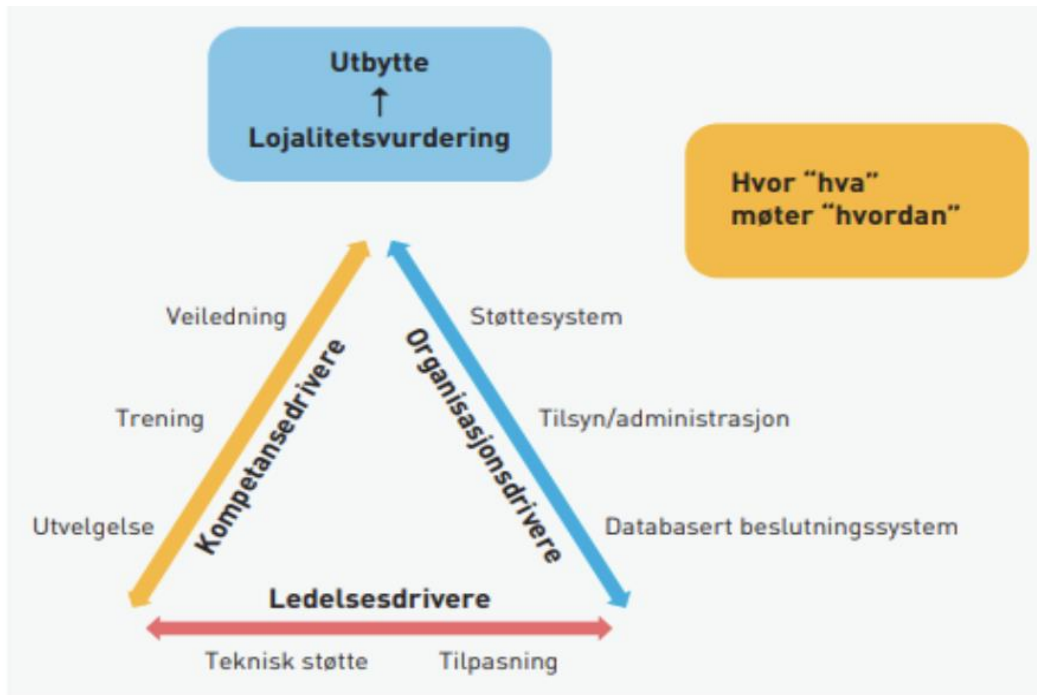
Implementeringskvalitet beskriver gapet mellom det som er planlagt i en endring og det som faktisk er gjennomført (Roland, 2017). Jo mindre gap, desto bedre kvalitet. Ledere kan sikre en høy implementeringskvalitet ved å bruke nok tid og og være lojal mot de ulike fasene i implementeringsprosessen. Det er utarbeidet en modell som skal hjelpe ledere med implementeringsprosessen uavhengig hvilken fase de befinner seg i og øke kvaliteten på implementeringen. Verktøyet kalles implementeringsdrivere og vil utdypes nærmere i neste kapittel.

2.1.3 Implementeringsdrivere

Modellen *implementeringsdrivere* ble utviklet av Base, Dyke, Fixen & Bailay (2012) og inneholder en oversikt over hvilke prosesser som er viktige bidragsyttere for å oppnå høy implementeringskvalitet. Implementeringsdriverne kan sees på som et støttesystem til selve implementeringen. Uten et godt støttesystem er det vanskelig å oppnå høy kvalitet på implementeringen. For å lettere overvinne barrierer i implementeringsprosessen bør ledere ha kunnskap om hvilke drivere som er nødvendige i de ulike fasene. Driverne må sees i sammenheng med hverandre, men svakhet i en driver kan kompenseres med styrke i en annen (Roland, 2017).

Implementeringsdriverne er inndelt i tre hovedgrupper:

- Ledelse
- Organisasjon
- Kompetanse



Figur 2 Implementeringsdriverne Base et.al. (2012)

Ledelsesdriverne består av underpunktene teknisk støtte og tilpasning. Lederens støtte blir sett på som en viktig faktor for å lykkes med implementering. Det innebærer spesielt lederens evner til å tilpasse omstendighetene og organisere det slik at friksjonspunkter blir lettere. Den tekniske støtten omhandler beslutningstaking og gjelder spesielt i situasjoner som krever at det blir fattet en beslutning. Ved implementering av MIT/NEWS krever innovasjonen tett samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. De ansatte må lære seg å samhandle bedre når de jobber i team. Sharma og Yetton (2003) sine funn viser at jo mer samarbeid mellom ansatte en innovasjon krever desto sterkere er sammenhengen mellom lederstøtte og implementeringssuksess. Det er viktig å ha en leder som støtter prosessen fra begynnelse til slutt ved å være tro til visjonen, vise lojalitet til implementeringsfasene og ta innspill fra de ansatte til etterretning.

Organisasjonsdriverne har underpunktene databasert beslutningssystem, administrativt tilsyn og støttesystem. Databasert beslutningssystem kan på mange måter sees som en evaluering av implementeringen (Roland, 2017). Lojaliteten til systemet kan bli kartlagt ved å se på hvordan

de ansatte håndterer implementeringsprosessen eller ved å gjennomgå brukerdata. Her kan en på sett og vis ta temperaturen på prosessen for å få innsikt i hvordan tilstanden er per nå. Ved bruk av simulering vil en kunne få et innsyn i hvordan de ansatte omtaler verktøyet MIT/NEWS og hvilken oppfatning de har relatert til bruken av dette.

Simulering er et ressurskrevende verktøy og det er viktig at ledelsen har tatt høyde for det økonomiske aspektet i forkant av implementeringen. Tilrettelegging av tilstrekkelig med ressurser inngår under administrativt tilsyn og det krever at ledelsen har kontroll på kost/nytteverdi under hele implementeringsprosessen. Støttesystemer inngår også i organisasjonsdrivere og handler om å påvirke på et politisk nivå som omhandler lover og regulering, tilskuddsordninger og ressurser (Roland, 2017).

Kompetansedriverne inneholder utvelgelse, trening og veiledning. Utvelgelse i denne sammenheng handler om hvem som skal gjennomføre endringsprosessen og hvem som rekrutteres. *Tidlig oppdagelse av forverret tilstand* (NEWS) og *tilkall kvalifisert hjelp ved forverret tilstand* (MIT) ble igangsatt av helsedirektoratet som et tiltak for å øke pasientsikkerheten. På øverste hold sto sykehuset sto fritt til selv å velge ut hvordan de skulle gå frem med å implementere MIT/NEWS. I andre rekke sto MIT/NEWS komiteen fritt til å velge hvilke avdelinger som skulle pilotere prosjektet og deretter kunne avdelingsleder velge hvem som skulle involveres i prosjektgruppen og få rollen som fasilitator.

Kompetanse driver implementering, og simulering er et verktøy for å heve kompetanse. Simuleringsbasert læring inngår som en sentral del i trening og veiledning. Joyce og Showers (2001) utførte en metaanalyse som viste at trening og veiledning har best effekt når de blir kombinert. Kvaliteten på treningen som er tilgjengelig under implementeringsprosessen vil være en innvirkende faktor for om resultatet blir vellykket eller ikke (Klein & Sorra, 1996).

Det er fasilitator som veileder refleksjonsdelen i simulering og dens kompetanse er dermed av stor betydning for hvor mye hver deltaker får ut av refleksjonsprosessen. Det er en krevende oppgave og for å bedre forutsetningene for å lykkes med veiledningen bør det tilrettelegges for at de som har rollen som fasilitator også kan få veiledning, gjerne gjennom et eget system (Roland, 2017).

2.1.4 Oppsummering

Når en skal ta i bruk en innovasjon ligger ikke utfordringen alene i kompleksiteten av endringen i seg selv, men kompleksiteten i det systemet den skal omsettes til (Bakke, 2013). Det er derfor

viktig at de som leder endringsprosessen har forståelse for kompleksiteten i implementeringsfasene og tar i bruk implementeringsdriverne som retningslinjer og ressurser i løpet av den tidkrevende og omfattende prosessen. En av de mest utfordrende og uforutsigbare faktorene en må ta høyde for i en implementeringsprosess er mennesker, *det ustabile leddet*. Det å få mennesker til å endre atferd er en spennende, men også krevende oppgave.

I forskningsverden er det flere veier til rom. Trening og veiledning er to komponenter som hyppig blir omtalt som suksessfaktorer når det gjelder å lykkes med endring av atferd (Roland, 2017, Dong, Neufeld & Higgins, 2008, Wadel, 2011). Læring er et fellestrekk for disse. Organisasjoners robusthet, endringskapasitet og kompetansebygging avhenger av hvordan organisasjonen mestrer å tilrettelegge for læring internt (Wadel, 2008). Utdanning og trening av personalet er nevnt som en av de viktigste suksessfaktorene for en vellykket implementering (Helsedirektoratet, 2018 og Klein & Knight, 2005). Dette bringer oss inn til neste kapittel som omhandler læring.

2.2 Sosiokulturell læringsteori

Læring er et omstridt begrep og det er stor uenighet om hva det er, hvordan det skjer og hvordan man kan fremme det på best mulig måte (Lyngsnes og Rismark, 2007). Innenfor læring snakker man om tre hovedperspektiver; behaviorisme, kognitivisme og sosiokulturell læringsteori. Behaviorisme er kjent som koblingen mellom årsak og effekt og vil i læringsteorien bli forbundet med ytre motivasjon, altså belønning eller straff (Dysthe, 2001). Kognitivisme tar utgangspunkt i at læring hos enkeltindividet skjer gjennom tolkning av den settingen den er en del av, basert på kunnskap personen allerede besitter. Individet vil tolke informasjonen ut fra egne kognitive skjemaer¹ og ut ifra dette plassere eller justere skjemaene slik at ny informasjon sammenfaller med den allerede eksisterende kunnskapen de besitter (Pritchard, 2009). Sosiokulturelle læringsteori er den siste av de tre hovedperspektivene. Denne læringsteorien bygger på at læring skjer gjennom kommunikasjon og sosial deltakelse i praksis. Vi skal i denne oppgaven fokusere på den sistnevnte.

Den sosiokulturelle læringsteorien har hovedsakelig opphav i teorier og forsøk utført av den russiske psykologen Lev Vygotskij. Læringen vektlegger de sosiale rammene rundt menneskers handlinger og skjer gjennom bruk av språk, hvor man ved hjelp av artefakter kan stimulere til

¹ Det kognitive skjema refererer til en persons ubevisste tankemønster (kultur, antagelser og tankebilder) som er med på å forme personens handlinger.

tilegnelse av kunnskap, kultur og sosialisering (Lyngnes og Rismark, 2007). Metoden simulering tilrettelegger for læring ved hjelp av interaksjon mellom mennesker i organiserte aktiviteter, hvor de sammen reflekterer over handlinger, kommunikasjon og samspill i etterkant av et konstruert scenario. Vi oppfatter at metoden har bakgrunn i sosiokulturell læringsteori fordi verktøyet brukes til å fremme et sosialt samspill hvor deltakerne skal utvikle kunnskaper, ideer, holdninger og verdier i interaksjon med andre (Imsen, 2005, Lyngnes og Rismark, 2007).

2.2.1 Suksessfaktorer for læring

Læring er en potensiell endring i atferd som følge av opplevelser (Svartdal, 2018). Denne definisjonen fastslår at atferd er avhengig av hvilke konsekvenser (erfaringer) som oppstår som en følge av en handling (Sandaker, Andersen og Ree, 2014). Vi har gjennom litteratursøk kartlagt tre suksessfaktorer for at læring skal bli omdannet til endring av atferd.

For å ha en høy læringsstamina kreves det en god læringskultur. Organisasjoner som aktivt arbeider med å tilrettelegge for en læringskultur hvor kunnskapen flyter mellom kollegaer, blir beskrevet som lærende organisasjoner. Dette begrepet reflekterer en organisasjon med høy endringskapasitet som er dyktig på å skape, tilegne seg og overføre kunnskap samt endre sin atferd for å gjenspeile ny kunnskap (Glavin, 2016). Disse faktorene er i dag kritiske for at organisasjonen skal være robust nok til å imøtekomme forventningene og kravene fra samfunnet, som endrer seg i et svært høyt tempo.

For å tilrettelegge for flytende kunnskap er kommunikasjon og felles aktiviteter viktige faktorer som har sterk innvirkning på den *interpersonlige læringen*. For at kommunikasjonen skal fungere optimalt bør det foreligge et felles språk. Å utvikle et felles språk innebærer at en utvikler en felles språklig forståelse (Thomas & McDonagh, 2013). Interpersonlig er en gjensidig læringsrelasjon mellom kollegaer, hvor det oppstår en tilstand av *flytende kunnskap* mellom de ansatte. De deler og mottar kunnskap i en dynamisk relasjon til hverandre (Wadel, 2008). Kunnskap skjer gjennom alle de ulike relasjonene menneske er en del av, læring er med andre ord en sosial konstruksjon.

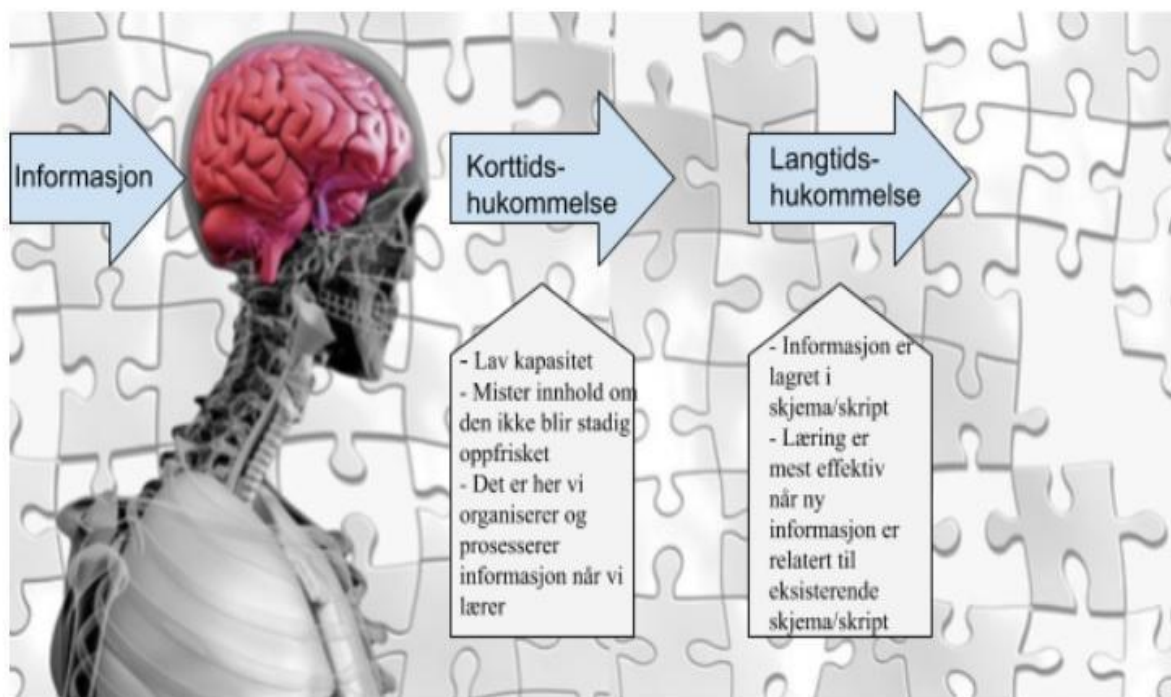
En gjentakende karakteristikk hos de ansatte i en lærende organisasjon er holdningen om at kunnskap deles. Det lønner seg verken for individet eller for fellesskapet å holde kunnskap og nye oppdagelser for seg selv (Wadel, 2008 og Dahlin, 1999). For at de ansatte skal arbeide aktivt med en positiv læringskultur, må de se gevinsten i å spille hverandre gode. Først når de

forstår det helhetlige bildet og deler samme visjon vil utviklingen i organisasjonen nå nye høyder (Senge, 2006). Med utgangspunkt i dette blir det i litteraturen anbefalt at ledelsen skal tilrettelegge for at de ansatte skal trene i team, fordi man trenger trening i å lære og handle som et fellesskap (Senge, 1999). Simulering er en metode som ivaretar dette hensynet fordi deltakerne arbeider med relevante case i tverrfaglig team. Da scenarioene er virkelighetsnære til arbeidshverdagen, gjør det at deltakerne kan ta med seg konkrete erfaringer fra simulering inn i eget arbeid.

Psykologisk trygghet kjennetegnes av at det foreligger et klima i organisasjonen hvor mennesker er komfortable med å dele bekymringer og feil, uten frykt for å bli ydmyket, avvist eller straffet (Baer & Frese, 2003). Tryggheten er spesielt viktig i en innovasjonsprosess, da det i en slik prosess er stor sannsynlighet for å gjøre feilsteg. Opplever ansatte støtte og trygt miljø, vil den ansatte i mindre grad bli påvirket av frykten for å gjøre feil (Klein & Knight, 2005). Baer og Frese skriver at denne tryggheten gjør det lettere for de ansatte å foreslå forbedringer eller endringer de mener er positive for organisasjonen.

I den moderne organisasjon blir forbedringsforslagene meldt i et avviks- eller meldesystem, som fungerer som et kvalitetssikringsverktøy de fleste bedrifter er lovpålagt å ha tilgjengelig for alle ansatte. Edmondson (2019) studerte teamarbeid på sykehus og fant ut at de best fungerende teamene var de som rapporterte flest avvik. Et åpent miljø, hvor det er tillit mellom kollegaer og hvor det er rom for å stille kritiske spørsmål øker kvaliteten på arbeidet og tilrettelegger for et positivt læringsmiljø. Hvordan den ansatte blir møtt når han melder om mulige forbedringsområder vil avgjøre om en senere vil tørre å si ifra, da våre handlinger blir påvirket av tidligere erfaringer og reaksjoner fra andre mennesker. Hvis det ikke oppleves som trygt å dele meninger eller stille spørsmål blir disse holdt skjult i fare for å risikere negative reaksjoner. Slike handlingsmønstre kan føre til feilbehandlinger, ulykker og i verste fall katastrofer (Edmondson, 2019).

Kvalitet handler om mengden av tid, ressurser og tilrettelegging en organisasjon setter av til læring. Det er viktig at de ansatte får tilstrekkelig med tid og repetisjon til å kunne oppnå en forståelse for den informasjonen som blir formidlet. Når en først mottar informasjon, må den gjennom *den kognitive belastningen* for å kunne trekke ut lærdom. Den kognitive belastningen refererer til den totale mengden av mental aktivitet som korttidshukommelsen kan håndtere innenfor et visst tidspunkt. Dette er viktig å ha med seg for alle som har ansvar for å tilrettelegge for læring om en skal greie å gjøre formidling om til forståelse, og teori om til praksis.



Figur 3 Den kognitive belastningen.

Figuren er laget av Sigrid Steinnes & Karoline Mogleiv (2020), med inspirasjon hentet fra Fambu, Jansen og Glover (2016)

Figuren viser hvordan vi omdanner informasjon over i korttidshukommelsen og videre over i langtidshukommelsen. Korttidshukommelsen har lav kapasitet og mister innhold raskt om det ikke blir oppfrisket. Deltakerne som er med i en simuleringssituasjon vil ha et eksisterende kognitivt skjema, da fasilitator tilrettelegger for at casene som gjennomføres er relevant for deres fagområde. I flere sammenhenger vil deltakerne motta opplysninger om caset i forkant, som er med på å styrke informasjonsoverføringen. Det er først når informasjonen blir overført til et nytt eller allerede eksisterende kognitivt skjema den blir lagret i langtidshukommelsen. Med bakgrunn i denne kunnskapen er det lettere å forstå hvorfor tidsperspektivet er vesentlig moment for å lykkes med læring.

Organisasjoner som tilrettelegger for kunnskapsoverføring, vil i større grad komme i kontakt med de grunnleggende antagelsene som representerer “kulturen som sitter i veggene”. En stor del av den personlige kunnskapen er ikke bevisst og eksplisitt, men implisitt og utfordrende å formidle til andre. Det er viktig at organisasjonen er oppmerksom på dette, den tause kunnskapen som legger grunnlag for mange av de beslutningene som tas i løpet av arbeidsdagen. Dette gjelder også for læring, som ofte skjer i det ubevisste og man er derfor ikke

bevisst på hva en har lært eller hva man kan. Det betyr ikke at man ikke evner å anvende det man har lært, men at det først vil vise seg gjennom anvendelse og deretter kan den nye kunnskapen bli språkliggjort. For å videreformidle denne implisitte kunnskapen eller undersøke de grunnleggende antakelsene kan observasjon og imitering av andres atferd, samt trening over tid bidra til utvikling og deling av kunnskapen (Lai, 2004). Ansatte vil hele tiden bli påvirket av disse normene og verdiene, det er derfor anbefalt å undersøke hvordan dette påvirker organisasjonen (Senge, 1999). Derfor er kvaliteten og mengden av opplæring som blir satt av til å lære de ansatte å forstå hvordan de skal bruke innovasjonen er vesentlig for å lykkes (Klein & Knight, 2005). Tilrettelegging av en slik type kunnskapsoverføring krever at organisasjonen er villig til å bruke en høyere del av sine ressurser på læring ved eksempelvis aktiv bruk av simulering.

2.2.2 Oppsummering

Suksessfaktorene for læring er med på å øke det positive forholdet mellom implementering og økonomiske resultater. Det er vist at spesielt psykologisk trygghet har en sterk korrelasjon til et vellykket resultat (Baer og Frese, 2003). Vi tolker dette som at de mange og vanskelige prosessene i en implementeringssituasjon vil bli gjennomarbeidet på en mer grundig og effektiv måte dersom deltakerne føler seg trygge på sine kollegaer, ledelsen og andre relevante aktører. Et godt læringsmiljø med høy kvalitet vil bidra til å lettere omdanne læring til endring av atferd.

“Utdanning handler ikke om å lære folk å vite hva de ikke vet: Det er å lære dem å oppføre seg slik de ikke oppfører seg.” (vår oversettelse) (Glavin, 2016, S. 2) Sitatet til John Ruskin som hentet fra Glavin treffer spikeren på hodet ut fra hva som er målet med læring i en implementeringsprosess. En vil se endring i atferd hos menneskene som er involvert i en implementering og dette vil skje i forkant av en suksessfull innføring av innovasjonen. Det handler om at individene skal lære seg ferdigheter og kunnskaper. Individuell læring garanterer ikke en lærende organisasjon, men uten individuell læring forekommer det ingen læring i virksomheten (Senge, 2006). Simuleringsbasert læring er en metodikk som skal hjelpe deltakerne med å reflektere over eget handlingsmønster og jobbe videre ut fra dette. En setter dermed eleven i sentrum og ikke læreren. Ved bruk av denne metodikken vil deltakerne ha større mulighet til å oppdage eget handlingsmønster og endre atferd der hvor det er hensiktsmessig. Simuleringsbasert læring vil bli nærmere beskrevet i det neste kapittelet.

2.3 Simuleringsbasert læring

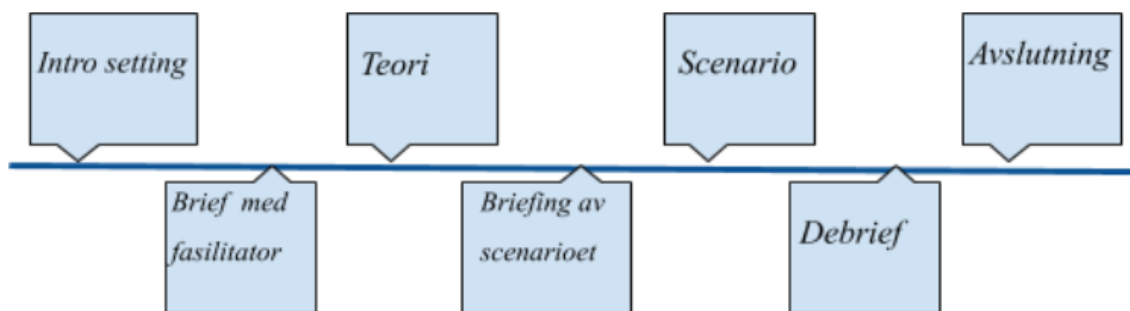
Opprinnelsen til simulering stammer fra ulike praksiser og metoder som er blandet sammen og formet til et mer håndfast og anvendelig verktøy. Metoden har gjennom de siste 10 årene blitt økende anerkjent og blir brukt som et verktøy for å styrke blant annet teamarbeid, klinisk kunnskap, ferdigheter, prosedyrer, kommunikasjon og å implementere nye innovasjoner. Simulering er spesielt hyppig brukt innen helsevesen, oljeindustri og militæret – der konsekvensene av menneskelige feil rammer hardest og kan ha alvorlige konsekvenser både for individet, nærmiljøet og samfunnet. Fellesnevneren for simulering, uavhengig av yrkesgrupper, er at metoden anvendes for å skape verdi i virksomheten (Dieckmann, 2009).

Simulering kan beskrives som et eget læringsmiljø, der deltakerne samhandler praktisk for å løse et forhåndsbestemt scenario. I løpet av treningen skal deltakeren analysere gjennomføringen ved hjelp av egne opplevelser og erfaringer til å vurdere hva som ble gjort på en god måte og hva som kunne blitt gjort annerledes (Dieckmann, 2009). Scenariobasert øvelser forsøker å gjenskape vesentlige aspekter av den virkelige verden. Simulering kan derfor forklares som en pedagogisk teknikk som erstatter eller forsterker virkelige opplevelser med veiledende opplevelser (Gaba, 2004). Svartdal (2018) sier at opplevelser kan bidra til en potensiell endring i atferd. Vi mennesker lærer gjennom opplevelser og hvilke erfaringer vi har av ulike reaksjon og konsekvens. Gjennom simulering kan en dermed bli med å skape opplevelser som erstatter eller forsterker virkelige opplevelser og i noen tilfeller fremkalle et mer hensiktsmessig handlingsmønster.

2.3.1 Simuleringssituasjon

Simuleringssituasjonen vil bestå av fasilitator og deltakere med en yrkesbakgrunn som er relevant for det scenarioet som skal spilles ut. En fasilitator er en instruktør som har trening og opplæring i hvordan han skal lede en simuleringssituasjon (Dieckmann, 2009).

Selve simuleringssituasjonen består av ulike moduler som henger tett sammen med hverandre. Det er ikke alltid man vil finne alle modulene i hver enkelt simuleringssituasjon, da det er en sosial praksis som formes etter deltakerne, fasilitator og situasjonen det utspiller seg i. De videre avsnittene beskriver syv moduler, som i stor grad er hentet fra Dieckmann (2009).



Figur 4 De syv simuleringssituasjonene

Som intro setting mottar deltakerne informasjon om selve simuleringssituasjonen og hva som er hensikten med å gjennomføre denne typen trening. Gjennomføring av intro setting vil variere ut fra om simuleringssituasjonen foregår på et simuleringssenter eller in situ. Ved det førstnevnte er vanlig praksis å ha et lengre tidsperspektiv og dermed legge mer tid på denne delen. In-situ derimot blir ofte intro settingen formidlet i starten av et simuleringssenter og ikke repetert før hver simuleringssituasjon.

Deltakerne skal i forkant av simuleringen delta på brief med fasilitator for å bli kjent med fasilitatoren, omgivelsene treningen skal utføres i og utstyret som skal brukes. Dette for å øke den psykologiske tryggheten hos deltakerne i gruppen. En brief med fasilitator skal skape bro mellom simulering og virkelighet. Ved å vise deltakerne utstyr og funksjoner vil det være lettere for deltakerne å leve seg inn i situasjonen. Ved at deltakerne fysisk får kjenne på utstyret vil det skape et inntrykk over hvordan en kan anvende og hente ut de nødvendige opplysningene fra det de har tilgjengelig. En slik tilrettelegging i forkant vil forebygge at simuleringen stopper opp fordi deltakerne ikke er kjent med utstyret.

Simuleringssituasjonen vil ha et tema som genererer en tilhørende teoridel som skal presenteres for deltakerne før de starter treningen. Det vil variere hva som er beste praksis for hvordan fasilitator formidler nødvendig informasjon om caset og hvilke læringsmål som er i fokus.

Under brief av scenarioet får deltakerne en innføring i hvordan konteksten vil utspille seg «her og nå». De får innføring i konteksten scenarioet utspiller seg i samt nødvendig informasjon om pasienten og andre faktorer som vil ha betydning for hvordan de velger å løse problemstillingen. Dette kan være informasjon som for eksempel pasientens anamnese, alder eller informasjon fra

pårørende. Deltakerne får avklart egen rolle og de andre deltakernes rolle før de starter. De vil også få en innføring i hvilke oppgaver og ansvarsområder som følger med egen og andres roller. Det er vanlig at det lages en taushetserklæring i forkant av simuleringen for å skape trygghet i situasjonen og for at deltakerne skal være sikre på at de forbedringspunktene som eventuelt blir kartlagt hos hver enkelt ikke blir videreformidlet til andre i avdelingen.

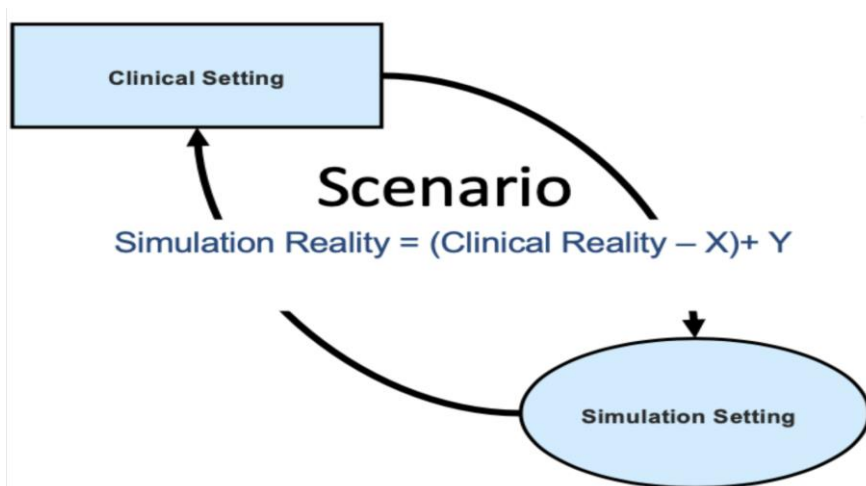
Scenarioet skal spilles ut så realistisk som mulig for at deltakerne skal få maksimalt utbytte av simuleringen. Det skal gi deltakerne den praktiske erfaringen de trenger for å kunne diskutere og analysere scenarioet i etterkant. Treningen skal ha en forhåndsbestemt tidsramme, foregå i et rom som er tilrettelagt for simulerings-situasjonen og deltakerne skal være aktive enten i scenarioet, som markør eller observatør.

Debrifingen tar form som en gruppediskusjon hvor deltakerne analyserer og diskuterer scenarioet de har vært en del av. Debrifingen skal skje så raskt som mulig etter endt simulering for at deltakerne skal ha situasjonen ferskt i minne. Det finnes ulike strukturer på hvordan fasilitator leder sin gruppe gjennom debrifingen og ulike verktøy som skal bistå fasilitator med arbeidet rundt læringsmålene. En metode som er mye brukt i er kronologisk rekonstruksjon av situasjonen, hvor deltakerne har en dialog rundt egne og andre deltakers handlinger, kommunikasjon, observasjoner og interesser.

I den avsluttende fasen oppsummerer fasilitator sammen med deltakerne hva de har lært gjennom hele simuleringssituasjonen. Til slutt vil hver enkelt motta et evalueringsskjema som skal brukes til å videreutvikle og optimalisere simuleringssituasjonen. Tilbakemeldingene kan bli brukt til å vise forbedringsområder, men også til å vise nytteverdien simulering gir både avdelingen og hver enkelt ansatt. Hvis nytteverdien blir tydeliggjort gjennom et evalueringsskjema kan dette være med å forsvare at metoden krever mye ressurser, både økonomisk og organisatorisk.

2.3.2 Simuleringsvirkelighet

Simuleringsvirkelighet er både en mulighet og en begrensning. Ved å være observant på dette kan en på best mulig måte utnytte og kompensere for styrker og svakheter. Peter Dieckmann beskriver simuleringsvirkelighet med følgende formel: $\text{simuleringsvirkelighet} = (\text{klinisk virkelighet} - X) + Y$.



Figur 5 Simuleringsvirkelighet (P. Dieckmann, 2009)

Modellen til Dieckmann illustrerer hvordan simulert virkelighet frembringer både pluser og minuser. Simulert virkelighet er klinisk virkelighet minus X. X illustrerer flere ting som ikke er mulig å gjenskape i en simulering. For eksempel er tidsperspektivet urealistisk i en simulering. Et vanlig scenario i en simulering varer i omtrent 10 minutter, men denne tidsbruken står ikke realistisk i stil til tidsvinduet fra et hjertestans inntreffer til pasienten gjenoppretter normal hjerteraktivitet. En komprimerer tiden, som gjør at en må trekke fra en X-faktor. Et annet eksempel på en urealistisk handling er å forsøke å prate med en dukke for å sjekke tegn til liv. På den andre siden har vi med plussfaktoren en simuleringsvirkelighet tilbyr, den såkalte Y-faktoren. Y-faktoren gir oss muligheter som ikke eksisterer i den virkelige kliniske settingen. En kan i en simulering ta en “timeout” for å avklare noe en lurte på eller for å få veiledning i en situasjon en finner håpløs. Et annet eksempel på Y-faktoren er at en kan kjøre scenarioet en gang til etter en har gjennomgått debrief og det har kommet frem forbedringsområder, en får med andre ord et nytt forsøk.

Ved å ta et siste blick på figur 5, ser en at et scenario er med på å påvirke simulerings settingen og den kliniske settingen. Dette kan forklares i at en ofte tar utgangspunkt i en virkelig hendelse og lager det om til et scenario en skal simulere. Den kliniske virkeligheten blir gjenspeilet i simuleringssettingen. På samme måte vil praksisen som kommer frem gjennom simulering bidra til å påvirke den kliniske virkeligheten når deltakerne kommer tilbake fra en simulering.

De presenterte elementene er med på å øke læringsutbytte ved å maksimere mulighetene ved simuleringsvirkeligheten, men som tidligere nevnt er simulering en sosial praksis som formes av omgivelsene og menneskene som er involvert. Det er derfor ikke mulig å ha en konkret

oppskrift som skal følges, men kun veiledende elementer som hver enkelt må vurdere ut fra miljø og mennesker.

Det er fire sentrale elementer en bør ta hensyn til som inngår i x og y faktorene, som også påvirker læringsutbytte i en simuleringstrening:

- Realisme
- Relevans
- Repetisjon
- Refleksjon

Realisme viser til i hvilken grad simuleringen gjensker den virkelige hendelsen og/eller arbeidsplassen er avhengig av fysiske, psykologiske og miljømessige elementer (Meakim et al, 2013). Det er ulike måter å tilstrebe virkelighetstro simulering. De miljømessige elementene blir ofte relatert til hvor simuleringen finner sted. En skiller mellom om øvingen skjer på et simuleringssenter eller er in situ. In situ refererer til øvelse i egne lokaler. En kan i tillegg se på detaljer som for eksempel hvilket antrekk en har på seg under simuleringen. De fysiske elementer påvirkes av hvilket utstyr som er tilgjengelig til øvelse øyemed og hvilket utstyr som blir brukt i reelle hendelser, samt hvilken modalitet som er valgt. Modalitet vil si om en bruker dukke eller en levende markør som pasient. De psykologiske elementer påvirkes av hvilken rolle en får tildelt. I noen tilfeller får en tildelt en annen rolle enn en opprinnelig har, ved å innta en annen rolle kan en få økt forståelse for denne rollen. Når slike løsninger blir valgt, er det ofte på grunn av mangel av en vesentlig rolle i simuleringen. En slik løsning øker de andre deltakernes realisme. På samme tid går en slik løsning på akkord med gjengivelse av virkeligheten for den som opplever å få rollen endret.

Et annet viktig moment innenfor det psykologiske elementer er en velfungerende fiksjonskontrakt. Fiksjonskontrakten er innlevelsen deltakerne bringer inn i simuleringssettingen. Et bilde sier ofte mer enn tusen ord, vi har derfor tatt oss den frihet til å låne Wattorson (2002) sitt tegneserieklipp som demonstrerer en ødelagt fiksjonskontrakt.



Figur 6 Fiksjonskontrakten (Watterson, 2002)

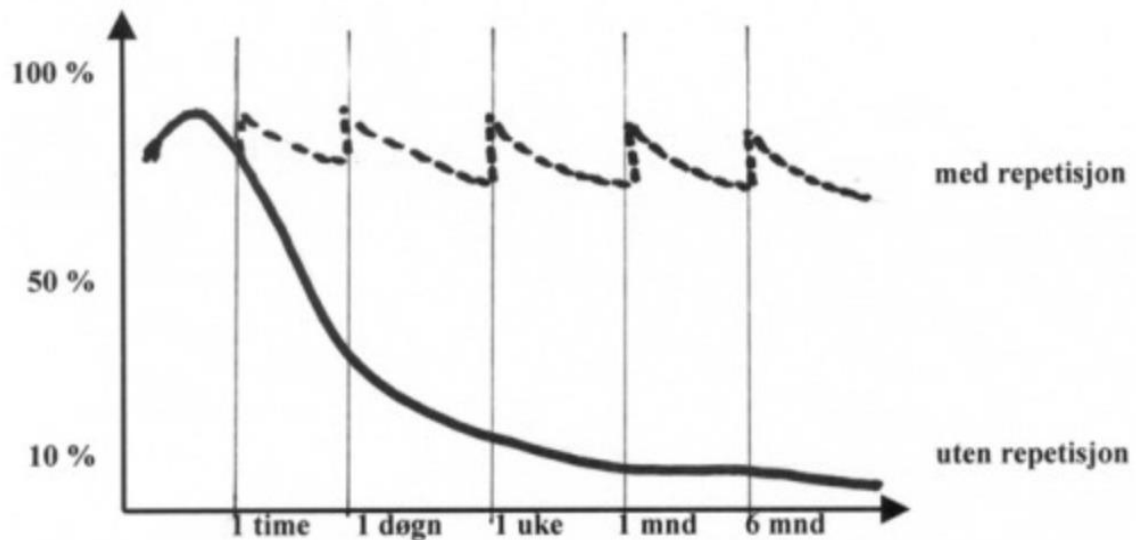
Hvis deltakerne ikke er med på simuleringsvirkeligheten vil den pedagogiske teknikken bli fragmentert, som demonstrert i tegneserierklippet.

Relevans beskriver hvor godt elementene i simulering samsvarer med elevenes forutsetning. Det er mye som kan påvirke deltakernes for-forståelse og forventninger til hvordan simuleringssituasjonen skal utspille seg, både basert på egen yrkesbakgrunn, tidligere erfaringer eller informasjon de har tilegnet seg i forkant (Dieckmann, 2009)

Dreyfus og Dreyfus (2004) skriver at strategier i oppgaveløsning som brukes av nybegynnere er forskjellig fra de som brukes på mer komplekse oppgaver og blir brukt av mer erfarne deltakere. Ekspertenes kompetanse blir sett på som intuitiv og taus. En kan dermed si at individet har gjort ferdigheten til en del av seg selv. På den måten utfører eksperten oppgavene sine automatisk uten refleksjon. Dreyfus og Dreyfus ser på læring som en trinnvis prosess hvor det i starten er stor grad av instruksjon fra eksperten etter hvert blir læringen mer preget av veiledning til den lærende selv har blitt ekspert (Illeris, 2000). Ved å sette sammen deltakere med ulik erfaring kan nyutdannede lære av å samarbeide med andre som har bredere spekter av kunnskap. Denne tankegangen støtter læren om "Vygotsky stillas" som er en metodikk for å hjelpe nybegynnere (gjennom et stillas/ noe å støtte seg på) under læringsprosessen. Etter hvert kan en langsomt fjerne stillas-støtten som gjør det mulig å utføre oppgavene selvstendig og mer avansert.

På samme måte gir mer erfaring rom for mindre støtte (utstyr, tydelige signaler o.l). En simulering bør være passende utfordrende slik deltakere får brukt sine ferdigheter og kunnskaper. En må hele tiden tilrettelegge etter hva deltakerne selv kan bringe med inn i simuleringen.

Repetisjon bidrar med å redusere kompetansefracfall, som betyr tap av tilegnet kompetanse (Winfred, et al, 2009). Ebbinghaus' glemselskurve brukes i psykologien for å illustrere hvordan repetisjon påvirker hukommelsen vår.



Figur 7 Ebbinghaus' glemselskurve med/uten repetisjon

Glemselskurven kan sammenlignes med en hoppbakke, det går fort i starten før det flater noe ut. Karlsen (2008) forteller at det meste vi lærer eller opplever, glemmes i løpet av de første timene, dagene og ukene hvis vi ikke repeterer. Hvis en derimot repeterer kunnskapen sin vil en redusere dette hukommelsestapet. Simulering kan tilrettelegge for opprettholdelse av kunnskap på ulike måter. Fasilitator kan eksempelvis oppfordre deltakerne til å forberede seg før en simuleringssituasjon ved å gi utvalgt informasjon noen dager før selve simuleringen. En vil også repetere under debrief, da en reflekterer sammen rundt de handlingene som har utspilt seg under scenarioet. I noen tilfeller velger fasilitator å kjøre caset to ganger eller deler av casen om igjen for å forsterke denne effekten.

Refleksjon menes i denne sammenheng som et engasjement av å observere seg selv under eller etter en simuleringsopplevelse. Det krever aktiv involvering av deltakerne i simulering og veiledning fra fasilitator i denne prosessen. Dette er en prosess for å hjelpe deltakerne med å identifisere eventuelle kunnskapshull og områder en forbedre sin praksis (Rodgers, 2007; Decker et al., 2008; Kuiper & Pesut, 2004). Refleksjonen som skjer i debrief fremmer diskusjoner i et trygt miljø og fanger opp gyldne øyeblikk. Ved at fasilitator er oppmerksom på å legge merke til hvilke tiltak som førte til resultatet kan åpne spørsmål som; “*Jeg så du valgte*

å ta den grønne svelgtuben, kan du fortelle hvorfor du valgte nettopp denne?" Er med på å fremme at taus kunnskap kan bli omformet til eksplisitt kunnskap gjennom refleksjon og diskusjon (Rudolph et al, 2008). Ved å utforske beslutningstaking kan denne reflekterende praksisen brukes til å granske deltakerens egne forutsetninger (Kolb, 1984). Ved å identifisere disse referanserammene og skriptene under refleksjon kan deltakeren bestemme om referanserammen er passende eller om endring bør gjøres. Dette kan medføre en fremtidig endring i atferd som igjen kan gi en forbedring i klinisk praksis og forebygging av feil.

2.3.3 Oppsummering

Arbeidet i starten av en implementeringsprosess handler blant annet om å oversette visjonen og teorien til en mer anvendelig form, for å skape konsensus og forståelse hos de ansatte. Bruk av simuleringsbasert læring kan bistå beslutningstakeren i oversettelsesprosessen da det nytter lite å ha detaljerte planer, om de som skal ta verktøyet i bruk ikke er modne for å operasjonalisere det i praksis (Klein og Knigh, 2005). Metoden simulering blir brukt som et verktøy for å gi de ansatte muligheten til å trene på teorien i praksis med trygge rammer, i et tverrfaglig samarbeid sammen med sine kollegaer. Det vil allikevel være en rekke faktorer som må være til stede for at de ansatte skal kunne oppfatte det som en trygg og givende læringsprosess. Dette er fordi simulering er en metode som krever mye både av ledelsen og de ansatte, både når det kommer til tid, ressurser og personlig involvering og engasjement. Hvilke faktorer som må ligge til grunn for at den enkelte skal oppleve læring i denne typen implementeringsprosess, vil vi komme tilbake til i resultat av empiri og diskusjonsdelen. Her vil vi presentere funnene som er gjort i dybdeintervjuene med de ansatte og ledelsen på sykehuset og tolke disse opp mot teorien.

2.4 Forskningsspørsmål

Teorikapittelet gir en innføring i forståelsen av implementering som retter seg mot læringsdelen. Videre presenteres det flere faktorer som påvirker læringsprosessen både organisatorisk og individuelt sett i lys av simulering. Med bakgrunn i teorien har vi valgt å dele problemstillingen inn i tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan skaper simuleringsvirkelighet rom for læring?
2. Hva er deltakernes erfaringer med simuleringsbasert læring i MIT/NEWS prosjektet?
3. Hvordan tilrettelegges det organisatorisk for læring på avdelingene?

3 Metode

I dette kapittelet blir det gjort rede for den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for avhandlingen. Vi beskriver valg av forskningsdesign og strategi, samt hvordan oppgavens empiriske del har blitt gjennomført. Vi gir et innblikk i egne refleksjoner rundt rollen som forsker og hvilke etiske aspekter og retningslinjer vi har forholdt oss til i arbeidsprosessen.

3.1 Tilnærming og forskningsdesign

For å finne svar på vår problemstilling har vi å gjennomført en casestudie. Vårt case er fenomenet læring i implementeringsprosesser og hvordan simulering kan anvendes for å øke læringen.

Vi har undersøkt caset i to avdelinger som er deltakere i MIT/NEWS pilotprosjektet. De to avdelingene utgjør dermed konteksten til vår forskning. Ved å ha observert simuleringssituasjonen fra begynnelse til slutt, samt å få innblikk i refleksjonene i etterkant av disse, har vi fått konkret kunnskap om hvordan simuleringbasert læring kan anvendes for å bidra til læring inn i en implementeringsprosess. *“Casestudier tillater deg å fokusere i dybden av et “case” og beholde et holistisk og virkelighetsnært perspektiv”* (vår oversettelse) (Yin, 2018, s. 5).

Denne oppgaven er gjennomført med en kvalitativ tilnærming. Vi som forskere er interessert i aktørenes erfaringer med bruk av simulering i en implementeringssituasjon. Vår interesse ligger i å undersøke fenomener i samfunnet, med utgangspunkt i hvordan mennesker selv opplever situasjonen, vi har derfor valgt en fenomenologisk perspektiv. Vi som forskere kan ikke forholde oss fullstendig uavhengig fenomenet og menneskene vi forsker på. Vår forforståelse og våre verdier påvirker både situasjonen i seg selv og vår fortolkning av denne. Teorien vi anvender for å forstå fenomenet vil også påvirke hvordan vi fortolker det funnene og hvilke allmenne slutninger vi gjør basert på disse (Brinkmann og Kvale, 2015).

Problemstillingen definerer om studiet bør være utforskende, beskrivende eller forklarende. En utforskende studie tar utgangspunkt i at det finnes begrenset kunnskap om det gitte emnet (Jacobsen, 2010). I vår problemstilling spør vi om hvordan simulering kan anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess. En slik eksplorerende problemstilling krever at forskeren har en åpen tilnærming og klarer å utøve fleksibilitet i forhold til temaet (Jacobsen, 2010). På bakgrunn av dette mener vi at tilnærmingen vår har vært eksplorativ og utforskende,

der strukturen er av en åpen karakter som ikke har vært avklart på forhånd. Denne tilnærmingen gjør at vi også er eksplorative når det kommer til hvilke datakilder som har vært relevante (Brinkmann og Kvale, 2015).

I forberedelsesprosessen til masteroppgaven ble vi tidlig klar over at det fantes lite forskning på hvordan simulering kunne brukes i implementering. Det finnes mye forskning på temaene simuleringsbasert læring, læring i team, psykologisk trygghet og implementeringsstrategi, noe vi har hatt stor nytte av i arbeidet med oppgaven vår. På bakgrunn av at dette ble det naturlig for oss å ha en abduktiv tilnærming til prosjektet fordi det ga oss muligheten til å justere prosjektet og analysen basert det vi finner (Brinkmann og Kvale, 2015). Vi forstår abduktiv tilnærming som en dynamisk måte å forholde seg til teori og empiri, der en har mulighet til å justere prosjektet og teori gjennom forskningsprosessen.

Oppgaven søker deltakernes erfaringer, oppfatninger og fortolkninger av gitte fenomener som blant annet læring i team og refleksjon i samspill i simuleringssituasjoner. Vi ønsker å svare på *hva* deltakernes erfaringer er, så vel som *hvordan* de utøver læring i team og refleksjon i samspill ved bruk av simulering.

3.2 Datainnsamling

Vi har valgt å benytte oss av metodene intervju og ikke-deltakende observasjon for å samle data på de to avdelingene. Vi valgte disse for å få et dypere innblikk i deltakernes opplevelse av læring ved hjelp av simulering. Vi valgte å starte med ikke-deltakende observasjon for å ha muligheten til å ta del i simuleringssituasjonen med et utenforstående perspektiv, før vi senere gikk mer i dybden med intervjuer. På denne måten fikk vi innblikk i to ulike sider av samme fenomen ved å benytte oss av to ulike metoder når vi hentet ut informasjonen.

I starten hadde vi et ønske om å starte med triangulering av datainnsamlingen, ved å ha både intervjuer, observasjon og dokumentanalyse. Vi hadde dialog med avdelingen og fikk tilsendt evalueringer som hadde blitt fylt ut av deltakere etter simuleringssituasjoner. Før vi startet med analysen av dokumentene, undersøkte vi om det var mulig å spore opp deltakerne som hadde levert inn skjemaene for å be om samtykke. Det viste seg at det ikke var mulig å spore tilbake til hvem evalueringen tilhørte. Vi opplevde det derfor som forskningsmessig uetisk å bruke evalueringene videre i vår forskning.

3.2.1 Utvalg og rekruttering

I denne studien har vi tatt for oss to sykehusavdelinger som har vært deltakere i pilotprosjektet MIT/NEWS. Vi kontaktet avdelingene allerede i november 2019, for å etablere en første kontakt og dialog rundt om vi kunne få være med å observere en simuleringssituasjon. For å få adgang til data kontaktet vi avdelingslederne for å høre om dette var et prosjekt de var interessert å delta i. De stilte seg begge positive til prosjektet og at vi fikk være med som observatører.

Rekrutteringen ble gjort i samarbeid med ledere og fagutviklere på de ulike avdelingene. Av de 14 som ble spurt, valgte 13 å takke ja. Vi opplyste at vi under forskningen ønsket å tilgang til å være ikke-deltagende observatører under en simuleringssøvelse og utføre semistrukturerte intervjuer umiddelbart etter denne. Utvalget vårt ble ikke tilfeldig valgt, men var basert på antakelsen om at de som deltar i simuleringen har gjort seg opp en erfaring og tanker rundt det å simulere og har en kjennskap til MIT/NEWS prosjektet.

Vi ønsket i tillegg å inkludere medlemmer fra prosjektgruppen for å få en innsikt i planleggings og implementeringsprosessen til pilotprosjektet. Vi opplevde at prosjektgruppen stilte seg positive til å delta i studien. Informantene med lederstillinger har blitt spurt med utgangspunkt i deres rolle på avdelingen og i pilotprosjektet MIT/NEWS. Basert på deres erfaring med simulering, ledelse og implementering antok vi at de hadde innspill som ville være verdifullt for vårt prosjekt.

Tabell 1 Oversikt over informanter i studien

Antall informanter	Rolle
2	Leder
2	Fagutvikler
2	Fasilitator
7	Deltaker

3.2.2 Gjennomføring av datainnsamling: Ikke-deltakende observasjon

Innsamlingen av observasjonsdata ble gjort ved å ta aktive notater underveis i observasjonsprosessen. På hver av de to pilotavdelingene fikk vi observere en simuleringssituasjon fra start til slutt. Vi fikk beskjed om å komme litt i forkant av simuleringen for å møte fasilitatoren/e. Dette var nyttig for oss som forskere fordi vi fikk muligheten til å bli kjent med de ulike rollene inn i simuleringen, og hvordan planen var for gjennomføring. Vi fikk også mulighet til å orientere oss om hvor det var best at vi plasserte oss i rommet for å være et minst mulig forstyrrende element. Når alle deltakerne ble samlet for brief, fikk vi starte med å informere om vår rolle. Vi opplyste om formålet med forskningsprosjektet, samtykke og deltakernes rett til å trekke sitt samtykke. Ingen av deltakerne hadde innvendinger mot at vi var med som observatører. Vi fikk e-postadressene til deltakerne slik vi kunne sende samtykkeskjema på mail. Bakgrunnen for mailkorrespondanse fremfor samtykkeskjema på papir, var med hensyn til smittevern. Etter gjennomført simulering fikk vi utført intervjuer med alle deltakerne. Vi mener denne muligheten til ikke-deltakende observasjon etterfulgt av intervjuer ga oss mulighet til å styrke vår opplevelse og innsikt i situasjonen som utspilte seg den dagen, som kan styrke oppgavens empiriske forankring.

Samtidig som observasjonen styrket vår forståelse av situasjonen, ga det oss et felles utgangspunkt med informantene for samtalen etterpå. Vi hadde sammen med informantene vært del av en simuleringssituasjon og dette ga rom for å peke på konkrete hendelser/reaksjoner som oppsto i løpet av prosessen. Det ga oss også en mulighet til å få et inntrykk av hvilken rolle informantene hadde i gruppen og hvor aktiv/passiv rolle vedkommende hadde i simuleringen.

3.2.3 Gjennomføring av datainnsamling: intervju

Innsamlingen av intervjudata foregikk i form av lydopptak. Intervjuene ble gjennomført med samtaler i to-til-en form, med unntak av tre intervjuer som ble gjennomført per telefon da dette var den sikreste måten med tanke på corona-pandemien. Totalt resulterte dette i 13 intervjuer (12 kvinner og 1 mann) som ble gjennomført over en tidsramme på 8 uker. De semistrukturerte dybdeintervjuene av ledere og fagutviklere ble utført etter ledig kapasitet i deres kalenderbok. De kortere semistrukturerte intervjuene av ansatte valgte vi å utføre i etterkant av simuleringssituasjonen. Bakgrunnen for å forsøke å gjøre intervjusituasjonen så nært opp til simuleringssituasjonen var for å tilstrebe best mulig tilgang til deres opplevelse og reaksjoner på læringsmetodikken.

På grunn av corona-pandemien tok det lengre tid enn planlagt med gjennomføring av datainnsamling. Datainnsamlingen ble derfor gjennomført i løpet av en tidsperiode på to måneder. Empirien er basert på primærdata, gjennomført som semistrukturerte to-til-en samtaler med ansatte, og semistrukturerte dybdeintervju med ledere og fagutviklere på de to pilot-avdelingene. Struktureringen foregikk ved at vi satte opp en liste over temaene vi ønsket å ta opp, med noen åpne spørsmål om enkelte elementer relatert til problemstillingen. Ved å strukturere et intervju kan datainnsamlingen til en viss grad bli noe lukket. Derimot vil en strukturert datainnsamling lettere fremheve aspekter som en ønsker å forske på (Jacobsen, 2015 og Jacobsen, 2010). Intervjuguiden vår ble brukt som en sjekklister for å forsikre oss om at vi hadde gjennomgått alle relevante tema.

Det ble kun skrevet ned stikkord under samtaler hvis deltakeren sa noe interessant og var midt i en forklaring. Dette for å unngå å glemme små kommentarer eller utsagn som vi ønsket å utforske videre, men samtidig å ikke avbryte forklaringen. Bakgrunnen for hvorfor vi valgte å være restriktive med notater var at vi ønsket å være aktive lyttere for informanten. Noe vi hadde mulighet til ettersom vi tok lydopptak av samtalen.

Under intervjuene måtte vi være bevisst på vår retoriske rolle for å unngå at intervjuet opplevdes som styrt av et manus. Vi forsøkte å dra tråder videre inn i det neste vi ville spørre om ved å bruke noe av det deltakeren tidligere hadde sagt for å vise at vi aktivt lyttet og å få en fin overgang inn til neste tema. Noen ganger ble det behov å gjenta noe av det informantene sa for å spørre om vi hadde oppfattet utsagnet rett. I tillegg var vi bevisst på å ikke stille ledende spørsmål som begrenset informantens mulighet til å kunne svare fritt, for å tilrettelegge for at informantene skal ha de beste forutsetningene for å dele sin virkelighet. Det samme gjaldt for bruken av faglige uttrykk, som hadde opphav fra vårt ståsted fra endringsledelse da dette kunne oppleves som fremmedord for andre yrkesgrupper.

3.3 Gjennomføring av den kvalitative analysen

I dette avsnittet beskriver vi hvordan vi bearbeidet observasjons- og intervjudataene for å sortere ut de de funnene som er blir presentert i resultatdelen.

3.3.1 Bearbeiding og analyse av data

Observasjonene vi gjorde oss under simuleringen ble skrevet ned og bearbeidet kort tid etterpå, slik at det var ferskt i minne. Notatene våre var ganske like, men da vi under simuleringen måtte dele oss, var det nødvendig å flette disse observasjonene sammen for å få et fullstendig

dokument som var utgangspunkt for analysen. De 13 intervjuene hadde varighet på mellom 30-90 minutter.

Etter at intervjuene var transkribert, startet vi med bearbeidningen av det transkriberte materialet ved å plassere hvert sitat i en tabell. Denne brukte vi for å sortere funnene samt å tolke meningen av det informanten fortalte. På grunnlag av vårt fenomenologiske ståsted har vi valgt analytisk koding som verktøy for å gjennomføre dataanalysen (Brinkmann og Kvale, 2015). Utforskende analytisk koding samsvarer med case-studie som metode. *“Du kan starte din egen analyse av casestudie ved å “leke” med dataene og lete etter mønstre, innsikter eller konsepter - med mål om å definere egne prioriteter for hva en ønsker å analysere og hvorfor”* (vår oversettelse) (Yin, 2018, s. 164). Det abduktive forskningsdesignet forutsetter en åpenhet i analysen.

Gjennom analytisk koding har vi identifisere ulike sider ved fenomenet i kategorier. For å få øye på ulike ting, startet vi analysen ved å plukke datamaterialet fra hverandre ved å studere hvert avsnitt og deretter diskutere hva deltakeren har ment å uttrykke. Vi opplever at dette har kvalitetssikret utsagnene slik det ikke har blitt tolket ut av sin mening. Denne metodikken har vært vårt utgangspunkt for å sortere ulike elementer, og har hjulpet oss til å ikke låse oss fast til kun én måte å se fenomenet på.

Et abduktiv forskningsdesign forutsetter en bevegelse mellom analyse og videre datainnsamling. Temaene vi brukte som kategorier var utarbeidet direkte basert på teorigrunnlaget vårt. Kategoriene/undertemaene var også knyttet til teorien, men enkelte koder ble laget underveis, da enkelte utsagn ikke passet inn i de undertemaene vi hadde utarbeidet på forhånd. Disse supplerende kategoriene kom som et resultat av samtaler rundt nye aspekter og tematikk vi ikke hadde oppfattet før vi arbeidet grundig med- og tolket materialet. Silverman (2010) skriver at kvaliteten på data-analysen vi gjør har større betydning enn datamaterialet. Vi har dermed valgt å ha en egen rute under hvert sitat hvor vi skriver tolkningen av den underliggende meningen. Alt avhenger av hvordan en analyserer data og vi ønsket under bearbeidelsen å sikre at vi ikke gikk glipp av viktig data, så vi valgte å ha en samtale rundt hvert avsnitt/sitat i alle intervjuene. Denne måten å gjøre analysen på underbygger hensikten med en

Sitater/meningsenheter	Kondenserte meningsenheter/Beskrivelse nær opp til teksten	Tolkning av den underliggende meningen	Kategori/undertema	Tema
I: Når dere fikk beskjeden og når du kom på det møtet. Når dere fikk beskjed: Ok, dere skal være pilotavdeling. Ble dere tatt med i noe planlegging? A: Ja. Har egentlig vært med fra starten av. Vi som var fasilitatorer fra før.	Fasilitator ble tatt med i planlegging fra starten av.	Tidlig inkludering av fasilitatorer	Involvering av ansatte	Kartleggingsfasen

Figur 8 Kodingskjema

kvalitativ analyse, som er å studere den informasjonen som kommer fram i intervjuet, for så å komme til en utvidet forståelse av fenomenet som er forskningstema (Thagaard, 2009).

Etter å ha limt inn sitatet til informanten i første rute, gikk vi videre til neste rute hvor vi skulle forsøke å beskrive sitatet så nært opp til teksten, deretter forsøkte vi å undersøke hva den underliggende meningen var. Deretter satte vi det under en kategori som i neste rute fikk et tema. Dette var hentet fra teoridelen, for eksempel kunne “fasilitator” være en kategori som ble lagt under tema “kompetansedrivere”. Når alle transkriberte intervjuer hadde vært gjennom denne prosessen hadde vi et kodings og kategoriskjema som inneholdt 23 tema og 75 underkategorier innen hovedtemaene implementering, læring og simulering. Figurene under

Hovedtema	Tema	Underkoder	Antall sitater
Implementering	Modningsfasen	Kapasitetsbygging	16
		Informasjon MIT/NEWS	19
Læring	Psykologisk trygghet	Involvering av ansatte	9
		Trygghet i simuleringssituasjonen	12
		Kjennskap til gruppe	10
Simulering	Læringskultur	Interpersonlig læring	7
		Debrief	7
	Refleksjon	Trygghet til å dele	7
		Interpersonlig læring	10
		Ny kunnskap	7

Figur 9 Kodings og kategoriskjema

viser et utvalg av tema og underkategorier. Vi har lagt ved antall sitater for å demonstrere at underkodene ble opprettet på bakgrunn av hva informantene fortalte i intervjusituasjonen.

Figur 9: Et utvalg av tema og underkategorier

Arbeidet videre gikk på å samle sitatene i egne dokumenter sortert etter tema, under tilhørende kategori. Dette førte til at vi fikk en god oversikt over hvilken tematikk som var godt representert i funnene og dermed hva det var naturlig å fokusere på i det videre arbeidet med resultatdelen.

Ved sitering av informanter i oppgaven er utsagnene transkribert fra samtalen, men gjengitt i bokmål og uten lydord for leseropplevelsens skyld.

3.4 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet blir ofte omtalt som gyldighet og pålitelighet og sier noe om studiens integritet (Brinkmann og Kvale, 2015). Yin (2018) angir fire punkter som kan brukes til kvalitetssikringen av studiens pålitelighet og gyldighet. Disse er: *construct validity*, *internal validity*, *external validity* og til slutt *reliability*. Vi har forsøkt å være bevisst disse kravene gjennom hele arbeidsprosessen vår, og vil videre gjøre rede for hvordan vi har forsøkt å ivareta studiens validitet og reliabilitet.

Validitet er i forskningssammenheng et spørsmål om man har klart å undersøke det fenomenet en ønsker å studere (Brinkmann og Kvale, 2015). Internal validity som kan oversettes til intern gyldighet omhandler resultatenes validitet ut fra utvalg og fenomenet som undersøkes, som i denne sammenheng er informanter fra de to pilot-avdelingene som driver med MIT/NEWS i forbindelse med å undersøke hvordan simulering kan påvirke den læringen som skjer i en implementeringsprosess. Dette har vi gjort ved å gå gjennom dataene sammen med informantene (Holme & Solvang, 1996). Ved å utføre intervjuene rett etter observasjonene fikk vi reflektere sammen med informantene om det som hadde skjedd på simuleringen. Gjennom hele intervjuprosessen har vi vært bevisst på aktivt bruk av bekreftende kommunikasjon for å oppklare om vi har oppfattet informantens budskap korrekt og samtidig gitt hver enkelte informant mulighet til å kunne korrigere eventuelle mistolkninger. Vi har valgt å ta utgangspunkt i etablert teori som var relevant for problemstillingen som utgangspunkt for datainnsamlingen på denne måten fikk vi et teoretisk rammeverk å forholde oss til. Dette er med på å øke koblingen mellom studien og forskning.

I *external validity* forklarer Yin en test om ekstern validering som gjennomføres ved å definere og identifisere ulike hendelser og erfaringer i enkeltsituasjoner, og gi oss mulighet til å overføre de til andre utvalg og situasjonsrammer. Å fokusere på ulikheter og likheter er en analytisk tilnærming for å kunne si noe om den eksterne valideringen. Dette krever at dataene som er brukt er kontekstualisert, slik de kan brukes som veivisere for nye studier eller som grunnlag for at leseren selv skal kunne bedømme hvor anvendbar studien er. Forskeren kan også vise til gyldighet gjennom argumentasjon og bevis (Kvale & Brinkmann, 2014). I vår studie ble det tatt utgangspunkt i hvordan simulering kan påvirke læringen som skjer i en implementeringsprosess ved å studere to pilot-avdelinger på et bestemt sykehus, med en begrenset gruppe deltakere fra hver avdeling. Det er derfor tenkelig at de lokale forskjellene mellom ulike sykehus ut fra distrikt vil kunne begrense oppgavens mulighet til å generalisere funnene. En må også ta høyde for at hver enkelt informants utdanning og erfaringsgrunnlag vil påvirke resultatene. Gyldigheten av funnene i denne studien vil kunne argumenteres å være begrenset til de rammene informantene arbeider under. Fremdeles det er tenkelig at noe er generaliserbart. Studien tar opp en rekke forhold som bør ligge til rette ved bruk av simulering rettet mot læring i en implementeringsprosess og vil være relevant for andre steder i Norge innen helse og omsorg. En vil sannsynligvis kunne finne likheter i funn på andre steder.

Reliability menes hvor pålitelig oppgaven, altså om studien viser den virkelige situasjonen. For å vurdere studiens troverdighet ser en på hvilken grad det er mulig å etterprøve resultatene. Det må med andre ord være mulig for andre forskere på et senere tidspunkt og gjenta forskningen, og å komme frem til så like resultat og funn som mulig, altså at studien har høy *reliabilitet* (Yin, 2018). Reliabilitet kan styrkes internt og eksternt.

Et problem med reliabiliteten ved observasjonen er at innholdet i en simuleringssituasjon kan variere fra gang til gang, samtidig varierer det i forhold til gruppesammensetning, kjønn, alder og erfaring. En eventuell etterprøving for å vurdere reliabiliteten av observasjonen måtte ha forekommet i nær tid eller samtidig. Hvis det går for lang tid vil reliabiliteten trolig bli lavere, da sannsynligheten er stor for at respondentene kan ha tilegnet seg ny erfaring som vil bli brakt med inn i simuleringssituasjonen. Det kan også tenkes at på bakgrunn av vår sterke tilknytning til fagfeltet kan ha påvirket våre tolkninger av implisitt kunnskap, og at en annen forsker ville hatt en annen fortolkning av det samme. Vår bakgrunn kan også ha styrket oppgavens reliabilitet gjennom at vi lettere har fått tilgang på informasjon og bedre grunnlag for god forskning.

Reliabiliteten ved intervjuene vil ha flere fellestrekk med reliabiliteten til observasjonen. Påliteligheten til intervjuene kan være vanskelig å vurdere fordi spørsmålene er åpne og det ikke er gitt noen svaralternativer. En del av informantenes svar ble etterfulgt med spørsmål og utdypning som ikke nødvendigvis var direkte relatert til hvordan simulering påvirker den læringen som skjer i implementeringsprosessen, men som vi oppfattet forklarer et større bilde av informantenes opplevelser og erfaringer med involvering og opplevelser tilknyttet prosessen. Det fører muligens til at det blir vanskelig å etterprøve.

Bruken av lydopptak har vært med å øke reliabiliteten da det har gitt oss mulighet til å kontrollere utsagnene som er blitt under intervju for å forsikre oss om at det har blitt gjengitt korrekt. Vi har også valgt å forsøke å styrke oppgavens reliabilitet eksternt ved å bruke transkriberte sitater fra intervjuene.

3.5 Etiske refleksjoner

I kvalitative studier er det viktig å sikre informantenes integritet, da man kan få et nært forhold til dem gjennom møte og samtale og de dermed kan ende opp med å dele informasjon de ellers ikke ville delt. Videre vil vi beskrive hvordan vi har arbeidet for å sikre at dette blir ivaretatt samt refleksjoner rundt hvordan bakgrunnen vår har bidratt til å forme og farge oppgaven.

3.5.1 Konfidensialitet

Under intervjusituasjonene brukte vi lydopptak, for å senere kunne transkribere materialet. Lyden ble tatt opp på egen båndopptaker, ikke på mobiltelefon. Vi var bevisst på å ikke lagre lydfilene på en datamaskin slik at det var en sjanse for at de kunne komme på avveie. Lydfilene ble transkribert kort tid etter at det ble samlet inn og med dette avidentifisert. For å gi deltakerne muligheten til å trekke sitt samtykke gjennom hele perioden, lagret vi personopplysninger på et papir som den ene forskeren har innelåst hjemme, separert fra lydopptakeren.

I resultatdelen planla vi opprinnelig å synliggjøre om det var deltaker, fasilitator eller leders sitat som ble brukt, for å skape transparens i funnene våre. Vi diskuterte dette og måtte revurdere valget, da vi opplevde at det bidro til å synliggjøre informantene for hverandre. Vi valgte å ikke skrive informantens rolle bak sitatene, bortsett fra to sitater i resultatdelen i kapitlet “psykologisk trygghet”. Begrunnelsen for dette er at vi ønsker å belyse at den aktuelle tematikken kan være utfordrende både for deltakere og for fasilitator.

Materialet kan være gjenkjennbart for de deltakerne som har vært med, ikke på personnivå, men på avdelingsnivå. Deltakerne har innsikt i hvilke andre avdelinger som har vært med i pilotprosjektet. I begynnelsen av prosjektet tenkte vi at det ville være relevant å synliggjøre ledelsen og fasilitators rolle med tanke på implementeringsprosessen. Vi fikk derfor godkjenning gjennom samtykke for å synliggjøre enkelte av deltakernes roller i forskningen vår. Ettersom vårt hovedfokus har landet på den enkeltes læring har vi ikke opplevd det som nødvendig å eksponere enkeltpersoners roller.

Vi har basert samtykkeskjemaet på malen for samtykkeskjema utarbeidet av norsk senter for forskningsdata. Ettersom vi skulle gjennomføre datainnsamlingen på et sykehus, var vi også i kontakt med forskningsavdelingen på det aktuelle sykehuset. Vi har dermed fått samtykkeskjema gjennomgått av både NSD og av lokal forskningsavdeling, og i den forbindelse fått veiledning og godkjenning på at samtykkeskjema vi har utarbeidet er i tråd med de retningslinjene som skal følges. Det har vært en god kvalitetskontroll på at vi har inkludert det som er pålagt å ha med i samtykkeskjema og at formålet med oppgaven kommer tydelig frem. Da vi ikke har endret tematikken og formålet med oppgaven i etterkant av innhenting av samtykke, har vi ikke opplevd det som nødvendig å revurdere samtykket. Dette er fordi vi ikke har et inntrykk av at informasjonen som kommer frem i resultatet av empirien vil påvirke informanten negativt.

Fasilitatorene og enkelte i prosjektgruppen ble spurt om vi kan bruke deres rolle i oppgaven, da dette kan bidra til å belyse andre aspekter enn det for de andre deltakerne i simuleringssituasjonen. Dette vil innebære at de skiller seg mer ut enn de andre deltakerne og vil kunne bli gjenkjent på rolle av for eksempel andre av deltakerne som er klar over hvor datainnsamlingen foregikk. Disse deltakerne har fått tilsendt et samtykkeskjema hvor dette er spesifisert og har krysset av spesielt for dette.

I tillegg til å dele ut samtykkeskjema til respondentene har vi informert alle respondentene våre muntlig om deres rettigheter som deltaker i prosjektet. Vi har ettertrykkelig informert om deres rett til innsyn i egne data og rett til å trekke sitt samtykke frem til oppgaven leveres den 31 august.

3.5.2 Refleksivitet

Det som skiller samfunnsfaglig og naturvitenskapelig forskning, er forskerens mulighet til å ha en nøytral innretning som ikke påvirker prosessen. Vi har våre utgangspunkt med kunnskap og

erfaringer som bidrar til å forme prosjektet, både i utviklingen av prosjektet, i gjennomføringen og analysen. «*Motivasjonen til å forstå, kommer gjerne fra egne opplevelser og erfaringer (...)»* (Aase og Fossåskaret, 2014:86-87). Videre vil vi beskrive hvilket kunnskapsteoretisk utgangspunkt vi begge har, for å kunne gi leseren en mulighet til å forstå dreiningen vi bidrar med inn i forskningen.

Forskergruppen har en relativt lik yrkesbakgrunn, både når det gjelder utdanning og arbeidserfaring. Vi har begge bakgrunn som sykepleiere hvor den ene har arbeidet som sykepleier på legevakt og den andre som sykepleier på sykehus. Vi har dermed nærhet til det feltet vi har valgt å forske på, noe som ikke er uvanlig i kvalitative studier (Wadel, 1991). Dette gjelder spesielt for sykehus-medarbeideren som har med seg feltet inn i faget og har et godt kjennskap til arbeidssituasjonen. «*I den vanlige vekslingen mellom teori og praksis, er det forskeren som har faget med seg i møte med felten. (...)»* (Aase og Fossåskaret, 2014:87). Hun har dermed en søkende rolle i et nokså velkjent territorium. Dette har hatt sine positive sider, da det har veiledet oss som forskere og gitt oss retning. Det har også fungert som en brobygger mellom oss som forskere og informantene. «*Et grunnleggende synspunkt er at forskerrollen vanligvis ikke er den rollen som gir lettest adgang. En bør ikke insistere på bare å være forsker – det kan hindre adgang»* (Wadel, 2014:35).

For å oppnå forståelse i møte med informantene har det vært viktig å ha en bakgrunn innen helse og erfaring fra sykehussektoren. Thaagard (2008) beskriver at innlevelse på bakgrunn av et erfarings- og kunnskapsgrunnlag er i særlig grad relevant i studier hvor datainnsamling har blitt gjort i nærkontakt mellom forsker og informant, ved for eksempel intervju. Det har også bidratt til bedre flyt i samtalen og bedre forståelse av situasjoner som utspiller seg, noe som er spesielt viktig i kvalitativ forskning der datainnsamling er avhengig av disse situasjonene. På bakgrunn av dette tenker vi at det har vært en fordel å ha en bakgrunn som kan legitimere tilgang til feltet.

Vi ønsker allikevel å poengtere at vi ser at det kan være utfordringer med å forske i et kjent miljø. Da begge forskerne er godt kjent med metoden simulering, vil det kunne være utfordrende å “ta på seg nye briller” som gjør at man ser feltet med et kritisk blikk. Dette er et grunnleggende problem når en forsker skal beskrive sitt eget felt, er at man tar mye for gitt (Wadel, 1991). Vi har vært bevisst dette når vi har arbeidet med oppgaven og opplevd at vi har klart å distansere oss, da vi gjennom studieløpet har vært borte fra “feltet” over lengre perioder.

Det har også gitt oss innsikt til å diskutere med medstudenter og veileder, for å sikre at vi har beholdt den kritiske refleksjonen gjennom de vurderingene vi har tatt.

3.5.3 Etisk refleksjon rundt egen rolle som forsker

Vi har gjennom arbeidet med oppgaven forsøkt å ha en refleksiv holdning til egne erfaringer, forforståelse og interesser, for å gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning. Gjennom prosessen har vi vært bevisst på at egen forkunnskap om forskningstemaet og har gjennom en grundig metodedel forsøkt å gjøre denne kunnskapen eksplisitt og tydelig for at leseren skal kunne forstå hvordan dette har kunnet innvirke på prosjektets retning. Det har vært flere situasjoner som vi har kunnet kjenne oss igjen i og det har krevd bevisstgjøring og refleksjon, å ikke identifisere oss med personene og situasjonene i for stor grad. Å arbeide sammen i en gruppe har bidratt positivt i slike situasjoner, da vi har hatt gode samtaler og diskusjoner rundt disse problemstillingene som har meldt seg underveis. Det har vært en styrke å kunne snakke sammen og reflektere rundt de etiske problemstillingene vi har møtt underveis i prosessen.

4 Resultater

I dette kapittelet har vi samlet hovedfunnene fra observasjonsanalysen og intervjuanalysen. Hovedlinjene i pilotprosjektet har blitt utført unisont på de to avdelingene, samtidig opplever vi at prosessen er preget av lokale faktorer som har ført til at avdelingene har løst oppgaven med å implementere innovasjonen ulikt. På bakgrunn av dette har vi i noen avsnitt valgt å separere de to avdelingene når vi presenterer funnene. Vi har navngitt avdelingene; *avdeling A* og *avdeling B*. Funnene er delt inn i tre hovedkapitler.

Den første delen starter med å beskrive resultatene som er i direkte relasjon til funnene vi gjorde oss på avdelingene under ikke-deltakende observasjon. På bakgrunn av at simulering er en sosial praksis som formes etter menneskene som er med i situasjonen har vi valgt å beskrive hvordan simuleringen utspilte seg i caset vi har studert. Dette gjør vi for å bistå leseren til å få et bedre innblikk og forståelse videre i oppgaven. I det neste kapittelet presenteres faktorer som påvirker læringsutbyttet til deltakerne. Avslutningsvis beskriver vi hvordan avdelingene har tilrettelagt organisatorisk for læring.

4.1 Observasjoner fra to simuleringssituasjoner

Simuleringssituasjon avdeling A

Simuleringssituasjonen startet med brief, hvor læringsmålene ble gjennomgått og deltakerne fikk presentert simuleringscaset. Til sammen med fasilitatorene var det totalt 6 deltakere. Det var to fasilitatorer som skulle fasilitere simuleringssituasjonen, hvor den ene hadde en aktiv rolle og den andre en passiv observatørrolle. Til slutt ble taushetsløfte inngått ved at fasilitator repeterte den uskrevne regelen om at alt som skjer på simulering, blir på simulering. Deltakerne har taushetsplikt overfor hverandre og skal ikke gjengi noe som skjer på simulering. Legen var ikke med på brief, men den ene fasilitatoren hadde på forhånd snakket med legen og gitt informasjon om caset.

Scenarioet på avdeling A utspilte seg rundt en seng på en korridor. Deltakerne gikk inn på et fiktivt pasientrom og simuleringen var dermed i gang. I sengen lå pasienten, som var en levende markør spilt av en ansatt på avdelingen. Deltakerne samarbeidet om å måle pasientens vitale parametere med avdelingens blodtrykksapparat. Blodtrykket og saturasjonsmålingen ble målt på reelt vis. I det verdiene kom opp på displayet festet fasilitator en notislapp over, hvor det stod forhåndsbestemte verdier for simuleringsscenarioet. Dette skapte det ingen avbrytelser i

fiksjonskontrakten, som fortsatte videre uforstyrret. Det var registrert en “test pasient” i den digitale pasientkurven MEONA, slik at helsepersonellet kunne skrive inn målingene og bruke programmet slik de normalt gjør. Når de vitale målingene ble registrert i MEONA dukket det opp en automatisk NEWS-score, slik det også gjør i en reell situasjon.

Deltakerne diskuterte seg imellom og ble enige om at den ene skulle tilkalle lege, mens den andre skulle informere pasienten om at legen ble kontaktet. Når de splittet seg gikk den ene fasilitatoren sammen med deltakeren som skulle ringe legen, mens den andre fasilitatoren ble igjen for å observere samspillet mellom pasient og den gjenværende deltakeren. Legen brukte noen minutter på å komme til “pasientrommet”, men da hen ankom ble det raskt konkludert at pasientens tilstand var kritisk. Da de ble enige om å transportere pasienten videre til en undersøkelse, sa fasilitatoren “da avslutter vi her”. Med dette ble fiksjonskontrakten avsluttet, og deltakerne trådte ut av simuleringsvirkeligheten.

Deltakerne gikk samlet inn på et møterom hvor debriefen skulle gjennomføres. Fasilitator som hadde den aktive rollen startet debriefen med en strukturert gjennomgang av hva som hadde skjedd. Her ble det gjengitt hva deltakerne observerte og hvilke tiltak som ble iverksatt. Fasilitator kontrollerte at det var en felles forståelse rundt hendelsesforløpet.

Debriefen fortsatte med at den levende markøren delte sine opplevelser av å være pasient under scenarioet. Videre ble deltakerne ført inn i refleksjon over eget handlingsmønster med veiledning fra fasilitator. Fasilitator lot deltakerne snakke fritt, samtidig som hen stilte noen refleksjonsspørsmål: *“Hvordan opplevde du samtalen med legen?”*, *“Fikk du den rapporten du trengte for å ta en vurdering?”* og *“Forstod du alvoret når du fikk opplysninger via telefon?”*(..). Enkelte av spørsmålene førte til tverrfaglige diskusjoner.

Læringsmålene som ble presentert i brief ble også tatt opp i debriefen. Gjennom felles refleksjon kom det frem at legen ikke var vant med å bruke NEWS-respons og at det oppleves som dobbeltføring når hen må dokumentere både i DIPS² og MEONA. Deltakerne diskuterte hvordan de burde organisere seg for å løse dette i arbeidshverdagen. Deltakerne kom frem til en løsning hvor de kunne fordele dokumentasjonen, slik at legen dokumenterer i DIPS mens sykepleierne i MEONA. Avslutningsvis ba fasilitator alle i gruppen om å dele noe de gjorde

² Dokumentasjonsprogram og journalsystem som brukes på sykehus til å registrere informasjon om pasienten

bra og noe de kunne forbedre. Debriefen ble avsluttet og deltakerne mottok en digital evaluering. Her fikk de mulighet til å gi en anonym tilbakemelding på simuleringen.

Simuleringssituasjon avdeling B

Vi vil i hovedsak presentere funnene fra avdeling B som skiller seg fra funnene på avdeling A. Dette gjør vi for å unngå gjentakelse da avdelingene har lignende oppsett på simuleringen.

Det var 5 deltakere med på simuleringen inkludert fasilitator. På avdeling B var legen med i brief. Hen hadde ikke vært med på simulering i avdelingen tidligere og fikk mulighet til å stille avklaringsspørsmål vedrørende scenarioet og egen rolle. Etter brief gikk legen tilbake til kontoret mens resten av deltakerne gikk inn på rommet hvor scenarioet skulle utspille seg.

Simuleringen foregikk på et undersøkelsesrom hvor det allerede var plassert en pasientseng og utstyr som skulle brukes i simuleringen. Når de vitale målingene var gjennomført, fikk hen muntlig beskjed av fasilitator om hva de fiktive vitale parameterne viste. Målingene ble registrert på en testpasient i MEONA. Når respirasjonsfrekvensen skulle registreres i den elektroniske pasientkurven valgte deltakeren å bryte fiksjonskontrakten ved å snu seg mot fasilitator og spørre etter verdien. Fasilitator svarte *“du har ikke tatt respirasjonsfrekvensen. Du må ta den først og så skal du få verdien av meg etterpå”*. Avbrytelsen skapte ikke noe videre stakkato for simuleringflyten.

Hele scenarioet utspilte seg i rommet og fasilitator fikk dermed med seg telefonsamtalen mellom sykepleier og lege uten å miste de andre deltakerne ut av synet. I telefonen spurte sykepleieren om legen kunne sjekke opp hvilken type antibiotika pasienten kunne få. Når legen ankom spurte sykepleieren om dette igjen, men legen hadde ikke hatt tid til å undersøke dette. Legen hadde prioritert å komme til pasientrommet raskest mulig fordi målingene sykepleieren rapporterte kunne tyde på fare for begynnende svikt i pasientens vitale organer. Fasilitator avsluttet scenarioet når legen konkluderte med at de skulle involvere overlegen.

Debrief ble gjennomført i samme rom som simuleringen hadde utspilt seg. På døren var det hengt opp et blankt A2 ark. Her ble det skissert opp en linje på tvers og en på langs til å fylle inn ord under et pluss- og et minustegn. Fasilitatoren styrte samtalen ved å la deltakerne gjennomgå hendelsesforløpet, for deretter å starte med refleksjonsdelen. Etter hvert som det ble reflektert over handlingsmønster og tiltak, noterte fasilitator ned stikkord under pluss- og minustegnet på arket som hang på døren. Plusstegnet representerte positive handlingsmønstre, mens minustegnet representerte forbedringsområder. En viktig refleksjon som kom frem i

debrief var telefonsamtalen mellom sykepleier og lege. Sykepleieren fortalte at antibiotika etterspørselen var erfaringsbasert da hen hadde opplevd hvor fort den kliniske tilstanden til pasienten kunne forverres om det ikke ble startet antibiotikabehandling raskt. Legen fortalte at hen ikke hadde mye erfaring med denne pasientgruppen og at det var utfordrende å oppfatte viktighetsgraden med rask oppstart av antibiotika. Refleksjonen ble avsluttet med at begge deltakerne fortalte at de ville ta med seg erfaringen inn i egen praksis. Sykepleieren ville bli mer tydelig i kommunikasjonen i situasjoner hvor hen har forkunnskap om hvilke tiltak som er anbefalt. Legen på sin side tok opp en notisblokk og noterte ned diagnosen til pasienten sammen med kommentaren “husk antibiotika”.

4.2 Forutsetninger for deltakernes læring i simulering

Valg av modalitet

Begge pilot-avdelingene har valgt å bruke levende markør i simuleringen fremfor å bruke dukke. Markøren blir spilt av ansatte på avdelingen, som har fått tildelt rollen som pasient. En markør kan bli satt til å spille samme scenarioet flere ganger. Markøren har ikke manus og står fritt til å spille ut rollen.

(..) som gjør at de faktisk kan spille litt videre på det og gi litt ekstra utfordringer.

Dette gir tilpasset tilbakemelding på den spesifikke hendelsen som utspilles. Friheten for tolkning gir et stort handlingsrom som oppleves realistisk for noen, samtidig som det reduserer realismen hos andre.

Det positive med dukke er at den ikke “spiller” feil.

Gjennom intervjuene kartla vi at deltakere med lengre utdanning foretrakk dukke fremfor levende markør da de tidligere hadde opplevd at markøren spilte rollen sin urealistisk. Bruk av dukke forhindre dem i å bli dratt ut av fiksjonskontrakten som et resultat av overdrevet skuespill. Det var flere av deltakerne som opplevde det vanskelig å leve seg inn i egen rolle, når markøren ble spilt av en kollega. Bakgrunnen var at det oppleves unaturlig å skulle behandle en kollega som en pasient. Markørene på sin side opplevde stort utbytte av å spille pasient på grunn av innblikk i pasientopplevelsen denne rollen gav.

Du føler du er en pakke, som de bare styrer med.

Markøren fortalte hvor sårbar en føler seg når en ligger i sengen og ikke mottar informasjon eller blir fortalt hvilke tiltak som igangsettes. Opplevelsen gav en følelse av å bli behandlet som en gjenstand fordi hen ikke ble inkludert i samhandlingen mellom helsepersonellet.

Rolle i simulering

Begge avdelingene har valgt å simulere in situ, en simuleringsform som tilrettelegger for at situasjonen utspiller seg på avdelingen. Deltakere har roller som seg selv i simuleringssituasjonen foruten den levende markøren.

De skal ikke gjøre noe annet enn det de gjør vanligvis på jobb.

De forklarer at ingen skal ha en rolle de normalt ikke har, da hendelsen skal utspilles så virkelighetsnært som mulig. Dette er grunnen til at det alltid skal være med minst en sykepleier og en lege hver gang det skal simuleres på avdelingen.

Psykologisk trygghet

Det kommer tydelig frem at simulering er noe som fører folk ut av komfortsonen og at deltakerne kjenner på utrygghet både før og i situasjonen. De forteller at usikkerheten i situasjonen har innvirkning på om de klarer å leve seg inn i den fiktive virkeligheten og dermed også hvor mye de får ut av treningen. Bakgrunnen for usikkerheten forteller flere at har opphav i følelsen av å bli vurdert. Det blir trukket frem at en faktor som demper følelsen av å bli vurdert er når fasilitator er en med-sykepleier og ikke en leder. Dette gjelder for begge avdelingene.

Jeg synes det var bra at det var en med-sykepleier som var fasilitator. Det synes jeg at gjorde det litt mindre høytidelig. Det gjorde det mer avslappet.

Faktorene som virker inn på deltakernes opplevelse av trygghet er ulik på de to avdelingene. På avdeling A ble realisme tatt opp som et viktig moment for å redusere utrygghet. Realisme ble ikke vektlagt som en innvirkende faktor av deltakerne på avdeling B. Her hadde deltakerne et behov for at alle aktørene som var til stede i rommet, skulle dele sine meninger. Dette gjaldt spesielt om det var observatører til stede. Deltakerne forteller at det føles ubehagelig å ha noen på sidelinjen som observerer dem uten å få vite hvilket inntrykk de sitter igjen med. Når tanker og opplevelser observatøren har gjort seg ikke blir delt i debriefen, øker følelsen av å bli vurdert.

Simulering sammen med egne kollegaer blir på begge avdelingene vektlagt som både en styrke og en svakhet. Baksiden av å ha godt kjennskap til hverandre er at deltakerne opplever det som lite kollegialt å rette på sine med-kolleger.

De fleste påpeker feil med en gang, men de få gangene dette ikke skjer på automatikk og sykepleieren ikke ser sine egne feil er det vanskelig å vite hvordan en skal legge det frem. En prøver å trekke frem det som er positivt. (fasilitator)

Jeg føler ikke at det er min plass å skulle rette på. Det oppleves som touchy å skulle rette på andre. (deltaker)

Informantene forteller at problemet oppstår når en deltaker ikke tar opp egne feil eller suboptimale valg. Dette blir til en ubehagelig situasjon hvor ingen opplever at de kan rette på handlingsmønsteret til kollegaen. Det er ifølge deltakerne ikke noe som skjer i hver simulering da de fleste tar opp egne feil eller spør dersom de er usikre på egne valg.

Det å simulere sammen med kollegaer blir også tatt opp som en trygghetsfaktor. Det å vite at en skal simulere sammen med mennesker en allerede kjenner gir en opplevelse av å være bedre forberedt. Deltakerne forteller at også flyten under scenarioet oppleves som lettere når de kjenner hverandre.

Læringskultur og kvalitet

Kunnskapsdeling og samhandling på tvers av de ulike fagdisiplinene har vist seg å være utfordrende på begge avdelingene. Det har kommet frem at noen sykepleiere har gruet seg til å ringe legen når pasienten de har hatt ansvar for scoret høyt/endret farge i NEWS.

Føler ikke de har tatt meg på alvor tidligere, at det mer har vært en belastning at jeg ringer.

Det har vært flere hendelser hvor sykepleiere opplever at legene stiller seg uforstående til hvorfor de blir kontaktet på grunn av en NEWS-score. Videre har det kommet frem at legene på sin side ikke har fått en grundig opplæring i NEWS. De har dermed ikke hatt forståelse for hvorfor sykepleierne henviser til NEWS-score og NEWS-respons. Deltakerne forteller at simuleringen har vært med på å gi en felles forståelse av hvorfor de bruker MIT og NEWS.

Vi har blitt flinkere å bruke MIT etter at vi begynte med simulering. Vi vet litt mer hva vi kan bruke de til. Det virker ikke så skummelt å måtte tilkalle MIT, på samme måte, og vi blitt mer bevisst på kommunikasjonen med legene. Vi har fått forståelse for at NEWS-tallet i seg selv ikke sier noe for legene.

Sperren for å kontakte MIT har blitt redusert etter oppstart av simulering. Deltakerne forteller at fokus på refleksjon og tilbakemeldinger i debriefen har hjulpet til med å øke forståelsen av hverandres oppgaver og funksjoner på tvers av fagdisipliner.

Det at legene gir sykepleierne tilbakemelding, og at helsefagarbeidere kan gi legen tilbakemelding. At tilbakemeldingene gå på tvers av profesjonene, det er ikke så ofte skjer.

De ansatte opplever å ha fått et forum hvor det er rom for å kunne gi og motta tilbakemeldinger på tvers av profesjonene. Kommunikasjonen har gitt deltakerne innsikt og forståelse for hverandres styrker og svakheter, noe som kan bidra til at de kan utfylle hverandre.

4.3 Organisering av simulering som læringsverktøy i implementering

Tid og repetisjon

Tid er en faktor som spiller en viktig rolle for simuleringsdeltakernes mentale tilstedeværelse og opplevde realisme. På begge avdelingene har deltakere opplevd å bli dratt ut av fiksjonskontrakten når simuleringen overtrer den ene timen som er avsatt. Alle som deltar på simuleringen, har oppgaver og pasienter på vent. Konsentrasjonen blir svekket når de får tanker om hvordan tidsbruken i simulering vil påvirke arbeidsdagen videre. Det arbeides med å finne måter som kan effektivisere simuleringssituasjonen. Begge avdelingene har i forkant av simulering satt klar utstyret for å spare tid. Selv om effektiv tidsbruk spiller en viktig rolle for deltakerne er de tydelige på at det ikke må gå på bekostning av realismen.

Det blir mer realistisk å måtte vente på legen. Det er derfor viktig at de holder på med jobben sin helt til vi tilkaller dem.

Begge pilot-avdelingene har på grunn av tidspress valgt å kjøre scenarioet en gang. I stedet for å kutte ned på andre viktige deler av simuleringen og ivareta enkelte tidsmessige-elementer som gjenspeiler virkeligheten.

Tema for simulering

I kartleggingsfasen delegerte pilotgruppen ansvaret for å utvikle egne case til hver avdeling. Avdeling A utviklet hoved forløpet i casene før de involverte legene, som fikk i oppgave å kvalitetssikre sykdomsforløpet og at de vitale parameterne var realistiske. Avdeling B baserte sine case på synergimeldinger³ i ønske om at ansatte skulle få en opplevelse av *dette har skjedd her hos oss*, at caset var gjenkjennbart.

³ Synergi er et kvalitetssikringssystem som er tilgjengelig for alle ansatte, uavhengig av yrkesbakgrunn. Her kan ansatte melde inn skader, tilløp til skader og utilfredsstillende arbeidsforhold m.m.

For å bli enda flinkere til det de gjør må det være må være gjenkjennelig. Det må være hverdagen.

Begge avdelingene vektla at casene skulle være virkelighetsnære. Deltakerne opplevde problemstillingene som ble presentert i scenarioene som aktuelle for sin jobbhverdag. Pilotgruppen fortalte at NEWS-målingene og tilkalling av MIT-team alltid er fokus, men at diagnosen og hendelsesforløpet varierer.

Tilrettelegging gjennom gruppesammensetning

Organiseringen av gruppesammensetningen ble gjort ulikt på de to avdelingene. Forskjellen som kom tydeligst frem var hvilke faktorer avdelingene tok høyde for ved utarbeiding av deltakerlister til simuleringen. Avdeling A planla hvilke deltakere som skulle settes på samme gruppe ut fra deltakernes personlige egenskaper.

Jeg vil ikke ha en som er veldig dominerende og en som er veldig på sidelinjen i hverdagen

De forsøkte å ta høyde for at de som simulerer sammen skulle fungere godt i team og at den enkelte deltaker skulle få mest mulig utbytte av situasjonen. Avdelingen fikk erfare hvor viktig denne planleggingen var da det ved et tilfelle ble preget av mye negativitet på grunn av sammensetningen. Deltakerne vektla kun det de opplevde de selv hadde gjort utilstrekkelig og kom ikke styrket ut av situasjonen. Avdeling A har etter det brukt tid på å planlegge hvem som skal simulere sammen, ved å ta høyde for hvordan den enkeltes holdninger og egenskaper kan påvirke gruppedynamikken.

På avdeling B har ikke planleggingen av gruppesammensetningen tatt utgangspunkt i gruppedynamikk. Fokuset har vært å inkludere alle yrkesgruppene på avdelingen og at alle ansatte skal få en mulighet til å delta på simulering.

Det kommer litt an på hvem jeg har tilgjengelig og hvem som jeg har satt opp. Men i alle fall så kjører jeg en rulleringsliste, slik at alle sammen får deltatt i alle fall.

Avdeling B skriver simuleringen inn i turnusen til sykepleierne og hjelpepleierne. De har fått legene til å gjøre det samme ved å samarbeide med overlegen på avdelingen. Avdeling A har også forsøkt å gjøre dette uten suksess. Begrunnelsen for hvorfor legene ikke har simulering oppført i turnus har vært uklar. Noen mener det har med at legene ikke ser nytteverdien av å prioritere dette inn i turnusarbeidet. Andre mener at de fikk for lite informasjon før prosjektstart og ble inkludert for sent i prosessen.

Kompetansedrivere

Avdeling A bruker to fasilitatorer i hver simulering. De som fikk tildelt rollen hadde lite erfaring fra tidligere, både med å lage case og ha med leger i simuleringen. Ved å være to fikk de økt læringsutbytte når de observerte hverandres måte å løse oppgaver på. En annen fordel var at de fikk bedre oversikt over situasjonene som utspilte seg under scenarioet med et par ekstra øyner. Det ga dem også mulighet til å splitte seg når deltakerne oppholdt seg på forskjellige områder i avdelingen.

Fasilitatorene forteller at det har vært en trygghet å være to i utfordrende situasjoner. I starten av prosjektet var dette spesielt viktig, da det var mye motstand og utfordrende å skape engasjement for simulering.

Vi måtte fronte det veldig positivt. mistet litt motet ved mye motstand, men så klarte vi å snu det

Det at de hadde hverandre til å støtte seg på i starten var viktig for å ikke miste motivasjonen til å fortsette. Informantene beskriver fasilitatorene som tålmodige og forståelsesfulle overfor kollegaene sine. De arbeidet med å tilrettelegge og ufarliggjøre simuleringen og snu motstanden på avdelingen. Det ble presentert som en positiv faktor at fasilitatorene var vanlige ansatte og dermed hadde god kjennskap egne kollegaer og kunne tilpasse simuleringen for å ivareta den enkeltes behov. Eksempelvis varierer fasilitatoren lengden på brief med hensyn til hvilke deltakere som er med. Dette blir vurdert ut fra antall simuleringer deltakerne har vært på tidligere og om fasilitator opplever at deltakerne er utrygge i situasjonen. Begrenset erfaring vil føre til en lengre brief. En annen viktig faktor som blir trukket frem er nytteverdien og behovet for fasilitering av fasilitatorene. Det har vært en styrke for fasilitatorene å vite at de har hatt mulighet til å konferere og få veiledning når de føler seg utrygge i veiledningssituasjonen. Det var spesielt viktig med regelmessig veiledning i oppstarten og når de opplevde motstand i avdelingen.

Organisasjonen har tilrettelagt for støttesystem til fasilitatorene på begge avdelingene og dette har kun blitt omtalt som positivt. Avdeling B har frem til nylig bare hatt en fasilitator, men vedkommende har lang erfaring med simuleringsbasert læring. Nå har avdelingen fått en til fasilitator, som er blitt valgt på bakgrunn av interesse for simulering. Interessen for simulering er en gjennomgående faktor hos alle fasilitatorene vi snakket med. De var over gjennomsnittet interessert og hadde en positiv holdning til simuleringsbasert læring.

5 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi med utgangspunkt i problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål drøfte empirien sett i lys av det teoretiske rammeverket som er presentert tidligere i oppgaven.

Hvordan kan simulering anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess?

1. Hvordan skaper simuleringsvirkelighet rom for læring?
2. Hva er deltakernes erfaringer med simuleringsbasert læring i MIT/NEWS prosjektet?
3. Hvordan tilrettelegges det organisatorisk for læring på avdelingene?

5.1 Hvordan skaper simuleringsvirkelighet rom for læring?

Alle mennesker har ulike kognitive skjema ut fra tidligere erfaringer og opplevelser. Gjennom simulering kan skjemaet endres, omskrives eller forsterkes. Dieckmann (2009) forklarer at for å bli observant på egne handlingsmønstre, må scenarioene som utspilles gjenskape aspekter av virkeligheten. I en simuleringssituasjon er det tre elementer som bør tilstrebes for å oppnå en høy grad av realisme (Meakim et.al., 2013).

4. Det miljømessige elementet
5. Det fysiske elementet
6. Det psykologiske elementet

Det miljømessige elementet representerer hvor simuleringen tar sted. Begge avdelingene har valgt in-situ som gir en virkelighetsnær opplevelse. De simulerer i det miljøet hvor de skal ta i bruk læringen som kommer frem. Den ene simuleringen tar sted i en korridor, mens den andre tar sted på et undersøkelsesrom. På begge stedene trer deltakerne inn og ut av et fiktivt pasientrom uten å ha fått noe instruksjoner om dette på forhånd. Det oppleves som det er noe implisitt som ligger i deltakernes natur. Begge avdelingene har lagt til rette for at det skal være realistisk ved at hendelsesforløpet og diagnosene skal være gjenkjennbare. Alle deltakerne stiller med en forutsetning for å kunne forstå situasjonen som møter dem i scenarioet når situasjonen er gjenkjennbar fra hverdagen (Dieckmann, 2009).

Det andre elementet omhandler de fysiske faktorene. Her har begge avdelingene valgt å bruke “skarpt utstyr”, altså avdelingens apparater og hjelpemidler som de til vanlig bruker i pasientsituasjoner. De har valgt å ha levende markør som spilles av en ansatt. Det trekkes frem at dette utgjør et kritisk punkt for realismen, da den ansatte som spiller pasient ikke innehar sin

naturlig rolle ut ifra yrkesbakgrunn. Markøren har stor frihet i rollen, noe som vil si at vedkommende ikke får klare instruksjoner på hvordan hen skal spille. Det skaper rom for den ansatte å tolke rollen med utgangspunkt i sitt kognitive skjema og det er ikke sikkert denne tolkningen speiler hvordan pasientforløpet ville vært i virkeligheten. Noe som kan føre til at de andre deltakerne opplever redusert realisme som kan være med på å begrenset læringsutbytte ved at fiksjonskontrakten blir brutt. Funnene viser at opplevd realisme i forbindelse med levende markør har en sammenheng med lengden på utdanningen. Deltakere som har lengre utdanning setter høyere krav til rollen som blir spilt. Dette kan ha sammenheng med at deltakere som har lengre utdanning også setter høyere krav til seg selv og dermed er mer kritisk til faktorer som kan gi økt utfordring i frykt for å tape ansikt (Glavin, 2016). På en annen side har deltakere med mindre erfaring behov for et mer dramatisk symptombylde for at de skal igangsette tiltak (Glavin, 2016). En deltaker med høy utdanning eller lang erfaring vil ha et bedre utgangspunkt for raskt å oppfatte symptombylde. Overdreven bruk av effekter kan føre deltakeren ut av fiksjonskontrakten fordi situasjonen oppleves som urealistisk.

Bruk av levende markør kan på den andre siden bidra til viktig kunnskap om hvordan det oppleves å være pasient. Det kan også gi innsikt i hvilke tiltak helsepersonell kan gjøre for å imøtekomme pasientens behov for omsorg i en akutt situasjon. Det var flere tilfeller hvor deltakere som spilte pasient opplevde å bli behandlet som en gjenstand. Ved å reflektere over disse opplevelsene kan ansatte bevisst arbeide mot å møte kravet fra stortinget om helhetlig ivaretagelse av grunnleggende behov. Det stadfestes at pasient er mer enn et kasus og at det er viktig også ved akutt sykdom å ivareta pasientens verdighet. Dette kan oppnås ved å øke tryggheten til den enkelte ved god samhandling (Helse og omsorgsdepartementet, 2020).

Begge avdelingene stilte krav til at deltakerne skulle ta vitale målinger på reelt vis, og deretter motta forhåndsbestemte målinger som var tilpasset scenarioet. Denne form for avbrytelse skapte ikke noe brudd i fiksjonskontrakten, noe som reflekterer deltakernes felles forpliktelse til innlevelsen.

Begge avdelingene hadde i forkant utarbeidet en testpasient og tilrettela for at deltakerne kunne føre inn de vitale målingene i MEONA og få en NEWS-score. Dette gav sykepleieren mulighet til å kommunisere NEWS-scoren til legen i telefonen. På bakgrunn av at kommunikasjonen mellom sykepleier og lege har vært utfordrende i arbeidshverdagen, vil denne interaksjonen være ekstra viktig å få med i simulering. Situasjonen demonstrerer hvor viktige de fysiske elementene er for å veilede deltakerne inn i de riktige læringssituasjonene.

Et realistisk tidsperspektiv oppleves både som et fysisk og et psykologisk element, og er noe flere informanter poengterte at var viktig for å øke læringsutbyttet i scenarioet. Spesielt kom det frem i funnene våre at å vente på legen var en viktig faktor for realisme. Samtidig viser det seg at for lang tidsbruk i simulering skaper frustrasjon og blir et moment som bringer deltakerne ut av fiksjonskontrakten. Med utgangspunkt i Dieckmanns (2009) teori om simuleringsevne som en mulighet og en begrensning, ser vi at avdelingene har benyttet Y-faktoren, ved å legge frem utstyret på forhånd. Y-faktoren gir muligheter som ikke eksisterer i den virkelige kliniske settingen. Samtidig er tidskomprisinonen av et scenario en X-faktor, som representerer en begrensning. Det vil si at tiden er en faktor det ikke er mulig å gjenskape fordi simuleringen ofte varer kortere enn det hadde gjort i den kliniske virkeligheten. Det kan virke som at tidsperspektivet i seg selv ikke må være fullstendig virkelighetsnært for å oppnå realisme. Derimot må momentene deltakerne skal trene på gjenspeile virkeligheten. I dette tilfellet representerer det forståelsen av hvorfor det er viktig å kontakte legen på et tidlig tidspunkt. Når deltakerne får kjenne på kroppen hvor lang tid det kan ta før legen kommer til stedet vil sannsynligheten øke for at deltakeren husker å ta kontakt tidlig i en reell situasjon. Slike opplevelser kan ifølge Svartdal (2018) bidra til en potensiell endring av atferd. Erfaringene deltakerne gjør seg kan stimulere til et endret og mer hensiktsmessig handlingsmønster i fremtiden.

Det tredje elementet omhandler de psykologiske faktorene. For at deltakerne lettere skal kunne tre inn i simuleringsevnen tilstreber fasilitator at deltakerne får tildelt rollen som seg selv. Dette gjør at deltakeren må bruke egne erfaringer og kunnskap til å løse den aktuelle utfordringen. Våre funn viser at det finnes en begrensning med å innta rollen som seg selv om den psykologiske tryggheten ikke er til stede. Det medfører at noen opplever blottleggelse av egne ferdigheter og kunnskapshull. Dette belyser hvor viktig det er å bruke tid i brief der læringsmålene blir presentert og taushetsløfte inngått. Brief legger grunnlaget for læringssituasjonen og hensikten med simuleringen blir tydeliggjort ved gjennomgang av læringsmålene. Læringsmålene kan redusere stresset ved at fokuset til deltakerne blir flyttet fra opplevelsen av å bli testet over til konkrete mål.

Funnene viser at nøkkelen til en velfungerende fiksjonskontrakt er at hver enkelt bestemmer seg for å leve seg inn i situasjonen. Det vektlegges at hver enkelt har et ansvar for at det skal bli en god læresituasjon for seg selv og de rundt seg. Dersom deltakeren velger å leve seg inn i situasjonen vil in situ simulering gi erfaringer som deltakeren kan overføre til egen praksis. Organisasjoner lærer kun gjennom enkeltindivider, foruten disse forekommer ingen læring

(Senge, 2006). Fiksjonskontrakten er med andre ord ikke noe verken avdelingen eller fasilitator kan skape, men noe hver enkelt deltaker må bringe med seg inn i situasjonen.

Selv om avdelingene ikke kan skape fiksjonskontrakten kan de bidra med å tilrettelegge for at kontrakten skal fungere ved å ta hensyn til de tre elementene. Elementene fremmer og hemmer læringen hos deltakere ut fra hvordan de blir anvendt i simuleringssituasjonen. Elementene bør tilpasses eleven, og ikke omvendt.

5.2 Hva er deltakernes erfaringer med simuleringsbasert læring i MIT/NEWS prosjektet?

Læring omhandler ifølge Glavin (2016) ikke å lære mennesker det de ikke vet, men å lære mennesket å endre handlingsmønsteret sitt (vår oversettelse). Ved hjelp av simulering blir eleven satt i sentrum for egen læring. Eleven blir ansvarliggjort gjennom skreddersydde tilbakemeldinger. Det å få veiledning til å se løsninger selv i samhandling med andre er en læringsmetodikk hentet fra det sosiokulturelle læringsperspektivet. Gjennom sosial deltakelse og refleksjon over egen praksis kan eleven oppleve å se seg selv utenfra (Lyngnes og Rismark, 2007). Simuleringen skal bygge videre på den grunnkunnskapen elevene allerede besitter. I teamet som består av lege, sykepleier og helsefagarbeider sitter alle med ulik kompetanse og en grunnkunnskap med forståelse om menneskets fysiologi og patologi. Simuleringen skal hjelpe den enkelte elev uavhengig av kunnskapsnivå til å se hva som må jobbes med og på den måten stimulere til refleksjon og læring.

Det tilrettelegges for at scenarioene skal bli virkelighetsnære slik at ny læring kan repeteres og frembringes fra det Lai (2004) kaller implisitt kunnskap til eksplisitt kunnskap. Det er gjennom den implisitte kunnskapen vi gjør de fleste ubevisste valg. Persepsjon i det ubevisste er knyttet til intuitiv tenkning uten refleksjon. I akutte situasjoner hvor det ikke oppleves som det er tid eller rom for grundige vurderinger tas ofte valg ut fra den implisitte kunnskapen. Simulering bidrar til bevisstgjøring over eget handlingsmønster og hjelper deltakerne til å reflektere over kunnskapen som ligger implisitt. Ved å diskutere og vurdere valgene som blir gjort, vil deltakerne oppdage hvordan de kan endre egen atferd og handle mer hensiktsmessig. Eksempelvis har det vært klare retningslinjer for bruk av MIT/NEWS før pilotprosjektet startet. Allikevel har flere ansatte valgt å ikke følge disse retningslinjene, noe som kan ha bakgrunn i at valg er tatt ubevisst. Simuleringsbasert læring er tatt i bruk som et nytt forsøk på å implementere MIT/NEWS verktøyene.

De to kravene MIT/NEWS skal oppfylle for å lykkes med implementeringen av helsedirektoratets pasientsikkerhetsprogram innen tidlig oppdagelse av forverret tilstand er følgende:

1. Bruk validert verktøy for observasjon, skåring og respons (NEWS)
2. Tilkall kvalifisert hjelp ved forverret tilstand (MIT)

En utfordring som ble oppdaget gjennom simulering av MIT/NEWS var yrkesgruppenes ulike fokus og prioriteringer. Sykepleiere hadde opplevd å ikke bli møtt med forståelse når de ringte for å videreformidle tilstanden til pasienten ved å ta i bruk NEWS-score. Legene på sin side hadde ikke fått god nok informasjon og opplæring i verktøyet og hadde dermed ikke samme forståelse når det gjaldt retningslinjene i NEWS-respons og hvorfor sykepleierne brukte verktøyet. I tillegg har det kommet frem at kommunikasjonen per telefon ikke var optimal fordi sykepleierne brukte fargekodene i NEWS, uten å utdype dette noe nærmere. De to yrkesgruppene hadde ulik forståelse og forutsetninger for å bruke NEWS, noe som resulterte i en splittet situasjonsforståelse.

Gjennom simulering har helsepersonellet utviklet et felles språk. Ved å utvikle et felles språk vil teamet oppnå en språklig forståelse (Thomas & McDonagh, 2013). Sykepleierne har modifisert bruken av fargekoder og utdyper nå hvorfor de ringer. Legene på sin side har fått informasjon om at NEWS-respons krever dokumentasjon og fått en forståelse for hvorfor dette verktøyet tas i bruk på avdelingen. Yrkesgruppene har gjennom refleksjon i debrief kommet frem til at de skal dele ansvaret for å dokumentere NEWS-respons. Hvordan de aktuelle aktørene velger å gjøre dokumentasjonen i arbeidshverdagen er noe som må avgjøres ut fra det aktuelle tilfellet og ut fra hvem som er til stede den aktuelle dagen.

Informantene forteller at de har fått en økt forståelse for når en skal bruke MIT. Ved hjelp av simulering har de fått identifisert kunnskapshull om bruken av medisinsk intensivt team og hatt fokus på å tette disse hullene (Rodgers, 2007; Decker et al., 2008; Kuiper & Pesut, 2004). Videre viser forskningen vår at trening i team og økt kunnskap har bidratt med å redusere den psykologiske sperren for å tilkalle MIT.

For å få til en vellykket implementering av MIT tilkalling og NEWS-respons krever det at ad-Hoc team fungerer. Et ad-Hoc team er et midlertidig team som oppstår som følge av en situasjon som krever samarbeid mellom ulike profesjoner for å håndtere en situasjon (Aase, 2010). På et sykehus vil team-sammensetningen endres kontinuerlig.

I et ad-Hoc team må aktørene kommunisere sammen for å oppnå et felles mål, som her i sammenheng med rett bruk av MIT og NEWS. For at samarbeidet skal fungere må aktørene koordinere sine roller og tilpasse hverandres arbeid slik at dynamikken rundt pasienten blir optimal. Det kan eksempelvis være nyttig for sykepleiere å vite hvorfor de noen ganger må vente på legen, når de har en akutt syk pasient og trenger bistand. Det kan ha opphav i at legen er hos en annen pasient som også krever rask igangsetting av behandling. Forståelsen for at oppgavene er ulike og at dette har ringvirkninger for prioriteringer vil bidra til å bryte ned en forestilling om at legen til tider nedprioriterer det som sykepleierne formidler. Videre kan legene få innsikt i at sykepleierne også har en annen virkelighet. Sykepleierne besitter spesialisert kunnskap som legen kan dra fordel av. Funnet hvor legen noterte ned at hen måtte huske antibiotika neste gang demonstrerer dette på en god måte. For å få til koordinering og samhandling trenger aktørene innblikk i og kunnskap om hverandres oppgaver (Espevik. et al, 2018). Samtlige informanter mente de hadde større behov for å bli bedre kjent med hverandres oppgaver og funksjoner for å bedre kunne kommunisere med hverandre. Gjennom simulering har de ulike fagdisiplinene fått en felles plattform som har vært med på å øke denne forståelsen.

Informantene trekker frem at simulering har gjort det mulig å gi og få tilbakemeldinger uavhengig av hvilken faggruppe en tilhører. Det har vært med på å øke forståelsen for hverandre og gjennom språket har profesjonene greid å utvikle et felles ståsted (Allan et.al, 2006). Forskning viser at de best fungerende teamene på sykehus er der hvor det er rom for å stille kritiske spørsmål (Edmondson, 2019). Gjennom debriefing skapes det et rom hvor aktørene skal dele erfaringer og tilbakemeldinger på hvordan teamet løste scenarioet.

Stresset mange har kjent på i forbindelse med simulering har gjort det vanskelig å gjenkjenne eget handlingsmønster. Ved å reflektere i fellesskap etter simulering rettes oppmerksomheten på hva en kan gjøre for å løse caset bedre. Forskningen vår viser at deltakerne er flinke til å dele refleksjoner over eget handlingsmønster, men at utfordringen oppstår når noen ikke påpeker eget uhensiktsmessige eller suboptimale handlingsmønster. Refleksjonen avhenger da av at de andre deltakerne opplever trygghet til å kunne stille kritiske eller utforskende spørsmål. Kartleggingen vår viser at flere av deltakerne opplever det som ukollegialt å stille seg kritisk til hvordan en kollega har utført oppgaven sin. Fasilitatorene opplever også dette som en utfordring, da de er redd for at den enkelte deltaker skal gå ut med en følelse av å ikke ha mestret oppgaven.

Psykologisk trygghet er en forutsetning for å få til et velfungerende team. De ansatte må tørre å si ifra om noe bør endres eller håndteres på en annen måte, da hver enkelt deltakers er et ledd som til sammen utgjør teamet (Baer og Frese, 2003). Det er vanskelig å påpeke andres feil, noe som forklarer deltakernes tendens til å fokusere på det positive og hva som fungerte bra. Ved å ha fokus på kun det positive glatter man over viktige refleksjoner og fraskriver seg på den måten det felles ansvaret for å ha et velfungerende team. Når deltakerne ikke er trygge nok til å kunne gi tilbakemeldinger til hverandre, vil temaet bli fragmentert.

På begge avdelingene opplever deltakerne stress eller ubehag i forkant av en simuleringssituasjon. Det er en forskjell i hvilken grad dette uttrykkes. Deltakerne på avdeling B forteller at de gruer seg litt i forkant, men at dette avtar i løpet av simuleringen og at de avslutter med en følelse av at “dette var ikke så ille”. Informantene beskriver simuleringssituasjonen som gjenkjennbar fra deres normale arbeidshverdag og at de ofte diskuterer pasientsituasjoner sammen med kollegaene sine. Å reflektere i fellesskap rundt egne faglige vurderinger og handlinger føles som en kjent situasjon.

Når den psykologiske tryggheten er til stede flyter kunnskapen fritt og dynamisk mellom kollegaer (Dahlin, 1999). Vi opplever at dette er tilfellet på avdeling B fordi deltakerne også utenom simulering diskuterer egne valg og handlingsmønstre med hverandre. Det er en aksept for å dele egne opplevelser og en åpenhet for at kollegaene kan reflektere rundt egne handlinger (Wadel, 2008). De kommuniserer åpent med hverandre og står sammen om felles aktiviteter, noe som er karakteristisk for en fruktbar læringskultur.

På avdeling A var ikke kulturen for flytende kunnskap til stede i like stor grad. Deltakerne forteller at de opplever debriefen som nyttig. Her er det rom for å stille spørsmål om temaer det ikke snakkes om i arbeidshverdagen, men som er “forventet” at de skal kunne. Dermed skaper simulering en plattform for å øke den faglige kvaliteten i avdelingen, og forebygger fremtidige feil på bakgrunn av mangel på kunnskap.

I intervjuene kom det frem at det er ubehagelige opplevelser knyttet til simulering. Flere deltakere forteller at de gruer seg til simulering, og at de umiddelbart begynner å grue seg til neste gang etter endt simulering. Det var ulike forklaringer på hvorfor deltakerne følte ubehag rundt simulering; For lenge mellom hver gang en simulerer, urealistisk å skulle late som og ikke nok variasjon i casene. Simulering kan utfordre selvtilliten⁴ vår. Glavin (2016) belyser at

⁴ Selvtillit omhandler hvordan den enkelte oppfatter sin stilling eller kompetanse.

når deltakere skylder på eksterne faktorer kan dette ha opphav i at selvtilliten blir utfordret i frykten for å gjøre feil. Når ansatte opplever støtte og trygghet i miljøet vil frykten for å gjøre feil reduseres (Klein & Knight, 2005). Hvis deltakerne opplever å være i et åpent miljø hvor det er rom for å si ifra vil de ikke være bekymret for negative reaksjoner om de gjør en feil. Hvordan deltakerne blir møtt i slike situasjoner vil prege atferden videre (Edmondson, 2019). Et åpent miljø vil øke kvaliteten på arbeidet. Ved aktiv fokus på å skape trygghet i simulering hvor det lønner seg å dele meninger og stille spørsmål, vil det bidra til å øke læringskulturen, også i den kliniske hverdagen.

5.3 Hvordan tilrettelegges det organisatorisk på avdelingene?

På begge avdelingene var det en “med-sykepleier” som var fasilitator. Når avdelingen bruker nøkkelpersoner som fasilitatorer vil det en skape uformelle ledere, som på mange måter har større mulighet for å lykkes med å få de ansatte med seg på endringen (Botten et.al., 2014). Kompetansenivået til fasilitatoren vil ha en sammenheng med hva deltakerne får ut av simuleringen. Fasilitator har ansvar for å lede refleksjonen. Dette utføres ved å overvåke og eventuelt styre kommunikasjonsflyten, hvilke temaer som utdypes og hvilke spørsmål som blir stilt. Fasilitator har ansvar for å sikre at diskusjonen er fruktbar i henhold til læringsmålene. Refleksjonen stimulerer deltakerne til å utforske eget handlingsmønster og tilrettelegger for at ny kunnskap blir tatt med videre til egen praksis (Klein & Sorra, 1996). Dette belyser viktigheten av fasilitators rolle og en må derfor ikke glemme at fasilitator også har behov for trygghet i sin rolle.

For å bedre forutsetningene for å lykkes med å oppnå resultater fra simulering har begge avdelingene tilrettelagt et veiledningssystem for at de som innehar fasilitatorrollene også skal motta veiledning (Roland,2017). Veiledning av fasilitatorene har vært med på å gjøre dem trygge i å lede debriefen og særlig dette med å trekke frem læringspunktene i refleksjonen. På begge avdelingene har de overordnede fagutviklerene fungert som mentor for fasilitatorene. De var mye til stede i starten, men har etter hvert trukket seg tilbake. Fasilitatorene forteller at fagutviklerene fortsatt kommer innom for å høre at alt går bra, og at de i tillegg kan kontakte fagutviklerene om det skulle være behov. Det å ha fagutviklere som arbeider tett på fasilitatorene har høstet gode resultater i form av trygghet og tyngde, spesielt i debrief som har en sammenheng med læringsutbytte til deltakerne.

Trening og veiledning viser seg å ha best effekt når de kombineres (Joyce og Showers, 2001). Denne kombinasjonen finnes i simulering ved at scenario er en aktiv handling som blir etterfulgt

av debrief som gir rom for refleksjon med veiledning. I hvilken grad deltakerne opplever relevans innvirker på effekten av simulering. Det har derfor blitt fokusert på å utarbeide case sammen med ansatte for at simuleringen skal være mest mulig lik arbeidshverdagen. Den ene avdelingen har valgt å bruke avviksmeldinger for å spisse fokus mot forbedring fra faktisk til ønsket tilstand. Ledelsen forteller at de har hatt en positiv opplevelse når de har inkludert de ansatte i endringsprosessen og planleggingen av case.

In-situ simulering krever ekstra planlegging fordi det foregår i arbeidshverdagen og uten ekstra innleide ressurser. Ledelsen på begge avdelinger forteller at de har hatt stort fokus på planlegging av simulering inn i turnusen til de ansatte, for å synliggjøre prosjektet. I starten ble lagt opp til at det også skulle føres inn i arbeidsboken til legene. Den ene avdelingen hadde en vellykket inklusjon av alle yrkesgrupper, mens den andre avdelingen lyktes ikke med å få legene til å skrive simulering inn i turnusen.

Dette kan med utgangspunkt i teorien om lojalitet til implementeringsprosesser tolkes som et resultat av at legene ikke ble godt nok inkludert i prosjektet fra starten, og ikke mottok nok informasjon i modningsfasen (Roland, 2017). På den andre siden kan forskjellen på engasjementet også ha opphav i hvor etablert læringskulturen har vært før starten av prosjektet. Det er først når en tilrettelegger for kunnskapsoverføring en kommer i kontakt med “kulturen som sitter i veggene” og hvordan det påvirker organisasjonen (Senge, 1999).

På en avdeling med lav læringskultur vil det være vanskeligere å skape engasjement blant deltakerne i oppstarten med simulering. Funnene viser at det har hatt en positiv innvirkning på gruppen når det er en tverrfaglig sammensetning av deltakere. Deltakerne forteller at simulering har bidratt til å styrke kommunikasjon og samarbeid på tvers av yrkesgrupper. Dette kan vitne om at de ansatte ser gevinsten av å spille hverandre gode, en faktor som må være til stede i en avdeling med positiv læringskultur (Wadel, 2008).

6 Konklusjon

Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke læring ved bruk av simulering i en implementeringsprosess, ved følgende problemstilling: *Hvordan kan simulering anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess?*

Oppgaven har blitt gjennomført som et kvalitativt studie hvor totalt 13 informanter fra to ulike sykehusavdelinger ble observert etterfulgt av dybdeintervjuer for å få frem deres erfaringer ved bruk av simuleringsbasert læring ved bruk av MIT/NEWS. Studien ble basert på et teoretisk rammeverk som fokuserte på implementering, læring og simulering. Dette ble brutt ned til tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan skaper simuleringsvirkelighet rom for læring?
2. Hva er deltakernes erfaringer med simuleringsbasert læring i MIT/NEWS prosjektet?
3. Hvordan tilrettelegges det organisatorisk for læring på avdelingene?

Funnene våre viser at simulering har vært med på å skape situasjoner der det er rom for å stille spørsmål om tematikk som det ellers ikke ville vært naturlig å snakke om. Samtidig har refleksjon og utforskning av eget handlingsmønster gitt nye oppdagelser og ført til økt kvalitet av deltakerens praksis. Videre kommer det frem at det å få trene på scenarioer som reflekterer virkeligheten i kjente omgivelser har vært med på å utvikle deltakerens personlige ferdigheter og forståelse for hverandres oppgaver og kunnskap.

Erfaringene som kommer frem ved bruk av simulering viser seg ved at deltakerne identifiserer seg som et ad hoc-team som er samlet for et felles mål; å redde liv og å gi best mulig behandling. Kommunikasjon på tvers av profesjonene har vist seg å være utfordrende i den daglige driften, og på bakgrunn av dette har det vært et ønske om å etablere bedre samhandling hvor det er rom for å gi tilbakemeldinger til hverandre. Dette for å øke tryggheten og for at aktørene lettere kunne stille hverandre spørsmål for å forhindre ulik oppfattelse av situasjonen. Felles arenaer for utveksling av kompetanse i det daglige vil skape lærings situasjoner som bidrar til å øke forståelsen for hverandres oppgaver, også på tvers av profesjonene.

Gjennom etablering av simulering viser våre funn at det har gitt ansatte en større forståelse av hverandres roller og oppgaver, samt bedre innblikk i hverandres ståsted ved bruken av verktøyene MIT/NEWS. Ved hjelp av debrief har deltakerne gjennom samhandling med hverandre fått bekreftet eller avkreftet forutinntatte oppfatninger. Simuleringen har bidratt med

å bryte ned barrierer mellom yrkesgruppene som har hatt opphav i misforståelser. Deltakerne har sett muligheten for å fordele oppgaver mer hensiktsmessig slik at bruken av MIT/NEWS samsvarer med faktisk behov og eventuell dobbeltføring unngås.

De to avdelingene har ulike behov for grad av realisme og tilrettelegging i forbindelse med simuleringsbasert læring. Funnene våre tyder på at lavere grad av psykologisk trygghet skaper større behov for effekter og tilrettelegging inn mot læringsaktiviteten. Deltakerne som opplever høyere grad av trygghet har lettere for å improvisere og bruke kreativiteten sin i en fiktiv virkelighet. Det var sammenheng mellom deltakerens opplevde trygghet og evnen til å tilegne seg kunnskap gjennom sosial deltakelse og refleksjon.

Vi vil konkludere med at simuleringsbasert læring bidrar til læring i en implementeringsprosess, og at effekten lettest kan sees hos avdelinger hvor det er høy grad av psykologisk trygghet og god læringskultur. Ved bruk av simulering kan avdelinger forbedre læringskulturen ved at metoden skaper en tilstand med flytende kunnskap. En kan dermed si at avdelinger hvor de ansatte har barrierer for å dele kunnskap og erfaringer kan ha positiv effekt av læringsverktøyet simulering for å bedre læringskulturen. På bakgrunn av dette anbefales simulering for avdelinger som sliter med å skape en tilstand av flytende kunnskap i organisasjonen. God læringskultur med tilstedeværelse av psykologisk trygghet vil gi fruktbare avkastninger sett i et implementeringsperspektiv.

7 Implikasjoner for organisasjoner og ledere

Læring gjennom simulering er en metode som er ressurskrevende, men vi mener at dette kan forsvares da treningen gir gode resultater i organisasjonen innen områder som faglig forsvarlighet og kvalitetssikring. Videre vil vi komme med anbefalinger til ledere om hvordan en kan arbeide med å tilrettelegge for simulering i organisasjonen.

Vår forskning viser at simulering vil bidra til å styrke den tverrfaglige kommunikasjonen. For kunne å oppnå dette må ledere være klar over at det krever tilstedeværelse av psykologisk trygghet som er vesentlig for at deltakerne skal tre inn i simuleringsvirkeligheten, og være tro mot fiksjonskontrakten. Uten fiksjonskontrakten vil muligheten for å erstatte virkelige erfaringer med fiktive erfaringer forsvinne, og dermed vil muligheten for å endre handlingsmønsteret til deltakerne reduseres. Bruken av brief i forkant av simuleringssituasjonen har blitt brukt for å øke tryggheten noe vi anbefaler å fortsette med. En bør samtidig jobbe med å finne alternative forum hvor en snakker om hvorfor en bruker simulering og effekten av dette. Vi oppfordrer til å snakke åpent om temaet i avdelingen, gjerne på pauserommet og korridoren hvor de uformelle samtalene tar sted. Dette for å understreke at treningen ikke er til for å vurdere ferdighetene eller kunnskapen til hver enkelt, men for å styrke samhandling og kompetansedeling gjennom læring i felleskap.

Gjennom arbeidet har vi observert at det kan oppstå splittelser mellom yrkesgruppene med bakgrunn i feil oppfatninger av hverandres arbeidsoppgaver og prioriteringer. Vi vil derfor fremheve at simulering er et verktøy som bidrar til å øke kvaliteten på samhandling også i andre situasjoner enn MIT/NEWS trening. Alle som deltar i simulering får erfare problemet som oppstår når situasjonsforståelsen ikke er den samme, og en ikke har utarbeidet felles språklig forståelse. Denne opplevelsen vil også være nyttig i andre situasjoner da en forhindrer at forutinntatte oppfatninger får lov å slå røtter og prege organisasjonen, men i stedet bidra til å oppnå gjensidig forståelse for hverandres oppgaver og kunnskap. Forskningen vår viser at gjennom økt forståelse for hverandre vil samhandling og deling av kunnskap gå på automatikk som øker den faglige forsvarligheten som bidrar til å skape en mer robust organisasjon. Noe som også vil være overførbart til andre helseinstitusjoner i landet.

Uten organisasjonens investering i å få frem kompetente fasilitatorer vil resultater utebli. Fasilitators kompetanse øker tryggheten til deltakerne, spisser relevansen og leder gruppen inn i refleksjonen. Her blir handlingsmønstre satt ord på og eventuelle kunnskapshull blir oppdaget.

Vi vil derfor anbefale å investere i fasilitatorkompetanse og forholdsvis tilstrebe et team på minimum to per avdeling, da dette reduserer sårbarheten. Investering bør også innebære et veiledningssystem for fasilitatorene med en eller flere mentorer med nok faglig tyngde innen simulering på organisatorisk nivå. Forskningen vår viser at fasilitator har behov for et støttesystem rundt seg for selv å kunne reflektere og forbedre eget handlingsmønster i simuleringssituasjonen.

Vi ønsker med bakgrunn i våre funn å synliggjøre muligheten for at fasilitatorer og prosjektgrupper kan ta utgangspunkt i synergimeldinger når de utvikler scenarioene. Dette for å øke relevansen da synergimeldingene representerer ekte pasientsituasjoner hvor behandlingsforløpet ikke har vært utført på ønsket måte. Utvikling av case med utgangspunkt i synergimeldinger kan bidra til at treningen fører organisasjonen fra faktisk til ønsket tilstand, og kvalitetssikrer kompetansen og handlingsmønstrene der kunnskapen ikke har vært tilstrekkelig for å utføre tiltakene på en tilfredsstillende måte tidligere.

8 Forslag til videre forskning

Simuleringsbasert læring som en del av en implementeringsstrategi er et tema vi har funnet lite forskning på. Med bakgrunn i funnene vi gjorde om utfordringene for å skape engasjement for å delta på simulering, vil det være interessant å forsket videre på hvilke tiltak som skaper engasjement, gjerne sett i sammenheng med informasjonsarbeid og ansattes modning i forkant av simuleringsoppstart.

Videre viser funnene at enkelte deltakere velger å ikke dele sine refleksjoner og tilbakemeldinger i simuleringssituasjonen. Særlig i de tilfellene det gjelder forbedringsområder som omhandler andre deltakere enn seg selv. Vi ser nytten i å forske på hva som er årsaken til at noen deltakere har en sperre for å dele, samt hvilke nøkkelfaktorer som må være til stede for å oppheve sperren. Spesielt når det gjelder hvilke faktorer som påvirker de mentale prosessene i disse situasjonene.

9 Referanser

- Aase, K.(red.). (2010). *Pasientsikkerhet:teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Aase, T. H og Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter: om produksjon og tolkning av kvalitative data*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Baer, M. & Frese, M. (2003). Innovation is not enough: Climates for initiative and psychological safety, process innovations, and firm performance. *Journal of organizational behavior*, 24(1), 45-68. DOI: 10.1002/job.179
- Bakke, T., Brudvik, M., Eggesvik, S., Konsmo, T., , Udness, E. & Vege, A. (2013). *En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid*. Norheim, G., (red.) & Vibe, M. (red.). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Blase. K.A., van Dyke, M., Fixen, D.L. & Bailay, F.W. (2012). Implementation science: Key concepts, themes and evidence for practitioners in educational psychology. I.B.- Kelly & D. Perkins (red.), *implementation science for psychology in education*. New York: Cambridge University press.
- Botten, G.S., Frich, J.C., Hagen, T.P., Iversen, T., Nordby, H (red.). (2014). *Helsetjenestens nye logikk*. Bergen: Fagbokforlaget
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinkmann, S. og Kvale, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dahlin, Bo (1999) Ways of Coming to Understand: metacognitive awareness among first-year university students. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 43:2, 191-208. hentet fra:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0031383990430205#aHR0cHM6Ly93d3cudGFuZGZvbmxpbmUuY29tL2RvaS9wZGYvMTAuMTA4MC8wMDMxMzgZOTkwNDMwMjA1P25lZWRY2Nlc3M9dHJlZUBAQDA=>
- Decker, S., Sportsman, S., Puetz, L., & Billings, D. (2008). The evolution of simulation and its contribution to competency. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 74-80.
- Dieckmann, P. (2009) *Using simulations for Education, Training and Research*. Tyskland: PABST

Dong, L., Neufeld, D. J., Higgins, C. (2008) Testing Klein and Sorra's innovation implementation model: An empirical examination. *Journal of Engineering and Technology Management*. S. 237-255. Hentet fra:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923474808000428?casa_token=NxUxSZPjCPcAAAAA:Vuul6QdwjuZMibIyNx8_fPBDTdKfupa_I5nf2lvQwMlbG0aIIUbtyrJB8vALWRm8U-QCBPW3VTY#aep-section-id35

Dreyfus, S. & Dreyfus, E. (2004). The five-stage model of adult skill acquisition. *Bulletin of Science Technology & Society*, 24(3), 177-181.

Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag

Edmondson, A. (2019). *The Fearless Organization. Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation and growth*. John Wiley & Sons, Inc: Hoboken, New Jersey.

Fixsen, D. L., Naoom, S.F., Blasé, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL.: University of South Florida.

Flin, R. O'Connor, P. & Means, K. (2002). *Crew resource management: Improving teamwork in high reliability industries*. Team Performance Management: An International Journal

Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in healthcare. *Simulation in Healthcare. Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2(2), 126–135.

Glavin, R. J. (2016). "Lessons for simulation-based education from social psychology." *Advances in Simulation* 1(1): 7. (pp. 6)

Helsedirektoratet (2020, 30.04). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Nasjonale faglige råd*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>

Helse og omsorgsdepartementet (2020). Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. (Meld. St. 24 (2019–2020) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=5>

Helse og omsorgsdepartementet (2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2020-2023)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1996) *Metodevalg og metodebruk*. (3. utg.,1996) Tano: Oslo

- Illeris, K. (2000) : Læring. I Illeris, K. (red.): *Tekster om læring*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Imsen, G. (2005). *Elevens verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. (2. utg., 2010) Høyskoleforlaget: Kristiansand.
- Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg., 2015) Cappelen Damm Akademisk: Oslo
- Joyce, B. & Showers, B. (2001) *Student achievement through staff development*, 3 utg. Alexandria, VA: Association for supervision and curriculum development.
- Karlsen, P, J. (2008) *hva er HUKOMMELSE*. Oslo: Universitetsforlaget
- Klein, K. J., & Knight, A. P. (2005). Innovation Implementation: Overcoming the Challenge. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 243–246.
- Klein, K. & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*: ss. 1055-1080.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Kotter, P. J. (1995). Leading change. Why transformation efforts fail. *Harvard business review*, 2007, 96-103
- Kuiper, R. & Pesut, D, J (2004) Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: Self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*. 45(4):381-91. Hentet fra:
https://www.researchgate.net/publication/8891196_Promoting_cognitive_and_metacognitive_reflective_reasoning_skills_in_nursing_practice_Self-regulated_learning_theory#read
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring*. (2. utg) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Lyngsnes, K., & Rismark, M. (2007). *Didaktisk arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A, E., Gloe, D., Lioce, L., Borum, J, C. (2013) Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*. 9, s3-11. Hentet fra:
[https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(13\)00071-6/pdf](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(13)00071-6/pdf)

Norsk Pasientskadeerstatning (2020,13.01) *Rekordutbetalinger og reduserte saksbehandlingstider i 2019*. Hentet fra:

<https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/rekordutbetalinger-og-reduuerte-saksbehandlingstider-i-2019/>

Pritchard, A. (2009). *Ways of learning: learning theories and learning styles in the classroom (2nd ed.)*. New York: Routledge.

Rodgers, D.L. (2007). High fidelity simulation: A descriptive white paper report. *Healthcare Simulation Strategies*, Charleston, WV, 1-140.

Roland, P (2017). Hva er implementering? P.Roland & E. Westergård (Red), *Implementering, Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis*. (s.19-37) Oslo: universitetsforlaget.

Rudolph, J. W., et al. (2008). Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Academic Emergency Medicine*, Vol.15 (11), p.1010-1016

Røvik, K.A. (1998). *Moderne Organisasjoner: Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Oslo/Bergen: Fagbokforlaget.

Sandaker, I., Andersen, B., & Ree, G. (2014). Byråkrati, variasjon og læring. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 41(1), 33 - 43. hentet fra:

https://www.researchgate.net/publication/290183185_Sandaker_I_Andersen_B_Ree_G_2014_Byrakrati_variasjon_og_laering_Norsk_Tidsskrift_for_Atferdsanalyse_41_33_-_43

Sharma, R. & Yetton, P. (2003). The Contingent Effects of Management Support and Task Interdependence on Successful Information Systems Implementation. *Management Information Systems Research Center. MIS Quarterly*, Vol. 27, No. 4, 533-556. hentet fra: <https://www.jstor.org/stable/30036548>

Senge, P., M. (1999). *Den femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets bokforlag.

Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency/Doubleday.

Silverman, D. (2010). *A Very Short, Fairly Interesting and Reasonably Cheap Book about Qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd

Svartdal, F. (2020, 24.06.20). Kognitiv dissonans. Hentet fra https://snl.no/kognitiv_dissonans

- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas, J., & McDonagh, D. (2013). Shared language:Towards more effective communication. *The Australasian Medical Journal*, 6(1), 46-54. doi: 10.4066/AMJ.2013.1596
- Wadel, C., C. (2008). *En lærende organisasjon : et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Wadel, C., C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur : en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Wadel, C., C. (2011). Utvikling av læringsforhold i organisasjonen. I O. Ottesen (red.), *Ledelse. Å bruke teori i praksis*. (s.81-103). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur* (1. Utg.). Oslo: Cappelen Damm
- Winfred, A, Jr., Winston, B, Jr., Stanush, P, L. & McNelly, T. (2009) Factors That Influence Skill Decay and Retention: A Quantitative Review and Analysis. *Journal Human Performance*. Hentet fra: https://doi.org/10.1207/s15327043hup1101_3
- Yin, R.K. (2018) *Case Study and Applications: design and methods*. (6. utg.). Los Angeles: Sage Publications

Vedlegg

Vedlegg 1 – Godkjenning fra forskningsavdelingen på SUS

×

Helse Stavanger HF - Akseptert

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombud tilrår at prosjektet kan gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet skal godkjennes av kliniksjeff før oppstart.
2. Behandlingen skjer på lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
5. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.
6. **Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.**
7. Data lagres aidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på denne godkjenningen (under Intern ID) fylles ut i søknadsskjemaet og selve godkjenningsbrevet må også legges ved. Annen lagringsform forutsetter godkjenning av personvernombudet.
8. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre nedlåst med to låsbare hindringer på prosjektleders kontor.
9. Alle dataene skal slettes ved prosjekt slutt og sluttmelding skal sendes til PVO
10. Informasjonsskriv/ samtykke som skal benyttes må inneholde SUS-PVO kontaklinformasjon.
personvernombudet@sus.no tlf 51512929
11. Denne setningen i samtykkeskjema må slettes Personvernombudet ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) er informert om studiet, og studiet er kjent for forskningsavdelingen ved SUS. forskning@sus.no.

mvh
Rafal Yeisen

Vedlegg 2 – Godkjenning fra NSD

17.8.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Simulering, den nye løsningen til implementeringsproblematikken

Referansenummer

395410

Registrert

10.01.2020 av Karoline Blikra Mogleiv - kb.mogleiv@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Olaug Øygarden , oloy@norceresearch.no, tlf: 51875036

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Karoline Mogleiv, karoline.mogleiv@gmail.com, tlf: 92414043

Prosjektperiode

06.01.2020 - 15.06.2020

Status

14.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

14.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 14.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Om datamaterialet skal lagres hos Stavanger Universitetssykehus legger NSD til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3 – Samtykkeskjema ansatte

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Simulering, den nye løsningen på implementeringsproblematikken”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan simuleringbasert læring kan bli brukt som et implementeringsverktøy. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Våre navn er Sigrid Steinnes og Karoline Mogleiv. Vi er begge utdannet sykepleiere og tar en mastergrad i endringsledelse ved universitetet i Stavanger. I forbindelse med den avsluttende masteroppgaven ønsker vi å utforske hvordan simuleringbasert læring kan bli brukt som et implementeringsverktøy. Dette vil vi gjøre ved å intervju nøkkelpersoner som arbeider med simulering kombinert med ikke-deltakende observasjon av simuleringssituasjoner. Vi ønsker å oppnå en bedre forståelse rundt fenomenet simulering og undersøke hvordan dette aktivt kan bli brukt som et verktøy i en implementerings eller endringsprosess.

Fokuset vil blant annet være på hvordan simuleringbasert læring kan påvirke en implementeringsprosess sett fra både ledelsesperspektiv og fra de ansattes perspektiv. Vi ønsker å få innsikt i deltakernes atferd når vurderinger og beslutninger blir tatt, men også under den pågående prosessen. I tillegg vil vi skape dialog rundt læringsprosessen for å utforske hvilke faktorer som hemmer/fremmer denne prosessen hos den enkelte.

Problemstilling:

Hvordan kan simulering anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for dette forskningsprosjektet.

Veileder:

Olaug Øygarden

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet intervjues det ansatte ved to ulike avdelinger som er med i pilotprosjektet for MIT/NEWS. Du blir spurt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du arbeider på en av disse to avdelingene på Stavanger Universitetssykehus.

Utvalget er ikke trukket tilfeldig. Du er valgt ut grunnet din stilling på Stavanger Universitetssykehus og din deltakelse i og erfaring med metoden simuleringbasert læring

Måten vi kontakter deg på er gjennom avdelingen du arbeider på. Det vil ikke ha noen konsekvenser for ditt arbeidsforhold om du velger å trekke deg fra studien eller om du velger å ikke delta i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som blir brukt til å innhente informasjon er dybdeintervjuer. Intervjuet vil variere i lengde ut ifra om det er før eller etter simulering. Vi vil ikke overskrive 1 time. Om vi da trenger ytterligere tid til intervju, vil vi avtale en ny tid med informanten.

Intervjuet gjennomføres som personlig intervju med lydopptak. Vi vil også gå inn som ikke-deltakende observatører i en simuleringssituasjon

Spørsmålene vil omhandle hovedtemaene:

- Ledelse
- Simulering
- Implementering
- Kvalitetssikring

Spørsmålene vil være knyttet opp mot simuleringsbasert læring og dine erfaringer og tanker rundt denne metoden.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Prosjektgruppen og veileder vil ha tilgang til opplysningene
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data», lagre datamaterialet på forskningsserver. Vi har søkt om forskningsserver på Stavanger universitetssykehus.
- Det er mulighet for at du som informant vil bli gjenkjent i publikasjonen på grunn av yrkestittel, avdeling og arbeidsplass. Vi vil ikke publisere navn eller andre persongjenkjennende opplysninger bortsett fra stilling, avdeling og arbeidsplass.
- Vi kommer **ikke** til å anonymisere at det er to avdelinger på Stavanger Universitetssykehus vi forsker på, men vi vil anonymisere navnet på avdelingene. Avdelingene kan likevel bli gjenkjent på grunn av at det bare er disse avdelingene som har startet med MIT/NEWS

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 16.06.20 – vi vil slette personopplysningene 01.08.20 - etter sensur og mastergraden er avsluttet. Lydopptak vil også bli slettet på samme tid.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,

- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har forskningsavdelingen på Stavanger Universitetssykehus vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Universitetet i Stavanger ved Olaug Øygarden (veileder), Karoline Mogleiv (masterstudent) Sigrid Steinnes (masterstudent).*
Olaug: oloy@norceresearch.no
Karoline: karoline.mogleiv@gmail.com
Sigrid: steinnes.sigrid@gmail.com
- Vårt personvernombud: personvernombud@uis.no
- SUS personvernombud: forskning@sus.no

Med vennlig hilsen

Olaug Øygarden
(Forsker/veileder)

Karoline Mogleiv
(masterstudent)

Sigrid Steinnes
(masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Simulering, den nye løsningen på implementeringsproblematikken», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i personlig intervju
- å delta i en simuleringssituasjon hvor forskere er med som ikke-deltakende observatører
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes, stilling og arbeidsplass.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.08.2020

Vedlegg 4 – Samtykkeskjema leder

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Hvordan kan simulering anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess?”

Formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan simuleringsbasert læring kan bli brukt som et implementeringsverktøy. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Foreløpig problemstilling

Hvordan kan simuleringsbasert læring bli brukt som et implementeringsverktøy?

- Implementeringsstrategi for MIT/NEWS pilotprosjektet
- Avsatte ressurser til simulering
- Erfaringer/lærdom

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for dette forskningsprosjektet.

Veileder: Olaug Øygarden

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i denne studien ettersom vi opplever at du er en nøkkelperson i arbeidet med simuleringsbasert læring på SUS.

Utvalget er ikke trukket tilfeldig og du er valgt ut på grunn av din stilling på Stavanger Universitetssykehus.

Dine kontaktopplysninger har blitt innhentet fra universitetssykehusets interne portal - mailadresse

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som blir brukt er dybdeintervju med varighet på 1 time. Intervjuet gjennomføres som samtale med lydopptak.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.06.20 – vi vil slette personopplysningene 01.08.20 - etter sensur og mastergraden er avsluttet. Opptakene slettes etter gjennomført og levert oppgave senest 15.06.2020. Oppgaven kan bli publisert på UiS sine nettsider etter innlevering.

Spørsmålene vil omhandle hovedtemaene:

- Implementering
- Simulering

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Prosjektgruppen og veileder vil ha tilgang til opplysningene
- *Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data», lagre datamaterialet på forskningsserver. Vi har søkt om forskningsserver på Stavanger universitetssykehus.*
- *Du som informant vil bli gjenkjent i publikasjonen. Opplysningene om deg som vil kunne bli publisert: stilling - administrerende direktør*

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har forskningsavdelingen på Stavanger Universitetssykehus vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Universitetet i Stavanger ved Olaug Øygarden (veileder), Karoline Mogleiv (masterstudent) Sigrid Steinnes (masterstudent).*

Olaug: oloy@norceresearch.no

Karoline: karoline.mogleiv@gmail.com

Sigrid: steinnes.sigrid@gmail.com

- UiS sitt personvernombud kontaktinformasjon: personvernombud@uis.no

- SUS sitt personvernombud kontaktinformasjon: personvernombudet@sus.no tlf 51512929

Med vennlig hilsen

Olaug Øygarden
(Forsker/veileder)

Karoline Mogleiv
(masterstudent)

Sigrid Steinnes
(masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan kan simulering anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess?» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

___ å delta i personlig intervju

___ at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes med stilling

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.08.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5 – Intervjuguide ansatte

Intervjuguide ansatte

Innledning

Intervjusituasjonen

- Samtykkeskjema og informasjon
- Hva innebærer samtykke: Aidentifisering
- Utgangspunkt i 2 pilotprosjektene MIT/NEWS

Intervjuobjektet

- Utdanning - rolle/ansvarsområder arbeidsplass
- Hva er din rolle i MIT/NEWS prosjektet?

Prosjektet

- Kjennskap til prosjektet evt rolle

Generelt

- Hvor mange yrkesaktive år har du innenfor ditt fagfelt?
- Hva vil du beskrive som dine arbeidsoppgaver?

Hoveddel

Simulering

1. Hva er din erfaring med simulering?
2. Hvordan arbeider du med simulering i din avdeling?
3. Hva synes du nå om simuleringen så langt?
 - Hva er det som gjør at du sier det?
4. Mener du at de casene dere bruker i simulering er relevante for ditt arbeid?
 - På hvilken måte?

Refleksjon

1. Hvordan opplever du å skulle tenke igjennom hvordan du forstår de ulike situasjonene i simuleringen, med tanke på å dele dette med andre etterpå?

2. De temaene dere tar opp, er det tema du ofte snakker om ellers? Snakket du om disse temaene før dere tok de opp her?

Dialog

1. Hvordan er det å skulle formidle det du har tenkt til de andre?
 - Syns du det går greit å være ærlig? Går det an å si det du tenker?
 - Opplever du at du holder ting tilbake?
2. Opplever du at du blir lyttet til?
 - Opplever du at andre blir lyttet til?
 - Opplever du at alle får komme fram med sine tanker og synspunkter?

Diskusjon

1. Er det noen i gruppa som prater mer enn andre?
 - Vil du si at noen dominerer diskusjonen?
 - Er det noen på gruppa som er mer tause/passive enn de andre?
 - Hva tror du er grunnen til dette?
2. Hender det at du er uenig i det dere kommer fram til?
 - Hva gjør du da?

Klima i gruppa

1. Hvordan vil du beskrive klimaet i simuleringsgruppen?
 - Hva gjør at du sier nettopp dette? Kan du gi et eksempel?
2. På en skala fra 1-10, hvordan vil du karakterisere tryggheten i gruppa?
 - Kan du huske en gang hvor du eller en annen kjente på denne tryggheten?
3. På en skala fra 1-10, i hvilken grad vil du si at dere utfordrer hverandre?
 - Hva tenker du om det? Kan du gi et eksempel?
4. Tror du alle de andre i gruppa opplever klimaet på samme måte?
 - Kan du si mer om det?
5. (Hvordan vil du karakterisere ledelsen av gruppa?)
(-Hvordan er det å være fasilitator for gruppen? Er det noe du syns er utfordrende?)

Utbytte

1. Har det kommet fram noe i simuleringen som var nytt for deg? - Eksempel?
 - Har du fått konkrete erfaringer med endret praksis?
2. Har simuleringen gitt deg noen tanker du har tatt med deg videre?
 - Husker du noe eksempel?

3. I hvilken grad opplever du at simuleringen gir rom for å lære av hverandre?
 - Hvordan viser det seg?
4. Er det noe å lære i forhold til denne metoden å lære på?
 - I tilfelle hva?
5. Er det situasjoner du har/eller tror du vil håndtere annerledes nå, på bakgrunn av det dere snakket om i debriefen?
 - Eksempel.
6. Mener du at arbeidet med simulering av mit/news så langt har ført til en større felles forståelse?
 - Eksempel.

Avslutning

- Har du tatt med deg noen nye lærdommer/erfaringer fra arbeidet med MIT/NEWS prosjektet?
- Er det noe vi ikke har tatt opp under samtalen som du ønsker å tilføye?

Vedlegg 6 – Informasjonsskriv deltakere

Informasjonsskriv deltakere

Hvordan kan simulering anvendes for å bidra til læring i en implementeringsprosess?

I dette skrevet finner du informasjon om formålet med prosjektet og hva vi skal bruke den innsamlede informasjonen til vår oppgave.

Våre navn er Sigrid Steinnes og Karoline Mogleiv. Vi er begge utdannet sykepleiere og tar en mastergrad i endringsledelse ved universitetet i Stavanger. I forbindelse med den avsluttende masteroppgaven ønsker vi å utforske hvordan simuleringsbasert læring kan bli brukt som et implementeringsverktøy. Dette vil vi gjøre ved å intervjuer nøkkelpersoner som arbeider med simulering kombinert med ikke-deltakende observasjon av simuleringssituasjoner. Vi ønsker å oppnå en bedre forståelse rundt fenomenet simulering og undersøke hvordan dette aktivt kan bli brukt som et verktøy i en implementering eller endringsprosess.

Fokuset vil blant annet være på hvordan simuleringsbasert læring kan påvirke en implementeringsprosess sett fra både ledelsesperspektiv og fra de ansattes perspektiv. Vi ønsker å få innsikt i deltakernes atferd når vurderinger og beslutninger blir tatt, men også under den pågående prosessen.

Spørsmålene vil omhandle hovedtemaene:

- Simulering
- Implementering

Spørsmålene vil være knyttet opp mot simuleringsbasert læring og dine erfaringer og tanker rundt denne metoden.

Det er frivillig å være med i prosjektet. Om du ønsker å delta vil du få utlevert et samtykkeskjema i forkant, hvor du må skrive under på at du ønsker å delta. Godkjenningen kan du trekke når som helst, så lenge prosjektet pågår i perioden 01.01.20 – 31.08.20

Har du noen spørsmål rundt prosjektet, vennligst ta kontakt med:

Karoline Mogleiv: 92414043 / karoline.mogleiv@gmail.com

Sigrid Steinnes: 91312523 / sigriddsteinnes@hotmail.com

Vedlegg 7 – Intervjuguide leder

Intervjuguide leder

Innledning

Intervjusituasjonen

- Samtykkeskjema og informasjon
- Hva innebærer samtykke: Aidentifisering eller ikke
- Utgangspunkt i 2 pilotprosjektene MIT/NEWS

Intervjuobjektet

- Rolle som (ass.avd.spl/fagutvikler)
- Hva er din rolle i MIT/NEWS prosjektet?

Prosjektet

- Varighet og status MIT/NEWS prosjekt
- Målsetningen til MIT/NEWS prosjektet

Generelt

- hvor mange yrkesaktive år har du innenfor ditt fagfelt?
- hva vil du beskrive som dine arbeidsoppgaver?

Hoveddel

Implementering

- Selvvurderende strategier
 - Hvordan ble innovasjonsbehovet MIT/NEWS kartlagt?
 - Hvordan er innovasjonskapasiteten på avdelingen?
 - Hvilke ressurser er satt av til pilotprosjektene MIT/NEWS?
- Beslutningsprosessen
 - Hvordan foregikk denne prosessen?
 - Hvem var representert i denne prosessen?
- Kapasitetsbygging
 - Hva er dine tanker rundt kapasitetsbygging?

(modning/forberede ansatte til endring)

- Struktur i implementering
 - Foreligger det en implementeringsplan?
 - Finnes det en prosjektgruppe?
- Implementeringsprosessen:
 - Erfaringer med suksessfaktorer?
 - Erfaringer med hindringer?

Simulering

- Hva er din erfaring med simulering?
- Hvordan arbeider du med simulering i din avdeling?
- Hvor foregår simuleringen og hvor lenge varer en simulering?
 - Kjøres scenarioene en eller to ganger?
- Hvordan settes det av tid til simulering?
 - (ekstra personell/egne dager)
- Hvilken bakgrunn har fasilitatorene?
 - Hvor mange fasilitatorer er det på avdelingen?
- Hvor mange er med på simulering?
 - Får alle anledning til å delta i simulering? (også deltidsansatte/nattevakter og helgestillinger)
- Hvordan er deltakerne satt sammen?
 - Er det spesielle faktorer dere tar hensyn til når dere setter sammen gruppene som skal simulere sammen?
- Har dere noen gang måtte avlyse? Årsak?
- Hvordan vurderer dere effekten/verdi av simuleringen?
 - Bruker dere noen parametere for denne vurderingen?
- Hvordan velger dere ut hvilke tema/prosedyrer dere skal simulere?
 - Hvem tar denne beslutningen? På hvilket grunnlag? Samarbeid med overlegene?

Motivasjon

- Hvordan var din innstilling til dette prosjektet før det startet?
 - I tilfelle skeptisk? Hva var årsaken?
 - I tilfelle positiv? Hva var årsaken til dette?
- Hvordan opplevde du de andres innstilling til prosjektet i utgangspunktet?
 - Har andres innstilling/holdning til prosjektet påvirket måten du forholder deg til det på? (Var det på en positiv eller negativ måte?)
- Tror du det arbeidet dere har lagt ned i simuleringen har betydning for avdelingen?

Avslutning

- Har du tatt med deg noen nye lærdommer/erfaringer fra arbeidet med MIT/NEWS prosjektet?
- Er det noe vi ikke har tatt opp under samtalen som du ønsker å tilføye?