



## MASTEROPPGAVE I KLINISK SYKEPLEIE

### **Simulatortrening in situ, lek eller læring?**

En intervjuundersøkelse av hvilke erfaringer sykepleiere har med debriefingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass

FORFATTER: INGEBORG FLATGÅRD

Dato: 03.06.13

## **FORORD**

Arbeidet med masteroppgaven har vært en utfordrende og lærerik prosess. Det har vært spennende å få arbeide med min interesse for simulering som læremetode i en annen kontekst, og det har gitt meg kunnskaper som jeg vil ta med meg videre i mitt arbeide.

Jeg vil gjerne takke de sykepleierne som stilte opp og delte sine opplevelser og erfaringer med meg. Studien hadde ikke blitt til uten dere.

En takk til avdelingssjef og seksjonsleder som ga meg adgang til forskningsfeltet og la til rette for at intervjuene lot seg gjennomføre.

Min veileder Geir Vegard Berg fortjener en stor takk for tålmodig å ha tatt imot mine tanker og uferdige notater, og systematisk veiledet meg gjennom forskningsprosessen.

Takk til mine nærmeste som tålmodig har holdt ut med meg gjennom arbeidet med oppgaven, og som har støttet og oppmuntret meg i skriveprosessen.

Tynset, juni 2013

## SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Simulatortrening in situ, lek eller læring</u>	Dato: 03.06.13
	En intervjuundersøkelse av hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass	
Deltaker	<u>Ingeborg Flatgård</u>	
Veileder:	<u>Geir Vegard Berg</u>	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Full-skala simulatortrening, in situ, debrifing, erfaring, læring</u>	
Antall sider:	Antall vedlegg: 4	Publiseringsavtale inngått: nei
Beskrivelse av masteroppgaven:		
<b>Introduksjon:</b> Full-skala simulering som læremetode har vunnet terreng innen medisinsk utdanning, opplæring og etterutdanning av helsepersonell, og sees på som et viktig bidrag til økt pasientsikkerhet. Lokal full-skala simulatortrening søker å gjenskape virkeligheten så langt som mulig. Debrifingsfasen umiddelbart etter slik trening, tillegges størst vekt, og beskrives som den mest verdifulle fasen i simulering, og hvor utveksling av kunnskap og kompetanse foregår, og oppfattes som betydningsfull for læring.		
<b>Hensikten:</b> Er å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass. Dybdekunnskap om sykepleieres erfaringer kan bidra til økt kunnskap om hva som gir læring i debrifingsfasen.		
<b>Metode:</b> Kvalitativ metode er benyttet. Datainnsamlingsmetode er individuelle intervjuer med intervjuguide. Ti sykepleiere med ulik klinisk erfaring deltok. Analysen er gjennomført med kvalitativ innholdsanalyse.		
<b>Resultat:</b> Fire hovedkategorier kom frem, med ti underkategorier. Kategoriene representerer hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen		
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Innholdet i debrifingen må gjenspeile simuleringen og være positiv og mere direkte</i></li><li>• <i>Fasilitators kompetanse har betydning</i></li><li>• <i>Økt forståelse for egen og andres roller kan fremme samarbeid og trygghet</i></li><li>• <i>Behov for felles arena for refleksjon, lære av hverandre og å diskutere behov for endringer</i></li></ul>		
<b>Konklusjon:</b> Fire kategorier beskriver hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen og hva de opplever som viktig, nyttig og lærerikt. Det å delta i debrifing lokalt ser ut til å gi mer fokus på de enkeltes roller og oppgaver, samspill i team, og at det å etterligne pasientsituasjoner i egne lokaler gir muligheter til å oppklare og avklare ulike fagspørsmål, og foreslå forbedringer av klinisk praksis. Simulering og debrifing oppleves interessant og lærerikt, men det er viktig at de utfordringer som blir identifisert tas tak og gjøres noe med. Resultatet kan ha betydning for tilpassing og utvikling av simulering og debrifing ved egen arbeidsplass.		

# ABSTRACT

Title:	<u>Simulation training in situ, play or learning?</u> An interview study of the nurses experiences to the debriefing phase in full-scale simulation at their workplace	Date: 03.06.13
Participant	<u>Ingeborg Flatgård</u>	
Supervisor	<u>Geir Vegard Berg</u>	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	<u>Full scale-simulation, in situ, debriefing, experience, learning</u>	
Number of pages:	Number of appendix: 4	Availability (open/confidential): No
<p>Short description of the master`s thesis:</p> <p><b>Introduction:</b> Full-scale simulation teaching method has gained ground in medical education, training and continuing education of health care professionals, and is seen as an important contribution to improved patient safety. Local full-scale simulator training seeks to recreate reality as far as possible. The debriefing phase immediately after simulation, is weighted the most, and is described as the most valuable phase of the simulation, where the exchange of knowledge and expertise takes place, and the phase is perceived as important for learning.</p> <p><b>The purpose:</b> Is to describe the nurses experiences of the debriefing phase in full-scale simulator training conducted at their workplace. Depth knowledge of nurses' experiences can contribute to increased knowledge regarding what provides learning in the debriefing phase.</p> <p><b>Method:</b> Qualitative methods are used. Data collection methods are individual interviews with the use of an interview guide. Ten nurses with different clinical experience participated. The analysis is carried out using qualitative content analysis.</p> <p><b>Results:</b> Four main categories emerged, and ten subcategories. The categories represent the nurses' experiences with the debriefing phase.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The content of the debriefing must reflect the simulation and be positive and more direct</li> <li>• The facilitator skills are important</li> <li>• Increased understanding of one's own and others' roles can promote cooperation and safety</li> <li>• A need for a common scene for reflection, learning from each other and to discuss the need for changes</li> </ul> <p><b>Conclusion:</b> Four categories describe which experiences nurses have with the debriefing phase and what they see as important, useful and informative. To participate in debriefing locally seems to increase focus on the individual's roles and responsibilities, cooperation in teams, and to mimic patient situations at the workplace, provides opportunities to solve and clarify various questions about their discipline, and suggest improvements to clinical practice. Simulation and debriefing is experienced as interesting and informative, but it is important that the challenges that are identified, is looked upon and addressed properly.</p> <p>The result may be of important for adaptation and development of simulation and debriefing at the workplace.</p>		

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>Introduksjon</b>	1
<b>Bakgrunn</b>	1
Faglig forsvarlighet	1
Pasientsikkerhet	2
Full-skala simulatortrening	4
Begreper i full-skala simulatortrening	6
Faser i full-skala simulatortrening	7
Læring og simulering	10
<b>Problemformulering</b>	13
<b>Studiens hensikt</b>	13
<b>Metode</b>	14
Design	14
Utvalg	15
Datainnsamlingsmetode	15
Dataanalyse	16
Studiens troverdighet	18
Forskningsetiske aspekter	20
<b>Resultat</b>	24
Innholdet i debriefingen må gjenspeile simuleringen og være positiv og mere direkte	25
Fasilitators kompetanse har betydning	28
Økt forståelse for egen og andres roller kan fremme samarbeid og trygghet	31
Behov for felles arena for refleksjon, lære av hverandre og diskutere endringer av klinisk praksis	33
Tema: Debriefingsfasen gir økt forståelse for roller og muligheter for endring av klinisk praksis	37
Sammenfatning av resultater	38

<b>Diskusjon</b>	39
Resultatdiskusjon	39
Innholdet i debrifingen må gjenspeile simuleringen og være positiv og mere direkte	40
Fasilitators kompetanse har betydning	42
Økt forståelse for egen og andres roller kan fremme samarbeid og trygghet	44
Behov for felles arena for refleksjon, lære av hverandre og diskutere endringer av klinisk praksis	46
Tema: Debrifingsfasen gir økt forståelse for roller og muligheter for endring av klinisk praksis	49
Metodediskusjon	51
<b>Konklusjon</b>	55
<b>Betydning for klinisk sykepleie</b>	56
<b>Forslag til videre forskning</b>	57
<b>Referanser</b>	58
<b>Vedlegg</b>	

## **INTRODUKSJON**

Simulatortrening har i flere tiår vært en benyttet metode til uttesting av ulike teknologiske produkter, og også anvendt i utdanning – og opplæringsøyemed (Issenberg, McGaghie, Petrusa, m. fl., 2005). Bruk av simulering har etter hvert blitt anerkjent som et godt læringsverktøy innenfor helse – og medisinskfaglig utdanning (Hovancsek, 2007), og i takt med utvikling av teknologien innenfor simulering en stadig mere benyttet metode for trening av tverrfaglige team (Salas, DiazGranados, Weaver m. fl., 2008a).

Helsevesenets stadige endring og utvikling stiller krav til helsepersonell om å opprettholde, oppdatere og utvikle sin kompetanse (Kunnskapsdepartementet 2008 -2009).

## **BAKGRUNN**

### **Faglig forsvarlighet**

Det stilles i dag store krav til den enkelte sykepleier om å holde seg faglig oppdatert hva gjelder forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde (Norsk sykepleierforbund, 2007). Det pekes imidlertid på at krav om faglig oppdatering ikke bare er et individuelt ansvar (Helsepersonelloven, 1999) men også innebærer at arbeidsgiver skal legge til rette for at helsepersonell får opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sine oppgaver forsvarlig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Helsepersonell opplever at det stilles høye forventninger til kunnskaper og forsvarlig utøvelse av fag (Helsepersonelloven, 1999, § 4), og samtidig øker kravene til inntjening og produksjon av tjenester. Lovverket skal bidra til at ansatte kan utføre sitt arbeide på en sikker og kompetent måte, men fortsatt er det tradisjon for at det er opp til den enkelte helsearbeider å holde seg faglig oppdatert (Kirchoff, 2009).

Pasient- og brukerrettighetsloven understreker at vi er pålagt å hjelpe, og at pasientene har rett til helsehjelp (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Lokalsykehus med døgnkontinuerlig akuttfunksjon har de samme kravene til kvalitet, kompetanse og forsvarlighet som store sykehusenheter, og akuttsituasjoner må mestres med de

ressurser som er tilgjengelige lokalt (Miller, Riley, Davis m.fl., 2008). Helsepersonell ved lokalsykehus kan komme i situasjoner hvor en faglig blir utfordret og satt på prøve, og hvor en i stor grad kan oppleve å måtte stole på egen ferdigheter og vurderinger da det kan være langt til ytterligere kompetanse.

## **Pasientsikkerhet**

Studier har vist at oppimot 98.000 amerikanere dør hvert år som følge av systemiske feil og ikke direkte som følge av mangel på individuelle ferdigheter og kompetanse (McConaughy, 2008). I Norge finnes ingen sikre tall på hvor mange som dør i helsevesenet som en konsekvens av uheldige hendelser, men i følge Hjort (2006) kan man, hvis man regner om de internasjonale tallene, anta at rundt 2000 mennesker dør årlig som følge av slike hendelser, og ifølge samme forfatter er det grunn til å tro at tallet kan være adskillig høyere. Hjort (2011) hevder at Norge og helsemyndighetene har en lang vei å gå hva gjelder fokus på pasientsikkerhet og i det å utnytte potensialet for læring som ligger i materialet av pasientklagesaker og uønskede hendelser som blir rapportert inn. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har tatt over meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, og viser til i et notat fra 2012 at det har vært en underrapportering i antall meldinger (Kunnskapssenteret, 2012).

I alle virksomheter hvor mennesker er involvert kan det fra tid til annen oppstå feil og det kan få store konsekvenser for den enkelte pasient. I følge Stelfox, Palmisani, Scurlock m.fl. (2006) er det, til tross for betydelig forskning på emnet og fokus omkring pasientsikkerhet, fortsatt usikkert om dette har ført til bedre og tryggere pasientbehandling. En omfattende rapport av Kohn, Corrigan og Donaldson (2000) ga større kunnskap om utfordringer og sikkerhet i helsevesenet, og medførte et økende fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Becher og Chassin (2001) understreker at det er viktig å ta feil begått i helsevesenet på alvor, gjennom å skape gode systemer og understøtte prosesser som kan redusere og kompensere for uheldige hendelser. Berland, Natvig og Gundersen (2008) viser i sin studie til at utfordrende pasientsituasjoner kan skape usikkerhet og stress hos sykepleiere og at slikt stress kan ha uheldige effekter for pasientsikkerheten.

I Norge er det økt oppmerksomhet og satsing på kvalitet og pasientsikkerhet, og Helse- og omsorgsdepartementet reflekterer satsingen i sin stortingsmelding nr.10 (Helse- og



Omsorgsdepartementet, 2012 – 2013) ved beskrive utfordringene på området for hele helse – og omsorgstjenesten. I samme stortingsmelding er også simulatortrening beskrevet som en undervisningsmetode som i økende grad benyttes over hele verden i utdanning av helsepersonell, og det sies i meldingen at metoden også blir benyttet i kliniske arealer i sykehus.

I helsevesenet er det fortsatt mindre tradisjon for trening og kompetanseutvikling på tvers av fagområder (Gaba, 2004). Becher et. al. (2001) vektlegger i sin studie at helsevesenet må innse og erkjenne at god kvalitet på helsetjenester og høy pasientsikkerhet ikke bare betinger kompetent personell, men også av velfungerende tverrfaglige team, og at trening av helsepersonell som følge av dette ikke bare må omfatte fagspesifikk kompetanse, men også teamkompetanse. I følge Gaba (2004) er det for stort fokus på den enkelte helsearbeiders individuelle ferdigheter og kompetanse, og det tverrfaglige teamets samlede ferdigheter, kunnskap og kompetanse bør vektlegges mer. Simulatortrening som metode kan i større grad benyttes til å videreutvikle helsearbeideres kompetanse innenfor tverrfaglig samhandling, da teamets samlede kunnskaper kan vise seg å ha betydning for bedret pasientsikkerhet (Gaba, 2004). Freeth, Ayida, Berridge, m. fl. (2009) fant i sin studie at deltakerne i simulatortrening rapporterte økt kunnskap om kommunikasjon og lederskap, samt større forståelse av de ulike roller i teamet.

Forfatteren av masteroppgaven har lang erfaring som anestesisykepleier i sykehus og har de senere årene vært engasjert i simulatortrening som læremetode og dens muligheter innen tverrfaglig samhandling og betydning for pasientsikkerhet.

Gaba, Howard, Fish m. fl. (2001) har vært ledende i arbeidet med å tilpasse treningsmetoder fra sivil luftfart til helsevesenet, og betydningen av at effektivitet ikke må gå på bekostning av kvalitet og sikkerhet.

Full-skala simulatortrening som læremetode ble tatt i bruk av anesthesiologer på midten av 1990-tallet og har vunnet terreng innen medisinsk utdanning, opplæring og etterutdanning av helsepersonell, og sees i dag på som et viktig bidrag til økt pasientsikkerhet (Akl, Sackett, Pretorius m. fl., 2009; Boulet, Murray, & M. D, 2010; Gaba, 2004; McCaughey & Traynor, 2010; McConaughy, 2008; McGaghie, Issenberg, Petrusa m.fl., 2010; Rothgeb, 2008).

## **Full-skala simulatortrening**

Simulering betyr å etterligne situasjoner, hendelser eller prosesser (Abrahamson, Denson & Wolf, 2004) og full-skala simulatortrening er en simuleringsmetode hvor et helt team trener så realistisk som mulig på komplisert samhandling (Seropian, 2003). I litteraturen er full-skala simulatortrening nå mere erstattet med begrepene ”medium” til ”high fidelity”, som refererer til hvor realistisk pasientsimulatoren og settingen er (Gaba, 2004).

I følge McGaghie, Issenberg & Petrusa m. fl. (2010) egner full-skala simulatortrening seg best når komplekse problemstillinger skal trenes. Gaba (2004) definerer simulering som en teknikk for læring, og en læringsstrategi som tar inn elementer fra virkeligheten og som har spesifikke læringsmål og en målrettet evaluering.

Full-skala simulatortrening kan sies å være en pedagogisk metode som forutsetter en kombinasjon av læremetoder (Issenberg, McGaghie & Petrusa, m. fl., 2005). Teori om tema for trening skal forstås av deltagerne, ferdigheter må innøves og aktuelle prosedyrer og algoritmer bør være kjent på forhånd (McCaughey og Traynor, 2010).

Simulatortrening er etter hvert blitt en akseptert metode for læring, og i økende grad tatt i bruk innenfor ulike disipliner. Metoden kan i noen grad kompensere for lav frekvens av utfordrende kliniske situasjoner og gir i følge McCaughey et. al. (2010) muligheter til risikofri læring og representerer også et bidrag i brobygging mellom utdanningsinstitusjoner og praksisfelt. Det er utviklet simulatorsenter flere steder i Norge i tilknytning til sykehus og høyskoler. Det er blitt mere vanlig å benytte simulering, særlig innenfor utdanning, men også i forbindelse med trening for utdannet personell.

McGaghie, Issenberg & Petrusa m. fl. (2010) understreker at teknologien innenfor full-skala simulatortrening er godt utviklet, men har vist seg å ha mindre betydning for deltageres læringseffekter - og utbytte. Videre har det vært vanskelig å måle bedring av praktiske ferdigheters betydning for bedret pasientbehandling, da objektive parametere er utfordrende å utvikle (Akl et. al., 2009).

Simulatortreningens utvikling og legitime plass innenfor utdanning og kompetanseoppdatering kan i noen grad synes avhengig av forskning som bekrefter metodens overføringsverdi til klinisk praksis og betydning for bedret pasientsikkerhet (Bearnson & Wiker, 2005; McConaughy, 2008). Full-skala simulatortrening som metode til å innøve praktiske ferdigheter og trene helsepersonell i samarbeid og kommunikasjon er velprøvd, men det gjenstår fortsatt å finne ut om

ervert kunnskap og kompetanse har overføringsverdi til klinisk virksomhet (McConaughy, 2008). Ytterligere forskning innenfor emnet er i følge McGaghie et. al. (2010) nødvendig og må fokusere på betydningen av de sammenhenger full-skala simulatortrening utøves i og metodens spesifikke egenskaper vedrørende læring og læringsutbytte.

Lokal full-skala simulatortrening søker å gjenskape virkeligheten så langt som mulig ved å la tverrfaglige team trene i de omgivelser hvor pasientsituasjoner oppstår (Shinnick, Woo & Horwich m .fl. 2011), og slik trening gir muligheter til å identifisere områder for forbedring av praksis. Annen forskning fokuserer på at simulering som foregår lokalt, blant annet kan gjøre deltagerne mere oppmerksomme på endringer som må tas tak og gir muligheter til å vurdere læringseffekt (Hamman, Beaubien & Beaudin-Seiler, 2009; Ellis, Crofts & Hunt m. fl., 2008). Hoffmann (2009) vektlegger betydningen av at simulering som metode bestreber seg på å ta inn de gitte organisatoriske rammebetingelser som for eksempel økonomi og tidspress, og at det profesjonelle forholdet mellom dem som deltar ikke skal være annerledes enn i hverdagen. I simulering tillegges debriefing, evalueringen som skjer i umiddelbart etter selve treningen, størst vekt og er beskrevet som den fasen som regnes som mest betydningsfull for utveksling av kunnskap og kompetanse, og oppfattes som verdifull for hva deltagerne skal oppleve av læring (Gaba, Howard & Fish m.fl., 2001; Decker, Sportsman & Puetz m fl. 2008). I følge Salas, Klein & King m fl. (2008b) kan debriefing ”avsløre” utfordringer ved systemer til tross for at selve simuleringen gikk bra. Debriefingsfasen oppfattes som essensiell, og det er behov for ytterligere forskning hva gjelder gjennomføring av debriefing og dens pedagogiske forankring, samt hvilken betydning den har for deltageres oppfatning av læring (Dreifuerst, 2012; Rudolph, Simon & Raemer m. fl. 2008; Dieckmann, 2009). Til tross for at debriefing blir beskrevet som den mest betydningsfulle fasen i simulering er den viet lite oppmerksomhet i forskningen (Arafah, Hansen & Nichols, 2010).

Det er behov for ytterligere forskning på simulatortrening og debriefing som utøves lokalt og metodens spesifikke egenskaper i en slik setting. Det anses som viktig å få økt kunnskap om utvikling og videreføring av full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass har betydning for hva deltagerne opplever av læring og om utvikling av kompetanse skjer (Gundrosen, 2009). I følge Arafah et. al. (2010) kan debriefing som gjennomføres lokalt være annerledes enn gjennomført ved et simulatorsenter, og det er viktig at debriefingen gjenspeiler konteksten den gjennomføres i. Samme forfatter sier at debriefing gjennomført ved arbeidsplassen

naturlig vil være mere fokusert på å identifisere systemfeil og at sentrale læringsmål fra treningen må tas opp til refleksjon og diskusjon.

Simulatortrening og debriefing som utøves ved arbeidsplassen, i egne lokaler og med egne ressurser, representerer etter forfatters syn en læremetode som kan få ytterligere betydning for behandling og pasientsikkerhet, og forfatter ønsket å gå dypere inn i læremetoden benyttet i en lokal kontekst, med spesielt fokus på deltageres erfaringer og opplevelser med debriefingsfasen.

### **Begreper i full-skala simulatortrening**

Dieckmann, Manser og Wehner m.fl. (2007) beskriver simuleringen som en hendelse begrenset i tid og rom, hvor mennesker samhandler med hverandre og en simulator, og der hensikten er å lære, forske eller vurdere. Hensikten med full-skala simulatortrening er å legge tilrette for at deltagerne skal kunne tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper, samt opprettholde og vedlikeholde kompetanse (Boulet, Murray, & M. D, 2010). Annet læringsutbytte kan være økt selvtillit, trygghet og tilfredshet, evne til kritisk tenkning og refleksjon samt større forståelse for roller og oppgaver i teamet (Issenberg, McGaghie & Petrusa m . fl., 2005).

Full-skala simulatortrening ”*in situ*”, kan oversettes med ”på stedet” (Wikipedia), utøves på arbeidsplassen i de lokaler der pasienter vanligvis behandles, og hvor det tverrfaglige teamet og det profesjonelle forholdet mellom dem som deltar ikke skal være annerledes enn i hverdagen. Teamet øver på samhandling i komplekse pasientsituasjoner hvor målet er å oppnå bedret samhandling og større pasientsikkerhet (LeBlanc, 2008).

Utgangspunkt for simuleringen er et *scenario* som gjenspeiler en klinisk situasjon, hvor deltagerne skal løse problemer og utfordringer, gjøre tiltak og behandle tilnærmet som i virkeligheten (Alinier, 2011).

Ifølge Alinier (2011) kan et scenario beskrives som en etterlignet pasientsituasjon med et forhåndsbestemt tema hvor spesifikke læringsmål er gitt for deltagerne. Deltagerne har sin vante kliniske rolle, og pasienten er en dukke (Dieckmann et. al., 2007). Scenario kan foregå i et rom som ligner de omgivelsene en normalt ville jobbet i, eller treningen kan foregå på et pasientrom, med vanlig utstyr tilgjengelig, som er adekvat å bruke for situasjonen (Hamman, Beaudin-Seiler & Beaubien m fl., 2009).

I full-skala simulering har den som leder teamet, en *fasilitator*, en annen type rolle enn det å være instruktør (Steinwachs, 1992). I følge Steinwachs (1992) er fasilitator noe mer enn en instruktør, og skal bestemme tema, lede og guide de ulike deler av simuleringen, og understøtte teamets erkjennelser og selvevaluering i etterkant av treningen. Fasilitator har en sentral rolle i alle faser av simuleringen og tar hånd om struktur og innhold, og skal spesielt under debrifingen hjelpe og understøtte deltagerne til læring (Dieckmann, Molin Friis & Lippert m. fl., 2009; Doerr & Murray, 2008).

Fasilitator rollen kan løses på ulike måter, avhengig av settingen. Noen ganger blir oppgaven å være instruerende, andre ganger blir det viktigere å opptre understøttende, og motivere deltagerne til selvinnsikt, forståelse av samhandling, og fremme kunnskap og kompetanse som de allerede innehar. I en klinisk simulering og debrif, vil det mest naturlige og hensiktsmessige være en kombinasjon av instruktør – og fasilitator rollen (Doerr et. al., 2008). Fasilitators kunnskaper og kompetanse viser seg å ha stor betydning for effektiv full-skala simulatortrening, men det finnes ingen formelle krav til og beskrivelser av hva en fasilitator skal og bør kunne (Flanagan, 2008).

### **Faser i full-skala simulatortrening**

Simuleringssettingen kan deles inn i flere faser eller moduler (Dieckmann, 2009) og i følge Miller, Riley & Davis m. fl. (2008) kan full-skala simulering som foregår lokalt ha fire separate faser bestående av briefing, selve simuleringen, debrifing og en oppfølgingsfase.

I forkant av disse fire fasene bør det legges vekt på forberedelser, som i følge Seropian (2003) er en forutsetning for en vellykket simulatortrening. Simuleringen må planlegges utifra at deltagerne skal oppleve læring, og læringsmål bør være tilpasset og kjent for de som skal trene (Seropian, 2003).

*Briefing* betyr i korthet det ” å gi instruksjoner” (Clue). Hensikten med brifingen er å sikre at deltagerne er trygge på hvordan simuleringen skal foregå (Salas, Wilson & Shawn Burke m. fl., 2006).

Brifingsfasen i simulatortrening omfatter informasjon fra fasilitator om simuleringsdukken, om rom som skal brukes og utstyr som kan benyttes. Deltagerne blir bedt om å tilstrebe virkeligheten så langt som det er mulig, ved eksempelvis å gjennomføre undersøkelser og andre oppgaver som

om det var i virkeligheten. Det informeres om at konfidensialitet gjelder innhold og tema for scenario, og det som kommer fram under trening og evaluering (Sun & Howard, 2008). Under brifingen bør læringsmål gjentas, for å sikre at de som skal trene er kjent med disse (Seropian, 2003).

Videre blir deltagerne presentert for selve pasientkasuistikken i form av en kortfattet rapport tilnærmet den informasjonen et team får når de skal ta imot traumatisert pasient eller som en rapport fra operasjonsstuen (Dieckmann & Rall, 2008a).

Når simuleringen foregår ”*in situ*”, er målsettingen å oppnå en gjennomføring av treningen så nært opp til virkeligheten som mulig (Miller, Riley & Davis m. fl., 2008).

Gjennomføring av selve treningen foregår slik som deltagerne ville forholdt seg i en reell situasjon. Teamet som trener er tverrfaglig sammensatt, og gjennomføringen legges opp slik at kompleksiteten både i teamet og i det medisinskfaglige temaet gjenspeiles i treningen (Miller et. al., 2008). Fordelene med simulatoretrening som foregår i kliniske omgivelser kan være mange, og LeBlanc (2008) understreker at det gir muligheter til å trene tverrfaglige team, og hvor deltagerne er forventet å opptre som i klinikken hva gjelder roller og oppgaver. Det påpekes også at lokal trening oppleves mere realistisk og at realisme gjør det lettere for deltagerne å engasjere seg, og videre at behov for endringer av klinisk praksis kan identifiseres og tas tak i (LeBlanc, 2008).

Tredje fase i simuleringen er *debriefing*, som beskrives som den viktigste komponenten i en simuleringsøvelse (Fanning, Gaba, 2007; Rudolph, Simon & Raemer m. fl., 2008; Flanagan, 2008; Dieckmann, Reddersen & Zieger m. fl., 2008b).

Debriefingen er den delen av simuleringen hvor deltagerne samles i etterkant av øvelsen og hvor det gis anledning til strukturert refleksjon og tilbakemelding, og fasen er ansett å være et essensielt element i simulatorbasert utdanning og opplæring (Flanagan, 2008). I følge Steinwachs (1992), kan ikke debriefingen utelates da den ansees å være en viktig arena for deltagernes refleksjoner og diskusjoner i etterkant av simuleringen.

Debriefingsfasen i simulatoretrening kan representere en betydningsfull arena for utveksling av opplevelser og erfaringer gjort underveis i treningen, og hevdes å være essensiell for produksjon av kunnskap og kompetanse (Gaba, Howard & Fish m. fl., 2001; Shinnick et. al., 2011). Salas, Klein & King m. fl. (2008b) sier i sin studie at debriefingen av medisinske team gir muligheter til diskusjoner, identifisering av områder for forbedring, og planlegging for hvordan endre praksis

og atferd. I følge Decker, Sportsman og Puetz m. fl. (2008) representerer debrifingsfasen en arena hvor deltagerne i etterkant av praktisk trening gis muligheter til refleksjon, diskusjon, læring og tilpassing av adferd under kyndig veiledning.

Debrifingen er beregnet til å vare bortimot det dobbelte av selve simuleringsøvelsen (Dieckmann et. al., 2008a), og blir ledet av en fasilitator som har som fremste oppgave å understøtte og fremme dialog og refleksjon hos deltagerne. Debrifingen skal holdes i en oppmuntrende og aksepterende tone, og det ansees som viktig at kritikken som kommer frem skal være konstruktiv og positivt forsterkende slik at deltagerne opplever mestring og ønske om å lære mer (Doerr et. al., 2008). Når roller ikke behøver å konstrueres, og deltagerne får trene i sine vante roller, oppleves også debrifingen mere verdifull og relevant og deltagerne holder mere fokus (LeBlanc, 2008).

Debrifingen kan struktureres på flere måter, og Steinwachs (1992) og Flanagan (2008) deler denne opp i tre faser:

I den første fasen av debrifingen gis deltagerne muligheter til å falle til ro. Alle får fritt utrykke og beskrive hvordan treningen ble oppfattet, om utfordringer var passe og hvordan det var å delta. Denne delen av debrifingen blir også kalt reaksjonsfasen, hvor deltagerne spontant kan gi utløp for sine følelser og reaksjoner i forhold til det som skjedde under simuleringen (Arafeh, Hansen & Nichols, 2010).

Den neste fasen legges opp til å være mer analyserende, med fokus på ettertanke, identifisering av hva som faktisk skjedde og hvorfor, og det tilstrebes å trekke paralleller til reelle situasjoner og hvordan samhandling påvirker pasientbehandling. Det er anbefalt å bruke tid på denne fasen med vekt på det positive som skjedde og trekke lærdom av det. Denne fasen betegnes som den mest betydningsfulle, og bør i følge Arafeh et. al. (2010) vies tid og oppmerksomhet, slik at deltagerne gjennom ettertanke og refleksjon selv identifiserer hvordan de handlet, og hva de kunne ønsket gjort annerledes.

I den siste fase av debrifingen er det ønskelig at deltagerne selv oppsummerer hva de syns de har lært. Videre oppfordres og understøttes deltagerne til å trekke ut komponenter som kan være relevante for den klinisk praksisen, og hvilke endringer som de ønsker å gjøre som følge av det som er lært under treningen.

Fjerde og siste del av full-skala simulatortrening lokalt, er *oppfølgingen i etterkant* av gjennomført trening og debriefing (Miller, Riley & Davis m. fl., 2008). Det er viktig at oppfølging representerer en form både avslutning og oppfølging av debriefingen og at den tjener som en brobygger mellom områder for endringer identifisert under debriefingen og klinikken (Rudolph, Simon & Raemer m. fl., 2008). I følge Salas, Klein og King m. fl. (2008b) kan områder for forbedringer identifisert under trening, bringes videre slik at avklaringer og eventuelt endringer kan foretas. Endringer av klinisk praksis gjort som følge av momenter identifisert under trening og debrief kan tjene som et mål på utbytte av slik trening (Miller et. al., 2008) Samme forfatter hevder at hvis oppfølgingen etter simulatortrening lokalt ikke tas på alvor, kan slik debriefing virke mot sin hensikt, og redusere mulighetene til å identifisere behov for endringer og gjøre noe med disse for å oppnå bedret pasientbehandling og sikkerhet.

## **Læring og simulering**

Full-skala simulering som læringsmetode støttes seg til flere typer læringssyn. Læring som begrep kan defineres forskjellig og kan i følge Tveiten (2008) beskrive resultatet hos den enkelte som kommer ut av de ulike læringsprosesser, slik at læring betegner det som er lært. Begrepene læring og læringsprosesser relaterer seg til samspillet mellom mennesket som skal lære og omgivelsene (Tveiten, 2008).

Det finnes ulike oppfatninger og syn på hvordan mennesker lærer og som en følge av det, ulike oppfatninger av hvordan best å legge til rette for læring (Dysthe, 1996). Halland (2011) beskriver i sin bok at læring kan handle om å våge, prestere og oppdage og at læring forutsetter aktivitet. Ifølge Parker og Myrick (2009) er simulering en lære metode og et verktøy for læring som ikke bare krever kunnskaper om teknologien, men også pedagogikken i metoden. Utvikling av et læringsteoretisk grunnlag for simulering som læringsmetode er fortsatt på et tidlig stadium (Decker, Sportsman & Puetz m.fl., 2008; Issenberg, McGaghie & Petrusa m. fl., 2005). Som tidligere omtalt beskrevet finnes det ulike syn på læring, og i det følgende vil noen læringssyn som kan relateres til simulering beskrives.

Perspektivet på læring sett fra et *kognitivt læringssyn* vektlegger utvikling av kunnskap som grunnlag for endring av atferd (Helstrup, 1996). Dette læringssynet har sitt fundament i



oppfatningen om at læring skjer gjennom tilegning av kunnskap og at denne kunnskapen gir seg uttrykk i forandring av atferd. Menneskelig læring er å forstå som en problemløsende prosess, hvor læring følger av interaksjon, og som en konsekvens av dette må ”eleven” involveres og delta aktivt i læreprosessen (Helstrup, 1996). Læring gjennom innsikt innebærer bevissthet, ettertanke og refleksjon, og det er viktig at læringen skal ha et mål (Tveiten, 2008). Videre sier Tveiten (2008) at det er viktig å være bevisst på læring i de enkelte situasjoner, men også i hvilken forbindelse og sammenheng læringen skjer. Et kognitivt syn på læring kan relateres til selve simuleringen, hvor læring foregår i en sammenheng og et fellesskap, men også til debrifingsfasen hvor fokus er rettet mot involvering, bevisstgjøring, refleksjon og bearbeiding. Halland (2011) understreker at det er viktig å fokusere på kontekstens betydning for læring, og sørge for trygghet, aksept og deltakeraktivitet i læresituasjonen.

*Hvordan voksne lærer*, hvilken innstilling de har til læring, og hva som motiverer voksne til å søke mere kunnskap, springer i følge Kaufman (2003) ikke ut av noen form for filosofi, men er mere et uttrykk for oppfatninger av hvordan voksne forholder seg til læring.

Knowles (1973) betegner læringsstrategier innrettet mot voksne som ”*andragogy*”.

Andragogy kan beskrives som vitenskapen og kunsten å fremme voksnes læring. Voksne har en indre motivasjon for å lære og tar større ansvar for egen læring, og er interessert å knytte egen erfaring opp mot læring som kan relateres til kliniske krav og problemstillinger (Knowles, 1973). Fanning og Gaba (2004) hevder at voksne lærer best når de engasjeres og involveres i prosessen som skal føre til læring, og at det som skal læres kan relateres til erfaringer fra eksempelvis klinisk praksis.

En yrkesutøver bygger opp, i tillegg til sin teoretiske kompetanse, erfaringer fra praktiske situasjoner i klinikken, og disse kan danne grunnlag for en kompetent og profesjonell yrkesutøvelse (Schøn, 2001). I følge Kolb (2000) benytter voksne sin teoretiske bakgrunn, men også hele sin praktiske erfaring, som utgangspunkt for egen forståelse, handling og læring.

Læring kan skje gjennom at nye opplevelser settes i sammenheng med og bearbeides opp mot tidligere erfaringer, og at læring oppstår i forlengelsen av denne prosessen gjennom refleksjon og ny erkjennelse (Kolb, 2000). I følge Dieckmann (2009), bygger simulering som undervisningsmetode på denne vekslingen mellom tidligere erfaring, forståelse av begreper og situasjoner, nye opplevelser, refleksjonen og handling. Miller, Riley og Davis m. fl. (2008)

betoner at refleksjon understøtter utvikling av kritisk tenkning som igjen bidrar til økt forståelse og ytelse hos voksne som skal lære. Ifølge Parker & Myrick (2009) er det viktig å ta hensyn til ved full-skala simulatoretrening at voksne kan lære ved at tidligere kunnskap og erfaringer settes på prøve slik at nye spørsmål skapes, og at disse spørsmålene gjennom refleksjon og ettertanke kan danne grunnlag for ny kunnskap

Clapper (2010) understreker at det er viktig å ikke anta at alle voksne lærer på samme måte, og at andragogy også omfatter situasjonsbetinget læring. Et av målene for læring må være å understøtte de som skal lære slik at de i større grad blir mere selvinstruerende og interesserte i å lære livet ut. Samtidig er det viktig å erkjenne at både den enkelte og omgivelsene er i konstant forandring og at slike endringer også må gjenspeiles i de læremetoder som benyttes (Clapper, 2010). Parker og Myrick (2009) hevder at simulering som teknologibasert læring er en ansett læremetode, men at det i beskjeden grad er forsket på læremetodens pedagogiske filosofi og fundament.

Læring kan betegnes som en individuelle og sosial prosess der *samspill og refleksjon* står sentralt (Tveiten, 2008). Gjennom dialog med andre, men også med seg selv, utvikler den som skal lære forståelse og kunnskap (Dysthe, 1996). Under debrifing gis deltagerne, i samspill med andre, muligheter til refleksjon, ettertanke og bearbeiding som igjen kan danne ny kunnskap og innsikt (Dreifuerst, 2012; Arafeh, Hansen & Nichols, 2010).

Halland (2011) sier at læring forutsetter aktivitet og samspill mellom lærer og elev, og dette vektlegges også under debrifing hvor det ansees som viktig at deltagerne blir involvert og engasjert i alle faser av debrifingen (Dieckmann, Friis & Lippert m. fl., 2012).

I følge Halland (2011) er det viktig å understøtte selvevaluering og refleksjon i fellesskap for slik å skape et stimulerende samspill gruppen. Doerr og Murray (2008) hevder at uten refleksjon i debrifingen kan ikke eventuelle forbedringer erkjennes, og deltagerne vil ikke øke sine kunnskaper eller endre atferd. Kaufman (2003) vektlegger at læring i simulering og debrifing bygger på at deltagerne evaluerer seg selv og utvikler kompetanse og ytterligere erfaring gjennom aktiv refleksjon.

Ved vurdering av læringsutbytte ved simulering kan det gjøres *summativt eller formativt*. (Boulet & Murray, 2010) Summativ vurdering er konsentrert om å oppsummere resultater, og egner seg til å avgjøre om en deltager er kompetent til en oppgave eller ikke, og kan benyttes ved

eksempelvis utdanning og sertifisering. I en formativ vurdering legges det mer vekt på prosessen som skjer mellom utøver og instruktør, og hvordan noe bør og kan løses (Rudolph, Simon & Raemer m. fl., 2008). Formativ vurdering har mye av de samme elementene og hensiktene som debrifing i full-skala simulatortrening ved at prestasjoner og konteksten disse er utført i belyses gjennom refleksjon og dialog, og slik kan grunnlag for ny innsikt og kunnskap dannes (Rudolph et. al., 2008). McGaghie, Issenberg og Petrusa m. fl. (2010) hevder at hensikten med simulering og debrifing i liten grad handler om å vurdere prestasjoner utifra om de er riktig eller feil, men at størst fokus ligger på det å understøtte og motivere deltagerne, for å fremme og utvikle klinisk kompetanse.

## **PROBLEMFORMULERING**

Til tross for at debrifingen oppfattes som svært viktig, og den delen av full-skala simulatortrening som det blir brukt mest tid på, og som tillegges størst betydning, er det forsket relativt lite på denne fasen (Flanagan, 2008; Arafah, Hansen & Nichols, 2010).

Forfatter ønsket å få økt kunnskap om sykepleieres opplevelser og erfaringer med debrifingsfasen i full-skala simulatortrening, for å kunne identifisere hvilke faktorer som kan ha betydning for læring.

Kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for hva sykepleiere synes de tilegner seg av kunnskap under debrifingen i full-skala simulatortrening kan benyttes som kunnskapsgrunnlag for å legge ytterligere til rette for læring i denne fasen.

## **STUDIENS HENSIKT**

Hensikten med studien er å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass.

Forskningsspørsmålet:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med debrifingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass?

## **METODE**

I metodekapitlet begrunnes valg av design. Det vil bli gjort rede for utvalg av informanter, metode for datainnsamling, og hvordan analyse av data er gjennomført.

Det etterstrebes å beskrive og begrunne hvordan utvalg, datainnsamling og analyse er gjort for slik å kunne ivareta studiens troverdighet. Forfatters eget ståsted beskrives under egen forforståelse, og forskningsetiske aspekter vil avslutningsvis bli gjort rede for.

### **Design**

Det er valgt et kvalitativt, deskriptivt og utforskende design, med individuelle intervjuer av sykepleiere som datainnsamlingsmetode. Kvale og Brinkmann (2009) forklarer at det åpne, kvalitative forskningsintervju har til hensikt å undersøke, beskrive og forstå sentrale temaer i informantenes opplevde livsverden slik den fremstår, og at et forskningsintervju er å regne som en profesjonell samtale som har som formål å produsere kunnskap.

Kvalitative metoder kan benyttes som utgangspunkt for kartlegging av et fenomen, skaffe kunnskap og forståelse om mangfold og variasjoner om dette gjennom informantenes ulike oppfatninger og opplevelser (Malterud, 2011).

Ifølge Polit og Beck (2010) er kjennetegnet ved kvalitativ metode at den åpent søker å utforske menneskelige erfaringer med et fenomen og ønsker å få dypere kunnskap om informantenes erfaringer av dette. Kvalitativ metode kjennetegnes av et rikt og mangfoldig datamateriale som kommer frem fra informantenes opplevde erfaringer, og hvor forsker er satt til å innhente og fortolke materialet (Polit et. al., 2010).

Bruk av kvalitativ metode synes hensiktsmessig og relevant for denne studien da studien har som mål å innhente sykepleieres erfaringer og opplevelser med debrifingsfasen i full-skala simulatorentrening lokalt. Studien søker å identifisere faktorer som kan ha betydning for læring. I følge Polit og Beck (2010) og Streubert og Carpenter (2011) er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig i studier som søker å fremme dybdeforståelse av sammenhenger de ulike opplevelser og erfaringer opptrer i.

I følge Malterud (2011) avhenger valg av metode i stor grad av hvilket tema som skal være gjenstand for undersøkelse og type problemstilling, og understreker videre at det er viktig at problemstilling og hensikt i studien reflekteres i valg av metode.

## **Utvalg**

Utvalget ble rekruttert fra en medisinsk, kirurgisk overvåking. Inklusjonskriterier ble valgt ut i tråd med studiens formål og innbefattet sykepleiere som hadde deltatt i full-skala simulatoretrening ved egen arbeidsplass en eller flere ganger. Et slikt hensiktsmessig utvalg ble ansett å kunne bidra til å gi et høyest mulig kvalitativt innhold i informasjonen (Lund & Haugen, 2006). Videre ble det forutsatt at informantene behersket norsk.

Eksklusjonskriterier var seksjonsledere, fagutviklingssykepleiere og sykepleiere som ikke hadde deltatt i full-skala simulatoretrening ved egen arbeidsplass. Hva gjelder utvalgets størrelse bør antallet informanter være mange nok til å sikre representativitet og generaliserbarhet (Polit & Beck, 2010; Lund et., al, 2006), samt være stort nok til å kunne gi mer inngående kunnskap om tema, og til sammen ti informanter ble rekruttert.

Rekruttering av informantene foregikk i samarbeid med seksjonsleder ved medisinsk kirurgisk overvåking som valgte ut aktuelle informanter basert på inklusjonskriteriene. De som takket ja til å delta fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring av forfatter. Det ble innhentet tillatelse til å gjennomføre intervjuene hos avdelingssjef for medisinsk avdeling, og seksjonssjef for medisinsk kirurgisk overvåking, samt i helseforetakets administrasjon.

Skriftlig, informert samtykke ble innhentet før intervjuene ble gjennomført.

Informantenes bakgrunn og tidligere erfaring var at alle ti var sykepleiere, hvorav seks hadde videreutdanning i intensivsykepleie, og alle hadde jobbet mer enn sju år som sykepleier. En av informantene var mann. Alle jobbet i turnus med klinisk sykepleie, og alle hadde deltatt i full-skala simulatoretrening ved egen arbeidsplass en eller flere ganger. Informantene jobbet ved samme seksjon, og pasientgruppen var i all hovedsak akutt og kritisk syke voksne medisinske og kirurgiske pasienter, men også elektive kirurgiske pasienter.

## **Datainnsamlingsmetode**

Kvalitative intervjuer ble valgt som metode for å beskrive sykepleiernes opplevelser og erfaringer med debrifingsfasen i full-skala simulatoretrening gjennomført lokalt.

Individuelle intervjuer ble valgt som metode for datainnsamling med bakgrunn i studiens hensikt. Et pilotintervju ble gjennomført for å kvalitetssikre intervjuguiden, for å teste ut hvordan spørsmålene ble oppfattet og besvart, og for å sikre at spørsmålene samsvarte med hensikten for studien (Polit & Beck, 2010). Et intervju spørsmål som omhandlet hvordan selve

simuleringsøvelsen ble oppfattet, ble fjernet, da forfatter erfarte at spørsmålet i liten grad var relatert til forskningsspørsmålet. Pilotintervjuet ble ikke inkludert i studien.

Intervjuguiden startet med to innledende spørsmål som omhandlet utdanning, videreutdanning og hvor mange års erfaring som sykepleier, samt hvor mange ganger informanten hadde deltatt i simulator trening på arbeidsplassen. Videre intervju spørsmål omfattet forhold i debriefingsfasen. Intervjuene ble gjennomført i løpet av perioden mai til august 2012. Informantene ble intervjuet fortløpende og fortrinnsvis i sine arbeidsperioder. Intervjuene var lagt til et nøytralt rom på arbeidsplassen og lagt opp slik at avbrytelser ble unngått. Informantene fikk i starten av intervjuet presentert et ark med forskningsspørsmålet og intervju spørsmålene, slik at de skulle være litt forberedt. Videre ble det repetert og presisert av forfatter at informasjonen gitt under intervjuet ville bli behandlet konfidensielt, og informantene ble oppfordret til ikke å nevne navn underveis. Intervjuene varte fra en halv time til over en time, og det ble ikke lagt føringer for lengde. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Ingen av informantene ga uttrykk for at opptak på bånd la noen begrensninger på hva de formidlet.

Forfatter forsøkte å legge tilrette for balanse mellom intervjuer og informant gjennom å opptre uformelt og avslappet under intervjuet. Det er imidlertid viktig å erkjenne at et kvalitativt intervju ikke er en samtale mellom likeverdige parter, da forsker er å regne som den sterkeste part og den som definerer situasjonen (Kvale og Brinkmann, 2009).

Forsker forsøkte å legge opp intervjuet slik at informanters formidling i størst mulig grad ble relatert til studiens hensikt. Kontinuerlig validering ble søkt ivaretatt under intervjuet gjennom grundig utspørring om meninger med det som blir sagt, slik at forfatter forsikret seg om at informasjon som ble gitt ble riktig forstått.

## **Dataanalyse**

Kvalitativ innholdsanalyse er en anerkjent metode for analysering av data innen sykepleieforskning, og har som formål å beskrive variasjoner gjennom identifisering av forskjeller og likheter i tekstinnholdet (Polit & Beck, 2010; Streubert & Carpenter, 2011).

Kvalitativ innholdsanalyse fokuserer i stor grad på individet og sammenhengen dette opptrer i og analysens innhold kan fremtre både manifest, ”hva teksten faktisk sier”, og latent, ”hva det snakkes om”, (Malterud, 2011; Streubert & Carpenter, 2011). Manifest innhold er dermed en

beskrivelse av informantenes erfaringer, mens det latente innholdet uttrykker den underliggende og fortolkede meningen i teksten.

Graneheim og Lundmans (2004) beskrivelse av kvalitative innholdsanalyse er benyttet som utgangspunkt for identifisering, analysering og kategorisering av innsamlede data. I denne studien omfatter analyseprosessen både det manifeste og det latente innholdet.

I følge Graneheim og Lundman (2004) beskrives prosessen for hvordan analysen skal foregå i korthet slik:

Teksten leses gjentatte ganger for å danne et helhetlig inntrykk.

Analyseenheter bestemmes utifra forskningsspørsmål

Meningsenheter identifiseres ved å trekke ut nøkkelord og fraser fra teksten

Meningsenheter kondenseres

Koder formuleres fra kondenserte meningsenheter

Koder vurderes utifra likheter og ulikheter, og sorteres i subkategorier

Subkategorier som hører sammen ordnes i kategorier

Avslutningsvis blir kategorier som hører sammen slått sammen i et tema.

Intervjuene ble skrevet verbatim ut av forfatter. Avslutningsvis ble det gjort en kort oppsummering av hva hvert intervju handlet om. Transkribert tekst og lydbåndopptak utgjorde materiale for videre dataanalyse.

For å sikre en helhetlig forståelse av datamaterialet ble det foretatt verifisering av den transkriberte teksten opp mot noen av lydbåndopptakene, og lydbåndopptakene ble lyttet til og lest gjennom flere ganger.

Meningsenheter i intervjuteksten ble plukket ut og kondensert med vekt på å beholde beskrivende ord slik at teksten ikke skulle bli forringet. Redusert tekst ble videre abstrahert med fortsatt fokus på å beholde den opprinnelige meningen. Kondensert meningsenhet ble så kodet, og kodene ble sortert utifra likheter og ulikheter. Kodene ble utifra likheter og ulikheter gruppert i subkategorier som så videre ble slått sammen i kategorier. Frem til og med denne fasen ble det lagt stor vekt på å ikke fortolke og å sikre nærhet og lojalitet til materialet for slik å sikre at det manifeste innholdet kom frem. Den underliggende, latente meningen i kategoriene ble formulert i et tema og her har forfatter tolket i større grad. Temaet er ment å representere en beskrivelse av de underliggende betydninger som forfatter oppfatter har kommet frem i analyseprosessen.

**Tabell 1. Eksempel på analyse fra meningsenhet til tema**

Meningsenhet/ intervjutekst	Kondensert meningsenhet/ redusert tekst	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
”Samspillet, at folk får fokus på roller og at vi får det til å fungere som et team, det er jo det som jeg ser at ... har vært lærerikt	Lærerikt å få fokus på roller og samspill	Lærer roller og samspill	Bevisstgjort på egne og andres oppgaver og roller	Økt forståelse for egen og andres roller kan fremme samarbeid og trygghet	Debrifingsfasen gir økt forståelse for roller og muligheter for endring av klinisk praksis
”den debrifen er jo en fin anledning til å ha mulighet til å gjøre noe med rammene rundt på arbeidsplassen vår”	Debrif gir muligheter til å gjøre endringer på arbeidsplassen	Endring av klinisk praksis	Kunne ta opp utfordringer og endre praksis	Behov for felles arena for refleksjon, lære av hverandre og å diskutere endringer av klinisk praksis	

Proessen fra manifest innhold til dannelsen av et tema har vært tidkrevende og krevd flere justeringer, forbedringer og vekslinger mellom analyse, lesing av noen intervjuer og hele materialet. Pauser har vært nødvendig, og diskusjoner med veileder har vært nyttig i prosessen. Graneheim og Lundmann (2004) understreker betydningen av å bruke tid for å sikre indre homogenitet og eksternt heterogenitet i alle deler av analyseprosessen.

### Studiens troverdighet

Troverdighet i kvalitativ forskning handler om metodisk konsistens, og om å være i stand til å presentere argumenter for de mest sannsynlige tolkningene (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2010). Begrepsapparatet som brukes innenfor kvalitetssikring av kvalitativ forskning er ikke entydig, og ulike forfattere bruker ulike begrep (Polit & Beck, 2010). Flere områder er viktig for at en kvalitativ studie skal være troverdig (Streubert & Carpenter, 2011). Forfatter må beskrive studiens hensikt, utvalg, datainnsamlingsprosess og hvordan analysen har foregått, på en slik måte at leser får innsikt i og forståelse for disse områdene (Graneheim & Lundmann, 2004). Den som intervjuer er, ifølge Kvale og Brinkmann (2009), å betrakte som en håndverker som bør stå fritt til blant annet å improvisere og følge opp uttalelser underveis. Som en følge av dette kan det i noen grad synes utfordrende å sikre troverdighet i kvalitative intervjuundersøkelser når intervjuer eksempelvis må avvike fra en intervjuguide.



Graneheim og Lundman (2004) benytter begrepene gyldighet (credibility), pålitelighet (dependability) og overførbarhet (transferability) når en kvalitativ studies troverdighet skal vurderes, og forfatter velger å gjøre rede for studiens troverdighet som beskrevet i Graneheim et. al. (2004) artikkel.

En studies *gyldighet* handler om at fokuset for studien og forskningsprosessen forholder seg til hensikten med undersøkelsen (Graneheim & Lundmann, 2004).

Polit og Beck (2010) understreker at utvalg bør være så variert som mulig for å sikre en variert beskrivelse av fenomenet, samt at det forutsettes at informantene har opplevd det de skal blir intervjuet om. Åtte av ti informanter i studien hadde deltatt i full-skala simulatorentrening og debrifing ved egen arbeidsplass to eller flere ganger, og bare to hadde deltatt en gang. Tre hadde noe erfaring med simulatorentrening fra utdanning og kurs. Informantene hadde lang og variert klinisk erfaring som sykepleiere og intensivsykepleiere, fra 7 år og opp til 36 år.

Hva gjelder utvalgets størrelse finnes ingen generelle standarder eller retningslinjer (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var ti informanter som ble inkludert utifra kriteriene, og det ble ansett å være et tilfredsstillende antall for å kunne ivareta bredde og variasjon i datamaterialet.

I datamaterialet ble det forsøkt å finne de meningsenheter som best reflekterte forskningsspørsmålet, og som inneholdt uttrykk som beskrev oppfatninger, opplevelser eller erfaringer. Det ble lagt vekt på at meningsenhetene ikke måtte være for omfattende slik at de beskrev flere fenomener samtidig, men heller ikke for smale da den opprinnelige meningen kunne bli borte. Det har vært nødvendig å gå tilbake til intervjuene flere ganger under abstraksjonen for unngå fortolkning av materialet. Forfatter har forsøkt å beskrive og illustrere i tabells form hvordan abstraksjon av materialet har foregått. Videre er bruk av sentrale sitater vektlagt, for å vise sammenhengen mellom resultatene og transkribert tekst. Sitater kan også understøtte bredde i subkategorier og kategorier.

Forfatter har i analyseprosessen hatt fortløpende drøftinger med veileder hva gjelder både prosess og sikring av at relevante data er tatt med, samt diskusjoner av resultat.

*Pålitelighet* innebærer vurdering av om en studie er konsistent i forhold til datainnsamling, og om fremgangsmåten i analysen er ensartet og holdbar (Graneheim & Lundmann, 2004). En studies

pålitelighet viser om den er lagt opp slik at data er holdbare over tid og om de kan reproduseres under andre omstendigheter (Polit & Beck, 2010).

Forfatter har tilstrebet å gjøre rede for hvordan forskningsprosessen har foregått.

Forsker har søkt å sikre konsistens i data gjennom å stille alle informanter spørsmål om samme tema, og i denne sammenhengen har intervjuguiden vært et nyttig verktøy. Intervjuguiden ble utarbeidet slik at den skulle være relatert til forskningsspørsmålet og hensikten med studien.

Videre ble guiden utarbeidet med intervju spørsmål og forslag til oppfølgingsspørsmål, og intervju spørsmålene ble konsekvent stilt alle informanter. I intervjuene har forfatter søkt å stille avklarende og oppklarende spørsmål underveis, for slik å redusere faren for tolkninger i etterkant. Datainnsamlingen foregikk over en periode på en måned, med unntak av et intervju som ble gjort to måneder etter.

Individuelle intervju ble vurdert til å være egnet datainnsamlingsmetode.

En studies *overførbarhet* handler om i hvilken grad resultatene kan gjøres gjeldende for andre lignende situasjoner eller grupper (Graneheim & Lundmann, 2004). En kvalitativ studie og dens overførbarhet styrkes gjennom at det gjøres rede for kultur og sammenheng, utvalg, dataanalyse og at funn er beskrevet og tydeliggjort med sitater (Graneheim & Lundmann, 2004).

Det er leseren som skal avgjøre om funnene er overførbare og det er viktig at denne gis mulighet til å se funn fra andre synsvinkler (Graneheim & Lundmann, 2004). Forfatter har bestrebet seg på ikke å være for bastant og konklusiv i sin beskrivelse av funn og resultater.

Forfatter har lagt vekt på å gjøre rede for hvordan utvalg er rekruttert og hvilken bakgrunn informantene har, hva debrifing er og hvordan den foregår. Datainnsamlingsmetoden og dataanalysen er beskrevet og prosessen for analyse er eksemplifisert i egen tabell.

## **Forskningsetiske aspekter**

Forskningsetiske retningslinjer i Helsinki- deklarasjonen ble fulgt (Helsinkideklarasjonen, 2008).

Videre ble studien godkjent av personvernombudet for Sykehuset Innlandet HF, Oslo Universitetssykehus, samt personvernombudet for HIG, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), med prosjektnummer 30222.

Informantene ble rekruttert fra en medisinsk kirurgisk overvåking ved en sykehusdivisjon. I forkant ble det innhentet informert samtykke fra sykehusledelsen og seksjonsleder ved medisinsk

overvåking. Informantene ble informert muntlig og skriftlig om studien, og fikk tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Forfatter fulgte Polit og Becks (2010) anbefalinger om frivillig, informert og uttrykkelig skriftlig samtykke til deltagelse i studien. Deltagerne ble informert om at de når som helst kunne avbryte sin deltagelse i studien uten at det medførte noen konsekvenser. Videre ble de informert om at de hadde rett til innsyn, sletting og retting av innsamlede opplysninger, og at datainnsamlingen ikke ville inneholde personsensitive data, samt at personvern ble sikret gjennom konfidensiell behandling av data. Ingen av informantene benyttes seg av muligheten til endring eller sletting av data.

Data ble lagret slik at de ikke var tilgjengelig for andre enn forfatter. Intervjuene ble kodet med tall, og ingen lister ble laget som kunne koble navn og intervju, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne den enkelte i publisert materiale. Direkte identifiserbare personopplysninger ble ikke lagret elektronisk, og samtykkeerklæringer lagret innelåst. PC med datamateriale ble beskyttet med brukernavn og passord. Personidentifiserbare opplysninger som samtykkeerklæringer vil bli slettet i juli 2013. Etter fullført masteroppgave og eventuell publisering av artikkel, vil datamaterialet bli makulert.

Studiens hensikt var å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i full-skala simulatortrening. Det ble ansett å være et behov for å søke ytterligere kunnskap om hva som gir læring for sykepleiere i debrifingsfasen. Kvalitative intervjuer ble vurdert til å være en relevant metodisk tilnærming sett i relasjon til studiens hensikt. Innsamlede data ble bearbeidet etter Graneheim og Lundmans (2004) beskrivelse av hvordan gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse.

Informantene i denne studien er sykepleiere, og de som passet inklusjonskriteriene ble ikke regnet å tilhøre en sårbar gruppe. Informasjon som kunne fremkomme under intervjuene ble regnet for å være lite sensitiv. Forhold og informasjon som kunne regnes som sensitiv og ikke egnet til å bringe videre, ville bli behandlet med konfidensialitet.

All forskning vil på en eller annen måte påvirke de involverte parter, og da særlig innenfor kvalitativ forskning, og mulige ulemper for deltagerne bør i størst mulig grad oppveies av studiens nytteverdi (Nortvedt, Jamtvedt & Graverholt m. fl., 2008; Polit & Beck, 2010; Streubert & Carpenter, 2011). Forfatters vurdering er at det ikke har vært noen form for risiko for sykepleierne å delta i studien, og heller ikke vært noen direkte fordeler for den enkelte.

Det har vært viktig for forfatter å være klar over at forskning tilpasser seg funn underveis, at helheten er viktig og at forskers egenskaper og rolle har særlig betydning (Streubert et. al., 2011). Forfatters forforståelse og kunnskaper om emnet som skal studeres, vil i varierende grad påvirke alle prosesser i studien og det er viktig at forsker er klar over og tar hensyn til faktorer som kan indikere mangel på nøytralitet (Polit et. al., 2010).

Forfatter har i mange år interessert seg for simulering, fordypet seg innenfor emnet, og har vært involvert i simulatortrening ved sykehuset. Informantene var på forhånd kjent med forfatters involvering på området. Det har vært viktig for forsker gjennom hele forskningsprosessen å ha fokus på og erkjenne faktorer som kunne påvirke datainnsamlingen og mangel på nøytralitet. Forskers involvering innenfor full-skala simulatortrening ved arbeidsplassen og forfatters forforståelse vedrørende emnet, kan i noen grad ha påvirket informantene under intervjuene, og som en følge av det deres uttalelser og svar. Forfatters forforståelse består, slik denne ser det, som en kombinasjon av interesse for temaet, kunnskaper, oppfatninger om og holdninger vedrørende fagområdet, samt egne kliniske erfaringer. Forfatter har en oppfatning om at simulatortrening lokalt bidrar til kvalitetssikring av praksis, og at spesielt debriefingsfasen har en betydningsfull rolle for læring og utvikling.

Malterud (2011) understreker at en virkelighet kan beskrives fra ulike perspektiver, og at forskers posisjon og perspektiv får betydning for hva slags kunnskap som kommer frem. Et intervju er å betrakte som en moralsk undersøkelse og det blir viktig å foreta etiske overveielser i alle faser av en intervjuundersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Et intervju er å karakterisere som et håndverk og forskeren er å betrakte som selve forskningsinstrumentet, slik at erfaring, klokskap og ydmykhet blir vesentlige kvaliteter å inneha (Kvale et. al., 2009). Forfatter har forsøkt å utvise klokskap i samtalene med informantene, men erkjenner samtidig at det å intervjuer er krevende og utfordrende. I intervjusituasjonen ble det spesielt viktig at forfatters egne erfaringer, holdninger, kunnskaper og verdier ikke kom frem. Samtidig er det slik at forfatters kvalifiserte tolkninger av funn må kunne ansees som viktige og ha en viss betydning for at vitenskapelig kunnskap utvikles.

Malterud (2011) understreker at forskers rolle på en eller annen måte vil påvirke forskningsresultatene og i følge Polit og Beck (2010) og innenfor kvalitativ forskning har forskers egenskaper særlig betydning. Forfatter har forsøkt å bruke sine kunnskaper og

kompetanse på best mulig måte, men er samtidig ydmyk med tanke på sin begrensede erfaring med forskning.

Forfatter har vurdert det etisk forsvarlig å gjennomføre studien, da det ikke er funnet noen risiko eller ulemper for informantene å delta. Gjennomføringen av studien kan tilføre økt kunnskap om debrifingens læreverdi og danne grunnlag for videreutvikling av fasens spesifikke egenskaper.

Forskningens nytteverdi sett opp i mot mulige ulemper, har gjort det etisk forsvarlig å gjennomføre studien.

## RESULTAT

Studiens hensikt var å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i full-skala simulatortrening. Resultatet av analysen var ett tema som underbygges av fire kategorier og ti subkategorier. Tema er ment å presentere det latente, fortolkede innholdet, mens subkategoriene representerer det beskrivende, objektive og manifeste innholdet i informantenes utsagn.

Resultatene presenteres under overskrifter direkte relatert til kategorier og subkategorier.

Det er tilstrebet bruk av sitater for å underbygge og illustrere funn, samtidig som disse er viktige for å få frem de ulike variasjoner i sykepleiernes erfaringer.

Presentasjon av tema, kategorier og subkategorier fremstilles i tillegg i tabells form, for oversiktens skyld.

**Tabell 2: Tema, kategorier og subkategorier**

Tema	<b>Debrifingsfasen gir økt forståelse for roller og muligheter for endring av klinisk praksis</b>			
Kategorier	Innholdet i debrifingen må gjenspeile simuleringen og være positiv og mere direkte	Fasilitators kompetanse har betydning	Økt forståelse for egen og andres roller kan fremme samarbeid og trygghet	Behov for felles arena for refleksjon, lære av hverandre og å diskutere endringer av klinisk praksis
Sub kategorier	Innholdet i debrifingen gjenspeilet simuleringen  Debrifingen ble gitt i en positiv tone  Debrifingen var lite direkte	Fasilitator hadde brede kunnskaper  Fasilitator ga lite konkrete tilbakemeldinger	Bevisstgjort på egne og andres oppgaver og roller  Kjent miljø ga trygghet og samhandling	Muligheter for selvaluering og refleksjon  Lærte av hverandre  Kunne ta opp utfordringer og endre klinisk praksis

Kategoriene og subkategoriene er sammenfattet i et tema, som beskriver det latente innholdet som kom frem i resultatene. Temaet beskriver den underliggende betydningen av hvordan informantene oppfatter evalueringsfasen i full skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass.

### **Innholdet i debrifingen må gjenspeile simuleringen og være positiv og mere direkte**

Kategorien beskriver sykepleiernes erfaringer med hvordan de synes tilbakemeldingene blir gitt, og om det som blir tatt opp gjenspeiler fokuset for treningen. Informantene har en oppfatning av at tilbakemeldingene i stor grad er relevante og tar opp essensielle momenter fra treningen. Samtidig sier sykepleierne at de skulle ønske at fasilitator hadde vært mer direkte og konkret. Vinklingen på tilbakemeldingene er i stor grad positive og det oppleves bra og gir mestringsfølelse, men de blir ofte så generelle og så ”pakket” inn at mottaker ikke erkjenner utfordringer fra treningen.

Denne kategorien inneholder tre subkategorier ” Innholdet i debrifingen gjenspeilet simuleringen”, ”Debrifingen ble gitt i en positiv tone og ” Debrifingen var lite direkte”.

#### Innholdet i debrifingen gjenspeilet simuleringen

Informantene er opptatt av at utfordringer og hendelser i øvelsen bør tas opp og snakkes om under debrifingen. Hvis treningen oppleves som en reell pasientsituasjon, understreker sykepleierne at det blir enda viktigere at momenter fra treningen blir diskutert etterpå. Sykepleierne sier at hvis øvelsen går greit, blir det mindre å snakke om i etterkant, men hvis for eksempel kommunikasjonen har fungert dårlig under treningen blir det ekstra viktig å få tatt opp det i teamet etterpå. Informantene understreker at det som er hovedfokus under øvelsen også må være i fokus under debrifingen.

Øvelsen gikk jo nettopp mer på det med kommunikasjon og teamtrening. Det blir snakket om på evalueringen, det gjør det. (informant 5).

Noen informanter sier at evalueringen er helt som forventet, mens andre sier de noen ganger sitter og venter på at det skal komme noe mer. Hvis teamet trener på pasientsituasjoner som er mindre kjente, erfarer de fleste at evalueringen blir preget av det og at det er mye å diskutere.

Sykepleierne sier at det er viktig at tilbakemeldingene tar opp konkrete utfordringer fra treningssituasjonen og at det oppleves frustrerende hvis ting som åpenbart skulle vært snakket om ikke blir tatt opp.

To informanter uttrykker det slik;

Viktig å gå gjennom det som er situasjonen... en må... ellers så blir en sittende igjen med en haug med ubesvarte spørsmål kanskje, og hvordan gikk det egentlig og ... nei så det syns jeg er kjempeviktig og evaluere etterpå for det er nesten, det er noe av det viktigste, faktisk (informant 4)

... og så forventet jeg at hvis det er ting som ikke fungerer bra at vi får tatt tak i det og at det blir, det forbedringspotensiale vi har og at det blir imøtekommet da (informant 3)

Sykepleierne synes at det som har vært tatt opp under debrifingen har hatt relevans for kasuistikken og det som teamet har vært igjennom under treningen.

#### Debrifingen ble gitt i en positiv tone

Informantene er opptatte av at tilbakemeldinger må være konstruktive, konkrete og ta opp det som faktisk skjedde. Samtidig sier flere at det å ta opp ting fra treningen som ikke fungerte, kan oppfattes som kritikk og føles sårt av mottaker. Folk kan lett havne i en forsvarsposisjon i forhold til det som en har gjort underveis i stedet for å ta det som en konstruktiv kritikk.

Samtidig er det jo sikkert sårt med kritikk også, og da kan det jo hende at en selv hadde fått høre mer negative ting også (informant 2).

Sykepleierne er opptatt av at kritikk må komme fra fasilitator, og være rettet mot teamet og ikke den enkelte. For at fasilitator skal oppfattes som objektiv må denne ikke være en del av teamet.

Fasilitator må komme med negative tilbakemeldinger, ikke team medlemmene hvis en skal si litt ris eller sånne negative tilbakemeldinger, det er jo litt vanskelig, ja ... så da tror jeg det hadde vært enklere hvis simulatorteamet hadde kommet mer med det eventuelt da ... for da er de en ekstern instans (informant 1).

Informant sier at de føler det snakkes om hva som gikk bra og hva som gikk dårlig under øvelsen, med positiv vinkling. Alle blir invitert til å si hva de vil, hva de tenkte i situasjonen og om teamarbeidet. Det er viktig at det holdes en positiv tone under debrifingen, og at alle skal sitte igjen med en god følelse etterpå.



Sykepleierne gir uttrykk for at det er viktig å gå ut av debrifingen med en følelse av mestring, for ellers vil en kunne føle seg mislykket og ha mindre selvtillit og være mer usikker på seg selv til neste akuttsituasjon eller simulatorentrening. Positive tilbakemeldinger fører til en får mer selvtillit og tenker mer riktig også.

Får jo et sånt kikk da når en har vært gjennom det der og ser at en faktisk mestresteparten av det en holder på med da (informant 10).

Informantene uttaler at de er positivt overrasket over hvordan ting blir tatt opp under debrifingen, og at de hadde forventet seg mere direkte kritikk. Sykepleierne sier at de selv er klar over feil de eventuelt har gjort underveis i treningen. Sykepleierne gir uttrykk for at fasilitator ikke bør vinkle tilbakemeldinger personlig og negativt i plenum, samtidig som de ønsker reelle og konkrete tilbakemeldinger. Informantene opplever at fasilitator tar opp relevante ting, også det som ikke fungerte så bra, på en positiv måte og rettet mot teamet som helhet. De ønsker at debrifingen skal være en positiv opplevelse som gir mestringsfølelse.

... når du tenker at ja, ja den gangen her gikk det helt forferdelig, da gjorde jeg så mye galt og... du får ikke noe veldig selvtillit neste gang du står i en akuttsituasjon eller en sånn simulatorentrening da (informant 4).

Sykepleierne understreker at hvis debrifingen er veldig direkte rettet mot den enkelte så kan det gjøre noe med den personen som blir utsatt for det, en kan føle seg utrygg og ta med seg det videre til neste setting, og da har en ikke oppnådd noe.

### Debrifingen var lite direkte

Sykepleiere snakker om at tilbakemeldingene ofte blir gitt på en slik måte at de oppfattes som snille og vage. De sammenligner med samtaler og diskusjoner i etterkant av reelle situasjoner hvor tilbakemeldingene gis mer konkret og direkte. En av sykepleierne sier;

Noen ganger så syns jeg kanskje at de virker litt for snill nesten, altså på en måte, men det er som han sier, ”det her er ingen eksamen, det er ingen fasit”, hovedsaken er jo den der samhandlingen, jobbingen, det har vært presisert også. Men det er klart at det er jo noen ganger en skulle ønske at han bare kunne si at ... ”akkurat den biten var ikke så bra faktisk”, jeg hadde tålt å høre det (informant 2)

Informantene opplever at ikke alt blir tatt opp under debrifingen, at noe blir usnakket, og det oppleves litt frustrerende og fører til prat etterpå. Man sitter igjen med et ønske om ”noe mer”. De gangene ikke alt fungerer like greit underveis ønsker sykepleierne at det blir snakket om det i etterkant og de mener at de fleste tåler å høre om det som ikke fungerte også. Sykepleierne erfarer at legene får færre konkrete tilbakemeldinger og at tilbakemeldingene kan være så innpakket at adressaten som det er tiltenkt ikke har mulighet til å oppfatte hvem det gjelder.

Det er klart hvis det hadde vært en reell situasjon så sitter en jo ikke slik i etterkant og sier at du kanskje kunne gjort slik, da blir det jo mer at en går direkte på og sier at hør her jeg gjorde ikke det, og det skulle jeg gjort, ja det tror jeg at evalueringen er liksom strengere på en måte eller mer konkret på en måte i en reell situasjon hvis en har debrifing etter, etter reelle situasjoner (informant 1).

Informantene tror at læresituasjonen kan bli bedre hvis de under debrifingen blir utfordret litt mere på konkrete hendelser fra treningen. Hvis en får beskjed om det som ikke fungerte på en god måte, vil en huske det i etterkant og gjøre noe med det.

Hvis det kommer en akuttsituasjon etterpå, du føler at du får brukt det som du, en tar jo innover seg det som blir sagt, uansett og det du merker at du kunne gjort annerledes sjøl også uten at det blir sagt. En vet jo sjøl når en har jobbet i så mange år hva en skulle gjort og hva som var bra og hva som ikke var bra, ofte, men det er jo greit å få hørt det liksom (informant 4).

Urne tilbakemeldinger og veldig åpne svar kan oppleves noe frustrerende og sykepleierne savner mer instruksjoner, råd og konkrete svar. Informantene ønsker at teamet blir litt mer utfordret og at tilbakemeldinger som formidles seriøst og konkret, kan skape gode diskusjoner i teamet.

## **Fasilitators kompetanse har betydning**

Denne kategorien beskriver de erfaringer informantene har med fasilitators kompetanse og hvordan denne leder debrifingen. Kategorien inneholder to subkategorier. ”Fasilitator hadde brede kunnskaper” og ”Fasilitator ga lite konkrete tilbakemeldinger”.

Informantene legger stor vekt på at fasilitator må inneha god kompetanse og at den må være i stand til å lede debrifingen på en saklig og konstruktiv måte. De sier også at det først og fremst

må være fasilitator som skal peke på det som ikke fungerte så godt og områder hvor en kan gjøre forbedringer.

### Fasilitator hadde brede kunnskaper

Sykepleierne vektlegger at det erfares som mest riktig at fasilitator står utenfor øvelsen, i betydningen av at denne ikke selv deltar i treningen. Fasilitator kan godt være en teamet kjenner, men en viss distanse er bra og fører til at treningen og debriefingen oppleves og tas mer seriøst. Sykepleierne er noe delte i synet på hvilken betydning det har om fasilitatorer kjent eller ukjent når en skal ta opp momenter av sensitiv art. Noen informanter hevder at det har liten betydning om fasilitator er kjent eller ukjent. Andre mener at det kan være lettere for en ukjent fasilitator å ta opp momenter fra treningen som kunne vært håndtert bedre uten at det oppleves sårende av team medlemmene. To informanter legger det frem slik;

... for de som styrer det er jo helt utenfra sånn som det har vært hittil. Det er ikke sikkert det er så dumt heller... eh... da blir det ikke noe sånn personlig i det, om de tar opp en ting som... som sagt så sa de jo ting på en veldig pen måte (informant 5).

da er det bedre at det er noen som er objektiv, som ikke har noe forhold til noen, og som kan, som ikke har noe liksom meninger om deg som person eller forventninger i det hele tatt (informant 4).

Sykepleierne ønsker at fasilitator skal være ærlig og positiv og at fasilitator må opptre objektivt og ikke forutinntatt. De er opptatt av fasilitators kompetanse og sier at den som leder et tverrfaglig team må inneha gode basiskunnskaper, relevant og bred kompetanse på fag, og være egnet til å lede.

blir personavhengig hvem som skal lede evalueringen, det gjør det. Det har ikke noe å si hvilken rolle en har, det er mer hvor egnet du er (informant 8).

Videre påpeker informantene at eksterne fagfolk kan bringe ny kunnskap inn, og at nye øyne lettere kan identifisere systemfeil, samtidig er de usikre på om fasilitator har nok bakgrunnskunnskap til å gjøre det.

Sykepleierne gir uttrykk for at det har stor betydning at fasilitator skjønner hvordan et tverrfaglig team er sammensatt, hvilke oppgaver de enkelte medlemmer har og hvordan de ulike yrkesgrupper samhandler i ulike kliniske settinger.

Informantene erfarer at tilstrekkelige kunnskaper hos fasilitator får betydning for hvor seriøs diskusjonen i etterkant av treningen blir.

... har veldig mye å si at de skjønner hva det handler om ... hva vi gjør og skjønner litt hvem som gjør hva liksom, hva som er vanlig at hvem gjør, og hvilke yrkesgrupper som er med (informant 10)

### Fasilitator ga lite konkrete tilbakemeldinger

Sykepleierne opplever det positivt at fasilitator er flink til å holde seg til sak, og fokuserer på å ikke gi tilbakemeldinger direkte rettet mot personer, men mer mot gruppa som helhet.

Det var bare rent sånn... det gikk ikke på... de var flinke til ikke å gå på personen. Det gikk mye på det med gruppedynamikk (informant 5).

Informantene peker på at det er mye følelser i sving og at det kan være lett å bli for personlig i kritikken, og i den forbindelse erfarer sykepleierne at fasilitator er dyktig til å lede og holde saklig fokus. Samtidig opplever sykepleierne at fasilitator tar styringen, er aktiv og stiller spørsmål som får ting opp på bordet.

... de vet dette med ... ganske fokusert på dette med positivt utfall og ser gruppa liksom, sånn at det ikke blir på en måte sånn at ... ja du skulle gjort sånn og du har ingen feil og ... (informant 4).

Sykepleierne erfarer at fasilitator blir for lite konkret i sine tilbakemeldinger til teamet. Fasilitator kan med fordel være mer direkte på det som ikke fungerer helt, spesielt hvis ikke teamet selv erkjenner dette. Sykepleierne opplever at fasilitator har stor betydning og legger premissene under både før og under treningen og i debriefingen. Sett i lys av dette hadde det vært ønskelig at fasilitator i større grad sier noe om hva som fungerer og hva som ikke fungerer og hva hver enkelt i teamet kan bidra med. En sykepleier beskriver det slik:

... hvis noen kunne ha sagt det der helt konkret ... når den sier at sånn og slik så er closed loop det dere burde ha gjort eller burde ha sagt i stedet for at du sa eller gjorde sånn og slik som ikke er closed loop, så skulle det ha foregått sånn (informant 6).

## **Økt forståelse for egen og andres roller kan fremme samarbeid og trygghet**

Denne kategorien inneholder to underkategorier ” Bevisstgjort på egne og andres oppgaver og roller” og ” Kjent miljø ga trygghet og samhandling”.

Kategoriene viser at debrifingsfasen kan bidra til økt rolleforståelse og trygghet hos sykepleierne.

To sykepleiere sier det slik;

Syns det er såpass viktig det der med å få snakket etterpå om hvordan ting gikk, alle sammen får sagt hva de syns om tingene og det som blir gjort da, sånn at en blir tryggere på seg sjøl til neste gang (informant 10)

Det er jo verdifullt i den forstand at alle blir gjort oppmerksom på hver enkelt sine oppgaver ... får mer forståelse for hver enkelt sin oppgave i en setting, så slik sett så er jo det verdifullt, eh ... for å forstå hva røntgen gjør og hva laboratoriet må vente på hva slags prøver og så det er jo, det er jo verdifullt ... og få forståelsen for de andre yrkesgruppers rolle i settingen (informant 1)

Det å få snakke ut og snakke sammen etter trening bidrar til større forståelse for de ulike oppgaver og roller i settingen, og den forståelsen oppleves som verdifull. Økt rolleforståelse mener sykepleierne bidrar til å fremme samarbeid og gi større trygghet.

### Bevisstgjort på egne og andres oppgaver og roller

Under debrifingen blir det satt fokus på de ulike roller og oppgaver. Alle blir invitert til å reflektere over egen innsats og si noe om opplevelsene fra treningen. Fasilitator ber om innspill fra den enkelte på hvordan treningen gikk og alle får si noe om sin rolle i settingen..

En samlet debrifing for alle som deltar i treningen oppfattes som en forutsetning for å lære hvilken rolle sykepleierne har i en slik tverrfaglig teamtrening

Under debrifingen snakkes det om og reflekteres over hvordan teamet løste fordeling av roller og ansvar i den simulerte situasjonen. Gjennom slik refleksjon og utveksling av erfaringer opplever informantene å bli mer bevisst på egne og andres oppgaver, og får større forståelse for de ulike roller og deres betydning for samarbeid og kommunikasjon. Samspillet i teamet, og at deltagere får fokus på roller og samspill beskrives som ”lærerikt”. To av informantene uttrykker det slik;

Det som går på kommunikasjon, at du er bevisst på roller ... det vil jeg si at det har vært med og fått mer tyngde i forhold til fokus etter simulatortreningene for du ser

det så godt når du tar en sånn gjennomgang etterpå, og du får tatt det i den gruppen da så blir poenget så mye mer tydelig (informant 8).

... fikk jo lært seg sin rolle i den settingen, og akkurat hva en skulle gjøre, en fikk jo lært seg sin sykepleier rolle ... så en ble jo veldig bevisst på akkurat sin oppgave og får mer forståelse for hver enkelt sin oppgave i en setting, så slik sett så er jo det verdifullt, eh ... for å forstå hva røntgen gjør og hva laboratoriet må vente på hva slags prøver og så det er jo, det er jo verdifullt ... og få forståelsen for de andre yrkesgruppers rolle i settingen (informant 1).

Samtidig er debrifingen med på å tydeliggjøre hvilke oppgaver og roller andre yrkesgrupper i teamet har. Flere kan være usikre på rollen sin under treningen, og i den tverrfaglige debrifingen treffes alle i teamet, og de ulike roller og oppgaver blir diskutert. Eksempelvis oppleves det nyttig og betryggende at de medisinskfaglig ansvarlige oppklarer og avklarer oppgaver seg imellom og at de andre yrkesgruppene i teamet har kjennskap til ansvarsforhold og ulike oppgaver. Informantene erfarer at de blir bevisst de andre yrkesgruppenes oppgaver, og at den kunnskapen oppleves trygt å ha med seg inn i en akuttsituasjon i praksis.

Sykepleierne opplever at debrifingen i mindre grad vektlegger spesifikke fagområder, men i større grad handler om det å finne plassen sin i teamet, hvem som gjør hva, og ha de ulike roller og egne og andres oppgaver klart for seg.

### Kjent miljø ga trygghet og samhandling

Det å ha debrifing på egen arbeidsplass ga læring i forhold til samarbeid.

I debrifingen blir det synliggjort og snakket om at alle er like viktige for at treningen skal fungere. Det blir tydelig at hvis en rolle ikke fungerer godt nok eller mangler, får det konsekvenser for hvordan teamet fungerer og handler og debrifingen blir også påvirket av dette. Informantene beskriver at det er tilfredsstillende å se at en selv har betydning i teamet og at alle roller er like viktige for at ting skal fungere.

Informantene sier at de reflekterer mer omkring betydningen av samhandling, og opplever at samarbeidsevnen blir hevet etter å ha gjennomgått debrifingen. Informantene trekker også frem at fokus på samhandling under evalueringen får positiv betydning for samarbeidet i kliniske settinger også. To informanter beskriver det å få snakke ut og det å snakke om samarbeid som nyttig slik;

Det er det som går på samhandling som jeg føler at det er nyttig med slike treninger, at vi får fokus på det i ettertid (informant 8).

Egentlig lite fokus på sjølve caset, ... det har ikke så mye å si hva caset handler om ... altså det medisinsk faglige har ikke så mye å si, i forhold til debrifingen så er det mer hver enkelt sin rolle og det samspillet liksom og hvordan det glir egentlig og om kunnskapen holdt og ... det er det som teller (informant 10).

Informantene opplever at det å få diskutere det som skjedde under simuleringen med de andre i teamet etterpå kan være med på å gi trygghet til en lignende reell situasjon. Det er viktig å få snakket sammen etterpå om hvordan ting gikk, at alle får sagt hva de mener om det som ble gjort. Flere sier at det å få bekreftet egne vurderinger og handlinger fra de andre i teamet og fra fasilitator, gir trygghet til neste trening og neste pasientsituasjon.

Trening på huset tror jeg kan være med på å gi trygghet og at det da i forhold til evalueringen ... så kan du bygge mer på de erfaringene som er her på huset (informant 8).

## **Behov for felles arena for refleksjon, lære av hverandre og å diskutere endringer av klinisk praksis**

Denne kategorien inneholder tre underkategorier, ”Muligheter for selvevaluering og refleksjon” ”Lærte av hverandre” og ”Kunne ta opp utfordringer og endre klinisk praksis”.

Kategoriene synliggjør at debrifingsfasen gir muligheter til å ta opp behov for endring av klinisk praksis og gir rom for refleksjon og utveksling av kunnskaper.

Det å trene lokalt med påfølgende debrifing gir muligheter til å erkjenne behov for endringer og få muligheter til å gjennomføre disse. Blant sykepleierne hersker det allikevel en usikkerhet for om endringsbehov faktisk blir fulgt opp og gjort noe med.

Informantene er opptatt av at debrifingen gir anledning til å få ”luften ut” etter trening, og at det gis muligheter til å reflektere rundt egne handlinger og å dele disse refleksjonene med resten av teamet. Sykepleierne er tilfredse med at debrifingen er lagt opp slik at alle blir hørt og at deltagerne blir oppmuntret til å dele kunnskaper og erfaringer med hverandre. Informantene snakker om at en kunne vært flinkere til også å gjennomføre debrifing etter utfordrende hendelser i klinikken.

### Muligheter for selvevaluering og refleksjon

Sykepleierne opplever at det under debrifingen blir lagt vekt på at den enkelte selv skal få anledning til å vurdere å uttale seg om egen innsats, med vekt på det som ble utført bra. For flere var dette overraskende da de i større grad hadde forventet å bli ”målt” på egen innsats.

Informantene sier at de opplever det positivt at alle blir gitt like muligheter til å uttale seg. Noen av informantene uttrykker dette slik;

... så hadde vi debrifing etterpå, og vi snakket om, om eh... ja hva som ble gjort og slik og sånn og... om litt hva vi kanskje sjøl følte gikk bra og hva vi sjøl følte ikke gikk så bra (informant 5).

Men en har jo egentlig utbytte av det ... av debrifingen også for da sitter en jo sammen og får lov til å si sitt (informant 10).

Sykepleierne erfarer at evalueringen også gir muligheter for ettertanke og refleksjoner, både over egen innsats og egen kunnskap. Under debrifingen blir en ”tvunget” til å tenke over egen innsats og samspillet i teamet og at det medfører at en blir mere skjerpet og fokusert på slike faktorer også i ettertid. Samtidig opplever sykepleierne det som viktig at det er opp til den enkelte hva en synes er greit å ta opp. Ikke alle er komfortable med å ta opp det de tenker på, og det oppfattes som positivt at det å ta opp ting under debrifingen er frivillig.

... flertallet syns jo at kommunikasjon og tilbakemelding i en sånn debrifing som jeg har vært med på, at det er konstruktivt og at det gir folk noe i forhold til å tenke selv videre i forhold til det en har vært gjennom (informant 8).

... først og fremst så reflekterer jeg vel over min egen innsats. Jeg kan jo være ærlig nok og si det og så tenker du jo igjennom hvordan hele gruppen var. Du blir tvunget til å reflektere over innsatsen som blir gjort, både over deg sjøl og andre (informant 7).

Informantene opplever å få en tankevekker under debrifingen og at de i ettertid synes de får mer fokus på og tenker mere seriøst gjennom det som ble tatt opp hva gjelder prosedyrer, kommunikasjon og samhandling.

Debrifingen oppleves positivt fordi den gir deltagerne anledning til å gi uttrykk for det som ikke fungerte, og kan få støtte for det av teamet. Ubehagelige opplevelser underveis i treningen kan tas



opp og luftes ut av den enkelte, men på frivillig basis. Det kjennes godt å få anledning til å roe ned og bli ferdig med opplevelser fra treningen.

### Lærte av hverandre

Debrifingen blir oppfattet som viktig for å få frem hva som fungerte og ikke fungerte under treningen. Debrifingen styrker muligheten til utveksling av erfaringer og opplevelser. Sykepleierne sier at usikkerhet rundt ting som ikke fungerte kan reduseres hvis teamet samles for en avklaring og oppsummering i etterkant av treningen. Det oppleves som veldig viktig at hele teamet kommer sammen for å diskutere og avklare ting om skjedde under treningen.

Jeg tenker også det at hvis en hadde hatt mere sånne debrifinger i praksis så kanskje en hadde blitt ferdig med ting, at da hadde det ikke vært sånn små snakking her og småsnakking der (informant 9).

... debrifing er viktig, det er i hvert fall helt sikkert, for ellers så sitt du ikke igjen med så mye, da vet en ikke hva en, hva som ikke fungerte, jo en vet jo litt da, men en må få det liksom frem, snakke om det (informant 4).

Informantene gir uttrykk for at det er overraskende lite fokus på det konkret faglige i debrifingen, samtidig som det hevdes at det faglige innholdet ikke har så stor betydning. Sykepleierne sier at det viktigste er å få snakket sammen om roller, samspillet og få høre andres synspunkter.

Debrifingen oppleves allikevel som en arena hvor kunnskaper kan utveksles og hvor en også kan få bekreftelse på hva en selv kan. Det er sjelden anledning til å samles for tverrfaglige diskusjoner i det daglige, og debrifingen gir gode muligheter til slike diskusjoner basert på en konkret situasjon.

Informantene gir uttrykk for at det å lytte til andres erfaringer er lærerikt og givende, og at debrifingen representerer en god anledning for den som er ny til å lære av mer erfarne kollegaer. Sykepleierne peker på at det ikke oppleves riktig å diskutere spesifikke fagområder sammen med teamet, og at slike diskusjoner må tas opp innenfor de enkelte faggrupper.

Det konkret faglige det er jo ... det er jo liksom mer praktiske ting i debrifingen som skal ... som en da kan diskutere med de andre, men det faglige det må en jo ... hver enkelt liksom ta opp i sin egen gruppe på en måte, tror jeg (informant 1).

Det at alle som sitter og føler på noe får lov til å uttale seg bidrar til at flere synspunkter og innfallsvinkler kommer med. Informantene sier også at debrifingen der deltagerne får snakket sammen er vel så viktig som selve øvelsen, fordi deltagerne vil komme til å møtes i reelle pasientsituasjoner senere.

... for det er ikke sikkert at vi andre tenker sånn som det du har gjort og altså ... vi ser forskjellige ting alle sammen, og der er det vel mye læring da (informant 7).

... debrifingen er viktig i forhold til at alle får komme til orde, får uttale seg om det de opplever som fungerer eller som ikke fungerer. At det fins mye lærings ... læring i det også (informant 3).

Det at alle deltar og systematisk blir hørt, trekkes frem som positivt og viktig.

Hvis det er fritt frem da, og så begynner det med (...) for eksempel, og så er det jo egentlig ikke, du syns egentlig ikke den kommuniserte så godt, eller at det var så god ledelse ... eh ... så sier den at den syns at det her gikk jo riktig godt, så er det da verre når ordet er fritt å på en måte å rekke opp hånden og si at ... det syns ikke jeg, at det gjorde (informant 6).

Informantene mener at systematisk debrifing hvor alle blir hørt, ikke bare sikrer at ulike synspunkter og oppfatninger kommer frem, men også bidrar til en opplevelse av likeverd og at den enkelte er betydningsfull i et team.

Hvis hver og en skal si noe så føler jeg at en sikrer mer at alle får uttale seg utifra sitt ståsted, hvordan en selv opplevde det (informant 6).

#### Kan ta opp utfordringer og endre klinisk praksis

Sykepleierne peker på at det under debrifingen er et stort fokus på at teamet selv skal erkjenne momenter som kan forbedres. Informantene sier at det blir gjort avklaringer av klinisk praksis og at behov for forandringer blir tatt opp.

... godfølelse, evaluering... det skal sies, jeg har sagt det flere ganger, men det... skal få frem det som kanskje kunne vært gjort annerledes ... (informant 4).

Sykepleierne understreker at det er viktig at identifiserte behov for endringer blir tatt videre, og at det ikke spiller noen rolle hvem som gjør det. Det uttrykkes usikkerhet for om forslag til endringer blir fulgt opp i etterkant og gjort noe med.

Ja hvis det var helt sånn konkrete ting så ble det vel det tror jeg. Det ble vel liksom sagt at det må vi få på plass og ... ja vet du det husker jeg ikke helt, men jeg håper da det, tror kanskje det skulle bli en avklaring på det, at det skulle følges opp videre (informant 9).

Sykepleierne er opptatt av at treningen og debrifingen skal ”gi dem noe”, i betydningen av at forbedringspotensialet konsekvent blir tatt opp, og at det må komme noe konkret ut av diskusjonene og konklusjonene. To informanter beskriver det slik;

Veldig hyggelig å høre hva som fungerte og hva du gjorde bra og sånn, det skal du jo også ta med deg videre, men å få tilbakemeldinger om det som ikke fungerte så bra, og det forbedringspotensiale du har der, det er jo det aller viktigste. For å kunne løfte seg litt videre og lære av det (informant 3).

... laget ei liste i akuttralla med medikamenter og ... medikamentliste ja til barn ... mm ... et konkret resultat av den øvelsen for det avdekket at det er veldig stressende å stå i en sånn situasjon og regne om til barn. Det er et konkret resultat av en sånn simulatorøvelse (informant 6).

Informantene peker på at en under debrifingen kan komme frem til andre måter å gjøre ting på og forbedre rutiner slik at det skjer en utvikling. Debrifingen representerer en fin anledning til å gjøre noe med rammene på arbeidsplassen.

## **TEMA: Debrifingsfasen gir økt forståelse for roller og muligheter for endring av klinisk praksis**

Overskriften beskriver det latente innholdet som kom frem i resultatet.

Det beskrives av informantene at debrifingsfasen fører til økt fokus på egen rolle.

Samtidig erfarer sykepleierne at den også bidrar til større oppmerksomhet rundt og forståelse for andres roller og oppgaver i et team. Sykepleierne opplever en større bevissthet rundt betydningen av samarbeidet i teamet. Informantene understreker at det å gjennomføre en

debrifing der teamet kommer sammen og diskuterer er en forutsetning for tverrfaglig samhandling og avklaring og endring av klinisk praksis.

To informanter beskriver rollebevissthet og avklaring og endring av klinisk praksis slik;

Samsillet, at folk får fokus på roller og at vi får det til å fungere som et team, det er jo det som jeg ser at ... har vært lærerikt (informant 8)

... den debrifen er jo en fin anledning til å ha mulighet til å gjøre noe med rammene rundt på arbeidsplassen vår (informant 7)

## **Sammenfatning av resultater**

Sykepleierne i denne studien beskriver sine erfaringer med å delta i debrifing etter full-skala simulatorentrening, og hvilke oppfatninger og opplevelser de har med denne fasen.

Sykepleierne opplever at denne fasen gir dem økt forståelse for roller, og at debrifingen gir muligheter til å avklare og komme med forslag til endringer av klinisk praksis.

Fra sykepleiernes beskrivelser av sine erfaringer ble det dannet fire kategorier som kan sies å representere ulikt innhold.

I en kategori vektlegger sykepleierne at innholdet i debrifingen må gjenspeile fokus for selve simuleringen og være direkte og konkret for at tilbakemeldingene skal oppleves relevante, samt at den må holdes i en positiv og god tone. I neste kategori legges sykepleierne vekt på fasilitators betydning og dennes egenskaper og kompetanse. I en tredje kategori betoner sykepleierne at økt forståelse for egen og andres roller er positivt for samarbeid og trygghet. I den siste kategorien fokuserer sykepleierne på behovet for en felles arena hvor det gis rom for refleksjon og ettertanke, og der en kan utveksle kunnskaper, ta opp utfordringer og diskutere endringer av klinisk praksis.

## **DISKUSJON**

Hensikten med studien var å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere hadde med debrifingsfasen i full skala simulatorentrening gjennomført ved egen arbeidsplass. Målet var å frembringe dybdekunnskap om deltageres opplevelser, oppfatninger og erfaringer etter å ha deltatt i debrifing etter simulatorentrening. Slik dybdekunnskap kan være et bidrag for å legge til rette for læring i debrifingsfasen.

Forskningsspørsmålet knyttet til studien var:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med debrifingsfasen i full skala simulatorentrening gjennomført ved egen arbeidsplass?

Resultatdiskusjonen vil ta utgangspunkt i funn diskutert opp mot forskningsspørsmålet og sett i sammenheng med aktuell forskning og forfatters egne refleksjoner. Avslutningsvis blir valgt metode diskutert.

### **Resultatdiskusjon**

Analysen av intervjuene resulterte i et tema for det latente innholdet og fire kategorier for det manifeste innholdet. Den underliggende, latente betydningen av hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i full skala simulatorentrening ved egen arbeidsplass viser seg gjennom at informantene opplever en økt forståelse for egen og andres roller, og fasen gir muligheter for å oppklare og foreslå endringer av klinisk praksis.

Fire kategorier kom frem gjennom analysen. En kategori handlet om at innholdet i debrifingen må gjenspeile simuleringen og være positiv og mere direkte. En annen kategori handlet om betydningen av at fasilitator innehar kompetanse til å lede debrifingen. En tredje kategori vektla at debrifing førte til økt forståelse for egen og andres roller, og ga trygghet og samhandling. Siste kategori handlet om at debrifing representerte en felles arena for refleksjon, læring, oppklaringer og avklaringer av klinisk praksis.

Funn i det manifeste innholdet vil diskuteres først. Det latente innholdet som fremkommer av tema vil bli diskutert til slutt.

## **Innholdet i debrifingen må gjenspeile simuleringen og være positiv og mere direkte**

Resultatene fra denne studien viser at informantene erfarer at debrifingen i stor grad reflekterte treningen i betydningen av at det som ble tatt opp til diskusjon var relevante og viktige momenter fra simuleringen. For sykepleierne er det viktig at alle utfordringer og hendelser i treningen blir snakket om. Flere sier at når simuleringer fungerer bra, blir det mindre å ta opp til diskusjon etterpå, og slik sett kan man si at debrifingen reflekterer og følger simuleringen, og det som skjedde underveis.

I følge Flanagan (2008) er det viktig at debrifingen gjenspeiler det som faktisk skjedde, og at både fasilitator og deltager bestreber seg på å ta opp det som fungerte mindre bra slik at forbedringspotensialet kan bli tatt tak i og gjort noe med. Videre hevder Flanagan (2008) at noe av formålet med debrifing er å kunne bidra til å endre og påvirke klinisk praksis ved arbeidsplassen, og sett i lys av det blir det ekstra betydningsfullt at viktige og relevante momenter tas opp. For at deltagerne skal kunne dele erfaringer, opplevelser og oppfatninger fra simuleringen er det viktig at det som blir tatt opp i etterkant reflekterer det som skjedde underveis (Johnson-Russel & Baily, 2010).

Noen av informantene i studien snakker om at de satt og ventet på ”noe mer” i betydningen av at flere ting skulle bli tatt opp, og at det kjennes utilfredsstillende og frustrerende hvis viktige momenter ikke blir diskutert. Debrifingsfasen og hvordan den vektlegges i planleggingen av en simulering får betydning for deltagerens opplevelser av hele settingen. Det kan være en utfordrende balansegang når tilbakemeldinger skal være direkte og konstruktive, samtidig som den enkelte skal understøttes og oppleve mestring.

Det blir viktig å klargjøre for deltagerne hvordan debrifingen skal foregå og søke å skape en trygg og god atmosfære som understøtter og gir rom for at alle kan komme med sine oppfatninger og opplevelser. Flere hevder at for å understøtte og fremme at alle momenter fra simuleringen blir tatt opp, er det viktig å klargjøre i forkant hvordan debrifingen skal foregå og dens formål og hensikt, samt sørge for en trygg og god atmosfære (Flanagan, 2008; Johnson-Russel & Baily, 2010; Fanning & Gaba, 2007). Videre hevder Fanning og Gaba (2007) at fasilitators egenskaper og kompetanse har betydning for hva som identifiseres og tas opp under debrifingen.

For voksne kan læreprosessen oppleves mere interessant og motiverende hvis det som skal læres kan relateres til og knyttes opp mot kliniske problemstillinger (Knowles, 1973) og slik sett blir

det viktig at debrifingen tar opp til refleksjon og diskusjon det som faktisk skjedde underveis. For deltagerne i simulering vil en debrifing som er seriøs, realistisk, og tar på alvor det som skjedde under øvelsen, i større grad oppfattes mere positiv og lærerik. Fanning og Gaba (2007) hevder at voksne lærer best når de engasjeres og involveres i prosessen som skal føre til læring, og at det som skal læres kan relateres til erfaringer fra eksempelvis klinikken.

Til tross for at informantene er opptatt av konstruktive, realistiske tilbakemeldinger i debrifingen, sier de også at slike tilbakemeldinger kan oppfattes som negativ kritikk og sårende for mottaker. Hvis tilbakemeldinger oppfattes negativt kan den som eventuelt skulle motta slike, komme i en slags forsvarsposisjon. Sykepleierne understreker at de erfarer at debriften holdes i en positiv, konstruktiv tone, og at det er viktig for følelsen av mestring. Mestringsfølelse gir selvtillit og trygghet og kan bidra til at en tenker og handler mere adekvat i en klinisk setting. Debrifing bør legges opp slik at deltagerne selv skal reflektere og erkjenne hva som kunne vært gjort annerledes i simuleringen. (Johnson-Russel & Baily, 2010). Sykepleierne sier da også at de selv har en ganske god følelse av hva som gikk bra og ikke så bra, men at slike ting allikevel bør nevnes under debrifingen.

Skanche Bjercknes og Bjørk (1994) støtter sykepleiernes oppfatning ved å betone at voksne normalt sett har en selvforståelse som blant annet innebærer ansvar for egne beslutninger og handlinger og i stor grad er oppgave – og problemsentrert når de skal lære.

Rudolph, Simon, Raemer og Eppich (2008) understreker at et av formålene med debrifing er å gi deltagerne muligheter til selv å tenke gjennom og diskutere forbedringspotensiale for slik å være bedre rustet til å handle i en lignende klinisk situasjon.

En utfordring ved debrifing som ikke skal være for direkte rette mot den enkelte, men mere mot teamet, er de kan bli ulne og ”snille”, i betydningen lite konkrete. Spesielt overfor legene i teamet blir tilbakemeldingene vage, og det blir vanskelig for den enkelte å erkjenne behov for endring av egen atferd. Fanning og Gaba (2007) har sett nærmere på hvordan en debrif skal være, og hevder at hvis analyse eller kritikk blir unngått, vil det medføre redusert eller ingen læring for deltagerne. Salas, Klein, King et. al. (2008b) beskriver i sin studie at tilbakemeldinger bør rettes både mot den enkelte og til teamet, men understreker at debrifingen må foregå på en støttende og positiv måte. Det kan synes utfordrende å legge opp debrifingen slik at tilbakemeldinger blir støttende, positive og konkrete og rettet både mot den enkelte og teamet som helhet. Ytterligere fokus på og forskning rundt hvordan best legges opp debrifingen kan synes påkrevet.

## **Fasilitators kompetanse har betydning**

I denne studien legger sykepleierne stor vekt på fasilitators kompetanse og hvordan denne er i stand til å lede og gjennomføre debriefingen. Fasilitator er den som leder debriefingen av det tverrfaglige teamet, og det forventes at denne innehar både faglig kompetanse, kunnskaper om det å lede, motivere og understøtte læring.

Det oppleves viktig at områder for forbedring blir tatt opp, og selv om det forventes at deltakerne selv erkjenner hva som kan gjøres annerledes, sier sykepleierne at det først og fremst bør være fasilitator som skal peke på det som ikke fungerte så godt. Informantenes oppfatninger står i noe kontrast til Steinwachs (1992) som sier at fasilitator ikke skal undervise, ”forelese” eller instruere, men heller understøtte refleksjoner og bidra til at deltakerne selv erkjenner og gir uttrykk for sine opplevelser og erfaringer og deler disse med teamet.

En mulig forklaring på sykepleiernes oppfatninger kan være at informantene forventer mer av fasilitator enn det som i utgangspunktet er hensikten med denne rollen, og at forutsetningene for gjennomføringen av debriefingen kunne vært mere klarlagt. En annen forklaring kan være at deltagerne ikke er komfortable nok i settingen, og overlater til fasilitator å peke på hva som skjedde og det som kunne vært gjort annerledes.

Det synes åpenbart at fasilitator og dennes kompetanse og egnethet har stor betydning for gjennomføringen av debriefingen og hvilke resultater som kommer ut av denne.

Flanagan (2008) vektlegger i sin studie også fasilitators rolle, og beskriver at denne bør sørge for å holde alle deltagerne engasjerte, ikke bare de som snakker mest. Videre bør fasilitator bringe til diskusjon det som teamet selv ikke tar opp, og som følge av det i noen grad instruere og forklare hvordan teamet kunne handlet. Flanagan (2008) sin beskrivelse av hvordan fasilitator bør opptre kan sies å stå i noe kontrast til Steinwachs (1992) oppfatninger, der hun vektlegger deltagerens og teamets selverkjennelse, og toner ned fasilitators rolle.

Rudolph, Simon, Raemer og Eppich (2008) har i en studie forsøkt å beskrive fasilitators oppgaver bestående av å observere handlinger, peke på konsekvenser av disse og hvordan handle adekvat sett i relasjon til kliniske situasjoner. Debriefingen er ment å danne grunnlag for ny innsikt og kunnskap, og fasilitators rolle handler, i følge McGaghie, Issenberg, Petrusa og Scalese (2010), i liten grad om å vurdere prestasjoner utifra om de er riktig eller feil, men mere om det å understøtte og motivere, forbedre og utvikle deltagerens kliniske kompetanse.



Sykepleiernes oppfatninger av at fasilitators kompetanse og egnethet har stor betydning for hvordan de oppfatter gjennomføringen av debriefingen, og det samsvarer i stor grad med hvordan synet på fasilitators betydning for en god debrief har endret seg over tid. Steinwachs (1992) nedtoning av fasilitators rolle står på mange måter i motsetning til senere forfatteres oppfatning hvor fasilitators kompetanse, involvering og egnethet vektlegges i betydelig grad.

I studien sier sykepleierne at fasilitator oppfattes å være flink til å holde fokus på sak og ikke person, men at det kan føre til at denne blir for upersonlig og lite konkret i tilbakemeldingene. Det kan tyde på at det hersker ulike oppfatninger blant sykepleierne om hva en fasilitator skal og kan bidra med, og at den som fasiliterer også kan oppleve det utfordrende å understøtte samtidig som en i noen grad vil måtte instruere.

Sykepleiernes oppfatninger samsvarer med Dieckmann, Molin Friis og Lippert m. fl. (2009) som hevder at fasilitator må veksle mellom flere roller avhengig av målgruppe, læringsmål og innhold, slik at hvordan fasilitator opptrer må variere og harmonere med setting og type deltagere. Videre hevder Dieckmann et. al. (2009) at fasilitator bør sørge for at den enkelte deltager engasjeres og involveres. Debriefing som foregår på arbeidsplassen stiller store krav til fasilitator som både skal ha kunnskaper om det faglige, de lokale forhold, og skal samtidig motivere og engasjere slik at det skjer en utvikling både hos den enkelte og i teamet som følge av simuleringen. Det kan tenkes at en fasilitator som skal fasilitere et høyt kompetent tverrfaglig team må innta en annen rolle enn den som skal fasilitere studenter. Doerr og Murray (2008) peker på at den som skal fasilitere team skal være nøytral, ikke ha noen interesse i hva som kommer ut av debriefingen, og opptre understøttende for dialog og fremme teamets potensiale. Arafeh, Hansen og Nichols (2010) peker på at kompetanse i det å fasilitere må utvikles og kvalitetssikres gjennom gjentatte treninger og diskusjoner fasilitatorer i mellom.

Det er, sett opp mot fasilitators rolle i debriefingen og vektleggingen av denne fasen, i mindre grad i litteraturen beskrevet hvilke kunnskaper og egenskaper en fasilitator bør og skal inneha, og hvordan denne skal opptre. Det er etter forfatters oppfatning i for liten grad satt fokus på opplæring og utdanning av den som skal fasilitere, og i for stor grad overlatt til den enkelte fasilitator å definere sin rolle og sine oppgaver. Dette samsvarer med Flanagans (2008) oppfatning om at det til tross for stor interesse for simulatorbasert utdanning og opplæring, har vært liten oppmerksomhet rundt fasilitators formelle kompetanse.

## **Økt forståelse for egen og andres roller kan fremme samarbeid og trygghet**

I denne studien trekker sykepleierne frem at det å samles i etterkant av trening oppfattes som viktig, nyttig og verdifullt. Det å få snakke ut og snakke sammen oppleves som et vesentlig bidrag i å øke forståelsen for og innsikten i de ulike oppgaver og roller som finnes i det tverrfaglige teamet. Økt rolleforståelse mener sykepleierne bidrar til å fremme samarbeid og kommunikasjon og gi større trygghet hva gjelder egne handlinger og også i samhandlingen med de andre i teamet. Dette samsvarer med LeBlanc (2008) som hevder at når simuleringen foregår lokalt, og deltagerne får trene i sine vante roller, oppleves debrifingen mere verdifull og relevant, og deltagerne blir mere fokusert.

Flere av sykepleierne sier at debrifingen i mindre grad handler om fag, men mere om det å finne plassen sin i teamet, og få økt bevissthet om hvem som gjør hva i teamet, og hvorfor. Ifølge Decker, Sportsmann og Puetz m. fl. (2007) representerer debrifingsfasen en arena hvor deltagerne i etterkant av praktisk tenkning gis muligheter til refleksjon, diskusjon, læring og tilpassing av atferd.

McGaghie, Issenberg og Petrusa m. fl. (2010) understreker i sin studie at teknologien innenfor full skala simulatortrening er godt utviklet, men viser seg å ha liten betydning for deltagerens læringseffekter – og utbytte. Andre studier viser til at deltagere kan oppvise økte praktiske ferdigheter etter å ha gjennomført simulatorbasert trening, men har i liten grad sett på om økt rolleforståelse kan ha betydning for læring, og om økte praktiske ferdigheter får betydning for bedre klinisk praksis (Wallin, Meurling & Hedman m. fl., 2007; Siassakos, Hasafa & Sibanda m. fl., 2009). Samtidig har det vist seg utfordrende og vanskelig å måle bedring av praktiske ferdigheter gjennom objektive parametre, og i en systematisk oppsummerende studie av Akl, Sackett og Pretorius m. fl. (2009) blir det understreket at det gjenstår å finne ut om kunnskap og kompetanse som en tilegner seg gjennom trening og debrifing har overføringsverdi til klinisk praksis. Mange av de feilene som blir begått i helsevesenet skyldes i stor grad systemfeil og ikke feil direkte relatert til den enkelte, men det er hittil ikke ”bevist” at avansert teamtrening har ført til bedret pasientsikkerhet (McConaughy, 2008).

Sykepleierens oppfatninger samsvarer med ovennevnte i stor grad da det som oppleves som verdifullt og å gi mest utbytte er samhandlingen i simulatortreningen, og i mindre grad oppøvelse av praktiske ferdigheter. Det å snakke om samspillet og de enkeltes roller og funksjoner i

etterkant av øvelsen oppleves viktig, og sykepleierne opplever at debriefingen er med på å tydeliggjøre de ulike oppgaver og roller de enkelte yrkesgrupper har i teamet.

Ifølge Bond, Deitrick og Eberhardt m. fl. (2006) vil erfarent helsepersonell i debriefingen ha større behov for og være bedre i stand til å fokusere på roller og oppgaver enn studenter og de som er uerfarne. I en studie av O' Brien, Haughton og Flanagan (2001) understreker turnuslegene som blir intervjuet at det er viktig å få muligheter til å diskutere roller, og hvem som gjør hva i teamet under debriefingsfasen, slik at samhandlingen blir så optimal som mulig.

Sykepleierne som er intervjuet opplever å få en større bevissthet rundt egne og andres oppgaver. Informantene opplever det som nyttig og betryggende at legene og annet helsepersonell i teamet oppklarer og avklarer oppgaver under debriefingen. Sykepleierne sier det oppleves trygt å ha med seg større kjennskap til de ulike roller og oppgaver inn i akuttsituasjoner i klinikken.

Sykepleierne erfarer at debriefing i etterkant av simulatortrening i mindre grad omhandler spesifikke fagspørsmål, men i større grad fokuserer på blant annet betydningen av å finne sin plass i teamet, og at denne vinklingen på roller og oppgavefordeling erfares som nyttig.

Det er begrenset tradisjon for tverrfaglig trening og evaluering av akuttmedisinske team lokalt. Noen studier understøtter sykepleiernes oppfatninger og peker på hvor viktig slik trening og debriefing kan være for teamsamarbeid og teamforståelse (Steinemann, Berg & Skinner m. fl. 2011; Wallin, Meurling & Hedman m. fl. (2007) da tverrfaglige akutteam forventes å handle raskt og adekvat, selv om de ikke er kjent med hverandre roller og oppgaver.

Ifølge Riley, Lownik og Parrotta m. fl. (2011) kan et akutteam som raskt blir innkalt ved kompliserte hendelser, bestå av høykompetente folk som i liten grad kjenner hverandre og de ulike roller i settingen. Slike tverrfaglige akutteam består av folk med ulik utdanning, erfaringsbakgrunn og personlighet og som ikke nødvendigvis jobber så tett sammen i hverdagen (Riley et. al., 2011). Det er i liten grad forsket på hvordan medlemmer i slike akutteam opplever og erfarer debriefingen i etterkant av simulatortrening.

Flere studier sier noe om hvordan sykepleiestudenter opplever simulatortrening med påfølgende debriefing, og resultater og funn er i stor grad basert på hva disse for sin egen del opplever som lærerikt.

Ikke tekniske ferdigheter kan brukes som en fellesnevner på blant annet faktorer som evnen til vurdering, planlegging, oppmerksomhet, samarbeid, kommunikasjon og ledelse. (Fletcher, Flin &

McGeorge m. fl., 2003). Dette er elementer som sykepleierne oppfatter som viktig at blir diskutert, og erfarer blir vektlagt og er i fokus for diskusjonen under debrifningen.

I en studie gjort av Freeth, Ayida og Berridge m. fl. (2009) som inkluderer jordmødre, gynekologer og anestesileger, rapporterer deltagerne blant annet ny innsikt i og kunnskaper om betydningen av kommunikasjon og lederskap.

## **Behov for felles arena for refleksjon, lære av hverandre og å diskutere endringer av klinisk praksis**

Sykepleierne i denne studien opplever det tilfredsstillende at debrifningsfasen gir muligheter til å komme sammen umiddelbart etter en simulering. De opplever et stort behov for å få diskutert det som skjedde under simuleringen, og få oppklart og avklart ting de lurer på. Videre synes sykepleierne at det er verdifullt å få muligheten til å kjenne etter egne reaksjoner, reflektere over egne handlinger og dele disse refleksjonene med resten av teamet, og de sier at de ofte savner en slik mulighet etter kompliserte reelle hendelser. Hamman, Beaubien og Beaudin-Seiler (2009a) hevder at simulatortrening og debrifning som foregår lokalt blant annet medfører at deltagerne får økt fokus på refleksjon og at det er et viktig bidrag til endring av atferd og av systemer. I følge Dieckmann (2009) kan det å gi deltagerne muligheter til refleksjon, bidra til å gi mening til og forklare det en har opplevd og slik gi større forståelse for det som skjer under en simulering. Læring som følge av refleksjon kan skje hvis deltagerens tidligere antakelser, oppfatninger, verdier og meninger utvikles og slik kan ny forståelse og innsikt dannes (Dieckmann, 2009). Sykepleierne i studien er tilfredse med at debrifningen er lagt opp slik at alle blir hørt, og at atmosfæren er slik at det oppleves ufarlig for den enkelte å dele sine opplevelser fra simuleringen. Miller, Riley og Davis m. fl. (2008) peker også på betydningen av å dele erfaringer med hverandre og understreker at utgangspunktet for læring bør fokusere på de menneskelige faktorene, og at tanker og refleksjoner som deles med teamet kan danne utgangspunkt for ny innsikt og lærdom. Videre understreker samme forfatter at målet for å gjennomføre en debrif må være å sørge for støttende og trygge omgivelser, slik at deltagerne føler seg verdsatt, og fri til å komme med sine refleksjoner og tanker.

Den andre fasen i debrifningen beskriver Flanagan (2008) som den mest betydningsfulle, og der hvor deltagerne gis mest tid til ettertanke og refleksjon.

Sykepleierne i studien opplever at de får en tankevekker gjennom refleksjon, og at de tenker gjennom egen innsats og andres, og at de i tankeprosessen opplever å kunne trekke paralleller til reelle situasjoner, og får mer fokus på fag også i etterkant. Arafeh, Hansen og Nichols (2010) tar opp noe av det samme, og understreker viktigheten av at refleksjonsfasen vektlegges, da refleksjon understøtter og fremmer deltageres kritiske tenkning over hvordan de handlet og kunne ønsket gjort annerledes, og hvordan samhandling kan påvirke pasientbehandling. Flanagan (2008) hevder at deltagere som under debrifing deltar aktivt og reflekterer over egen innsats og hva de kunne gjort annerledes, trolig også vil benytte den samme ”strategien” i praksis, og at det kan ha positiv innvirkning på pasientbehandlingen.

Refleksjon fremmer ideer, tanker og forståelse, og det blir ifølge Skancke Bjerknes og Bjørk (1994) viktig å styrke forbindelsen mellom disse ved å understøtte refleksjonsprosessen. En debrifing hvor det tas hensyn til at refleksjon er en av forutsetningene for forståelse og innsikt, og hvor det samtidig legges til rette for ettertanke og refleksjon hos deltagerne, kan slik forfatter ser det, understøtte og fremme læring hos deltagerne. Parker og Myrick (2009) vektlegger betydningen av å ta hensyn til at voksne opplever læring når tidligere kunnskap og erfaringer settes på prøve og nye spørsmål skapes. Sykepleierne sier at de under debrifingen gis muligheter til å ta opp nye spørsmål som har dukket opp, og at de sammen med resten av teamet kan tenke gjennom og diskutere seg frem til ny innsikt og kunnskap,

I studien betoner sykepleierne at det er viktig å få delta på debrifingen etterpå, fordi den representerer en mulighet til å kunne diskutere hva som fungerte bra og mindre bra under simuleringen. Debrifingen gir muligheter til å diskutere det som skjedde, utveksle erfaringer, avklare og oppklare eventuelle uklarheter og uenigheter. Denne oppfatningen samsvarer med Salas, Klein og King m. fl. (2008b) som i sin studie vektlegger at debrifingen kan være med på å avdekke utfordringer som det er viktig blir tatt opp til diskusjon.

I følge Gaba, Howard og Fish m. fl. (2001) blir deltagerne under debrifingen bedt om å legge frem sine erfaringer og dele sine synspunkter, og oppmuntret til å trekke paralleller til lignende reelle situasjoner for slik å styrke handling i klinisk praksis. Sykepleierne i studien uttrykker noe av det samme når de reflekterer over og understreker at flere av de som deltok på simuleringen mest sannsynlig vil møtes igjen i en reell situasjon, og da blir det viktig å ha oppklart og avklart eventuelle uklarheter og uenigheter. Sykepleierne opplever at usikkerhet reduseres og at de føler en større trygghet når en har snakket om samspill og hvem som gjør hva i en lignende

pasientsituasjon. Garden, Mills og Wilson m. fl. (2010) hevder at simulatortrening som foregår ved arbeidsplassen, i lokaler hvor pasienter vanligvis behandles, kan være med på å gi den enkelte større trygghet og bedre samarbeidet i teamet.

Det er, ifølge Miller, Riley og Davis m. fl. (2008), svært viktig at alle som har deltatt i simulering får komme sammen for å diskutere atferd vedrørende kommunikasjon, samarbeid og ledelse, og slike diskusjoner representerer en viktig kilde til læring, og kan ikke erstattes av mere tradisjonell undervisning.

Sykepleierne i studien er overrasket over hvor lite fokus det er på det rent faglige. Samtidig gir sykepleierne uttrykk for at de syns det er riktig at andre type problemstillinger tar større plass. De understreker at samspill, roller og det å høre andres synspunkter er det viktigste å få diskutert, og opplever at debrifingen i så måte har riktig fokus. Sykepleierne vil gjerne lære av andre, mere erfarne kollegaer, men sier lite om hva det er de faktisk lærer rent faglig og kan ta med seg videre. Miller et. al. (2008) vektlegger at det ligger mye læring i at de enkelte deltagere deler sine erfaringer med hverandre under debrifingen. Arafteh, Hansen og Nichols (2010) understreker at debrifingen må gjenspeile konteksten den gjennomføres i, slik at fokus gjennomføring av debrifing lokalt for et tverrfaglig team i mindre grad er fagspesifikt, og mere sentrert om samhandling og samspillet i teamet.

Halland (2011) snakker i sin bok om betydningen av at det i en gruppe er tillit, god kommunikasjon, ledelse, og at konflikter kan håndteres for at gruppa eller teamet skal fungere godt sammen. Sykepleierne i denne studien sier at de ser på seg selv som del av et team og er opptatt av sin og andres rolle, og at debrifingen oppfattes å vektlegge viktigheten av teamets egenskaper og kompetanse. Halland (2011) sier videre at en gruppe kan bestå gruppe av et nettverk av ulike personer som gjensidig påvirker hverandre i et sosialt samspill og at det er viktig at kreftene i dette samspillet virker sammen slik at de fremmer læring.

Rudolph, Simon og Raemer m. fl. (2008) er opptatt av at debrifing som legges opp formativt, da mere som en dialog i teamet om hvordan noe kan og bør løses, kan skape ny innsikt og kunnskap. McGaghie, Issenberg og Petrusa m. fl. (2010) støtter dette synet og hevder at debrifingen i mindre grad bør handle om å peke på feil, men heller om å understøtte og motivere deltagerne til å dele erfaringer med hverandre og at de selv får peke på områder for forbedring.

## **TEMA: Debrifingsfasen gir økt forståelse for roller og muligheter for endring av klinisk praksis**

Sykepleierne beskriver og snakker mye om at de dveler mere ved sin egen rolle i teamet og at de får større forståelse og kunnskaper om de andres roller og oppgaver under debrifingen.

Sykepleierne bruker begreper som ”*alle blir gjort oppmerksomme på hver enkelt sine oppgaver*”, ”*bevisst på roller*”, ”*får mer forståelse for hver enkelt sin oppgave i settingen*”.

Sykepleierne erfarer at rollebevissthet letter og fremmer teamsamarbeidet. Sykepleierne sier at de under simuleringen lærer mer om sine spesifikke sykepleieroppgaver, og at debrifingen gir anledning til økt bevissthet om egen rolle og gir muligheter til å kunne formidle til resten av teamet hva de sykepleierfaglige oppgaver innebærer.

Sykepleierne som deltok hadde alle mer enn fem års erfaring som sykepleiere, og alle hadde erfart at debrifing etter full-skala simulatortrening ga økt fokus på og forståelse for egen og andres roller i teamet. Ifølge Bond, Deitrick og Eberhardt m. fl. (2006) kan det være slik at erfarent helsepersonell i debrifingen har behov for og er i stand til å fokusere mere på roller og oppgaver i teamet enn de tekniske ferdighetene og de rent faglige spørsmålene.

Det er utfordrende å bevise økt pasientoverlevelse som følge av teamtrening og debrifing lokalt, men Steinemann, Berg og Skinner m. fl. (2011) peker i sin studie på at helsepersonell som har trent sammen, har større teamforståelse og presterer bedre. Det er en begrenset tradisjon for utdanning og kursing på tvers av fagfelt i helsevesenet, og slik kan helsepersonell være mindre kjent med hverandres roller og oppgaver. Særlig problematisk kan dette bli i akuttmedisinsk sammenheng, hvor høykompetente profesjonsarbeidere møtes ad hoc i utfordrende og kompliserte pasientsituasjoner. God kunnskap om og forståelse for hverandres roller og oppgaver blir da vesentlig for teamets totale handlingsevne og kompetanse. Full-skala simulatortrening og debrifing som foregår på den enkelte arbeidsplass kan være et viktig bidrag til økt forståelse for de enkelte roller og oppgaver det tverrfaglige teamet. I en studie av O' Brien, Haughton og Flanagan (2001) understreker turnuslegene som deltok på simulering at det er et gap mellom hva de lærer under utdanning og hva som forventes i klinikken og at det oppleves som viktig under debrifingsfasen å få muligheter til å diskutere roller, og hvem som gjør hva i teamet. Freeth, Ayida, Berridge og Mackintosh m. fl. (2009) fant i sin studie at det tverrfaglige teamet rapporterte økt kunnskap om kommunikasjon og lederskap, samt større forståelse for de ulike roller i teamet etter å ha deltatt på debrifingen.

Tveiten (2008) sier at sykepleiere ofte innehar flere roller samtidig, og at det er viktig å være bevisst på andres forventninger til disse rollene når en skal samhandle. Sykepleierne opplevde det som viktig å få snakke om sin egen rolle med de andre i teamet, og opplever at rollebevissthet letter samarbeidet.

Sykepleierne opplever at debrifingen bidrar til å avdekke områder for forbedring av etablert klinisk praksis, og gir muligheter til å kunne gjøre noe med denne. Begreper som *”debrifing en forutsetning for at ting blir tatt videre”*, *”avklaring og forbedring av rutiner”* og *”trene videre på det som ikke fungerer”*, blir brukt av sykepleierne.

Sykepleierne i studien er opptatt av at det som kan forbedres blir tatt opp under debrifingen, og at det må komme noe konkret ut av det som blir diskutert i betydningen av at det blir tatt videre og gjort noe med. De sier at det er fint å få høre om det som ble gjort bra, men at også områder for forbedring av klinisk praksis bør diskuteres og tas lærdom av. De ønsker at det skjer en utvikling, og at det synes i form av konkrete endringer av for eksempel prosedyrer på arbeidsplassen. De motiveres for ny simulering og debrifing hvis det de identifiserer av endringsbehov som følge av trening, blir fulgt opp og gjort noe med. Flanagan (2008) beskriver at noe av det samme skjer i den tredje fasen i debrifingen, hvor deltagerne oppfordres til å oppsummere, trekke ut komponenter som kan være relevante for klinisk praksis og komme med forslag til endringer de eventuelt ønsker å gjøre. Sykepleierne i studien sier at læring på mange måter ligger i potensialet for forbedring, og at utfordringer kan trenes på og jobbes videre med i klinikken. De opplever at det å gjennomføre en debrifing lokalt er en forutsetning for at ting blir tatt videre.

Miller et. al. (2008) understøtter dette synet da de beskriver at endringer i klinisk praksis som følge av momenter identifisert under debrifing gjennomført lokalt, kan tjene som mål på utbytte av slik trening. Rudolph et. al. (2008) vektlegger også oppfølgingsfasen i etterkant av debrifing da denne kan fungere som et bindeledd oppimot klinikken, og kan bidra til endring og forbedring av klinisk praksis.

Til tross for at sykepleierne gir uttrykk for at forbedringspotensiale blir tatt opp, er de usikre på om endringsbehov blir tatt tak i og fulgt opp. Sett i relasjon til at endring av klinisk praksis kan brukes som et mål på utbytte av en debrifing, er oppfølging i etterkant av simulering og debrifing etter forfatters mening et område som i større grad bør være gjenstand for utvikling og fokus.



## **Metodediskusjon**

Ifølge Graneheim og Lundemann (2004) må forskningsresultater være så troverdige som mulig og enhver forsker må bestrebe seg på å vurdere funn oppimot den fremgangsmåten som er benyttet for å komme frem til resultatene. Det er utfordrende å vurdere kvalitative data opp mot fastlagte kriterier. Forsker som forskningsinstrument har stor betydning for troverdigheten og i følge Malterud (2011) krever kvalitativ forskning samarbeid og forståelse mellom deltager og forsker. Tekster, som et resultat av kvalitative intervjuer, er preget av konteksten de er skapt i og er verdiladet, og vil således være gjenstad for ulik grad av fortolkning (Kvale og Brinkmann, 2009).

Forfatter har i det følgende til hensikt å vurdere fremgangsmåten i studien for å kunne si noe om resultatenes troverdighet.

### Gyldighet

I følge Graneheim og Lundemann (2004) sier utvalgets sammensetning og datainnsamlingsmetode noe om en studies gyldighet. Utvalget i studien besto av ti sykepleiere fra en avdeling ved et sykehus. Størrelsen på utvalget ble ansett som tilstrekkelig, da et større datamateriale ikke garanterer mer eller rikere data (Kvale og Brinkmann, 2009). Variasjon og bredde i utvalget ble forutsatt dekket ved at informantene hadde ulik klinisk erfaring som sykepleiere, og at noen i tillegg var intensivsykepleiere. Utvalget besto av ni kvinner og en mann. Det ble ikke registrert alder på deltagerne. Studien kunne vært styrket gjennom større variasjon i utvalget. Leger og annet helsepersonell som har erfaring med å delta i full-skala simulatorentrening og debriefing kunne vært inkludert. Videre svekkes variasjon noe ved at bare en mann kunne inkluderes. Graneheim og Lundemann (2004) hevder at variasjon i utvalgets erfaringer styrker en studies gyldighet og variert utvalg bidrar i følge Polit og Beck (2010) til et videre perspektiv i beskrivelsene.

Det er mulig at de som takket ja til å delta i studien var spesielt interessert i simulering. Videre kan det være slik at de som velger å delta i forskning har en større interesse for fagområdet enn andre, eller det kan være slik at noen deltar for å få muligheten til å uttale seg om områder de er mindre fornøyde med. I følge Polit og Beck (2010) er det viktig at informantene deltar av

frivillighet og deler av sine erfaringer, samtidig som det er viktig å ta hensyn til at frivillighet er et grunnleggende forskningsetisk prinsipp.

Kvalitative individuelle intervjuer var valgt som metode, med bakgrunn i studiens hensikt som var å få informantenes rike beskrivelser av opplevelser, erfaringer og oppfatninger (Polit et. al., 2010). Individuelle intervjuer fokuserer på individets oppfatninger, gir den enkelte muligheter til å kommunisere egne opplevelser og erfaringer (Kvale et. al., 2009) og kan tenkes å gi mere åpne og ærlige svar enn et fokusgruppeintervju. Informantene ble oppfattet å ha mangfoldige og varierte beskrivelser av sine opplevelser og oppfatninger. Valgt metode ansees å være en relevant metodisk tilnærming med bakgrunn i studiens hensikt, men samtidig er det, som Lund og Haugen (2006) hevder, viktig å være klar over at en problemstilling ikke kan besvares med fullstendig sikkerhet.

### Pålitelighet

Det ble utarbeidet en intervjuguide slik Kvale og Brinkmann (2009) anbefaler. Innholdet i intervjuguiden ble utformet med intervjuspørsmål og hadde forslag til oppfølgingsspørsmål og skulle bidra til at forsker holdt fokus på forskningsspørsmål, men samtidig også gi intervjuer fleksibilitet underveis (Polit & Beck, 2010). Intervjuguiden var detaljert, og mulig for styrende for intervjuer og for ledende i spørsmålene. Kvale et. al., 2009 vektlegger at ledende spørsmål vil kunne påvirke svar, samtidig kan de brukes i oppklarende øyemed, og derav styrke påliteligheten i svar.

Et pilotintervju ble gjennomført som kvalitetssikring av intervjuguiden, for å teste ut hvordan spørsmålene ble oppfattet og besvart, sikre at spørsmålene samsvarte med hensikten for studien (Polit & Beck, 2010) og for at forsker skulle få teste seg selv som intervjuer. Pilotintervjuet var nyttig å gjennomføre, og et intervjuspørsmål som ikke relaterte seg til hensikten ble fjernet. Pilotintervjuet ga samtidig en viss innsikt i hvordan forfatter opptrådte som intervjuer, og medførte at forsker fikk justert og endret sin intervjuteknikk til en viss grad. Forsker erfarte, til tross for pilotintervjuet, at det noen ganger var vanskelig å opptre passe tilbaketilt overfor informantene og la disse snakke fritt, samt å akseptere pauser som oppsto. Det var også utfordrende å stille adekvate, passende oppfølgingsspørsmål, samtidig som en skulle tilstrebe å holde en rød tråd og fokus gjennom intervjuet. Forsker kunne med fordel i større grad ha fraveket

intervjuguiden og åpnet for mere refleksjon, for slik å ha muligheten til å gå mere i dybden på enkelte tema. Det var også utfordrende å sikre pålitelighet ved å spørre alle om det samme. Intervjuer bestrebet seg på å være aktiv og støttende, men også lytte og i størst mulig grad få informantene til å beskrive med egne ord sine oppfatninger og opplevelser. Forsker erfarte at i noen intervjuer snakket denne for mye, og ser i ettertid at egen interesse for temaet og forforståelse i noen grad kan ha innvirket på deler av intervjuene. I følge Kvale et. al. (2009) er det viktigste instrument i et kvalitativt intervju forskeren selv, og intervjuerens ferdigheter innen kommunikasjon og dens væremåte får stor betydning for hvilke data som blir innhentet og kvaliteten på disse. Endring i intervjuteknikk kan ha påvirket datainnsamlingen ved at ulike momenter ble vektlagt i de forskjellige intervjuene, slik at konsistensen i datainnsamlingen i noen grad kan være svekket.

Informantene snakket i stor grad fritt, og uttalelsene ble oppfattet av intervjuer til å være ærlige og utvungne.

Alle intervjuene med unntak av ett, ble gjennomført i løpet av en måned, og forfatter opplevde at intervjuteknikken bedret seg underveis. Ifølge Graneheim et. al. (2004) kan forsker underveis i datainnsamlingsprosessen få ny innsikt og forståelse, som igjen kan påvirke fokus for intervjuene og hvordan disse blir gjennomført, og slik få innvirkning på studiens pålitelighet. Intervjuene vurderes til å være akseptable hva gjelder tidsspenn på gjennomføring. Kvale et. al. (2009) hevder at kvaliteten på intervjuene blir avgjørende for den videre prosessen med bearbeiding og presentasjon av innsamlede data.

Intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass, i deres arbeidstid. Det var sørget for at intervjuene foregikk uforstyrret og på et nøytralt rom for sykepleierne.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og alle utsagn ble nøyaktig og ordrett nedtegnet, men nonverbal kommunikasjon ble ikke fanget opp. I følge Kvale et. al. (2009) vil enhver transkripsjon være preget og påvirket av ulike vurderinger og beslutninger og slik sett være gjenstand for en viss fortolkning. Forfatter har selv foretatt all transkripsjon, og alt ble skrevet ut direkte. Transkripsjon foretatt av forsker selv kan hindre uklarheter og bidra til at sentrale meninger kommer med. Påliteligheten kan svekkes når transkripsjonen ikke ivaretas av flere uavhengige, da transkribering i seg selv alltid vil innebære en viss fortolkning (Kvale et. al., 2009), men samtidig kan validiteten til en viss grad styrkes når forfatter selv utfører transkripsjonen, gjennom at materialet blir gjenstand for granskning som kan føre til andre

refleksjoner og slutninger. Transkripsjon omhandler også etikk (Kvale et. al., 2009), og forsker har vært nøye med å ivareta konfidensialitet, slik at navn på personer og institusjoner som nevnes i intervjuene konsekvent er utelatt. Alle intervjuene er skrevet ut på bokmål slik at muligheten for gjenkjennelse av informanter svekkes, men i dette ligger også en mulighet for at språklige nyanser har gått tapt. Bruk av sitater har vært vektlagt, både for å illustrere hovedmomenter i teksten, men også for å fremme leserens egne refleksjoner (Malterud, 2011).

### Overførbarhet

Forfatter har tilstrebet å tydelig beskrive studiens kontekst, gjøre rede for utvalg og prosessen for utvelgelse, hvordan datainnsamling og dataanalyse har foregått og slik forsøkt å styrke studiens overordnede troverdighet og overføringsverdi. Videre er funn tydeliggjort med beskrivende sitater for slik å sikre nærhet til materialet og legge til rette for at leser selv kan reflektere og vurdere. Beskrivelse av anvendt metode har betydning for en studies gyldighet, men også overordnede troverdighet (Graneheim & Lundemann, 2004). Forfatter har forsøkt å være tydelig og etterrettelig i bruk av referanser, for slik å legge til rette for etterprøving av argumenter. Graneheim et. al. (2004) hevder at slik tydelighet vil bidra til å styrke studiens troverdighet og derigjennom overførbarhet. Resultatene er informantenes subjektive beskrivelser av sine erfaringer og kan slik sett gi begrensninger med tanke på studiens overførbarhet. Om funnene i studien er gyldig og overførbar til annen kontekst avhenger videre i stor grad av likheten mellom kontekster.

## KONKLUSJON

Studien har søkt å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i full-skala simulatorentrening gjennomført ved egen arbeidsplass og hvilke oppfatninger og opplevelser de har med denne fasen.

Det kom frem fire ulike kategorier i resultatene. Sykepleierne opplevde at innholdet i debrifingen og hvordan den ble gjennomført var viktig, de vektla fasilitators egenskaper og kompetanse som betydningsfull, de opplevde at rolleforståelse ble fremmet, og de erfarte at debrifingsfasen ga dem muligheter til å reflektere sammen med teamet og diskutere behov for ulike endringer av klinisk praksis.

Innholdet i kategoriene kan sies å representere noe ulikt innhold, men har samtidig en fellesnevner i det at sykepleierne opplever debrifingen som viktig, nyttig og i likhet med det som er beskrevet i annen forskning på emnet, verdt å bruke tid og ressurser på. Det er imidlertid viktig å være klar over at det ikke er mulig å besvare en problemstilling og konkludere med fullstendig sikkerhet.

- Det å delta i debrifing lokalt ser ut til å gi sykepleierne mere fokus på og forståelse for de enkeltes roller og oppgaver i det tverrfaglige teamet. Det å få anledning til å reflektere sammen med resten av teamet, og systematisk gå gjennom og snakke om det som skjedde, hvordan og hvorfor, oppleves å gi ny innsikt og læring.
- Simulering av pasientsituasjoner i egne lokaler gir muligheter til å oppklare og avklare ulike situasjoner og fagspørsmål, og også foreslå forbedringer av klinisk praksis. Sykepleierne mener at interessen og motivasjonen for å delta i simulering og debrifing ivaretas, hvis det blir tatt tak i områder for forbedring, slik at det skjer en utvikling og forbedring av klinisk praksis.
- Fasilitators rolle under debrifingen fremtrer som mer betydningsfull enn antatt på forhånd. Fasilitator har ansvar for forberedelser, gjennomføring av simulering og debrifing, og sørger for oppfølging i etterkant. Sykepleierne understreker at fasilitators egenskaper og

kompetanse har stor betydning for hvordan debrifingen blir gjennomført, og derav også hvilken betydning fasen får for hva deltagerne opplever at de lærer.

- Full-skala simulering og debrifing som foregår lokalt innebærer utfordringer og muligheter som er viktig å erkjenne og gripe fatt i, og det ansees som viktig at simulering som læremetode i en ”lokal” kontekst tillegges betydning og gis muligheter til videreutvikling.

## **Betydning for klinisk sykepleie**

Simulering og debrifing ”in situ” kan ha som mål å oppnå bedret samhandling og større pasientsikkerhet. Simulering er en etablert læringsmetode, og vil trolig øke i bruk, ikke bare ved simulatorsenter, men også ved den enkelte arbeidsplass. Læremetoden er kommet for å bli, og det blir viktig at de ressurser og kostnader som legges i simulering, også gjenspeiles i den læring som springer ut av metoden. Når nytteverdien av simulering er relatert til kostnadene vil det bli lettere å få de nødvendige ressurser og midler til å fortsette å benytte læremetoden, samt å videreutvikle denne.

Simulering kan i noen grad kompensere for lav frekvens av akuttmedisinske hendelser, og vil slik sett representere en kvalitetssikring av klinisk praksis og bidra til økt pasientsikkerhet. Fokus på pasientsikkerhet i helsevesenet gjenspeiler seg i økte krav til sikker og god pasientbehandling. For at tverrfaglige team og sykepleiere skal opprettholde og utvikle sin kompetanse, kan simulering og debrifing lokalt representere et viktig bidrag.

Resultatene i denne studien og dens betydning for klinisk sykepleie kan være et større fokus på hva deltagerne selv opplever de får ut av å delta i debrifing etter full-skala simulering ved arbeidsplassen. Dybdekunnskap om sykepleieres erfaringer kan bidra til økt kunnskap om hva som gir læring i debrifingsfasen. Slik kunnskap kan og bør være viktig og nyttig i tilpassing av metoden for ytterligere læring.

## **Forslag til videre forskning**

Det er viktig å få økte kunnskaper om simulatoretrening ”in situ” og hvordan best legge til rette for læring og slik få utnytte metodens potensiale når benyttet i lokal kontekst. I den sammenheng er det behov for målrettet forskning på hvilken betydning metodens kontekst har for læring. Kunnskap om sammenhengen mellom kontekst og læring, kan få betydning for videreutvikling av læremetodens egenskaper.

Det betød mye for sykepleierne å delta i debriefing, og de opplevde at erfaringer og kunnskaper ble utvekslet, refleksjon ble fremmet og utfordringer ble tatt opp. Samtidig hersket det usikkerhet rundt oppfølging av forslag til endringer tatt opp under debriefingen.

Simulatoretrening lokalt bør i større grad gjenspeile lokale forhold og utfordringer. Forfatter foreslår ytterligere forskning hva gjelder gjennomføring og innhold i debriefingsfasen når gjennomført lokalt, dens potensiale for læring, samt betydningen av oppfølging i etterkant og hvordan oppfølgingen skal gjennomføres.

Studien viser at deltagerne opplevde fasilitators egenskaper, kunnskaper og kompetanse som betydningsfulle for hvordan debriefingen ble gjennomført, og hvor lærerik den ble.

Det er i liten grad forsket på fasilitator rollen, selv om den ansees å være sentral og viktig i hele simuleringsprosessen. Videre forskning bør i større grad sette fokus på fasilitator rollen og dennes betydning innenfor simulering og læring.

## REFERANSER

- Akl, E. A., Sackett, K. M., Pretorius, R., Bhoopathi, P. S. S., Mustafa, R., Schünemann, H., Erdley W. S. (2009). Educational games for health professionals. *The Cochrane Library, issue 1*. DOI: DOI: 10.1002/14651858.CD006411.pub2.
- Alinier, G. (2011) Developing High-Fidelity Health Care Simulation Scenarios: A Guide for Educators and Professionals. *Simulation & Gaming*. 42(1) 9 – 26  
DOI: 10.1177/1046878109355683
- Arafah, J. M. R., Hansen, S. S., Nichols, A. (2010). Debriefing in Simulated-Based Learning Facilitating a Reflective Discussion. *J Perinat Neonat Nurs, Vol. 24, No. 4*, pp. 302–309
- Bearson, C. S., Wiker, K. M. (2005). Human patient simulators: A new face in baccalaureate nursing education at Brigham Young University. *Journal of Nursing Education*, 44, (9). 421-425. [online]. URL:  
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=891458921&sid=1&Fmt=2&clientId=32007&RQT=309 &VName=PQD>
- Becher, E. C., Chassin, M. R. (2001). Improving Quality, Minimizing Error: Making It Happen. *Health Affairs*. 20, no.3: 68-8. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.68
- Berland, A., Natvig, G. K., Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 24, 90-97.
- Boulet, J. R., Murray, D. J. (2010). Simulation-based assessment in anesthesiology. Requirements for practical implementation. *Anesthesiology*, 112, 1041 – 52.  
[online].URL: [http://apsf.org/about/pioneering\\_safety/](http://apsf.org/about/pioneering_safety/)
- Bond, W. F., Deitrick, L. M., Eberhardt, M., Barr, G. C., Kane, B. G., WorriLOW, C. C., Arnold, D. C., Croskerry, P. (2006). Cognitive versus Technical Debriefing after Simulation Training. *Academic Emergency Medicine*; 13:276-283.
- Clapper, T. C. (2010). Beyond Knowles: What Those Conducting Simulation Need to Know About Adult Learning Theory. *Clinical Simulation in Nursing* (6), e7-e14.  
doi:10.1016/j.ecns.2009.07.003
- Decker, S., Sportsman, S., Puetz, L., Billings, L. (2008). The evolution of simulation and its contribution to competency. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39, No 2.



- Dieckmann, P. (2009). Simulation settings for learning in acute medical care. *Using Simulations for Education, Training and Research*. Lengerich: Pabst
- Dieckmann, P., Manser, T., Wehner, T., Rall, M. (2007). Reality and Fiction Cues in Medical Patient Simulation: An Interview Study with Anesthesiologists. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*. Volume 1, Number 2, pp. 148–168. DOI 10.1518/155534307X232820.
- Dieckmann, P., Molin Friis, S., Lippert, A., Østergaard, D. (2009). The art and science of debriefing in simulation: Ideal and practice. *Medical Teacher* 31: e287–e294. DOI: 10.1080/01421590902866218
- Dieckmann, P., Rall, M. (2008a). Becoming a Simulator Instructor and Learning to Facilitate: Evaluation of the Instructor and Facilitating Training – Infact. I: Kyle, R. R., Murray, W. B. (red.). *Clinical Simulation: Operations, engineering and management* s. 647- 652. Oxford: Elsevier Academic Press.
- Dieckmann, P., Reddersen, S., Zieger, J., Rall, M. (2008b). Video-assisted debriefing in simulation-based training of crisis resource management. I: Kyle, R. R., Murray, W. B. (red.). *Clinical Simulation: Operations, engineering and management* s. 667- 671. Oxford: Elsevier Academic Press.
- Dieckmann, P., Molin Friis, S., Lippert, A., Østergaard, D. (2012). Goals, Success Factors, and Barriers for Simulation-Based Learning: A Qualitative Interview Study in Health Care. *Simulation Gaming* 43: 627. DOI: 10.1177/1046878112439649
- Doerr, H., Murray, W. B. (2008). How to Build a Successful Simulation Strategy: The Simulation Learning Pyramide. I: Kyle, R. R., Murray, W. B. (red.). *Clinical Simulation: Operations, engineering and management* s. 771- 785. Oxford: Elsevier Academic Press.
- Dreifuerst, K. T. (2012). Using Debriefing for Meaningful Learning to Foster Development of Clinical Reasoning in Simulation. *Journal of Nursing Education*, Vol. 51, no. 6. doi: 10.3928/01484834-20120409-02
- Dysthe, O. (1996). *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. Cappelen Akademiske Forlag as. 241 s.
- Ellis, D., Crofts, J. F., Hunt, L. P., Read, M., Fox, R., James, M. (2008). Hospital, Simulation Center, and Teamwork Training for Eclampsia Management.

- A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology Vol. 111*, 723-31
- Fanning, R. M., Gaba, D. M. (2007). The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare Vol. 2*, No. 2, DOI: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
- Flanagan, B. (2008). Debriefing: theory and techniques. I: Riley, R.H. (red.). *Manual of simulation in healthcare* s.155-169. Oxford: University Press.
- Fletcher, G., Flin, R., McGeorge, P., Glavin, R., Maran, N., Patey, R. (2003). Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *British Journal of Anaesthesia 90* (5): 580-8 doi: 10.1093/bja/aeg112
- Freeth, D., Ayida, G., Berridge, E. J., Mackintosh, N., Norris, B., Sadler, C., Strachan, A. (2009) Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios (MOSES): Promoting Patient Safety in Obstetrics with Teamwork-Focused Interprofessional Simulations. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29 (2): 98-104.
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care; 13* (Suppl 1):i2-i10. Doi: 10.1136/qshc.2004.009878
- Gaba, D. M., Howard, S. K., Fish, K. J., Smith, B. E., Sowb, Y. A. (2001). Simulation-based training in anesthesia crisis resource management (ACRM): A decade of experience. *Simulation Gaming*, 32; 175  
DOI: 10.1177/104687810103200206 2001
- Garden, A. L., Mills, S. A., Wilson, R., Watts. P., Griffin, J. M., Gannon, S., Kapoor, I. (2010). In situ simulation training for paediatric cardio respiratory arrest: initial observations and identification of latent errors. *Anaesth Intensive Care; 38*: 1038-1042.
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gundrosen, S. (2009). *Medisinsk Fullskala Simulering som Undervisningsmetode for Sykepleiere som Håndterer Kritisk Syke Pasienter - En Randomisert Kontrollert Studie*, 2-45. Masteroppgave i helsevitenskap Trondheim. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Det medisinske fakultet.

- Halland, G. O. (2011). *Læring gjennom stimulerende samspill. Veiledning, vurdering og ledelse*. Fagbokforlaget
- Hamman, W. R., Beaubien, J. M., Beaudin-Seiler, B. M. (2009). Simulation for the training of human performance and technical skills: The Intersection of How We Will Train Health Care Professionals in the Future. *Journal of Graduate Medical Education*. DOI: 10.4300/JGME-D-09-00055.1
- Hamman, W. R., Beaudin-Seiler, B. M., Beaubien, J. M., Gullickson, A. M., Orizondo-Korotko, K., Gross, A. C., Wayne Fuqua, R., Lammers, R. L. (2010). Using Simulation to Identify and Resolve Latent Environmental Threats to Patient Safety: Case Study Involving a Labor and Delivery Ward. *J Patient Saf*; 5: 184Y187)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012- 2013). Meld. St.10. *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse – og omsorgstjenesten*. [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/pages/38154897/PDFS/STM201220130010000DDDPDFS.pdf> (2.5.13).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata. URL: [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell\\*&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell*&) (3.3.2011).
- Helstrup, T. (1996). Oversikt over ulike retninger innen læring og læringsforskning, med vekt på kognitiv psykologi. I: Dysthe, O. (red). *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. Cappelen Akademiske Forlag as. 241 s.
- Helsinkideklarasjonen (2008). Ethical principles for medical research involving human subjects. The World Medical Association (WMA). [online]. URL: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (1.6.2011).
- Hjort, P. F. (2011). Uheldige hendelser i helsetjenesten - Pasientfortellinger. Den Norske Legeforening. [online]. URL [http://www.npe.no/Documents/Eksterne%20publikasjoner/Uheldige\\_hendelser\\_i\\_helsetjenesten\\_Pasientfortellinger.pdf](http://www.npe.no/Documents/Eksterne%20publikasjoner/Uheldige_hendelser_i_helsetjenesten_Pasientfortellinger.pdf)
- Hjort, P. F. (2006). Helsetjenesten mot år 2030 – tanker om utfordringene. *Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening nr., 126; 32 -6*.

- Hofmann, B. (2009). Why simulation can be efficient: on the preconditions of efficient learning in complex technology based practices. *BMC Medical Education*, 9:48 DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-9-48>
- Hovancsek, M. (2007). Using simulation in nursing education. I: Jeffries, P. (red) *Simulation in nursing education; from conceptualization to evaluation*, s. 1-9. New York: National League for Nursing.
- Issenberg, B. S., McGaghie, W.C., Petrusa, E. R., Gordon, D.L., Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review\*. *Medical Teacher*, Vol. 27, No. 1, pp. 10–28.
- Johnson-Russel, J., Baily, C. (2010). Facilitated Debriefing. I: Nehring, W. M., Lashley, F.R. (red.). *High – Fidelity Patient Simulation in Nursing Education*. Jones and Bartlett’s Publishers, LLC. 369-384.
- Kaufman, D. M. (2003). ABC of learning and teaching in medicine: Applying educational theory in practice. *BMJ*, 326; 213-216. doi:10.1136/bmj.326.7382.213
- Kirchoff, J. (2009). Samfunnet krever faglig forvarlighet, men legger ikke til rette. Hentet fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/116702/tilfeldig-oppdatering>
- Knowles, M. (1973). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf Publishing
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M, Donaldson, M. S. (2000). To err is human. Building a safer health system. *Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine*. [online]. URL: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- Kolb, D. A. (2000). Den erfaringsbaserede læreprosess. I: Illeris, K. (red). *Tekster om læring*, s. 47 – 67. Roskilde Universitetsforlag. 47-67.
- Kunnskapsdepartementet (2008 – 2009). *Stortingsmelding nr 44 ”Utdanningslinja”*. Kunnskapsdepartementet.
- Kunnskapssenteret (2012). [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Meldeordningen+for+u%C3%B8nskede+hendelser+i+spesialisthelsetjenesten+en+oppsummering+fra+oppstartsfasen+i+perioden+1.+juli+30.nov+2012.17100.cms>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag.

- LeBlanc, D. J., (2008). Situated Simulation: Taking Simulation to the Clinicians. I: Kyle, R. R., Murray, W. B. (red.). *Clinical Simulation: Operations, engineering and management* s. 553- 557. Oxford: Elsevier Academic Press.
- Lund, T. & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Unipub Forlag.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget.
- McCaughey, C.S., Traynor, M.K. (2010). The role of simulation in nurse education. *Nurse Education Today*, 30, 827 – 832. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.03.005
- McConaughy, E. (2008). Crew resource management in healthcare. The evolution of teamwork training and medteams. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22, (2). 96 – 104. DOI: 10.1097/01.JPN.0000319095.59673.6c
- McGaghie, W.C., Issenberg, B. S., Petrusa, E.R. & Scalese, R. J. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003 – 2009. *Medical Education*, 44, 50-63. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x
- Miller, K.K, Riley, W., Davis, S., Hansen, H. E (2008). In Situ Simulation. A Method of Experiential Learning to Promote Safety and Team Behavior. *J Perinat Neonat Nurs.* (22) No. 2, pp. 105–113
- Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [online]. URL: [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF) (3.3.2011).
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund.
- O' Brien, G., Haughton, A., Flanagan, B. (2001). Interns' perceptions of performance and confidence in participating in and managing simulated and real cardiac arrest situations. *Medical Teacher*, Vol. 23, No. 4.
- Parker, B. C., Myrick, F. (2009). A critical examination of high-fidelity human patient simulation within the context of nursing pedagogy. *Nurse Education Today* 29. 322–329. doi:10.1016/j.nedt.2008.10.012
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-002.html#2-1b> (1.5.2013).
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2010). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9<sup>th</sup> ed.) Wolters Kluwer Health|Lippincot Williams & Wilkins.
- Riley, W., Lownik, E., Parrotta, C., Miller, K., Davis, S. (2011). Creating high reliability

- teams in healthcare through in situ simulation training. *Administrative Sciences* 1, 14-31; doi: 10.3390/admsci1010014
- Rothgeb, Marcia K., MSN, RN. (2008). Creating a nursing simulation laboratory: A literature review. *Journal of Nursing Education*, 47, (11). 489 - 495. [Online]. URL: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1583545631&sid=1&Fmt=2&clientId=32007&RQT=309 & VName=PQD>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B., Eppich, W. J. (2008). Debriefing as Formative Assessment: Closing Performance Gaps in Medical Education. *Academic Emergency Medicine*; 15:1010–1016
- Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, S.J., King, H., (2008a). Does Team Training Work? Principles for Health Care. *Academic Emergency Medicine*, 15:1002–1009
- Salas, E., Klein, C., King, H., Salisbury, M., Augenstein, J. S., Birnbach, D. J., Robinson, D. W., Upshaw, C. (2008b). Debriefing Medical Teams: 12 Evidence-Based Best Practices and Tips. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Volume 34, Number 9
- Salas, E., Wilson K. A, Shawn Burke, C., Wightman D. C, Howse, W. R. (2006). A Checklist for Crew Resource Management Training. Spring 2006. *Ergonomics in Design. The Quarterly of Human factors Applications*. vol.14, no. 2, 6-15 doi: 10.1177/106480460601400204
- Schøn, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan profesjonelle tenker når de arbeider*. Forlaget Klim.
- Seropian, M. A. (2003). General concepts in full scale simulation: Getting started. *Anesth Analg*, 97:1695–1705.
- Shinnick, M. A., Woo, M., Horwich, T. B., Steadman, R. (2011). Debriefing: The Most Important Component in Simulation? *Clinical Simulation in Nursing* 7, e105- e111.
- Siassakos, D., Hasafa, Z., Sibanda, T., Fox, R., Donald, F., Winter, C., Draycott, T. (2009). Retrospective cohort study of diagnosis–delivery interval with umbilical cord prolapse: the effect of team training. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02179.x
- Skanche Bjercknes, M., Bjørk, I. T. (1994). *Praktiske studier – Perspektiver på refleksjon og læring*. TANO. A.S.

- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* [online].  
 Lovdata. URL: [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetj\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetj*&&) (3.3.2011).
- Stelfox, H. T., Palmisani, S., Scurlack, C., Orav, E. J., Bates D. W. (2006). The ‘‘To Err is Human’’ report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care*.15:174–178.  
 Doi: 10.1136/qshc.2006.017947
- Steinemann, S., Berg, B., Skinner, A., DiTulio, A., Anzelon, K., Terada, K., Oliver, C., Chi Ho, H., Speck, C. (2011). In Situ, Multidisciplinary, Simulation-Based Teamwork Training Improves Early Trauma Care. *Journal of Surgical Education*  
 doi:10.1016/j.jsurg.2011.05.009
- Steinwachs, B. (1992). How to Facilitate a Debriefing. *Simulation & Gaming*. Vol.23 No.2. 186-195.
- Streubert, H.J., Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative. (5<sup>th</sup> ed.)* Wolters Kluwer Health|Lippincot Williams & Wilkins.
- Sun, C., Howard, S. K. (2008). Operations and Management at the VA Palo Alto/Stanford Simulation Center. I: Kyle, R. R., Murray, W. B. (red.). *Clinical Simulation: Operations, engineering and management* s. 273-282. Oxford: Elsevier Academic Press.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget. 294 s.
- Wallin, C. J., Meurling, L., Hedman, L., Hedegård, J., Fellander-Tsai, L. (2007). Target-focused medical emergency team training using a human patient simulator: effects on behaviour and attitude. *Medical Education*: 41: 173-180 Doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02670.x

# VEDLEGG

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv og forespørsel avdelingssjef



Avdelingssjef indremedisin

Forespørsel om å foreta individuelle intervjuer for gjennomføring av forskningsprosjektet:

**”Simulatortrening in situ, lek eller læring”?**

**En intervjuundersøkelse av hvordan helsearbeidere opplever debrifingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass.**

Dette er en forespørsel om å få tillatelse til å gjennomføre en forskningsstudie blant sykepleiere ved din avdeling.

Jeg er masterstudent i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik, og skal skrive masteroppgave innen forskningsområdet utdanningskvalitet. Tema for masteroppgaven er full skala simulatortrening som læringsmetode gjennomført lokalt, med fokus på hvordan helsearbeidere opplever og erfarer debrifingsfasen.

Oppgaven skal være ferdig innen utgangen av 2012

Veileder er Geir Vegard Berg, Dr. i folkehelsevitenskap og førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik.

Individuelle intervjuer er valgt som metode for datainnsamling. Intervjuene er semistrukturerte og vil bli gjennomført ved hjelp av en intervjuguide

Samtalene ønskes gjennomført i informantens arbeidstid hvis mulig, og vil vare rundt en time. Samtalene vil foregå i et uforstyrret rom, og tas opp på bånd. Innsamlede data behandles konfidensielt og er anonymisert i rapporten som legges frem i etterkant.

Videre vil informasjon som kommer frem bli behandlet ifølge lover og regler for forskning gitt i Helseforskningsloven (2008), Forskningsetikkloven (2006) og Helsinkideklarasjonen (2008). Prosjektet er godkjent av personvernombudet for SIHF, OUS, og personvernombudet for Høgskolen i Gjøvik, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Innsamling av data planlegges gjennomført innen juni 2012.

Informantene vil bli informert om at deltagelse er frivillig, og at de når som helst kan trekke seg uten konsekvenser og uten å måtte oppgi grunn.

Det er utarbeidet en forskningsplan som er tilgjengelig ved forespørsel.



Dersom du gir tillatelse til å gjennomføre intervjuer med leger ved din avdeling, ber jeg om at samtykkeerklæring på neste side blir undertegnet.

Spørsmål kan rettes til

Forfatter **Ingeborg Flatgård: Hårråveien 22, 2500 Tynset, 91641132** eller

Prosjektleder og veileder **Geir Vegard Berg, [geir.berg@hig.no](mailto:geir.berg@hig.no)**

**Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg gir tillatelse til at leger ved min avdeling deltar i studien

---

(Signert av seksjonsleder, dato)

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv og forespørsel seksjonsleder



Seksjonsleder medisinsk og kirurgisk overvåking

Forespørsel om å foreta individuelle intervjuer for gjennomføring av forskningsprosjektet:

**”Simulatortrening in situ, lek eller læring”?**

**En intervjuundersøkelse av hvordan helsearbeidere opplever debrifingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass.**

Dette er en forespørsel om å få tillatelse til å gjennomføre en forskningsstudie blant sykepleiere ved din seksjon.

Jeg er masterstudent i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik, og skal skrive masteroppgave innen forskningsområdet utdanningskvalitet. Tema for masteroppgaven er full skala simulatortrening som læringsmetode gjennomført lokalt, med fokus på hvordan sykepleiere opplever og erfarer debrifingsfasen.

Oppgaven skal være ferdig innen utgangen av 2012

Veileder er Geir Vegard Berg, Dr. i folkehelsevitenskap og førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik.

Individuelle intervjuer er valgt som metode for datainnsamling. Intervjuene er semistrukturerte og vil bli gjennomført ved hjelp av en intervjuguide

Samtalene ønskes gjennomført i informantenes arbeidstid hvis mulig, og vil vare rundt en time. Samtalene vil foregå i et uforstyrret rom, og tas opp på bånd. Innsamlede data behandles konfidensielt og er anonymisert i rapporten som legges frem i etterkant.

Videre vil informasjon som kommer frem bli behandlet ifølge lover og regler for forskning gitt i Helseforskningsloven (2008), Forskningsetikkloven (2006) og Helsinkideklarasjonen (2008). Prosjektet er godkjent av personvernombudet for SIHF, OUS, og personvernombudet for Høgskolen i Gjøvik, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Innsamling av data planlegges gjennomført innen juni 2012.

Informantene vil bli informert om at deltagelse er frivillig, og at de når som helst kan trekke seg uten konsekvenser og uten å måtte oppgi grunn.

Det er utarbeidet en forskningsplan som er tilgjengelig ved forespørsel.

Dersom du gir tillatelse til å gjennomføre intervjuer med sykepleiere ved din seksjon, ber jeg om at samtykkeerklæring på neste side blir undertegnet.

Spørsmål kan rettes til

Forfatter **Ingeborg Flatgård: Hårråveien 22, 2500 Tynset, 91641132** eller  
Prosjektleder og veileder **Geir Vegard Berg, [geir.berg@hig.no](mailto:geir.berg@hig.no)**  
**Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg gir tillatelse til at sykepleiere ved min seksjon deltar i studien

-----  
(Signert av seksjonsleder, dato)

*Simulatortrening in situ, lek eller læring? 06.03.12*

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg gir tillatelse til at sykepleiere ved min seksjon deltar i studien

-----  
(Signert av seksjonsleder medisinsk, kirurgisk overvåking, dato)

## Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt med samtykkeerklæring



*Simulatortrening in situ, lek eller læring?*

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

## **”Simulatortrening in situ, lek eller læring? En intervjuundersøkelse av hvordan helsearbeidere opplever debriftingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass.”**

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en studie i forbindelse med min masterstudie i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik.

Studiens hensikt er å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har med debriftingsfasen i full skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass for slik å kunne identifisere faktorer som kan ha betydning for tilrettelegging, utvikling og tilpassing av metoden for best mulig læringsutbytte.

#### **Hva studien innebærer**

Innhenting av informasjon skjer ved at du og prosjektleder har en samtale om dine erfaringer med debriftingsfasen i simulatortrening.

Samtalen gjennomføres i arbeidstiden, eller etter avtale, og vil vare rundt en time. Samtalen vil foregå i et uforstyrret rom ved sykehuset, og tas opp på bånd. Undertegnede behandler i etterkant opptaket ved å skrive samtalen ordrett ned.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet for SIHF, OUS, og personvernombudet for Høgskolen i Gjøvik, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og det er gitt tillatelse fra seksjonsleder ved medisinsk og kirurgisk overvåking og avdelingssjef og avdelingsoverlege ved indremedisin.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Det er viktig at du på forhånd tenker igjennom om du ønsker å bidra i studien gjennom en samtale.

Deltagelse vil ikke medføre noen fordeler eller ulemper for deg.

## *Simulatortrening in situ, lek eller læring?*

### **Hva som skjer med innsamlet informasjon**

Informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Innsamlede data behandles konfidensielt og er anonymisert i rapporten som legges frem i etterkant, slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg.

Prosjektleder er underlagt taushetsplikt.

Studien forventes å være ferdig innen utgangen av 2012, og lagret samtale vil bli slettet ved dette tidspunkt. Det tas forbehold om at andre innsamlede data kan lagres for eventuell videre oppfølging.

### **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn og uten at det gir noen konsekvenser, Hvis du på et eller annet tidspunkt trekker deg ut fra studien vil informasjon fra deg bli slettet.

Hvis du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæring på siste side.

Dersom det oppstår spørsmål i forkant eller underveis kan du kontakte:

Forfatter **Ingeborg Flatgård: Hårråveien 22, 2500 Tynset, 91641132** eller

Prosjektleder og veileder **Geir Vegard Berg, [geir.berg@hig.no](mailto:geir.berg@hig.no)**

*Simulatortrening in situ, lek eller læring? 06.03.12*

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt med samtykkeerklæring

### *Simulatortrening in situ, lek eller læring?*

Generell informasjon før intervjuet:

**Studien søker kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere har med debrifingsfasen i simulatortrening gjennomført lokalt for å finne ut om denne fasen har læringsverdi for praksis. Dine opplevelser og erfaringer med slik trening anses som viktig for å kunne tilrettelegge for læring i debrifingsfasen.**

Intervjuet vil vare ca. en time og blir tatt opp på lydbånd. Informasjonen du gir vil bli behandlet konfidensielt. Du oppfordres til å ikke nevne navn under intervjuet, men referere til kollegaer med rollenavn.

Før intervjuet starter vil du få se hvilke intervju spørsmål som vil bli stilt underveis.

Takk for at du er villig til å delta i denne studien.

## INTERVJUGUIDE

<b>FORSKNINGSSPØRSMÅL</b>	
<b>Hvilke erfaringer har sykepleiere med debrifingsfasen i full skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass?</b>	
<b>INTERVJUSPØRSMÅL</b>	<b>OPPFØLGINGSSPØRSMÅL</b>
<b>Tema: Bakgrunn</b>	
<b>1.</b> Kan du si litt om hvilken utdanning du har, eventuell spesialitet/videreutdanning og hvor mange år du har jobbet?	
<b>2.</b> Du har deltatt i simulatortrening. Hvor mange ganger har du vært med, og hvor har treningen foregått?	
<b>Tema: Debrifingsfasen</b>	

<b>3. Kan du beskrive hvordan debrifingen lokalt ble gjennomført?</b>	<b>3. Kan du si noe om hva du opplevde som bra/nyttig evt. ikke bra/nyttig med gjennomføringen?</b>
<b>4. Kan du si noe om dine erfaringer og opplevelser med debrifingen?</b>	<b>4. Kan du si noe om debrifingen svarte til dine forventninger?</b>  <b>4. Kan du si noe om hva som kunne vært gjort annerledes under debrifingen?</b>  <b>4. Kan du si noe om tilbakemeldinger som ble gitt? (relevans, nyttig, praktisk/teoretisk, positive/negative)</b>
<b>5. Hva opplever du som viktig under debrifingen?</b>	<b>5. Oppfølging må gå på hvorfor det som blir tatt opp ansees som viktig</b>
<b>6. Hva har du fått ut av debrifingen ved egen arbeidsplass</b>	<b>6. Hvilken betydning har debrifingsfasen, kan den utgå?</b>  <b>6. Hvilken betydning har fasilitator?</b>  <b>6. Hvilket fokus/har bør debrifingen ha når gjennomført lokalt?</b>  <b>6. Kan du si noe om debrifingen tilførte ny kunnskap, og er dette i tilfelle nyttig kunnskap?</b>  <b>6. Kan du si noe om hva hvilken betydning/nytte debrifingen har for deg i din kliniske praksis (overføringsverdi)</b>  <b>6. Har du noen tanker om du har lært deg noe gjennom debrifingen og evt. hva du har lært?</b>
<b>7. Har du noe å tilføye på slutten av intervjuet?</b>	