

Strategier for implementering av simuleringsbasert trening innen anestesi: En kvalitativ og eksplorerende studie

Veronica Vikne

Høgskolelektor, Høgskulen på Veslandet, Norge

E-post: v.vikne@gmail.com

Pål André Hegland

Førsteamanuensis, Høgskulen på Vestlandet; Seniorrådgiver Helse Førde HF, Norge

Gro Hovland

Førstelektor, Høgskulen på Vestlandet, Norge

Kjersti Marie Blytt

Førsteamanuensis, Høgskulen på Vestlandet, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Simuleringsbasert trening har vært anvendt av helsepersonell siden 1990-tallet. Studier har vist at metoden forbedrer både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter, noe som øker pasientsikkerheten. Nasjonale føringer pålegger helseforetakene å simulere, og regionale enheter for simulering (RegSim) koordinerer denne aktiviteten. Implementering av simuleringsbasert trening er tid- og ressurskrevende, og ulike barrierer forhindrer innføringen. Tidligere studier har identifisert flere barrierer, inkludert manglende tid, høye kostnader, lav støtte fra ledelsen og økende krav til resultatmåling av tjenestene, for å nevne noen. Det foreligger lite forskning på hvilke implementeringsstrategier som kan fremme simuleringsbasert trening innen anestesi i en anesthesiavdeling.

Hensikt: Å få innsikt i hvilke faktorer som kan fremme implementering av simuleringsbasert trening innen anestesi, og hvordan praksisen kan etableres innenfor helseforetakenes mål- og resultatbaserte styringsform.

Metode: Kvalitativ tilnærming med et eksplorerende design, forankret i et sosialkonstruksjonistisk kunnskapssyn. Datamaterialet består av fem semistrukturerte individuelle dybdeintervju og åtte dokumenter av typen møtereferat og resultatrapporter. Kildene er innsamlet ved et universitetssykehus i Norge. Programvaren NVivo er benyttet, og dataene er analysert ved bruk av Tjoras stegvisdeduktiv induktiv metode (SDI).

Resultater: Analyse av dataene resulterte i to hovedtemaer med fem tilhørende kategorier: 1) bestillingsanmodning til ledelsen, med tre kategorier: ressurstildeling, dokumentering og ressursallokering; 2) tjenestelevering, med to kategorier: evaluering og rapportering.

Konklusjon: Studien viser at ressurstildeling som frigjør tid, engasjement fra nøkkelpersoner i strategiske roller og praksisens tilpasning til økonomiske styringsformer, kan være essensielt for implementering av simuleringsbasert trening innen anestesi. Kontinuerlig evaluering og rapportering om effekter og læringsutbytter, kan styrke praksisens legitimitet og ressursstøtte.

Nøkkelord: *simuleringsbasert trening; anestesi; implementering; mål- og resultatstyring; bestiller-utfører-modellen*

Abstract

Strategies for Implementing Simulation-Based Training in Anesthesiology: A Qualitative and Exploratory Study

Background: Simulation-based training has been used by healthcare professionals since the 1990s. Studies have shown that the method improves technical and non-technical skills, thereby enhancing patient safety. National directives require health trusts to conduct simulations, and regional units for simulation (RegSim) coordinate this activity. Implementing simulation-based training is time-consuming and resource-intensive, and various barriers hinder its introduction. Previous studies have identified several barriers, including lack of time, high costs, low support from management, and increasing demands for outcome measurement of services, to name a few. There is limited research on which implementation strategies can promote simulation-based training in anesthesia departments.

Purpose: To gain insight into the factors that can promote the implementation of simulation-based training in anesthesia, and how the practice can be established within the goal- and outcome-oriented management framework of healthcare organizations.

Method: A qualitative approach with an exploratory design, grounded in a social-constructionist epistemology. The data material consists of five semi-structured individual in-depth interviews and eight documents, including meeting minutes and result reports. The sources were collected at a University Hospital in Norway. NVivo software was used for analysis, and the data were analyzed using Tjora's stepwise-deductive-inductive method (SDI).

Results: Data analysis resulted in two main themes with five associated categories: 1) service commissioning request to management, with three categories: resource allocation, documentation, and resource distribution; 2) service delivery, with two categories: evaluation and reporting.

Conclusion: The study reveals that resource allocation that frees up time, engagement from key personnel in strategic roles, and the practice's adaptation to economic management models are essential for the implementation of simulation-based training in anesthesia. Continuous evaluation and reporting on effects and learning outcomes, can enhance the legitimacy and resource support of the practice.

Keywords: *simulation-based training; anesthesia; implementation; healthcare performance and outcome management; purchaser-provider split*

Introduksjon

Simuleringsbasert trening er en pedagogisk metode hvor deltakere lærer og forbedrer sine ferdigheter gjennom realistiske og interaktive simuleringsøvelser som etterligner reelle situasjoner og miljøer (1). Metoden har vært praktisert av helsepersonell i Norge siden

1990-tallet (2). Tidligere studier indikerer at simuleringsbasert trening styrker både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter (3–6), som dermed kan øke effektiviteten i yrkesutøvelsen og forbedre pasientsikkerheten (6,7). På bakgrunn av dette ble metoden løftet frem under innføring av nasjonal helse- og sykehusplan både i 2016 og 2020 (8,9). I videreføringen etablerte foretakene, med Helse Vest i spissen, regionale koordinerende enheter for simulering og ferdighetstrening (RegSim) (10). Disse skulle legge til rette for simuleringsaktivitet i foretakene. Deres pedagogiske plattform bygger både på EuSim (11) og rammeverket fra The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) Standards Committee, Healthcare Simulation Standards of Best Practice (HOSSBP) (12). En studie fra 2021 viser at noen anbefalte kriterier i pedagogisk rammeverk for simuleringstrening er utbredt blant anestesipersonell ved flere norske sykehus (13).

Interregionalt kompetansenettverk (InterRegSim) ble opprettet i januar 2022 som et overordnet nasjonalt nettverk (14). Hensikten med nettverket er å koordinere helseforetakene, bidra til erfaringsutvekslinger og arbeide for en nasjonal implementert simuleringspraksis. Til tross for myndighetskrav og regionale føringer, er praktiseringen av simuleringsbasert trening i sykehusene varierende (10). Kostnadene til simuleringsaktiviteter må dekkes av rammebevilgningen, i konkurranse med andre faste driftskostnader (15). I tillegg skal slike aktiviteter måles for å vurdere effektiviteten, om de leverer forventede resultater og om de er kostnadseffektive (16). For å måle dette benyttes ulike kvantitative indikatorer, og helsepersonell må kontinuerlig rapportere med henblikk på dette (17). Dette kravet om resultatmåling i helsetjenesten kan skape ulike reaksjoner hos helsepersonell (18–20). Noen opplever at oppmerksomheten rundt oppgavene dreies mer i retninger som er økonomisk insentivert, øker de administrative byrdene og truer profesjonell autonomi (18–20). Andre tilpasser seg lettere systemets struktur og integrerer elementer fra det i sitt eget faglige arbeid (20).

Bestiller-utfører modellen (BU-modellen) er en styringsform som strukturerer resultatbasert tjenesteproduksjon i sykehusene (21). Bestiller er oppdragsgiver og definerer tjenesten, mens utfører er leverandør av tjenesten. BU-modellen eksisterer på alle nivå, og betyr i praksis at når noe skal innføres i organisasjonen, må det bestilles fra et overordnet nivå (22).

Implementering av nye praksiser i sykehus er underlagt denne styringsformen, og er i seg selv en tid- og ressurskrevende prosess som ofte møter motstand på system- og individnivå (23). Utfordringer oppstår når de involvertes verdier og prioriteringer kolliderer med hverandre i implementeringsprosesser. Det kan være tidkrevende å forene og balansere slike interessekonflikter (23). Det finnes mange ulike rammeverk for implementering, og det finnes veiledere for hvilke som er egnet i ulike kontekster (24,25). Fixsen et al.s (23,26) rammeverk er særlig relevant for spesialisthelsetjenesten på grunn av sin strukturerte, evidensbaserte tilnærming og evnen til å tilpasse seg komplekse og dynamiske organisasjoner (23,24,26). Rammeverket inkluderer flere faser. Det starter med utforskning og valg av nye praksiser, etterfulgt av forberedelser til implementering og tilpassningsdyktig iverksetting, og avsluttes med fullstendig integrasjon i den daglige

driften (23,26). I implementeringsprosesser er engasjement fra dedikerte nøkkelpersoner, som et aktivt implementeringsteam, essensielt for å oppnå suksess (23,26). I tillegg er prosessen avhengig av at politiske føringer samsvarer med praksis og reflekterer de faktiske behovene og realitetene i organisasjonen (23). Involverende ledere som tilbyr støtte, ressurser og nødvendig opplæring, er avgjørende for å opprettholde engasjementet hos alle involverte (23,26).

Sykehusenes kontekstuelle betingelser kan skape barrierer for implementering av simuleringsbasert trening, deriblant liten tid avsatt til formålet, lav støtte fra ledelsen, manglende finansiering og opplevelsen av urealistiske scenarioer (3). I tillegg kommer kostnadsutfordringer knyttet til tapt operasjonstid (4). Cumin et al. (3) oppfordrer til videre forskning på hva som fremmer gjennomføringen av simuleringsbasert trening på operasjonsstuen. Enkeltstudier trekker frem lang planleggingshorisont som viktig for å sikre innføring av simuleringspraksiser (27,28). Det synes å være få studier som har undersøkt implementeringsstrategier for å fremme simuleringsbasert trening. Noen studier understreker viktigheten av entusiasme, ledelsesstøtte og strategisk planlegging som fremmere (29,30). Sterke nettverk, relasjoner og kollektivt samarbeid kan også være av betydning for suksess (31).

På bakgrunn av anestesiteamets komplekse og høyspesialiserte oppgaver og de stadig økende teknologiske fremskrittene og kravene til praksistilpasning (32), vil det være et økende behov for simuleringsbasert trening innen anestesi for å sikre høy kvalitet i pasientbehandlingen. I lys av dette er det derfor nødvendig med ytterligere forskning som kan gi innsikt i strategier for hvordan denne læringsmetoden kan implementeres i en travel og kompleks sykehusorganisasjon.

Denne studien har derfor tatt utgangspunkt i en anesthesiavdeling som praktiserer jevnlig simuleringsbasert trening innen anestesi, og undersøkt hvilke strategier som ble benyttet for å fremme implementeringen av praksisen. Hensikten var å få innsikt i hvordan dette kunne etableres innenfor helseforetakenes mål- og resultatbaserte styringsform. Studien har utforsket følgende forskningsspørsmål: Hvordan blir fremmende faktorer i implementeringsprosesser konstruert og forstått av aktører innenfor spesialisthelsetjenesten, og på hvilken måte anvendes disse for å fremme simuleringsbasert trening innen anestesi?

Metode

Sjekklisten *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) ble benyttet i presentasjon av studien (33).

Design

Studien hadde et kvalitativt utforskende design, hvor datamaterialet bestod av fem semi-strukturerte individuelle dybdeintervju og åtte dokumenter som ble innsamlet ved et universitetssykehus i Norge. Studien ble forankret i et sosialkonstruksjonistisk kunnskapssyn, og gav rom for å utforske deltakernes kollektive meningsdannelse og deres konstruksjon av fremmere i implementeringsprosessen (34).

Utvalg, rekruttering og inkludering av kilder

Med utgangspunkt i kildetriangulering (35) ble det innhentet flere datakilder basert på følgende inklusjonskriterier: 1) anestesivdeling som praktiserte regelmessig simuleringsbasert trening; 2) personer som hadde en aktiv rolle i implementeringsarbeidet; 3) formelle og uformelle dokumenter som kunne belyse implementeringsprosessen.

Forespørsel ble sendt til to universitetssykehus og ett lokalsykehus via e-post, med mål om å rekruttere kilder fra én anestesivdeling. Det ene universitetssykehuset responderte etter noen dager med ønske om å inkluderes i studien. Informantene ble rekruttert strategisk via en kontaktperson i helseforetaket. Studien la ikke føringer på antall informanter, da målet var å rekruttere aktørene som samsvarte med inklusjonskriteriene. Dette for å sikre et tilstrekkelig datagrunnlag (36).

Fem informanter ble rekruttert i perioden august til oktober 2022. Det ble forsøkt å rekruttere en sjette informant, som hadde hatt en aktiv rolle i implementeringsprosessen på et tidligere stadium. Forespørselen ble avslått og begrunnet med avsluttet arbeidsforhold.

De fem inkluderte informantene i studien hadde alle anestesifaglig bakgrunn, hvor to av dem var leger, to var fagutviklingssykepleiere og en var seksjonsleder. I tillegg hadde en av informantene deler av sin stilling i RegSim. Fire av informantene var aktører i en arbeidsgruppe som arbeidet aktivt med simuleringstrening i avdelingen. Seksjonsleder var nærmeste leder til to av informantene, og var en av lederne som koordinerte og tilrettetla for simuleringsaktiviteten.

Åtte dokumenter ble mottatt på e-post i august 2023, fra en av informantene. Seks av dem var referater fra samarbeidsmøter mellom arbeidsgruppen og ledelsen bestående av seksjonsleder og avdelingssjef, samt en kontaktperson fra RegSim. To dokumenter var rapporter fra arbeidsgruppen til ledelsen. Alle dokumentene ble inkludert i denne studien.

Datainnsamling

Data ble innsamlet via semistrukturerte individuelle dybdeintervju (varighet på 49–100 minutter). Utarbeidelsen av intervjuguiden ble inspirert av rammeverket *Consolidated framework for implementation research* (CFIR) (37), samt intervjuguiden fra en annen implementeringsstudie (29). Åpne spørsmål tok sikte på å utforske implementeringsprosessen, deriblant aktørenes roller, handlinger, utfordringer, suksesskriterier og praksisevalueringer.

Guiden ble testet i et pilotintervju med en erfaren forsker innen fagfeltet. Enkle justeringer, som språkpresiseringer og reduksjon av hjelpetekst, ble gjort basert på tilbakemeldingene.

Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter i desember 2022. Etter ønske fra informantene ble et møterom i utkanten av avdelingen benyttet til dette. Intervjuene ble spilt inn med lydopptaker og umiddelbare tanker og refleksjoner ble nedskrevet like etter. Transkriberingen ble utført av førsteforfatter i programvaren NVivo (versjon R14.23.1.). Informantene ble tilbudt muligheten til å gjennomgå og kommentere sine

anonymiserte intervjuutskrifter. Tre av fem benyttet seg av dette uten å fremme innvendinger. Dokumentene ble lest, anonymisert og lastet opp i NVivo.

Analyse

Tjoras (36) stegvis-deduktive induktive metode (SDI) er benyttet i analysen av dataene i programvaren NVivo. Hvert enkelt intervju og dokument ble kodet om gangen av første-forfatter. I første analysetrinn ble teksten kodet i tråd med informantenes og dokumentenes utsagn, såkalt empirinær koding (36). I andre trinn ble disse 539 kodene strukturert sammen i kodegrupper, basert på likhet og mønstre som tegnet seg i dataene. Disse ble diskutert i et analysemøte med andreforfatter for å oppdage mulige latente betydninger og nye mønstre i dataene. I tredje trinn ble disse videreutviklet til kategorier og temaer som representerte en dypere og mer abstrakt innsikt og forståelse av dataene, i tråd med abduktiv tilnærming i analysemetodikken. Her ble forforståelse av eksisterende teorier integrert, i håp om å forklare betydningen av mønstrene (36). Relevante kategorier og temaer ble utviklet i lys av kjente begreper fra mål- og resultatstyring, da mønstrene i dataene var gjenkjennelig med dem. Temaene og kategoriene ble vurdert opp mot SDI-kriteriene for abstraksjon, overførbarhet og anvendbarhet i praksis, såkalt konseptuell gyldighet (36).

Name	Files	References
1.0 BESTILLINGSANMODNING TIL LEDELSEN	11	312
1.1 RESSURSTILDELING - FOR MOTIVERING OG ORGANISERING	8	50
Avsatt tid til plalegging, gjennomføring, møtevirksomhet	1	1
Bestilling fra RegSim for anestesen møtte ikke til tverrfaglig simulering	1	1
Det er en veldig stor fordel å ha med RegSim	1	1
Det er godt å ha et ekstern rådgiver fra RegSim å diskutere med	1	1
Det finnes nasjonal krav for sim	1	1
Det var for lite anestesimatnyttig tverrfaglig	1	1
Får en bestilling fra min sjef i RegSim [drive inn mot ane.avd]	1	1
godt at X fra RegSim kom inn og hjalp til	1	1

Figur 1. Kodetre: Illustrasjon av hvordan empirinære koder danner grunnlaget for kategorier og overordnende temaer.

Etikk

Prosjektet ble vurdert hos Norsk senter for forskningsdata (NSD, nå Sikt), i august 2022 (ref. nr. 933847), samt av spesialisthelsetjenestens interne protokoll-system ved inkludert sykehus, september 2022.

Informasjon om studien og om informert samtykke ble sendt til informantene på e-post før datainnsamlingen startet. Informasjon om frivillig deltakelse og retten til å trekke seg fra studien ble gjentatt før intervjuene, før skriftlig samtykke ble innhentet. Intervju- og dokumentdata ble lagret og anonymisert i henhold til institusjonens retningslinjer (38). Dokumentene som ble mottatt via e-post ble øyeblikkelig anonymisert, lastet opp i NVivo og slettet fra e-postsystemet. Intervjutranskriptene ble sendt til informantens jobb-e-poster for gjennomlesning etter at kontakt var opprettet og verifisert.

Resultater

Analyse av dataene resulterte i to hovedtemaer med fem tilhørende kategorier: 1) bestillingsanmodning til ledelsen, med tre kategorier: ressurstildeling, dokumentering og ressursallokering; 2) tjenestelevering, med to kategorier: evaluering og rapportering.



Figur 2. Flyttdiagram: Illustrerer relasjonen mellom temaer og kategorier, og hvilke faktorer som driver implementeringsprosessen fremover.

I denne sammenheng refererer «bestillingsanmodning til ledelsen» til en forespørsel fra arbeidsgruppen om forvaltning av simuleringsbasert trening i anestesiavdelingen. Bestillingen formaliseres og avtaler lages, noe som binder partene til innholdet. Dette sikrer at implementeringsprosessen møter både organisatoriske mål og praktiske behov. Tjenestelevering omhandler hvordan effekten av praksisen systematisk innhentes og dokumenteres, for deretter å leveres til ledelsen som resultatmål.

Resultatene viser hvordan aktørene aktivt bruker sin systemforståelse og innsikt i spesialisthelsetjenestens styringsmodell for å fremme implementeringen av simuleringsbasert trening innen anestesi.

Tabell 1. Kildematrise: Presentasjon av hvilke datakilder som representerer kategoriene

Tema og kategorier	Informanter					Dokumenter								
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
Bestillingsanmodning til ledelsen														
Ressurstildeling	x	x	x	x	x	x	x	x						
Dokumentering	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Ressursallokering- for planlegging og utførelse	x	x	x	x	x		x	x	x	x				
Tjenestelevering														
Evaluering: for justering og forbedring		x	x	x	x	x			x	x	x		x	
Rapportering: for resultatmåling og rettferdiggjøring		x	x	x	x	x			x			x	x	x

Bestillingsanmodning til ledelsen

Ressurstildeling: for motivering og organisering

Samtlige av informantene fortalte at tildelingen av ressurser fra RegSim-avdelingen var helt essensielt for å få tid til å etablere og organisere simuleringspraksisen. Tildelingen tok primært sikte på å øke interessen for tverrfaglig teamsimulering, som var dalende hos anestesipersonellet. Den tverrfaglige simuleringen opplevdes ifølge alle informantene som urealistisk og lite matnyttig. Det var meningsløst å simulere når scenarioene ikke stemte med virkeligheten. RegSims involverende rolle for å fremme motivasjon hos brukerne kom tydelig frem i møtereferatene. Flere av informantene hadde også i lengre tid forsøkt å etablere egne anestesirelaterte simuleringer for å drive kompetanseheving blant ansatte. «Vi er med på mye simulering, men vi må øve på det som er. Vi må gi utfordringer til anestesen, og derfor må vi lage vår egen» (Informant 1).

Tidsressursene fra RegSim ble tildelt en person med anestesifaglig bakgrunn. Fire av informantene fortalte om en person med stort engasjement og interesse for simulering, samt faglig tyngde og gjennomslagskraft i møte med mennesker og prosesser. Denne kompetansen, samt de personlige egenskapene, opplevde de som utslagsgivende for etableringen av simuleringspraksisen i avdelingen. Nå fikk de en som hadde øremerket tid til simulering, og som engasjerte andre og drev prosessene fremover i kraft av sin kompetanse og væremåte. «Jeg har stanget hodet i veggen såpass lenge at det var veldig godt at X kom inn og hjalp til med den [administrative] delen der» (Informant 2).

Vedkommende hadde muligheter for fleksitid, og kunne dermed tilpasse seg driften i avdelingen og justere seg etter andre samarbeidspartneres kontortid. Personen med øremerket tid ble en administrativ leder i en arbeidsgruppe bestående av to fagutviklings- sykepleiere i anestesi og to anestesileger, hvor alle hadde fasilitatorkompetanse. Disse aktørene frontet praksisen og etablerte en møteplan med ledelsen, bestående av seksjonsleder og avdelingssjef.

Dokumentering: for innsalg og forpliktelse

Alle informantene fortalte om viktigheten av å forberede seg til møtene med ledelsen, da det var dem som satt med beslutningsmyndighet om avgjørelsene relatert til simulering. Arbeidsgruppen utarbeidet en faglig og realistisk plan for hva de ønsket av simuleringspraksisen. Utarbeidelsen av argumentene ble underbygget av nasjonale føringer og sykehusets egne mål for simuleringsbaserte aktiviteter. I tillegg synliggjorde de hvilke ressurser som måtte til for å utføre praksisen.

Vi har forberedt oss godt og har skrevet saksgrunnlaget i forkant [...] Det er viktig å ha tall og en formening om hvor en skal hen, og bruke de tallene vist. Tallene skal gi en så lett konklusjon at alle i møtet ser det. (Informant 4)

Informantene understrekte at deres innsikt i organisasjonsstyring, deres kommunikasjons- og relasjonskompetanse, samt kontaktnettverk i RegSim, var viktig i møte med ledelsen for å oppnå velvilje for simulering. Alle poengterte at det var ledelsens ansvar

å overta og eie bestillingen om regelmessig simuleringsbasert trening. Hvis ikke, kom praksisen bare til å ebbe ut.

Lederne ble fremstilt av informantene som lyttende, handlekraftige og med et ønske om å legge til rette for praksisen. Begge lederne hadde selv, i sin tidligere karriere, vært pådrivere for simuleringsbasert trening. Samtlige av informantene fortalte at den administrative lederen for arbeidsgruppen, stadig tok initiativ til å skrive referat fra møtene mellom ledelsen og dem som gruppe. Dette for å skape en forpliktelse hos ledelsen overfor praksisen. «Jeg er ofte den som skriver [...] det vet man jo alle i slik organisasjonssammenheng, at den som skriver har ofte stor makt i bare det» (informant 4).

Informantene fortalte at det var ledelsen som valgte simuleringstema, hvor ofte det skulle gjennomføres og på hvilken dag. På den måten tok de eierskap til praksisen. Alles uttalelser og forslag til løsninger ble referatført på møtene, og referatene ble sendt til alle møtedeltakerne i etterkant.

Jeg skal bare stille spørsmålene og dere [ledelsen] må svare. Du er fanget i dine egne ord [...]. Du er referatført på det du har sagt over bordet, da er det det vi forholder oss til. Da går vi ikke tilbake til det på noe tidspunkt. (Informant 4)

Ifølge informantene ble det utarbeidet en felles målsetting for simuleringspraksisen. Møtereferatene viste hvordan alle deltakerne tok ansvar for oppgaver uavhengig av tittel og stillingsinstruks, for å etablere og justere simuleringspraksisen.

Ressursallokering: for planlegging og utførelse

Informantene fortalte om hvordan de fikk handlingsrom til å utføre praksisen ved å utnytte tilgjengelige ressurser på en mer effektiv måte. Ledelsen påtok seg oppgaven med å legge til rette for planleggingstid, nok personell og ledig operasjonsstue på simuleringsdagene. Fast dag ble valgt på bakgrunn av når det var ledig stue, og denne ble reservert i det digitale operasjonsplanleggingssystemet.

Alle informantene fortalte om en ledelse som arbeidet aktivt med årsturnusen til de ansatte. De plasserte personalet strategisk inn på forhåndsbestemte simuleringsdager, og de startet planleggingsarbeidet allerede året før. Informantene fortalte at ressursene ble omdisponert, uten at grunnbemanningen ble økt.

Du vet at ansatte skal ha x antall timer på et år, og så bare ser vi, ok, de har fått ferien sin [...]. Så i stedet for å sette dem vilkårlig rundt omkring for å få dekket timene, så har vi et system. Første tirsdagen i måneden må du iallfall bufre opp med tre ekstra. (Informant 5)

Det ekstra personalet på simuleringsdagene var øremerket som rullerende avløsere for stuepersonellet denne dagen. Slik kunne driften gå sin gang, samtidig som flere grupper kunne simulere samme dagen.

Ifølge alle informantene skapte nedfellingene i årsturnusen forutsigbarhet for ledelsen, for dem som skulle planlegge og for dem som skulle simulere.

Tjenestelevering

Evalueringsrapport: for justering og forbedring

Informantene fortalte at deltakerne evaluerte eget læringsutbytte etter hver simuleringstrening via et digitalt evalueringsskjema, utviklet av RegSim. Dette åpnet opp for at brukerne kunne si sin mening, og det muliggjorde justering av praksisen. I skjemaet ble graden av brukernes tilfredshet tallfestet, samt hvilken effekt treningen hadde på pasientbehandlingen, arbeidsmiljøet og den generelle kompetansen. I tillegg var det et fritekstområde hvor deltakerne konkret kunne formulere hva de hadde lært, eventuelt hva de ønsket å arbeide med videre for å forbedre egen kompetanse.

Disse evalueringsrapportene ble hentet ut fra RegSims database og lest av arbeidsgruppen og eventuelt ledelsen, hvis de ønsket det. «Evalueringene blir skrevet ned og gitt ut til oss som er fasilitatorer. Så kan vi lese dem og justere oss ut derifra» (Informant 2).

Informantene fortalte at de etterstrebet realistisk trening, og at dette var nødvendig for å få folk med. En av informantene beskrev hvordan én dårlig simulering kunne påvirke holdningen til praksisen, og at de dermed burde etterspørre opplevelsene hos brukerne.

Informantene fortalte om en jevnt over positiv simuleringskultur, hvor deltakerne så nytteverdien av praksisen. Møtoreferatene viste til en tilfredsskår på 4,6 av 5 etter flere av simuleringstreneingene.

Rapportering: for resultatmåling og rettfærdiggjøring

Informantene fortalte om regelmessig rapportskrivning etter simuleringstreneingene. Den administrative lederen for arbeidsgruppen tok initiativ til dette, men alle bidro til innholdet. Noen av informantene og flere av dokumentene beskrev et strukturert rapportinnhold, som hvem som var til stede under simuleringene, prosentvis oppmøterate og begrunnelser for eventuelt frafall. Videre ble det beskrevet hva som var positivt og utfordrende med den praktiske gjennomføringen av treningen, og hva fasilitatorene og deltakerne hadde lært av den. Forslag til forbedringer ble også presisert i en av rapportene. Arbeidsgruppen sendte disse rapportene uoppfordret til ledelsen, som trengte dem for å vise til effekten av simuleringspraksisen. Rapportene ble ført videre oppover i systemet, på klinikkdirektør-nivå. Ingen av informantene hadde innsikt i hvordan disse rapportene ble synliggjort og bearbeidet på direktørnivå, men samtlige opplevde at dette var viktig for å få velvilje og aksept for å drive praksisen.

Etter hvert etterspurte ledelsen selv mer rapportinnhold. Ifølge flere av informantene ønsket de flere beskrivelser av hva de ansatte hadde lært. De ønsket å vite i hvilken grad ferdigheter lært under simulering kunne overføres til reelle pasientsituasjoner, og om simuleringstrening forbedret håndteringen av kritiske situasjoner i praksis. Oppdagelsen av strukturelle forhold/avvik i kraft av simuleringspraksisen, ble også

etterspurt. Noen informanter beskrev at denne rapporteringen av praksisgevinsten var viktig for ledelsen, for akseptoppnåelse og rettferdiggjøring av ressursbruken.

Ja, [rapportene] løftes opp. Det tror jeg er veldig viktig. Når det er stort press på å få gjennom programmet, og operasjoner er som sagt noe som sykehuset tjener penger på. Og den kost-nytte-effekten blir kanskje synliggjort enda mer hvis vi simulerer og tar vekk operasjonsstuer. Da må man i hvert fall ha en veldig god grunn for det. (Informant 3)

I rapportene ble det også vist til utregninger relatert til arbeidsgruppens simuleringsarbeid. Dette ble satt opp på en systematisk måte med beskrivelser av timer brukt for arrangør og timer brukt av arrangør per deltakertime.

Diskusjon

Denne studien har utforsket hvordan aktører i spesialisthelsetjenesten konstruerer og forstår fremmede faktorer i implementeringsprosesser, samt hvordan disse brukes for å fremme simuleringsbasert trening innen anestesi. Resultatene: 1) *bestillingsanmodning til ledelsen* og 2) *tjenestelevering*, med tilhørende kategorier, har avdekket hvordan flere ansatte har oppnådd inngående forståelse av, og kompetanse om sykehusets styringsform. Denne kunnskapen brukes strategisk for å fremme faglig interesse og for å oppnå støtte for visjoner.

Frigjøring av tid og dannelselse av allianser: for målrettet arbeid

Ved implementering av nye praksiser er motivasjon hos brukerne et kritisk element, spesielt når det gjelder deres opplevelse av dens relevans og nytteverdi (23,26). I anestesivdelingen ble motivasjonen utfordret av urealistiske scenarioer på tverrfaglige treninger, noe som også er kjent fra andre studier (3,4). Som et tiltak mot dette bidro RegSim med økonomiske personellressurser for å øke kvaliteten og oppslutningen på den tverrfaglige simuleringspraksisen. RegSim opererer under nasjonale og institusjonelle rammer (9), og denne tildelingen kunne bidra til å opprettholde nettopp disse føringene. Dette plasserer RegSim i en sentral samarbeidsrolle som skal balansere strategiske mål og tilgjengelige ressurser i helseforetakene. Felles nasjonale og regionale føringer for simuleringsaktiviteter er essensielt for å fremme implementeringsprosesser (23,26,31).

For å sikre høy kvalitet på aktiviteter og tjenester, som simuleringsbasert trening, bør ressursene tildeles personer med egenskaper som sikrer effektiv og resultatbasert måloppnåelse (21). Lederen for arbeidsgruppen ble omtalt som en kompetent og handlekraftig person, med både pedagogiske ferdigheter, gode kommunikasjonsevner og kunnskap om organisasjonsstyring. Dette bidro til å bygge troverdighet og skapte tillit til personens evne til å utføre oppgaven. En slik fagperson kan påvirke entusiasme og motivasjon blant brukerne av praksisen, og innta en nøkkelrolle i koordineringen av implementeringsarbeidet (26,26,30). Nøkkelpersoner med innsikt i implementeringsbarrierer

klarer å identifisere dem lettere, og kan manøvrere rundt hindringer for å sikre fremgang (23,26).

Anestesiavdelingen hadde forsøkt dette over flere år. Barrierer som manglende tid, konkurrerende arbeidsoppgaver og lav bemanning forhindret praksisen, noe tidligere studier også finner (3,4). Ressurstildelingen frigjorde tid, og det ble mulig å arbeide mer målrettet med implementeringsarbeidet. Det synes derfor som et viktig kriterium for vellykket implementering at det dedikeres ressurser til å planlegge og drifte simuleringene.

Etableringen av den anestesitverrfaglige arbeidsgruppen bidro til jevnlige møter for uformelle diskusjoner. Nedfelte kontordager i turnus gjorde det lettere å finne tid til å møtes. Gruppediskusjonene var styrkende for samarbeidet og fremmet idéutvekslinger. Den administrative lederen tok en aktiv rolle i å fremme nye ideer og tilnærminger for å initiere endringer. Slike personer kan karakteriseres som entreprenører, som evner å fremme kreative prosesser i mål- og resultatstyrte organisasjoner (20). En slik aktiv tilnærming for å fremme praksiser, initiert av individene selv som kollektiv handling, kan styrke implementeringsarbeidet (31). Aktørene regnes også som viktige implementeringsagenter som er utstyrt med nødvendig kompetanse for å bygge effektive team og fremme organisatorisk støtte (23,26). Arbeidsgruppen ble dermed en pådriver i prosessen, og sentral i å lede implementeringsarbeidet inn i det Fixsen et al. (23,26) kaller utforskningsfasen. Her starter behovsanalysene for praksisen, og det er her grunnleggende beslutninger blir tatt.

Strategisk samarbeid og involverende ledelse: for kollektiv forståelse og eierskap

Implementeringsprosesser er avhengige av sterk ledelse og organisatorisk støtte for å lykkes (23,29). Ledere har beslutningsmyndighet og er nøkkelaktører i tildelingen av ressurser, formgivning av organisasjonspolitik og utvikling av en positiv implementeringskultur (23). Arbeidsgruppens medlemmer var innforstått med denne nødvendigheten, og tidligere manglende ledelsesstøtte hadde forhindret praksisen. Slike ledelsesutfordringer kan være betydelige hindringer som stagnerer implementeringsprosesser (23,26). Arbeidsgruppen visste at for å vinne ledelsens godkjenning, måtte de utarbeide et saksgrunnlag med strategiske elementer. Gjennom samhandling og kreative prosesser utviklet de en kollektiv forståelse av en strategi, ledet av deres kunnskap om organisasjonsstyring. Slike motiverte aktører i spesialisthelsetjenesten er kjent for å teste ut nye veier og finne nye tilnærminger i arbeidet sitt (20). Dette skiller seg fra tidligere forskning, som viser at ytelsesbaserte styringsmodeller kan påvirke ansattes arbeidsmotivasjon og føre til passivitet (18).

Med bakgrunn i sine erfaringer fra mål- og resultatstyring, visste gruppen hvilke argumenter som kunne ha gjennomslagskraft. Saksgrunnlaget baserte seg på helsepolitiske føringer og kvantitative estimater for ressursbruk. Dette er i tråd med sykehuseffektive og ressursbesparende praksis (17). Slike systematiske tilnærminger i

implementeringsprosesser er avgjørende for å øke praksisens troverdighet og for å sikre ledelsesstøtte (29,30).

I sykehusorganisasjoner har ledelsen mer formell makt enn de ansatte, og har dermed kontroll over agenda og beslutninger (39). I dette tilfellet var det imidlertid ledelsen som ble invitert til samarbeidsmøter, hvor arbeidsgruppen styrte agendaen. Denne praksisen endret maktbalansen til arbeidsgruppens fordel, noe som styrket arbeidsgruppens autoritet gjennom grundig forberedelse og effektiv kommunikasjon. Den positive responsen fra ledelsen bidro til etablering av en felles målsetting for praksisen. Dette bidro til å redusere typiske polariseringer som kan oppstå i hierarkiske organisasjoner, hvor store avstander mellom ledere og ansatte kan føre til misforståelser og miskommunikasjon som vanskeliggjør samarbeidsprosesser (39).

Strukturert referatføring: for å forplikte de involverte

Arbeidsgruppen var opptatt av å formalisere simuleringspraksisen i form av en bestilling fra ledelsen. Bestilleren er den som definerer oppdraget og plikter å legge til rette for utførelse (21). Arbeidsgruppen visste hvilken autoritet en slik bestilling ville ha, og at den også ville sikre nødvendige ressurser til praksis. Slike bestillinger bør kontraktfestes for å sikre overholdelse av avtaler mellom bestiller og utfører (21). I denne sammenhengen kan myke kontrakter som er tillitsbaserte og relasjonelle være egnet, da bestillingens omfang, mål og krav kan endres underveis (21). Referatføringen fra samarbeidsmøtene kan dermed sies å være en form for myk kontraktføring som tok sikte på å dokumentere det som ble sagt på møtene. Referatføringen ble dermed en viktig del av strategien, og den sikret at beslutningene ble oppfattet som forpliktende for alle involverte.

Saksgrunnlaget og møtereferatene utgjorde til sammen en bestillingsanmodning til ledelsen om å formalisere simuleringspraksisen. Gjennom samarbeid ble partene enige om en felles målsetting, og arbeidsgruppen ble utfører med mål om å levere resultater i tråd med ledelsens bestilling. Dette utgjør kjernekomponentene i implementeringsprosesser, hvor partene oppnår en felles forståelse og forpliktelse til planlegging, infrastruktur, opplæring, støtte og evaluering underveis (23,26). Dermed ble det opprettet en samarbeidsarena hvor arbeidsgruppen og ledelsen utviklet og støttet en praksis som var nyttig for hele organisasjonen. Dette kan sies å samsvare med den opprinnelige intensjonen med mål- og resultatstyring, som svar på organisasjonens behov for styring og medarbeidernes behov for selvrealisering og frihet til selv å velge retning (39).

Med ledelsens bestillingsgodkjenning og tilhørende ressurser, ble planleggingen og utførelsen av simuleringspraksisen mulig. Tidlig og grundig planlegging, ofte flere måneder i forveien, kan være avgjørende for at slike praksiser lar seg realisere (28). Ledelsens innsats i turnusplanlegging og ressursutnyttelse bidro til effektiv strukturering av praksisen, uten behov for økt grunnbemanning. Dette samsvarer dermed med organisasjonens prinsipper for produktivitet og effektiv ressursutnyttelse (17,18). Denne fasen definerer Fixsen et al. (23,26) som installasjonsfasen, hvor fokuset er på ressursanskaffelse, utvikling av systemer og opplæring av nødvendig personell (23,26).

Dokumentering av læring: for å vise til resultater

Initial implementeringsfase, som neste steg, innebærer en periode med læring og tilpassing der utfordringer identifiseres og løses (23,26). Evalueringene fra deltakerne spilte en viktig rolle i denne fasen, og gav innsikt i tilfredshet og gjennomførbarhet. Tidlige evalueringer kan avdekke potensielle problemer med praksisen, noe som muliggjør justeringer og forbedringer før praksisen blir helt etablert (23,26). Evalueringsskjemaene utviklet av RegSim gav kvantitative data om læringsutbytte. Høyere score indikerte større tilfredshet og effektivitet i læringen, og gav arbeidsgruppen et tallfestet grunnlag for å demonstrere praksisens resultater og effektivitet overfor ledelsen. Tallene fikk autoritet og styrke, og samsvarte dermed med sykehusets mål på ytelse. Evalueringer fra brukere fremmer også medvirkning, slik at praksisen kan justeres etter deres behov, noe som er helt avgjørende for å opprettholde motivasjonen og lojaliteten hos dem som skal benytte praksisen (23,26).

Oppfølgingen av mål og resultater er en sentral del av bestillerens rolle for å vurdere fortløpende innsats (21). Arbeidsgruppens rapporter gav ledelsen innsikt i gjennomføringen av simuleringsarbeidet og fungerte som et måleverktøy på praksisen i forhold til ressursutnyttelse og læringsresultater. Evalueringer og rapporter kan dermed være et mål på fremgang og indikatorer for suksess (26). Eventuelle utfordringer ble også rapportert inn, i tråd med utføreres rolle om å holde bestiller fortløpende orientert (21). Disse rapportene, initiert av arbeidsgruppen og formet av deres forståelse for organisasjonens dynamikk, inneholdt en detaljert beskrivelse for å øke rapportenes troverdighet. Ved å vise til konkrete resultater av simuleringspraksisen, både på individ- og systemnivå, økte rapportenes betydning. Troverdigheten og virkningen av slike rapporter avhenger av hvordan de behandles i organisasjonens beslutningssystem. En direkte linje til direktører kan vise seg å ha nytteverdi for å øke troverdigheten til dem som arbeider for å implementere nye praksiser (30). Arbeidsgruppens rapporter ble videreført til klinikkdirektør for å demonstrere praksisens resultater i avdelingen, samt hvilke ferdigheter som var lært i det simulerte miljøet og potensielt kunne overføres til klinisk praksis. Dette viser hvordan aktørene i implementeringsprosessen opprettholder sin del av avtalen ved å levere resultater som kvantifiserer praksisens nytte for ansatte og avdelingen, og dermed indirekte for pasientene.

Metodiske vurderinger

Studiens inkludering av kun ett sykehus begrenser kontekstens variasjon. Dette kan påvirke overførbarheten av resultatene. Videre kan rekrutteringsmetoden, der kontaktpersonen både valgte ut informanter og deltok selv, introdusere visse forutinntattigheter. Kontaktpersonens rolle og mulige innflytelse kan ha påvirket andre informanters deltakelse og åpenhet i deres svar. Dette kan potensielt ha ført til et redusert mangfold av perspektiver, noe som kan påvirke studiens troverdighet (36). For å balansere denne utfordringen og styrke studiens integritet, ble individuelle intervju gjennomført for å sikre informantenes anonymitet i svarene. Imidlertid, med kun fem informanter, kan omfanget av studiens perspektiver være begrenset, og dermed også overførbarheten til andre sykehus (40). En utvidelse av informantgruppen, ved å inkludere flere sykehus

og flere ledere og brukere av simuleringspraksisen, kunne potensielt avdekket flere perspektiver.

Triangleringen av kilder kan ha bidratt til å validere funnene (35). Intervjuerens anestesifaglige bakgrunn kan også ha bidratt til en dypere forståelse, og dermed til mer innsiktsfulle spørsmål og tolkninger. Den kliniske ekspertisen og forforståelsen av temaet kan imidlertid ha ført til potensielle forutinntattheter i både datainnsamlingen og analysen. For å motvirke dette, ble det reflektert over egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen, og et skriftlig refleksjonsnotat om mulige resultatskjevheter ble utarbeidet (36). Informantenes mulighet for sitatsjekk har åpnet opp for korrigerende avklaringer i den språklige fremstillingen, noe som kan øke studiens validitet (36).

Da førsteforfatter ikke har tidligere forskererfaring, kan analysemetoden med erfaren forsker ha bidratt til å styrke resultatenes troverdighet ved at potensielle feiltolkninger ble tidlig adressert (36). Bruken av NVivo-programvaren har lagt til rette for en systematisk dataanalyse, økning i transparensen og forenklet muligheten for replikering av studien (36).

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studiens resultater kan ha betydning for ansatte og ledere i sykehus og bidra til utvikling i klinisk arbeid. Et sentralt funn, er hvordan ansatte selv kan utvikle og ta i bruk strategier for å sikre organisatorisk støtte for faglige interesser. Ved å tilegne seg kunnskap om organisasjonens styringsform, kan faglige aktiviteter som utformes i tråd med økonomiske føringer lettere få innpass i organisasjonen.

Videre fremheves RegSims rolle som en brobygger for tverrfaglig simulering og samarbeid. RegSim kan bidra med viktige ressurser og ekspertise og fungere som en støtte for avdelinger i implementeringsprosesser.

Ledelsens støtte er også et sentralt funn. Det er viktig å anerkjenne at støtten fra ledelsen strekker seg ut over det finansielle aspektet. Det handler også om en dypere forpliktelse til visjonen og målene for praksisen. Studien kan inspirere ledere til aktivt engasjement og etablering av en støttende kultur som oppmuntrer ansatte til faglig engasjement og teamarbeid.

Det oppfordres til videre forskning på implementeringsstrategier som fremmer simuleringsbasert trening innen anestesi. En kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder kan gi en mer helhetlig tilnærming og avdekke ny kunnskap som kan effektivisere implementeringsprosesser. Gjennom en komparativ analyse av slike prosesser ved flere sykehus, kan forskningen bringe frem nye perspektiver og innsikter som kan overføres til andre miljøer.

Konklusjon

Resultatene antyder at i etablering av simuleringsbasert trening, kan ressurstildeling som frigjør tid være viktig for organisering og motivering av ansatte. Det fremkommer at allianser med fagpersoner som innehar strategiske posisjoner og systemforståelse kan

være nøkkelpersoner i å engasjere ledelsen og sikre organisatorisk støtte. Videre kan tilpasning av praksisen til sykehusets økonomiske styringsform fremme en simuleringsbestilling fra ledelsen med tilhørende ressurser. Studien indikerer også at kontinuerlig levering av resultatmål, gjennom evaluering og rapportering av læringsutbytter, kan rettferdiggjøre ressursbruken, slik at bestillingen opprettholdes i systemet.

Referanser

1. The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) Standards Committee. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design. *Clin Simul Nurs.* 2016;12(S):5–12. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>
2. Kongsvik LT. Simuleringstrening kan gi tryggere og mer effektive team. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening.* 2017;137:246–7. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2017/02/aktuelt-i-foreningen/simuleringstrening-kan-gi-tryggere-og-mer-effektive-team>
3. Cumin D, Boyd MJ, Webster CS, Weller JM. A systematic review of simulation for multidisciplinary team training in operating rooms. *Simul Healthc.* 2013;8:171–9. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e31827e2f4c>
4. Hibberson M, Lawton J, Whitehead D. Multidisciplinary simulation training for perioperative teams: an integrative review. *J Perioper Nurs.* 2021;34. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1111>
5. Lorello GR, Cook DA, Johnson RL, Brydges R. Simulation-based training in anaesthesiology: a systematic review and meta-analysis. *Brit J Anaesth.* 2014;112(2):231–45. <https://doi.org/10.1093/bja/aet414>
6. Wahr JA. Patient safety in the operating room. Waltham: UpToDate; 2023 [hentet 6. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/patient-safety-in-the-operating-room#H519841630>
7. Helsedirektoratet. Faglige råd. Ansatte bør jevnlig gjennomføre ferdighetstrening og simulering av ulike risikosituasjoner ved forverring av somatisk tilstand [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet, 2020 [hentet 13. november 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/kompetanse/ansatte-bor-jevnlig-gjennomfore-ferdighetstreninger-og-tverrfaglig-simulering-av-ulike-risikosituasjoner-ved-forverret-somatisk-tilstand>
8. Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019 [hentet 29. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm20152016001100odddpdfs.pdf>
9. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020 [hentet 29. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm20192020000700odddpdfs.pdf>
10. RegSim Vest. Årsrapport [Internett]. Bergen: Helse Vest; 2020 [hentet 12. september 2023]. Tilgjengelig fra: <http://regsim.no/wp-content/uploads/2021/04/%C3%85rsrapport-2020-RegSim--endelig--nettsiden.pdf>
11. EuSim. EuSim [Internett]. København: EuSim; 2024 [hentet 18. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://eusim.org/>
12. The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) Standards Committee, Watts PI, Rossler K, Bowler F, Miller C, Charnetski M, Decker S et al. Onward and Upward: Introducing the healthcare simulation standards of best practice. *Clin Simul Nurs.* 2021 Sep;58:1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.006>

13. Finstad AS, Ballangrud R, Aase I, Wisborg T, Romundstad LG, Bjørnshol CA. Is the simulation-based team training performed by personnel in accordance with the INACSL Standards of Best Practice: Simulation SM? – a qualitative interview study. *Adv Simul.* 2021;6(33). <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00186-w>
14. Helse Stavanger. InterRegSim. Interregionalt kompetansenettverk – et nasjonalt samarbeid for simuleringsbasert trening i spesialisthelsetjenesten [Internett]. Stavanger: Helse Stavanger; 2023 [hentet 12. september 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-stavanger.no/interregsim>
15. Regjeringen. Statlig finansiering av de regionale helseforetakene [Internett]. Oslo: Regjeringen; 2023 [hentet 15. september 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797>
16. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ). Hva er mål- og resultatstyring? [Internett]. Oslo: DFØ; 2024 [hentet 20. september 2023]. Tilgjengelig fra: <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/mal-og-resultatstyring/hva-er-mal-og-resultatstyring>
17. Busch T. Grensen mellom privat og offentlig sektor i endring. I: Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO, red. Modernisering av offentlig sektor. *Trender, ideer og praksiser.* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. s. 78–88.
18. Siltala J. New public management: the evidence-based worst practice. *Adm Soc.* 2013;45(4). <https://doi.org/10.1177/0095399713483385>
19. Simonet D. The new public management theory in the British health care system: a critical review. *Adm Soc.* 2015;47(7):802–26. <https://doi.org/10.1177/0095399713485001>
20. Tonkens E, Bröer C, van Sambeek N, van Hassel D. Pretenders and performers: professional responses to the commodification of health care. *Soc Theor Health.* 2013;11(4):368–87. <https://dx.doi.org/10.1057/sth.2013.5>
21. Busch T, Vanebo JO. Interne markeder. Fokus på bestiller-utfører-modellen. I: Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO, red. Modernisering av offentlig sektor. *Trender, ideer og praksiser.* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. s. 106–19.
22. NOU 1997: 17. Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester [Internett]. Oslo: Regjeringen; 1997 [hentet 31. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-17/id140948?ch=18>
23. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature [Internett]. Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida; 2005 [Hentet 13. august 2023]. Tilgjengelig fra: <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
24. I trygge hender 24-7. Implementering [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [hentet 15. august 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/implementering>
25. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015;10(53). <http://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
26. Fixsen DL, Blase KA, Metz A, Van Dyke M. Implementation Science. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* 2. utg. Amsterdam: Elsevier; 2015. s. 695–702. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.10548-3>
27. Rochlen L, Chang H, Guichard L, Zisblatt L, Malloy KM, Kim S, Cassidy R. Pilot one-hour multidisciplinary team training simulation intervention in the operating room improves team nontechnical skills. *J Educ Perioper Med.* 2019;21(2):E624.
28. Wongsirimeteekul P, Mai CL, Petrusa E, Minehart R, Hemingway M, Pian-Smith M, Eromo E, Phitayakorn R. Identifying and managing intraoperative arrhythmia: a multidisciplinary operating room team simulation case. *MedEdPORTAL.* 2018;14:10688. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10688

29. Jowsey T, Beaver P, Long J, Civil I, Garden AL, Henderson K, Merry A, Skilton C, Torrie J, Weller J. Towards a safer culture: implementing multidisciplinary simulation-based team training in New Zealand operating theatres—a framework analysis. *BMJ Open*. 2019;9(e027122). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027122>
30. Wisborg T, Brattebø G. Keeping the spirit high: why trauma team training is (sometimes) implemented. *Acta Anaesth Scand*. 2008;52:437–441. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01539.x>
31. Shah AP, Cleland J, Hawick L, Walker KA, Walker KG. Integrating simulation into surgical training: a qualitative case study of a national programme. *Adv Simul*. 2023;8(20). <https://doi.org/10.1186/s41077-023-00259-y>
32. Norsk anestesilogisk forening (NAF) & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF. Norsk standard for anestesi 2024 [Internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2024 [hentet 9. mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2024-02/norsk-standard-for-anestesi-2024.pdf>
33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research). *Int J Qual Health C*. 2007;19(6):349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
34. Lock A, Strong T. Sosial konstruksjonisme. Teorier og tradisjoner. Bergen: Fagbokforlaget; 2014.
35. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
36. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2021.
37. CFIR. Updated CFIR sonstructs. Consolidated framework for implementation research [Internett]. Ann Arbor: CFIR Research Team-Center; 2023 [hentet 1. september 2023]. Tilgjengelig fra: <https://cfirguide.org/constructs>
38. Høgskulen på Vestlandet. Lagring av data ved HVL [Internett]. Sogndal: Høgskulen på Vestlandet; 2022 [hentet 19. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.hvl.no/student/it-hjelp/it-reglement/lagring-av-data-ved-hvl/> (nedlastet 19.10.2023).
39. Sjøvold E. *Makt og maktbruk i arbeidslivet*. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
40. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.