

Hvordan kan simulering bidra til bevisstgjøring av utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering i sykehjem?

Helene Margrethe Storebø Opheim, Kari Arntzen og Kristian Larsen

Helene Margrethe Storebø Opheim, OsloMet – storbyuniversitetet, Oslo

heleneo@oslomet.no

Kari Arntzen, OsloMet – storbyuniversitetet, Oslo

Kristian Larsen, OsloMet – storbyuniversitetet, Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Simulering er en pedagogisk metode som kan benyttes for å tydeliggjøre sammensatte problemstillinger. Utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering i ulike helseinstitusjoner inkludert sykehjem er kjent. Vi ønsket å se om simulering kunne være nyttig for å få frem ulike utfordringer som er knyttet til dette området. Hensikten med denne artikkelen er å beskrive sykepleieres og helsefagarbeideres erfaringer med å delta i simulering, og hvilke refleksjoner som oppstår rundt legemiddelhåndtering i sykehjem. Metode: Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju. Resultater: Sykepleiere og helsefagarbeidere ble bevisst ulike utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering ved hjelp av simulering. De fleste opplevde simuleringen som en nyttig metode i denne bevisstgjøringen. De fleste opplevde at de lærte noe som gav ny innsikt i egen arbeidssituasjon. Det var utfordringer knyttet til distraksjoner og stress, mangel på sykepleiere samt uklar ansvar- og oppgavefordeling. Konklusjon: Simulering som metode kan være bevisstgjørende for å synliggjøre ulike utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering i sykehjem.

Nøkkelord

Sykehjem, legemiddelhåndtering, sykepleiere, helsefagarbeidere, simulering

Fagfelleurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.6956>

© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

Introduksjon

I Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er det beskrevet at det alltid vil være risiko forbundet med å yte helse- og omsorgstjenester. Pasientskader kan nødvendigvis ikke unngås, men det kan gis mulighet til læring og forbedring slik at samme feil ikke skjer igjen (Helsedirektoratet, 2018). Beboere i sykehjem har ofte sammensatte sykdomsbilder og benytter gjerne ulike legemidler (Odberg et al., 2020). Dette stiller faglige krav til både behandlere og pleiepersonale (Helsepersonelloven, 1999). Helhetlig kunnskap og omsorg for pasienten i forhold til legemidler er viktig (Donaldson et al., 2017; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017; Helsedirektoratet, 2017, 2018; World Health Organization, 2017) Sykepleiere i sykehjem utfordres både i forhold til kunnskap og tidspress for å få håndtert legemidler på en faglig forsvarlig måte (Storli et al., 2016).

Vi gjennomførte et samarbeidsprosjekt mellom sykepleieutdanningen og et sykehjem for å kartlegge legemiddelrelaterte utfordringer som personalet opplevde. Det ble benyttet simulering som en intervensjon og pedagogisk metode. Hensikten med denne artikkelen er å beskrive sykepleieres og helsefagarbeideres erfaringer med å delta i simulering, og hvilke refleksjoner som oppstår rundt legemiddelhåndtering i sykehjem.

Bakgrunn

Simulering

Simulering er en pedagogisk metode som har til hensikt å utvikle og ferdigheter og fremme refleksjoner i utøvelsen av praksis. Ved å øve på virkelighetsnære scenarier i trygge rammer kan en lære å håndtere ulike situasjoner i praksisfeltet. På denne måten vil deltakerne kunne kjenne på egne reaksjoner, trene på å skaffe oversikt, kommunisere, handle rasjonelt og øke evnen til å ta nødvendige beslutninger (Hayes et al., 2015; Prakash et al., 2014; Sarfati et al., 2019). En fasilitator leder simuleringen gjennom dens tre faser; briefing, scenario og debriefing. Å fasilitere en simulering krever en fasilitator som er utdannet i metoden, og som har ferdighetene og evnen til å veilede, støtte og finne måter å hjelpe deltakerne til å nå forhåndsdefinerte læringsmål (INACSL, 2016). Simulering er effektivt spesielt innen teamarbeid for å øve samhandling og kommunikasjon (Escribano et al., 2021). Å simulere scenarier av lavfrekvente hendelser med høy risiko, sikrer at ansatte og studenter eksponeres for og forholder seg til plutselige og uventede situasjoner. Et team kan gjennom simulering redusere forekomst av skader og oppnå større trygghet i arbeidet (Aase & Aase, 2022). Samtidig får man trene på utfordrende situasjoner uten å utsette pasienter for risiko. Simulering egner seg godt til å få fram komplekse situasjoner, og teamtrening i simulering kan redusere

forekomst av skader og oppnå større trygghet i arbeidet (Holmqvist et al., 2018; Jin et al., 2018; Odberg et al., 2018). Vi ønsket innsikt i hvordan simulering virket inn på de ansattes læring, og hvilke muligheter og utfordringer et slikt opplegg ga. Det vil si erfaringer og refleksjoner de ansatte gjorde seg når de i etterkant så tilbake på simuleringen og egen funksjon i den sammenheng.

Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering defineres som enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemiddelet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Dette innebærer at sykepleier må gjøre i stand legemiddelet som er rekvirert, evt. finne riktig synonympreparat, gjennomføre dobbeltkontroll av preparatet før det administreres til pasienten på riktig måte. Videre må pasienten observeres med tanke på virkning og bivirkning av medikamentet og alle ledd i prosessen skal dokumenteres i pasientjournal (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008 ,§7). Legemiddelhåndteringsprosessen er sårbar og det kan oppstå ulike typer feil i alle ledd (Hayes et al., 2015; Patterson et al., 2022; Storli et al., 2016). Legemiddelhåndtering involverer flere yrkesgrupper og tjenester. Systemfeil i ulike ledd kan føre til feilmedisinering (Odberg et al., 2018; Sarfati et al., 2019). Eksempel på systemfeil kan være fravær av hensiktsmessige prosedyrer, rutiner, mangel på informasjon og kompetanse, eller for liten tid til å gjennomføre arbeidsoppgaven (Storli et al., 2016). Studier viser at forstyrrelser og uro er av de faktorer som påvirker legemiddelhåndtering mest i negativ retning, og jo flere avbrytelser jo større er risikoen for feilmedisinering (Odberg et al., 2018; Thomas et al., 2017; Verweij et al., 2014). Pasientsikkerheten ved legemiddelhåndtering i sykehjem blir utfordret av systemfeil som tidspress, ufullstendig bemanning og kompetanse samt svakheter i rutiner (Al-Jumaili & Doucette, 2017; Holmström et al., 2012; Storli et al., 2016; World Health Organization, 2017). I nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring beskrives seks dimensjoner for kvalitet i helse og – omsorgstjenesten, som innebærer at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, være tilgjengelig og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2018). Helse- og omsorgstjenesten har lovfestet plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017), og det er utarbeidet nasjonal veileder til hvordan helsetjenestene kan kvalitetssikre tjenester og ivareta pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2018).

Ut fra dette ble forskningsspørsmålet: Hvilke erfaringer og refleksjoner fikk de ansatte i sykehjem etter å ha gjennomført simulering med fokus på legemiddelhåndtering?

Metode

Organisering og gjennomføring av prosjektet

Scenarioet hadde fokus på forstyrrelser og distraksjoner og læringsmålene innebar kontroll og utdeling av medisiner, observasjon av pasientens situasjon og dokumentasjon samt samarbeid med pårørende. Simuleringscasen vi utarbeidet hadde en pasientsituasjon med pårørende tilstede, hvor deltakerne opplevde kompleksiteten i legemiddelhåndteringen, samt hvilke utfordringer dette gav. I tillegg skulle sykepleierne vurdere når det var behov for å kontakte lege og melde avvik. Simuleringen ble gjennomført i en simuleringsenhet hvor omgivelsene, dokumentasjonssystemet og fasiliteter knyttet til legemiddelhåndtering ble laget i tråd med hvordan det var på sykehjemmet for å få det mest mulig realistisk. Det ble benyttet en avansert pasientsimulator som pasient og en markør som pårørende. Det var et medisinerom i tilknytning til pasientrommet og rommene var utstyrt med videoopptaksutstyr. Casen ble utarbeidet og revidert i samarbeid med faglig ledelse ved sykehjemmet og sendt til deltakerne to uker i forkant av simuleringen. Det var noe ulikt hvor mye deltakerne hadde forberedt seg på simuleringen ut fra når de hadde mottatt informasjon om casen og at de skulle delta. Sykehjemmets faste lege godkjente casen og var tilgjengelig for deltakerne på telefon under simuleringssituasjonen. Simuleringen ble gjennomført i tråd med INCLA sine retningslinjer for simulering og tatt opp på video (INACSL, 2016). Gjennomføringen av simuleringen foregikk med to team hvor det ene teamet simulerte mens det andre observerte, så byttet de og hadde en felles debriefing på tre timer. Scenarioet var det samme for alle deltakerne og omhandlet en pasient som fikk økende pusteproblem da han ikke hadde fått nødvendig medisin. Scenarioet ble filmet og deltakerne fikk se filmen i debriefingen. Vi gjennomførte fokusgruppeintervju i etterkant av simuleringen. Fokusgruppeintervjuene danner grunnlag for vår studie. Forskningsprosjektet hadde et kvalitativt design. Et overordnet mål for kvalitativ forskning er å utvikle forståelsen for fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet (Halkier, 2010; Kvale et al., 2015) – i denne sammenheng for å få forståelse for hva i arbeidssituasjonen som kan føre til feil ved legemiddelhåndtering.

Fokusgruppeintervju, rekruttering og utvalg

Alle deltakerne i simuleringene ble inviterte til å delta på fokusgruppeintervju i etterkant av simuleringene. Invitasjonene ble sendt skriftlig med informasjon om fokusgruppeintervjuet. Det ble gjennomført simulering med til sammen 13 team over to semestre. Teamene var sammensatte med sykepleiere, helsefagarbeidere og sykepleiestudenter. Totalt var det 15 sykepleiere, 11 helsefagarbeidere og 25 sykepleiestudenter som deltok i simuleringen. Det ble utført fokusgruppeintervju med til sammen 9 sykepleiere og 4 helsefagarbeidere fordelt i tre grupper. Forskerne ble enige om å gjennomføre fokusgruppeintervju med helsefagarbeiderne og sykepleierne samlet i egne grupper. Bakgrunnen for dette var

at det muligens gjorde det enklere å få frem gruppemedlemmenes synspunkter. Vi gjennomførte to fokusgruppeintervju med sykepleierne med tilfeldig sammensetning og et fokusgruppeintervju med helsefagarbeiderne. Vi mener utvalget er representativt ut fra antall deltakere i prosjektet. Fokusgruppeintervju er en metode som egner seg som metode for å produsere data om grupperes fortolkninger, samhandling og normer (Halkier, 2010; Kvale et al., 2015). Forskerne utarbeidet en intervjuguide som ble benyttet i intervjuene. Spørsmålene var knyttet til erfaringer om selve simuleringen og hvilke refleksjoner dette gav til egen arbeidssituasjon. Intervjuene ble gjennomført av forskerne selv og intervjuene hadde en varighet på cirka en time. Det ble gjort lydopptak, og deretter transkribert ordrett.

Bearbeiding og analyse

Hensikten med analyseprosessen vil være å komme frem til en gyldig og innsiktsfull forståelse av de ulike tekstene (transkripsjoner). Analyse av data ble gjort ut fra Kvale og Brinkmanns (Kvale et al., 2015) tre tolkningskontekster: selvforståelse, kritisk forståelse og teoretisk forståelse. I første tolkningskontekst gjennomførte vi en åpen og helhetlig gjennomlesing av tekstene (utskriften fra fokusgruppeintervjuene). Tematiske ord og utsagn ble notert underveis, se eksempel i tabell 1. Videre gjennomlesning og diskusjon resulterte i en endelig strukturering med justerte tematiske overskrifter. Denne fremstillingen ble underbygd og eksemplifisert med sitater noe som gjenspeiler en kritisk forståelse.

Tabell 1 Eksempel på kategorisering av tekst

| Meningsbærende enhet | Subtema | Tema |
|--|---------------------------|-----------------------|
| Det er så mange som kommer og spør når vi deler ut medisiner | Da kan det fort skje feil | Distraksjon og stress |

Kritisk forståelse beveger seg, ifølge (Kvale et al., 2015), lenger enn reformulering av selvforståelsen, men holder seg likevel innenfor konteksten av det som er en allment fornuftig tolkning (Kvale et al., 2015). I tredje tolkningskontekst diskuteres funn i lys av teori og tidligere forskning.

Metodekritiske vurderinger

Analysen av data i denne studien ble diskutert forskerne imellom. Hensikten med å bruke flere tolkere var å oppnå en viss kontroll av vilkårlig eller partisk subjektivitet. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført etter at alle gruppene hadde gjennomført simulering. Det medførte at noen gjennomførte intervju kort tid etter simuleringen mens for andre hadde det gått lengre tid, noe som kan ha påvirket resultatet. Troverdighet omfatter også hvordan transkripsjonen er gjennomført. Transkribering ble i denne sammenheng utført av en ekstern person som ikke hadde tilknytning til prosjektet (Kvale et al., 2015). En kritikk til studiens datagrunnlag kan være at forskerne har laget og gjennomført simuleringsopplegget og man har

som mål at dette skal være vellykket. Dette kan påvirke hva man spør om og hvilke spørsmål som man ønsker svar på. Dette kan samtidig være en styrke ettersom man er spesielt oppmerksom på disse forholdene, samt hvilke utfordringer som de ansatte kan møte gjennom simuleringen. Forskerne kjenner simuleringsopplegget godt og kan stille utdypende spørsmål om temaet, som er viktig i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015; Malterud, 2012).

Vi valgte i denne omgang å ikke innhente data fra sykepleiestudentene som var deltakere på simuleringen. Det ble diskutert og kunne ha vært en styrke i datagrunnlaget, men ut fra vår problemstilling valgte vi å ikke gjøre det i denne omgang. Det var flere yrkesgrupper innenfor pleietjenesten på sykehjemmet som arbeidet der. I denne studien er det sykepleiere og helsefagarbeidere som er representert.

Etiske hensyn

De ansatte fikk skriftlig og muntlig informasjon i forkant av studien. De ga skriftlig samtykke til deltakelse i fokusgruppeintervju. Deltakerne fikk også mulighet til å trekke seg underveis. «Innhentede data er anonymisert. Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og det er innhentet godkjenning for gjennomføring av studien med NSD nr. 30408.

Presentasjon av funn

Funnene i vår studie er presentert under tematiske overskrifter som viser hvordan informantene opplevde selve simuleringssituasjonen og hvordan de relaterte simuleringen til egen arbeidssituasjon.

Opplevelse av simuleringen

På spørsmål om simuleringen hadde hatt betydning i forhold til eget arbeid var det ulike tilbakemeldinger. Flere hadde gruet seg i forkant da de ikke visste hva simulering innebar mens andre hadde ikke tenkt så mye over det. De fleste opplevde situasjonen reell og sa de lærte noe. «*Men jeg har tenkt på det etterpå, så det har gjort noe med meg. Så det har hatt en funksjon selv om det har irritert meg kanskje litt, men det er jo ikke dumt det!*» En helsefagarbeider uttrykte at det var en del han hadde tenkt på i ettertid som hadde sammenheng med legemiddelhåndteringen og pasientens tilstand. «*Jeg har nok ikke lett for å høre på pårørende når det gjelder observasjoner og her var det en ahaopplevelse å vite hvor mye informasjon man kan få, som kan roe ned og hjelpe pasienten*».

Flere gav uttrykk for at de kunne tenke seg å gjennomføre samme casen to ganger for det hadde gitt en bedre mestringsfølelse. Andre opplevde simuleringen som veldig lærerik og realistisk og at det var bra med tilbakemeldingene de fikk i debriefingen. «*Jeg nesten glemte det var spill, det var realistisk, og når jeg fikk tilbakemelding om at jeg var til stede for pasienten, så var det veldig bra. Det var*

jeg stolt over, så da gjør jeg en god jobb på avdelingen.» Flere opplevde det som positivt å få bekreftelse på det man hadde gjort riktig i simuleringen. Det kom også tydelig utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering og at simuleringen gav innsikt i egen arbeidssituasjon.

«Jeg tenker på forstyrrelser...det kommer så tydelig fram i den videoen som du ikke tenker på i hverdagen, hvor mye forstyrrelser der er når du står og legger medisiner, gir medisiner.. at vi må få litt ro, vi så det så tydelig når vi så det på film.»

Flere hadde også synspunkter i forhold til videoopptaket.

«Det var vel ikke bare jeg som gruet meg til å bli filmet, men det var en veldig aha opplevelse hvor mye man så. Egentlig kunne jeg tenke meg å se det flere ganger for å fortsette å reflektere, tenke gjennom, og jeg hadde i hvert fall ikke gjort det samme i dag.»

Noen opplevde stress i simuleringssituasjonene, men etter å ha sett videoopptaket ble det annerledes. *«...at når du så på det selv etterpå, så virket du mye roligere enn du trodde du var selv. Det ble jeg veldig overrasket over. Tror ikke det føltes sånn i hodet mitt akkurat når vi holdt på der, på det meste.»*

Distraksjoner og stress

Det fremkom i fokusgruppeintervjuene at simuleringen bidro til at de ansatte ble bevisst ulike distraksjoner og stress som var knyttet til legemiddelhåndteringen. Både helsefagarbeiderne og sykepleierne svarte de var blitt mere bevisste på forstyrrelser *«...det kom så tydelig frem i den videoen som du ikke tenker på i hverdagen. Hvor mye forstyrrelser det er når du legger medisiner og deler ut som man ikke er klar over og hvor fort det kan skje feil.»* Disse stadige avbrekkene opplever de presser tiden som igjen stresser dem – med fare om å gjøre feil. Alle informantene opplevde stadige avbrekk og forstyrrelser fra kolleger i forbindelse med utdeling av medisiner. Særlig sykepleier blir mye avbrutt *«...det er så mange som kommer og spør når vi deler ut "har du fått, eller kan du hjelpe meg, kan du gi" sånn masse spørsmål.»* Sykepleierne mente de knapt kunne arbeide med medisiner uten å bli forstyrret. En sykepleier uttrykker det slik *«Vær så snill og prøv og ikke forstyrr oss! Spør spørsmål etterpå!»* I samtalen kom det fram om hvem som forstyrrer og flere forslag til hvordan de med enkle grep kunne redusere forstyrrelsene; som eksempel plakat med *«ikke forstyrr – legemiddelhåndtering pågår!»*, og for eksempel bruk av post-it-lapper. En sykepleier beskriver også hvor lett det er å gå tilbake til det vante: *«...etter simuleringen så var alle mye mer bevisst på at en ikke skulle forstyrre hverandre når vi sto med medisiner, men det varte en måned.»* Andre svarte de hadde blitt mer bevisst på eventuelt medisiner som ikke lå i dosett ofte kan bli glemte.

Oppgavefordeling og mangel på sykepleiere gjør systemet sårbart

Etter simuleringen var flere også blitt mere bevisst hvor sårbart systemet er ut fra mangel på sykepleiere. Sykepleierne uttrykte frustrasjonen rundt å vite at det kan bli gjort feil ved at utdeling av legemidler, men sa samtidig at de ikke var tilstrekkelig med sykepleiere til å bedre forholdene. Blir en sykepleier syk opplever de at hele «systemet» rakner. *«Det er veldig sårbart med en gang vi sykepleiere faller fra.»* For få sykepleiere gikk igjen som et hovedproblem hos informantene; et problem mange mente hadde blitt forsterket med flere dårlige pasienter som følge av samhandlingsreformen. En sykepleier sier *«med den bemanninga vi har så er vi både pleieassistenter, helsefagarbeidere, sykepleier og av og til så har jeg følelse av at jeg er mer enn det også i forhold til ansvar..- tungt å finne roen og konsentrasjonen.»* Det er også mange kommentarer fra sykepleierne knyttet til dagens oppgavefordeling mellom sykepleier og helsefagarbeider. De uttrykte at det ble forventet at de deltok i generell pleie, samtidig som de også har en rekke andre oppgaver. *«Helsefagarbeider kan gjøre mye men ikke alt - det er mye vi som sykepleiere må gjøre som ingen annen kan gjøre.»*

Utydelig ansvar og oppgavedeling

Noen sykepleiere sa at de etter simuleringen var blitt enda mer bevisst på hva legemiddelhåndteringen innebærer i forhold til egen rolle og ansvar. De opplever det som vanskelig å delegerer legemiddelutdeling til helsefagarbeidere; *«Så lenge jeg er på vakt er det mitt ansvar, og alle avvik blir til meg.»* Sykepleierne snakket mye om faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet når de omtalte sitt ansvar ved legemiddelhåndtering. Helsefagarbeiderne relaterte «ansvar» til å følge rutinene/prosedyrene og til egen rolle; blant annet brukte de ordet ansvarlig helsefagarbeider om den som delte ut medisiner fra dosett når sykepleier hadde «bakvakt». Flere sykepleiere påpeker at helsefagarbeider har mindre legemiddelkunnskap, og at det kan være en utfordring knyttet til pasientsikkerheten. Helsefagarbeiderne på sin side uttrykker også en usikkerhet: *«Ligger det rett antall medisin i dosetten, så må jeg på en måte stole på at det stemmer, ikke sant?»* Både sykepleiere og helsefagarbeidere opplever stor bruk av synonympreparater som problematisk. Likeledes uttrykte flere, særlig helsefagarbeiderne, at tablettene i dosettene ofte var i en annen styrke og dermed annet antall enn oppgitt. Dette igjen betydde at de måtte kontakte sykepleier på en annen post for kontroll.

Diskusjon

Vår studie har avdekket at ved simulering så ble pleiepersonalet bevisstgjort forstyrrelser og distraksjon i arbeidet med legemiddelhåndtering. Eksempel på dette var at det fort kan skje feil ved istandgjøring av medisiner dersom man blir avbrutt med spørsmål og henvendelser. Dette er sammenfallende med tidligere funn (Hebbar et al., 2018; Nazarko, 2015; Storli et al., 2016). Sykepleiere uttrykker at kvaliteten er truet på grunn av travelhet og stadige avbrekk, noe som gjør dem enda

mer stresset. Avbrekk og forstyrrelser rundt legemiddelhåndtering fremheves som hovedårsak til feilmedisinering både i denne og en rekke andre studier (Al-Jumaili & Doucette, 2017; Hayes et al., 2015; Thomas et al., 2017). I vår studie fremkom det at deltakerne reflekterte over hvordan de skulle unngå å bli forstyrret ved legemiddelhåndtering. Eksempel på det var at de foreslo å ha en plakat med «ikke forstyrr -legemiddelhåndtering pågår!». De ansatte simulerte sammen med de som de jobbet daglig sammen med, noe som kan bidra til bedre samarbeid og forståelse for kollegaer. Simulering som metode er effektivt spesielt innen teamarbeid for å øve samhandling og kommunikasjon (Campbell & Daley, 2017; Hebban et al., 2018; Sarfati et al., 2019). Det er spesielt to faktorer knyttet til tid som nevnes av informantene; generelt tidspress som følge av alle oppgaver som forventes av dem, men også manglende tid og ro til å utføre og kvalitetssikre selve legemiddelhåndteringen i det daglige arbeidet. Sykepleierens tidspress understøttes av forskning og i Statistisk sentralbyrås arbeidsundersøkelse der det framkommer at sykepleiere er utsatt for tidspress og store arbeidsbelastninger i jobbsammenheng (Odberg et al., 2018; Statistisk sentralbyrå, 2011; Storli et al., 2016). Flere sykepleiere opplevde et sterkt press fra omgivelsene om å delta på oppgaver som kunne utføres av annet pleiepersonell som de mente gikk ut over legemiddelhåndteringen, noe som også bekreftes i andre studier (Storli et al., 2016). Det ble ofte nevnt at kollegaer var de som kom med spørsmål og henvendelser ved legemiddelhåndteringen. Dette samsvarer også med andre studier (Odberg et al., 2020; Spinewine et al., 2021).

Ansvar og oppgavedeling

Helsetjenesten har gjennomgått store endringer med økt spesialisering, intensivering av arbeidsprosesser, vekst av faggrupper, økt bruk av standardisering, evidensbasering og fast-track programmer (Larsen, 2021). Pasienter utskrives tidligere fra sykehus og strukturelt sett overføres faglige tunge oppgaver fra sykehus til sykehjem hvor beboere stadig blir dårligere (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019). På sykehjem utføres legemiddelhåndtering som oftest av både sykepleiere og annet pleiepersonale. For at andre enn sykepleiere skal kunne administrere legemidler må den enkelte ha personlig godkjenning fra ansvarlig lege, og denne godkjenningen gis vanligvis etter et gjennomført kurs (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Helsefagarbeiderne i vår studie hadde ofte ansvar for å dele ut medisiner fra dosetter. Gjennom simulering ble de mer bevisst på at det kunne ligge feil medisiner i dosetten, og deres ansvarsområde i den forbindelse ble tydeligere. Simuleringen tydeliggjorde også sykepleiernes ansvar for å være nøyaktig i å legge legemidler i dosett og gi beskjed dersom det var avvik (Campbell & Daley, 2017). Pasientsikkerhet handler om kvalitetssikring, og beskriver i hvilken grad de ansattes holdninger og handlinger preges av rutiner og prioriteringer som forebygger uønskede hendelser og pasientskade. Et tilstrekkelig antall kvalifiserte sykepleiere er avgjørende for å sikre god kvalitet i sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Helsedirektoratet, 2019). Mange norske sykehjem erfarer imidlertid at det er

vanskelig å rekruttere og beholde sykepleiere (Berge & Eilertsen, 2020), og behovet for kvalifisert helsepersonell vil være økende. Ut fra våre funn var sykepleierne fokusert på pasientens sikkerhet og så på alle ledd i legemiddelhåndteringen. Helsefagarbeiderne var opptatt å følge interne rutiner hvor administrering av legemiddelet var hovedfokus. Gjennom denne simuleringen uttrykte både sykepleiere og helsefagarbeidere at de var blitt mer bevisst på eget ansvar knyttet til legemiddelhåndtering. Dette samsvarer med Sarfati et al. (2019) som viser til at man gjennom simulering øker oppmerksomheten knyttet til ansvar rundt legemiddelhåndtering.

I vår studie kom utfordringene med synonympreparater tydelig fram noe som samsvarer med andre studier (Poulsen et al., 2021; Rölfing, 2012). Simuleringscasen inneholdt bruk av synonympreparater, og dette utfordret sykepleierne i forhold til å legge riktig medikament i dosetten. For helsefagarbeideren var det vanskelig å kjenne igjen preparater og vite om det var riktig styrke. Bruk av synonympreparater er en kjent problemstilling ved legemiddelhåndtering som kan medføre muligheter for feil, og som gjelder både på sykehjem og sykehus (Storli et al., 2016). Utgangspunktet for at man skal benytte synonympreparater er for å skjerpe konkurransen mellom ulike leverandører av legemidler for at helseinstitusjonene skal få best mulig forhandlet pris. Dette medfører ekstra personalkostnader i tillegg til større risiko for feilmedisinering (Johansen & Andersson, 2019). Johansen konkluderte også med at mange sykepleiere ikke er godt nok informert om at godkjent bytteliste skal være den eneste kilde for generisk bytte og at sykepleiere ut fra det trenger mere kunnskap om generisk bytte (Johansen & Andersson, 2019). Gjennom simuleringen uttrykte både sykepleiere og helsefagarbeidere at de også var blitt mer bevisst på utfordringer knyttet til bruk av synonympreparater.

Flere av deltakerne oppga at de ble mer bevisst på hvordan de kunne samarbeide med pårørende i forhold til legemiddelhåndtering, ettersom pårørende var en aktiv markør i scenarioet. Pårørende er ofte en gruppe med stor kjennskap og kunnskap om pasientene og er en nyttig ressurs som ofte kan bli oversett i arbeidet med legemidler (Helsedirektoratet, 2017; Mulac et al., 2021). Det fremkom i studien at deltakerne var blitt mer bevisst på å lytte til pårørende, da de kan bidra med viktig informasjon i situasjonen. Noen sa også de hadde fått god tilbakemelding på egen utøvelse av kommunikasjon som var en støtte i det daglige arbeidet. Dette samsvarer med simulering som pedagogisk metode som har til hensikt å utvikle og bedre ferdigheter til å håndtere situasjoner ansatte kan møte i sin arbeidssituasjon ved å øve på virkelighetsnære scenarier i trygge rammer. På denne måten vil deltakerne kunne kjenne på egne reaksjoner, trene på å skaffe oversikt, kommunisere, handle rasjonelt og øke evnen til å ta nødvendige beslutninger (Campbell & Daley, 2017; Prakash et al., 2014; Sarfati et al., 2019).

Erfaringer med simulering som metode

Deltakerne i studien oppgir ulike erfaringer med å delta i denne simuleringen. De fleste opplevde det positivt, mens noen opplevde usikkerhet og stress. En av årsakene til at noen opplevde stress kan være at simuleringsscenen var omfattende og inneholdt mange ulike faktorer med distraksjoner og forstyrrelser. Vi hadde satt opp læringsmål for simuleringen, men i ettertid så vi at disse muligens var for omfattende. Haddeland påpeker nødvendigheten av tydelige læringsmål og at casene må knyttes nært til læringsmålene (Haddeland, 2021). Dette ble tatt hensyn til i utarbeidelsen av casen, men en utfordring var at noen opplevde at casen likevel ble for omfattende, og at de ikke rakk å løse oppgavene på tiden som var avsatt. I simuleringer er tidsaspektet komprimert, en har lite tid til rådighet og mange oppgaver skal løses på kort tid. Derfor er tidsfaktoren viktig å se på når det utarbeides case (Ødegaard et al., 2015).

I vår studie var det flere som hadde ønske om å gjennomføre casen 2 ganger for å oppleve bedre mestring. Dette er kanskje et uttrykk for at de opplevde tilkorkkommenhet når de simulerte første gangen. Deltakerne hadde ikke simulert tidligere, de var dermed ukjent med utstyr og opplegg for simuleringen. Selv om casen var laget mest mulig i tråd med rutiner på sykehjemmet vil nye omgivelser og utstyr skape usikkerhet. Det er også vist at man er sårbar i simuleringssituasjoner noe som kan øke prestasjonsangst (Thompson, 2020). Dette kan være årsaker til at noen ikke opplevde så god mestring. Det samsvarer med annen forskning som viser at ved å gjenta et case, kan deltakerne ha mindre angst og dermed ha et større læringsutbytte (Judd et al., 2019). Det ble gitt skriftlig informasjon før simuleringen, men det var ikke all informasjon som nådde til den enkelte deltaker. Dette medførte at ikke alle var like godt forberedt på å simulere denne situasjonen. Studier viser at forberedthet er viktig når man benytter simulering som metode for å nå læringsutbyttene (Campbell & Daley, 2017).

Simuleringen ble tatt opp på video og vist i underdebrifing. Det kom frem i fokusgruppeintervjuene at flere hadde gruet seg til å bli filmet, men i etterkant opplevde de at det var bevisstgjørende i forhold til hvor tydelig forstyrrelsene kom frem i legemiddelhåndteringen. Andre opplevde det som positivt å se seg selv i etterkant da de opplevde et stort indre stress i simuleringssituasjonen. Det indre stresset de opplevde fremkom ikke på video, så ved å se videopptaket fikk de en positiv bekreftelse på hvordan de gjennomførte simuleringen. Dette kommer også frem i andre studier med videopptak i simuleringssituasjonen (Zhang et al., 2019). Video benyttes i simulering for å fremme refleksjon hos deltakerne og er godt egnet for å se situasjonen utenfra og en kan se i etterkant hva som skjedde. Fasilitator kan ved å vise frem enkelte klipp av videoen, tydeliggjøre hva som en gjorde bra og eventuelt hva som kan endres (Bussard, 2016; Zhang et al., 2019).

Avslutning

Hensikten med denne artikkelen var å beskrive sykepleieres og helsefagarbeideres erfaringer med å delta i simulering, og hvilke refleksjoner de fikk knyttet til legemiddelhåndtering i sykehjem. Ved å benytte simulering som en pedagogisk metode og intervensjon i vår studie, har det gitt oss innsikt i hvilke utfordringer sykepleiere og helsefagarbeidere kan oppleve i forhold til legemiddelhåndtering. Det har kommet frem at simulering egner seg som pedagogisk metode for å bli mer bevisst komplekse situasjoner og håndtering av disse. Selv om simulering var ukjent metode for deltakerne, ble de engasjert og levde seg inn i scenarioet. Utfordringer som de står overfor i det daglige arbeid ble tydeliggjort og de fikk større bevissthet rundt sin egen funksjon knyttet til legemiddelhåndtering. De viktigste funnene her var forstyrrelser og distraksjoner, problemer knyttet til bruk av synonympreparater, oppgavedeling, redd for å gjøre feil og mangel på sykepleiere. Legemiddelhåndtering er oppgaver som er best beskrevet, lovregulert og ansvarliggjort, men som vi har sett i denne studien er det likevel ulike faktorer som kan medføre feil. I funnene kom det frem at det lett kunne gå tilbake til gamle vaner. Det viser at kvalitetsarbeid knyttet til legemiddelhåndtering må repeteres regelmessig og at simulering som metode kan være en egnet metode for å få frem kompleksiteten i situasjonene. Simulering kan være med på å tydeliggjøre problemområder, samt styrke teamarbeidet ved at det kan gi en større forståelse for hverandre og hjelp til å se nye løsninger. Videre fremover vil det være viktig å forske videre på hvordan simulering som pedagogisk metode kan anvendes og implementeres i sykehjem, for å styrke kvaliteten i legemiddelhåndtering.

Litteratur

- Al-Jumaili, A. A. & Doucette, W. R. (2017). Comprehensive literature review of factors influencing medication safety in nursing homes: using a systems model. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(6), 470-488. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.069>
- Berge, H. & Eilertsen, G. (2020). Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem, en kvalitativ studie av avdelingssykepleieres erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16(1), 21-21. <https://doi.org/10.7557/14.4648>
- Bussard, M. E. (2016). Self-reflection of video-recorded high-fidelity simulations and development of clinical judgment. *Journal of Nursing Education*, 55(9), 522-527. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160816-06>
- Campbell, S. H. & Daley, K. (2017). *Simulation scenarios for nursing educators: Making it real*. Springer Publishing Company.
- Donaldson, L. J., Kelley, E. T., Dhingra-Kumar, N., Kieny, M.-P. & Sheikh, A. (2017). Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. *The Lancet*, 389(10080), 1680-1681. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31047-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4)
- Escribano, S., Cabañero-Martínez, M. J., Fernández-Alcántara, M., García-Sanjuán, S., Montoya-Juárez, R. & Juliá-Sanchis, R. (2021). Efficacy of a

- Standardised Patient Simulation Programme for Chronicity and End-of-Life Care Training in Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11673. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111673>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp FOR-2016-10-28-1250*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Haddeland, K. (2021). Simulering er mer effektivt med klare mål. *Sykepleien*, 109(84726), 84726. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.84726>
- Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative research*, 10(1), 71-89. <https://doi.org/10.1177/1468794109348683>
- Hayes, C., Power, T., Davidson, P. M., Daly, J. & Jackson, D. (2015). Nurse interrupted: Development of a realistic medication administration simulation for undergraduate nurses. *Nurse Education Today*, 35(9), 981-986. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.002>
- Hebbar, K. B., Colman, N., Williams, L., Pina, J., Davis, L., Bost, J. E., . . . Frank, G. (2018). A Quality Initiative: A System-Wide Reduction in Serious Medication Events Through Targeted Simulation Training. *Simulation in Healthcare*, 13(5), 324-330. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000321>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=9>
- Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder*. Helsedirektoratet. Hentet 26.07.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring(2019-2023)*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/>
- Helsedirektoratet. (2019). *I trygge hender 24-7 2019-2023*. <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#%C2%A72
- Holmqvist, M., Ekstedt, M., Walter, S. R. & Lehnbo, E. C. (2018). Medication Management in Municipality-Based Healthcare: A Time and Motion Study of Nurses. *Home Healthcare Now*, 36(4), 238-246. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000671>

- Holmström, A.-R., Airaksinen, M., Weiss, M., Wuliji, T., Chan, X. H. & Laaksonen, R. (2012). National and local medication error reporting systems—a survey of practices in 16 countries. *Journal of patient safety*, 8(4), 165-176. <https://www.jstor.org/stable/26632856>
- INACSL. (2016). *INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design* [S5-S12]. <https://www.nursingsimulation.org/action/showPdf?>
- Jin, H., Chen, H., Munechika, M., Sano, M. & Kajihara, C. (2018). The effect of workload on nurses' non-observance errors in medication administration processes: A cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Practice*, 24(5), e12679-e12679. <https://doi.org/10.1111/ijn.12679>
- Johansen, R. & Andersson, Y. (2019). Generisk bytte av legemidler i sykehus. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 139(1). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0722>
- Judd, B. K., Currie, J., Dodds, K. L., Fethney, J. & Gordon, C. J. (2019). Registered nurses psychophysiological stress and confidence during high-fidelity emergency simulation: Effects on performance. *Nurse Education Today*, 78, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.04.005>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsen, K. (2021). Rekonstruktion af sundhedskapital: formelle og informelle kilder og veje i et konstruktionsarbejde over 15 år. *Praktiske Grunde: Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 15(1), 93-114. [http://praktiskegrunde.dk/2021/praktiskegrunde\(2021-1-j\)larsen.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2021/praktiskegrunde(2021-1-j)larsen.pdf)
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Mulac, A., Taxis, K., Hagesaether, E. & Granas, A. G. (2021). Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 28(e1), e56-e61. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2020-002298>
- Nazarko, L. (2015). Medication management: eliminating errors. *Nursing and Residential Care*, 17(3), 150-154. <https://doi.org/10.12968/nrec.2015.17.3.150>
- Odberg, K. R., Hansen, B. S., Aase, K. & Wangensteen, S. (2018). Medication administration and interruptions in nursing homes: A qualitative observational study. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1113-1124. <https://doi.org/10.1111/jocn.14138>
- Odberg, K. R., Hansen, B. S., Aase, K. & Wangensteen, S. (2020). A work system analysis of the medication administration process in a Norwegian nursing home ward. *Applied Ergonomics*, 86, 103100. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103100>

- Patterson, M. E., Bollinger, S., Coleman, C. & Rhodes, J. A. (2022). Medication discrepancy rates and sources upon nursing home intake: A prospective study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(5), 2830-2836. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.013>
- Poulsen, J. H., Nørgaard, L. S., Dieckmann, P. & Clemmensen, M. H. (2021). Time spent by hospital personnel on drug changes: A time and motion study from an in-and outpatient hospital setting. *Plos one*, 16(2), e0247499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247499>
- Prakash, V., Koczmara, C., Savage, P., Trip, K., Stewart, J., McCurdie, T., . . . Trbovich, P. (2014). Mitigating errors caused by interruptions during medication verification and administration: interventions in a simulated ambulatory chemotherapy setting. *BMJ Qual Saf*, 23(11), 884-892. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002484>
- Röfling, J. (2012). Medical mistakes due to generic substitution. *Ugeskrift for Laeger*, 174(35), 1978-1979. <https://europepmc.org/article/med/22929573>
- Sarfati, L., Ranchon, F., Vantard, N., Schwiertz, V., Larbre, V., Parat, S., . . . Rioufol, C. (2019). Human-simulation-based learning to prevent medication error: A systematic review. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 25(1), 11-20. <https://doi.org/10.1111/jep.12883>
- Spinewine, A., Evrard, P. & Hughes, C. (2021). Interventions to optimize medication use in nursing homes: a narrative review. *European Geriatric Medicine*, 12, 551-567. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00477-5>
- Statistisk sentralbyrå. (2011). *Tidspress og avbrudd*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/utfordrende-jobbhverdag-i-mange-yrker>
- Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S. & Elstad, T. A. (2016). Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. *Sykepleien Forskning 2016*, 11, 59801. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801>
- Thomas, L., Donohue-Porter, P. & Fishbein, J. S. (2017). Impact of interruptions, distractions, and cognitive load on procedure failures and medication administration errors. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(4), 309-317. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000256>
- Thompson, C. E. (2020). The Effects of High-Fidelity Simulation, Low-Fidelity Simulation, and Video Training on Nursing Student Anxiety in the Clinical Setting. *Nursing Education Perspectives*. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000624>
- Verweij, L., Smeulers, M., Maaskant, J. M. & Vermeulen, H. (2014). Quiet please! Drug round tabards: are they effective and accepted? A mixed method study. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 340-348. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jnu.12092>
- World Health Organization. (2017, 29. mars 2017). *Medication without harm*. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
- Zhang, H., Mörelus, E., Goh, S. H. L. & Wang, W. (2019). Effectiveness of video-assisted debriefing in simulation-based health professions education: a systematic review of quantitative evidence. *Nurse educator*, 44(3), E1-E6. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000562>

Ødegaard, T., Hofmann, B. & Struksnes, S. (2015). *Pasientsimulering i helsefag: en praktisk innføring*. Gyldendal akademisk.

Aase, K. & Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.