

AMK-sykepleieres debrifing etter kritiske hendelser

[Lisa Rein](#)

AMK-sykepleier og universitetslektor

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

[Lis Ribu](#)

Professor emerita

Fagsenter for seniorer, Oslomet – storbyuniversitetet

[AMK](#)

[Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral](#)

[Situasjonsbevissthet](#)

[Grounded theory](#)

[Bearbeiding](#)

[Sykepleie](#)

Sykepleien Forskning 2022;17(90471):e-90471

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.90471](#)

Sammendrag

Bakgrunn: På akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) håndterer sykepleiere hendelser over telefon av ulik alvorlighetsgrad og med varierende utfall.

Hensikt: Å få dybdekunnskap om sykepleieres forutsetninger for å håndtere kritiske hendelser og om deres opplevelser av bearbeidingen i ettertid.

Metode: Studien har et kvalitativt design med en *grounded theory*-tilnærming for å få frem kunnskap for å utvikle en fremtidig intervansjonsstudie. Vi gjennomførte semistrukturerte individuelle intervjuer av seks sykepleiere på en AMK ved ett norsk helseforetak.

Resultat: Analysen viser at sykepleierne «situasjonsbevissthet» har betydning for hvordan de håndterer kritiske hendelser og debrifrer i ettertid. Sykepleierne i denne studien valgte ulike strategier for debrifing, avhengig av omstendigheter som blant annet tid, tilbud om debrifing og opplevd behov. Sykepleierne debrifrer primært på egen hånd («selvhjelp») gjennom å ta korte pauser, ved hjelp av tilbakemeldinger og spontane samtaler med kolleger og med egne forberedelser for å håndtere fremtidige hendelser. Det fremkom også situasjoner der sykepleierne søkte støtte i faglige gjennomganger hos AMK-legene, som kjente situasjonen, og annet personell. Organisert debrifing var ikke en fast rutine, men informantene var positivt innstilt når det ble tilbudt. Noen av informantene hadde ikke deltatt i en organisert debrifing.

Konklusjon: Informantene opplevde situasjonsbevissthet som en forutsetning for å håndtere ulike kritiske hendelser. Studien viser hvordan en kombinasjon av organisert debrifing og selvhjelp kan bidra til at kritiske hendelser håndteres bedre. Den viser også at AMK-legene og personell som var i situasjonen, er en viktig ressurs i forbindelse med gjennomganger for å fremme faglig vekst og trygghet i arbeidet. Funnene bidrar til å belyse ulike måter å bearbeide kritiske hendelser på i etterkant av 113-samtaler.

Introduksjon

Sykepleiere på akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) håndterer gjentatte kritiske hendelser av ulik alvorlighetsgrad når noen ringer nødnummeret 113.

Begrepet «kritisk hendelse» er en hendelse med høy alvorlighetsgrad. Det er tidligere definert som enhver hendelse som har resultert i, eller som har potensial til å resultere i, en negativ konsekvens eller et uønsket utfall for en pasient eller en person (1).

Det er vist at AMK-sykepleiere opplever alvorlige og vanskelige hendelser i arbeidet sitt, og frykten for å gjøre feil kan føre til overforbruk av begrensede ressurser som for eksempel ambulanse (2).

Det kan oppleves som utfordrende både å triagere og beslutte hastegrad når man ikke kan se pasienten og hendelsen (2, 3). Triage er vurdering av ulike hastegrader for hvilke tiltak AMK skal iverksette, og en prioritering av pasienter på bakgrunn av kontaktårsak til 113 (4).

Akuttmedisinforskriften pålegger AMK å besvare 90 prosent av samtalene innen 10 sekunder (5). AMK-sykepleiere har derfor knapp tid i en 113-samtale, samtidig som det kreves mentale og faglige forberedelser, god kommunikasjon med innringere og kolleger, systematisk innhenting av data og god veiledning til innringeren (6). Flere studier har vist til reaksjoner som arbeidsrelatert stress, utbrenthet og posttraumatiske symptomer hos AMK-personalet (3, 7).

Tidligere forskning har vist at sykepleiere har et profesjonelt behov for å lære av erfaringer og forberede seg på liknende hendelser, og et personlig behov for å bearbeide den følelsesmessige påkjenningen og forsikre seg om at de har gjort rett (8).

En kritisk hendelse som hjertestans og eventuelt død kan forårsake sterke emosjoner og gi sykepleieren angst. Det vil være behov for rask bekreftelse på at situasjonen ble håndtert korrekt. En slik bekreftelse vil skape trygghet og er en forutsetning for å lære av erfaringer og kunne gå videre i arbeidet (8).

AMK-sykepleiere benytter hele tiden beslutningsstøtteverktøyet Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) for å identifisere, registrere og fastsette kriterium for hastegrad i håndteringen av 113-samtaler. NIMN inneholder flere ulike kartblad for akuttmedisinske hendelser, for eksempel «02 Bevisstløst barn» (9). Disse verktøyene er med på å sikre den faglige håndteringen, og sykepleierne forbereder seg samtidig til nye hendelser.

Tidligere forskning fant at kunnskap (2), erfaring og intuisjon er viktige faktorer ved beslutninger om tiltak (2, 10). Det er også vist at en god håndtering av praksis er assosiert med menneskelige faktorer som blant annet situasjonsbevissthet (*situational awareness*), beslutningstaking, samarbeid, samarbeid og kommunikasjon (11).

På det organisatoriske nivået er det vist hvordan sykepleiere er avhengig av ressurser i arbeidet og støtte fra ledelsen etter kritiske hendelser, men at ressurser ikke alltid er tilgjengelige (10).

AMK-sykepleiere kan trenge hjelp til å bearbeide egne reaksjoner i ettertid. Sentrale mål for debrifing er tidligere beskrevet som å lære for å forbedre, redusere risikoen for feil og optimalisere behandlingen (11).

Det er også vist at debrifing kan medføre bedre håndtering av egne reaksjoner ved fremtidige hendelser (3, 7), og at de som aldri har deltatt i organisert debrifing, mangler teknikker som kan hjelpe dem med å mestre egne følelsesmessige reaksjoner (12).

Ved å delta på debrifing opplever sykepleiere også at utviklingen av tjenestene kan skje på både individ-, team- og organisasjonsnivå etter at debrifingen er gjennomført (11).

Innenfor den medisinske nødmeldetjenesten har imidlertid forskningsaktiviteten på sykepleieres opplevelser av debrifing vært sparsom (13, 14), og effekten er dårlig dokumentert (11). Debrifing kan forstås som en formell og systematisk gjennomgang av et hendelsesforløp i en samtalegruppe eller i et individuelt møte (15).

Etter en kritisk hendelse kan AMK-sykepleiere i Norge også delta i en teknisk gjennomgang, som er et samlingsmøte med involvert helsepersonell hvor man går gjennom hendelsesforløpet sammen og kan fortelle om sin innsats i hendelsen (16).

Operasjonslederen på den enkelte vekten tar ansvaret for å organisere en teknisk gjennomgang. Prosedyren kan være ulik avhengig av tid og sted, men vanlig rutine er at gjennomgangen styres av ansvarlig lege eller annen fagperson som selv deltok i hendelsen.

AMK-sykepleiere kan også motta telefonforespørsel om debrifing med emosjonell førstehjelp og krisehåndtering (EFOK) etter en kritisk hendelse. EFOK er samlebetegnelsen på den emosjonelle oppfølgingen i prehospitalet klinikk. EFOK er et støttetiltak for innsattpersonellet i AMK og i ambulansetjenesten der vedkommende som leder debrifingen, er ansatt i prehospitalet klinikk med sertifisert opplæring i kollegastøtte (17).

Det er behov for mer kunnskap om AMK-sykepleieres forutsetninger for å håndtere kritiske hendelser, og om hvordan ulike tiltak for bearbeiding oppleves som en støtte i ettertid av slike hendelser. Denne studien vil kunne danne grunnlaget for å få frem kvalitative kunnskaper for å utvikle en intervensjonsstudie med debrifing på et senere tidspunkt.

Hensikt med studien

Hensikten er å få kunnskap om AMK-sykepleieres opplevde forutsetninger for å håndtere kritiske hendelser i 113-samtaler og deres opplevelser av bearbeidingen i ettertid. Følgende forskningsspørsmål ble formulert:

1. Hvilke forutsetninger opplever AMK-sykepleiere som viktige for å håndtere emosjonelle reaksjoner etter en kritisk hendelse?
2. Hvordan opplever AMK-sykepleiere bearbeidingen og debrifingen av egne reaksjoner etter en kritisk hendelse?

Metode

Studiens metodearbeid presenteres med utgangspunkt i anbefalingene fra Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (18).

Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt design. Vi har gjennomført kvalitative intervjuer med en *grounded theory*-tilnærming (GT) (19,20), der hensikten er å få frem kvalitativ dybdekunnskap om AMK-sykepleieres håndtering og debrifing av kritiske hendelser.

Det er behov for en større kartlegging senere på flere AMK-sentraler for å få et mer representativt utvalg og på bakgrunn av etablert kunnskap kunne utvikle en intervensjonsstudie innen temaet.

Utvalg og utvalgsstrategi

Informantene er AMK-sykepleiere. Utvalgskriteriene er å ha deltatt på teknisk gjennomgang og/eller debrifing med EFOK. Sykepleiere på en AMK ved ett helseforetak i Norge mottok skriftlig forespørsel om å delta i studien, med vedlagt informert samtykkeskriv. Alder, kjønn, arbeidserfaring og annet rapporteres ikke av hensyn til informantenes anonymitet.

To informanter responderte positivt innen to uker. En årsak til manglende svar var at mange ikke hadde deltatt tidligere på debrifing. Derfor rekrutterte vi informanter som hadde fått organisert debrifing i senere tid, suksessivt, denne gangen med muntlig forespørsel med henvisning til tidligere utsendt informasjon.

Det totale utvalget besto av seks AMK-sykepleiere. De hadde ulike erfaringer med organisert debrifing og andre måter å bearbeide en kritisk hendelse på.

Datasamling og dataanalyse

En systematisk semistrukturert intervjuguide med tema og noen overordnede hovedspørsmål ble utformet og benyttet ved hvert individuelle intervju (tabell 1).

Tabell 1. Intervjuguide

A.	Den kritiske hendelsen • Tenk tilbake på da du opplevde en kritisk hendelse. Kan du fortelle om hendelsen? (Dersom det er flere hendelser, ta en av gangen.)
B.	Debrifing • Hva slags debrifing fikk du for hendelsen du fortalte om? • Kan du fortelle mer om debrifingen slik du husker den? • Kan du si litt om hvordan dere gikk gjennom hendelsen? • Hvordan håndterte du egne reaksjoner? • Kunne du velge selv hvordan debrifingen skulle være? • Hva er din formening om en nødvendig debrifing etter kritiske hendelser? • Hva kan du som kollega være oppmerksom på? • Hvordan forbereder du deg på en liknende hendelse i fremtiden?
C.	Forutsetninger* • Hva er viktig for deg når du skal håndtere en kritisk hendelse? • Hvilke forutsetninger opplever du som viktige for å håndtere en kritisk hendelse?

*Intervjuspørsmål som ble justert fra de første intervjuene og stilt til informanter i den videre datainnsamlingen.

Intervjuene fant sted i perioden februar til juli 2020 og varte fra 23 til 45 minutter. Vi gjennomførte de to første intervjuene på et uforstyrret rom ved AMK og de siste over telefon på grunn av utbruddet av covid-19.

Datasamlingen ble avsluttet etter seks intervjuer siden vi da hadde oppnådd et rikholdig datamateriale. Vi benyttet lydinnspilling med diktafon, og lydfilene ble slettet etter at intervjuene var transkribert.

Intervjuguiden ble utviklet med bakgrunn i forskningsspørsmålene og aktuell forskningslitteratur om kritiske hendelser (3, 21) og debrifing (7, 15). Intervjuguiden ble noe justert ut fra dataene og memoene. Denne fremgangsmåten er grunnleggende i GT (19, 20).

Hendelser og begreper som kom frem i de allerede transkriberte intervjuene og memoene, ble sammenliknet mellom hver informant. Det som kom frem, veiledet de videre intervjuene ved at vi justerte intervju spørsmål for å få data bekreftet eller forkastet. Som eksempel var AMK-sykepleiernes opplevde forutsetninger for å håndtere en kritisk hendelse et tema som kom opp allerede i første intervju, og som ble fulgt opp i de neste intervjuene.

Vi identifiserte ulike kategorier av sykepleiernes opplevde forutsetninger, og begrepet «tilstedeværelse» kom opp som en mulig kjernekategori. Siden begrepet kunne forstås som «fysisk tilstedeværelse», lette vi etter synonyme begreper som «fullt oppmerksom», «oppmerksomt nærvær» og «årvåkenhet». Sistnevnte var allerede en underkategori.

Etter å ha studert teori på området ble vi oppmerksom på begrepet *situational awareness*, som er benyttet i flere artikler (10). Det kan oversettes til «situasjonsbevissthet» og beskrives som en viktig faktor for å håndtere en kritisk hendelse.

Videre analyser av dataene førte til at vi valgte begrepet «situasjonsbevissthet» som kjernekategori. Tilhørende underkategorier som kom frem i datamaterialet, var «årvåkenhet», «robusthet», «kunnskap», «bearbeidingsevne» og «autonomi».

Vi fant at de færreste AMK-sykepleierne hadde erfaring med organisert debriefing. Dataene tydet på at flere håndterer sine egne reaksjoner selv uten støtte fra organisasjonen. Spørsmålene åpnet opp for hvordan de drev selvhjelp. Informasjonen i datamaterialet ble sammenliknet mellom hver informant, og kategorier begynte å utvikle seg. Slik foregikk datasamlingen og dataanalysen parallelt.

Analysen startet med en initial åpen koding ved å lese linje for linje for å bli kjent med dataene og deretter selektiv koding for å identifisere begreper som kunne inngå i kategorier. Eksempler på kodingsprosessen er beskrevet i tabell 2.

Tabell 2. Eksempel på dataanalyse

Rådata	Åpen koding	Selektiv koding
«Men da skjønner jeg fort at jeg ikke hadde satt helt riktig adresse, så de blir kanskje ett minutt forsinket.»	Hendelsen hadde en høy grad av alvorlighet, det var om å gjøre alt riktig der og da.	Årvåkenhet
«Det har noe med at legen kan gå gjennom samtalen i ettertid og bekrefte hva jeg har gjort, også ut fra sitt faglige ståsted.»		
«Jeg måtte hele tiden sjekke om det ble gjort hjerte-kompresjoner og prøvde å telle høyt og sa: ‘Tell høyt!’ Men hun sa: ‘Jeg klarer ikke’»	Det var nødvendig å være oppmerksom, få en god situasjonsforståelse og være mentalt til stede for pasienten og innringeren.	
«Det er ikke bare strikketøy og samtaleemnet med sidemannen som gjelder, men at det faktisk er å ha et øre på de rundt, det kan være at de trenger rask hjelp.»	Det gjelder å være årvåken også overfor kolleger som sitter i en krevende 113-samtale, og der mestring kan bli truet.	

Analyseeksemplet viser hvordan kategorien «årvåkenhet» fremkommer fra empirien.

Etiske overveielser

Før oppstarten av prosjektet var prosjektplanen godkjent av Norsk senter for forskningsdata, (NSD), referansenummer 661110 (21). Personvernombudet ved helseforetaket og avdelingsledelsen på AMK hadde gitt tillatelse til oppstarten. Forskningsetiske hensyn er ivaretatt gjennom informert samtykke ved muntlig og skriftlig informasjon.

Deltakelse ble bekreftet ved å signere samtykkeskjemaet. Alle fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst i studien, men før analysene ble påbegynt. Etter nøye vurdering ble det besluttet at en arbeidsgiver ved AMK-sentralen informerte om prosjektet og var meget bevisst på ikke å presse noen til å delta.

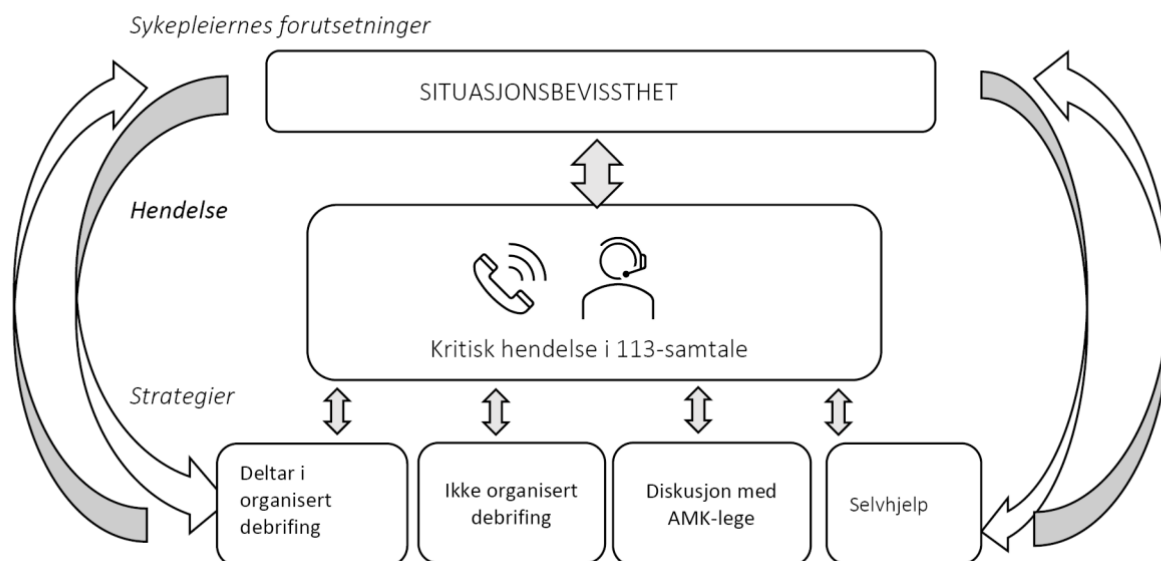
I resultatkapitlet har vi valgt å gjengi noen sitater, men informantene er ikke kodet av anonymitetshensyn.

Resultater

Sentrale funn i denne studien viser at AMK-sykepleiernes oppfatning av situasjonen, det vil si deres «situasjonsbevissthet», hendelsens alvorlighetsgrad og utfall har betydning for hvordan de bearbeider egne reaksjoner i ettertid.

De deltar eller deltar ikke i organisert debriefing, søker faglig støtte hos AMK-legene og/eller benytter tiltak som selvhjelp. De ulike kategoriernes sammenheng er illustrert i en modell (figur 1).

Figur 1. Modell for debrifing



AMK-sykepleiernes opplevde forutsetninger for en kritisk hendelse

Kjerne kategorien «situasjonsbevissthet» kan forklare noe av bakgrunnen for AMK-sykepleiernes håndtering av det de opplever som kritiske hendelser.

Situasjonsbevissthet relateres til sykepleiernes oppmerksomhet, innlevelse og situasjonsforståelse. Den relateres også til i hvilken grad de klarer å være til stede ved en kritisk hendelse og kontinuerlig følge med på situasjonen, som omfatter alt som skjer i samtalen, hendelsen og organiseringen av en eventuell utrykning. De må være uthvilt og ha overskudd.

Situasjonsbevissthet knyttes til frykt for feilvurdering, risiko for feilvurdering samt risiko for å bli bebreidet for de valgene som tas. Sykepleierne beskriver videre forutsetninger for kjerne kategorien «situasjonsbevissthet», og som er viktige for hvilke strategier de velger i ettertid. Disse forutsetningene utgjør underkategorier (tabell 3).

De beskriver «årvåkenhet» som evnen til å være oppmerksom, «robusthet» som evnen til å tenke mer rasjonelt enn emosjonelt, å være faglig forberedt med en kunnskapsbasert praksis, «kunnskap», samt evnen til å «bearbeide» sine reaksjoner på hendelsen. Det ligger i de opplevde forutsetningene at de selv tar «autonome» valg om hvordan de debrifer eller ikke debrifer kritiske hendelser videre i arbeidet.

Tabell 3. Sykepleiernes forutsetninger for kjerne kategorien «situasjonsbevissthet»

Underkategori	Egenskaper
Årvåkenhet	Refererer til i hvilken grad sykepleieren klarer å være til stede for pasienten, innringeren, kollegaen og seg selv i en kritisk hendelse. Årvåkenhet refererer også til å være uthvilt, oppmerksom og ha overskudd.
Robusthet	Refererer til ulike grader av sykepleierens personlige egnethet og tidligere erfaringer med kritiske hendelser, hvordan sykepleieren evner å tenke mer rasjonelt enn emosjonelt, og hvordan vedkommende klarer å distansere seg fra hendelsen.
Kunnskap	Refererer til ulike grader av faglig forberedthet, kunnskapsinnhenting samt samtale med AMK-legene for å lære av feil. «Kunnskap» omhandler i hvilken grad sykepleieren begrenser sin egen usikkerhet og løser ubesvarte spørsmål etter hendelsen.
Bearbeidingssevne	Refererer til grader av sykepleierens bearbeiding av kritiske hendelser i ettertid. Forutsetningen omhandler om hvorvidt sykepleieren forventer å bearbeide hendelsene, eller hvorvidt erfaringen er mangelfull emosjonell håndtering etter hendelser. En god bearbeiding er en viktig forutsetning for å håndtere neste hendelse.
Autonomi	Referer til i hvilken grad sykepleierne velger å delta på organisasjonens tilbud om debriefing, og i hvilken grad de debrifer på egen hånd (selvhjelp). Dette er opp til sykepleierne å bestemme.

Forutsetninger som utgjør underkategorier for kjerne kategorien «situasjonsbevissthet».

Debriefing etter kritiske hendelser

Strategiene som vi identifiserte, er at de primært håndterer den kritiske hendelsen med «selvhjelp», og at de ofte tar initiativ til en «diskusjon med AMK-legene» eller ambulansepersonellet. Organisert debriefing er ikke en fast rutine, og mens noen «deltar i organisert debriefing», fortsetter andre arbeidet «uten å delta i organisert debriefing».

«Organisert debriefing»

Få spør selv om å få delta på organisert debriefing med teknisk gjennomgang eller EFOK, men ønsker dette når det tilbys og organiseres på vakt etter hendelser med svært høy alvorlighetsgrad. En AMK-sykepleier fortalte:

«Jeg tror teknisk gjennomgang sparer oss for inntrykk etter kritiske hendelser. I stedet for at jeg lurer på om det kunne gått bedre eller om det var min feil, får jeg løst opp i det og avklart hendelsen sammen med kolleger. Kanskje var det ikke så alvorlig som jeg trodde.»

Informantene refererer til at det er viktig å få støtte for sin egen respons og vurdering av hendelsen, også når de erfarer god mestring av akuttmedisinske hendelser. De fortalte at det er viktig å kunne løse ubesvarte spørsmål, sette ord på følelser, bli stilt relevante spørsmål, lære mestringsteknikker og bli veiledet i hvordan de heller kan tenke rasjonelt i stedet for emosjonelt, og at de slik kan forebygge selvbefridelse:

«Jeg hadde debriefing med EFOK på telefonen, som var betryggende. Jeg møtte ikke opp fysisk. Da første samtalen var over, slappet jeg av med å vite at de ringer om en uke. Det var ikke noe mer jeg kunne fått gjort.»

Ofte opplever noen at én telefonsamtale med EFOK er tilstrekkelig, men iblant er det behov for flere samtaler for å kjenne at det hjelper. Dette beskrives spesielt av AMK-sykepleierne som har håndtert alvorlige hendelser med barn involvert.

«Ikke-organisert debriefing»

Denne strategien inkluderer de som takker nei til organisert debriefing ved forespørsel, og de som ikke mottar tilbudet. AMK-sykepleierne som takker nei til å delta, mener gjennomgående at de håndterer hendelsen uten behov for hjelp fra organisasjonen, men kan savne tilbud ved andre hendelser:

«Det er noen ganger EFOK har ringt hvor jeg ikke har følt behovet, men det er kanskje andre ganger jeg hadde ønsket en samtale.»

De som ikke mottok tilbudet, forsøkte mer eller mindre å distansere seg emosjonelt fra egne tanker rundt hendelsen ved å fortsette vekten og hente mestring og motivasjon i de påfølgende 113-samtalene. Andre påpekte at debriefingen ofte organiseres utenom arbeidstiden og/eller utenfor arbeidsstedet, og dermed tar de seg ikke tid i en allerede hektisk hverdag.

Informantene beskrev evnen til å håndtere kritiske hendelser gjennom tilstedeværelse og ved å være faglig forberedt. Mange klarer å håndtere og bearbeide emosjonelle reaksjoner på belastende opplevelser. Men dataene viser også hvordan noen kan ha behov for debrifing rett i etterkant av en hendelse, men at tiden ikke alltid strekker til.

Et annet problem som kan føre til manglende emosjonell håndtering i ettertid, kan være mange nye og krevende 113-samtaler etterpå eller få pauser til samtaler med kolleger:

«Idet jeg la på telefonen, så måtte jeg ta neste, jeg fikk ikke puste imellom telefonene. Jeg måtte ta den, fordi jeg så den hadde ringt i nesten ett minutt, og sånn gikk resten av vakta.»

«Selvhjelp»

Noen AMK-sykepleiere fortalte om situasjoner med selvhjelp. De forbereder seg blant annet ved å forbedre egne kunnskaper slik at de kan omstille seg raskt til liknende hendelser. Mindre alvorlige hendelser bearbejdes ofte med korte pauser eller ved å lytte til lydloggen for å lete etter feil eller forbedringspunkter.

Større og alvorlige hendelser debrifes ved å dele erfaringer fra hendelsen med sidemannen. Dersom kolleger har vært i «medlytt», det vil si lyttet til 113-samtaler for å avdekke behov for støtte, beskrev enkelte at det da var lettere å dele reaksjoner og emosjoner. En forutsetning var imidlertid at de hadde tilstrekkelig tid til «defusing», som er en tidlig gjennomgang av hendelsesforløpet for å redusere emosjonell uro:

«Jeg er flink til å snakke og diskutere med noen. Da jeg håndterte barnet med fremmedlegeme i luftveiene, hadde det vært ganske stille på telefonen rundt, så alle hadde hørt samtalen og gått i medlytt.»

Iblant forbereder noen seg med å tilegne seg mer kunnskap ved å repetere eller pugge spesielle kartblad i NIMN. Enkelte søker også om å få fri eller blir hjemme fra jobb for å hente seg inn emosjonelt. Noen informanter oppga at de søker støtte hos egne familiemedlemmer etter endt vakt ved alvorlige, kritiske hendelser.

«Diskusjon med AMK-legene»

Etter både alvorlige og mindre alvorlige hendelser henvender sykepleierne seg ofte til AMK-legene, eller de ringer ambulansepersonell som var ute i hendelsens oppdrag. Hensikten er å søke støtte, få bekreftelse på egen vurdering eller oppdatere seg på det konkrete behandlingsforløpet i enkelthendelser.

Det er kun de AMK-legene som har mulighet til å lytte til lydloggen, som de diskuterer med. Dette gjelder uavhengig av om sykepleierne har fått tilbud om organisert debrifing:

«Det har noe med at legen kan gå gjennom samtalen og bekrefte hva jeg har gjort, også ut fra sitt faglige ståsted, og det synes jeg er en viktig faktor i denne bearbeidingen.»

Diskusjon

Sentrale funn i denne studien er at AMK-sykepleierne beskrev ulike forutsetninger som er viktige for hvordan de bearbeider hendelsene. Kjernekategori «situasjonsbevissthet» er en viktig forutsetning for å håndtere opplevelser etter kritiske hendelser, der de navigerer mellom både personlig og faglig kompetanse i kommunikasjonen med pasienten, innringeren og kolleger.

Flere av AMK-sykepleierne beskrev at de velger en kombinasjon av selvhjelp og organisert debrifing. De som ikke benytter seg av tilbudet, mener de har en høy terskel for å be om debrifing, eller de ser ikke behovet og takker nei til organisert debrifing.

Funnene viser også at diskusjon med AMK-legen er en viktig intern ressurs i forbindelse med faglige gjennomganger etter kritiske hendelser. Sykepleierne tar ofte selv initiativ til en slik diskusjon.

Noen viktige forutsetninger for å håndtere en hendelse

Noen viktige forutsetninger for å håndtere en kritisk hendelse er beskrevet i tabell 3. De danner bakgrunnen for kjernekategori «situasjonsbevissthet», som er en sentral forutsetning for å håndtere en kritisk hendelse og kunne debrife i ettertid (figur 1).

Begrepet «situasjonsbevissthet» er blant annet beskrevet i forskning på sykepleieres situasjonsforståelse og beslutningsevne ved alvorlige hendelser (2, 22), eller i forbindelse med nattskift der årvåkenhet blir mest svekket på grunn av forskjøvet døgnrytme (23). Begrepet er tidligere benyttet som en paraplybetegnelse for en rekke kognitive prosesser eller ferdigheter som inkluderer persepsjon, forståelse og prediksjon (10).

Våre funn er i overensstemmelse med disse funnene ved at sykepleierne tilstreber å omstille seg for å være til stede mentalt mellom hendelsene, men det kan være vanskelig når nye 113-samtaler står på vent. Vi fant at sykepleierne oppnår «robusthet» ved å tenke og handle mer rasjonelt enn emosjonelt.

Videre fortalte de om en frykt for å vurdere feil hvis de ikke får en god forståelse av hendelsen, slik at de for eksempel ikke fanger opp hindringer i kommunikasjonen mellom sykepleieren og innringeren. Forskning har vist at en forutsetning for å håndtere telefonveiledet hjerte-lunge-redning er at AMK-sykepleieren er støttende og observant i kontakten med innringeren (2).

Tidligere forskning har videre vist hvordan sykepleiere forsøker å lage et «mentalt bilde» av hendelsen kombinert med faglig kunnskap for triage (24). Annen forskning (2) beskriver faglig forberedthet, muligheten for å bruke tidligere sykepleiererfaringer, få støtte for egen beslutning og ha mer tid til å reflektere rundt triage av alvorlige hendelser.

Sykepleierne i vår studie forsøker for eksempel å løse opp i ubesvarte spørsmål eller usikkerheten etter kritiske hendelser ved å tilegne seg «kunnskap» gjennom en faglig teknisk gjennomgang.

Våre funn viser imidlertid at det er mangel på et ensartet tilbud om debrifing i arbeidstiden, og at sykepleierne ofte tar «autonome» valg om hvordan de håndterer hendelsen i ettertid. En god tilgang på debrifing i arbeidstiden kan ha betydning for hvordan de klarer å «bearbeide» en hendelse, noe sykepleierne beskrev som en viktig forutsetning for å møte neste hendelse.

Debrifing oppleves som viktig

Selv om dataene indikerer at de færreste etterspør organisert debrifing, opplever AMK-sykepleierne i studien vår at debrifing fører til at de får satt ord på følelser, får avklart om de har gjort rett, og lærer mestringsteknikker slik at de heller kan tenke rasjonelt enn emosjonelt, og unngå selvbefridelse. Det er også viktig å få avklart hendelsen med kolleger.

Imidlertid viser forskning at utrykningspersonell ikke alltid er begeistret for å bli fortalt hvorvidt de skal delta på debrifing eller ei. Manglende erfaring med debrifing kan føre til dårligere mestring av hendelsene (12). Det er videre hevdet at debrifing, kollegastøtte og oppfølging kan være mer nødvendig for novisen (25) og etter alvorlige hendelser med barn (3, 22).

I studien vår opplevde sykepleierne at én telefonsamtale med EFOK var tilstrekkelig, selv om det av og til var behov for mer oppfølging, og særlig etter at de hadde håndtert et alvorlig sykt eller skadet barn. Men det fremkom også at sykepleierne ikke alltid hadde behov for debrifing etter det de selv erfarte som god mestring av akuttmedisinske hendelser. Det er imidlertid et gjennomgående funn at sykepleierne tar initiativ til å lære av konkrete hendelser for å være forberedt, noe som er i tråd med tidligere forskning (8).

Flere hadde mindre erfaring med gruppegjennomganger enn med individuell debrifing med EFOK. Det er tidligere funnet at sykepleiere har forskjellig opplevelse av debrifing som et individuelt tilbud i motsetning til i grupper. For eksempel kan hierarki i et team være en barriere for sykepleiere mot å snakke om seg selv og visse temaer under debrifing (26). Hierarki kan også føre til at gjennomganger med kolleger kan være stressende å delta på (22).

Slike resultater underbygger mulige barrierer mot å delta, og man kan være oppmerksom på at gruppegjennomganger kanskje ikke vil være gunstig i alle situasjoner. Men forskning har også vist at det å ha tilgang til debrifing og veiledning i å benytte en slik oppfølging kan få flere til å delta, og det kan for eksempel gjøres ved å sende en invitasjon som tekstmelding (22).

I vårt materiale fremgår det imidlertid at kolleger var viktige støttespillere i løpet av en arbeidsdag, for eksempel til «medlytt» dersom de hadde anledning.

Hvorfor noen takker nei til debrifing

Det er tidligere vist til at barrierer mot å delta i debrifing kan bero på mangel på oppfordring til å delta (12), usikkerhet rundt rollen til en «debrifer» og mangel på prosedyrer for debrifing i organisasjonen (8).

Mye av dette bekreftes i våre funn, blant annet at det er enklere å takke nei til å delta dersom debrifingen ikke inngår i arbeidstiden eller på arbeidsstedet. Vi fant også at en teknisk gjennomgang med kolleger ble opplevd som like viktig som den emosjonelle debrifingen, da den gir en faglig forsikring om og støtte til å håndtere hendelsen.

Teamarbeid og samarbeid med kolleger er også fremhevet tidligere som viktige ved kritiske hendelser (11). Det er vist til at god støtte fra organisasjonen kan bidra til å redusere utbrenthet og hjelpe med å bygge motstandskraft, kalt *resilience*, hos operatørene (27). Dette er i overensstemmelse med våre sykepleiere som beskriver nødvendigheten av en «robusthet» i møte med en kritisk hendelse.

Det etterlyses mer forskning for å finne strategier som er effektive for å overvinne barrierer mot debrifing, spesielt for å formidle verdien og formålet med dette tiltaket til aktuelt helsepersonell (11).

Clark og McLean (8) hevder at debrifing er en uutnyttet mulighet for sykepleiere til å lære, få bekreftelse på at de har gjort en god jobb, og på den måten forbedre praksis. Noen av sykepleierne i vår studie fortalte at de har mindre behov for debrifing, da de opplever å mestre akuttmedisinske hendelser. Disse sykepleierne tar autonome valg om å delta på debrifing eller ikke.

Med den kunnskapen man allerede har om nytten av å bearbeide og følge opp en kritisk hendelse, er det grunn til å stille spørsmål om hvorvidt frihet til å velge debrifing er veien å gå videre. Kanskje bør heller debrifing og teknisk gjennomgang etableres som et standardisert tilbud til alle.

Selvhjelp og kollegastøtte

Et viktig funn er at selvhjelp kompenserer for manglende støtte i debrifingen. AMK-sykepleierne beskrev «bearbeidelse» som en forutsetning for å håndtere egne reaksjoner etter kritiske hendelser. De opplevde dessuten at det hjelper med korte pauser, gode tilbakemeldinger og spontane samtaler med kolleger om kliniske aspekter ved hendelser med dårlig utfall.

Tidligere forskning støtter at korte pauser kan bidra til refleksjoner (8, 10, 28). Det er også beskrevet hvordan den enkelte kan dra nytte av umiddelbar diskusjon og tilbakemeldinger (29), og at en slik oppfølging kan gjøre sykepleierne tryggere i arbeidet (8). Slike tiltak anbefales for defusing, for å gjøre situasjonen mindre dramatisk (10, 28, 29).

Flere sykepleiere i vår studie fortalte om defusing med sidemannen eller kolleger som har vært i «medlytt» etter alvorlige hendelser. Det kom også frem at flere evner å distansere seg emosjonelt med slike strategier for selvhjelp. Videre har tidligere forskning beskrevet hvordan erfaringsbasert kunnskap fra kolleger kan fremme læring i konkrete hendelser preget av usikkerhet (25).

Bedre tid til å dele egne reaksjoner oppleves som betydningsfullt for hvordan de bearbeider hendelser og søker støtte hos kolleger på vakt, noe som også kan forebygge stress (12, 28).

Stress ble imidlertid ikke nevnt eksplisitt i studien vår, selv om flere opplevde at de ikke fikk anledning til å hente seg inn igjen etter en kritisk hendelse på grunn av stor arbeidsmengde. Men det er vist at tilbakemeldinger og oppfølging i arbeidet slik som våre informanter beskrev, er forbundet med mer jobbtilfredshet (26).

En faglig gjennomgang av hendelsen er også svært viktig

Et gjennomgående funn er at flere søker støtte hos AMK-legene for faglig gjennomgang. AMK-legens kompetanse og tilgang til lydlogg er en viktig intern ressurs i forbindelse med faglige gjennomganger av konkrete enkelthendelser. En slik type konsultasjon er forbundet med å fremme positive læringsopplevelser (8, 10).

Dette funnet kan indikere at AMK-legen gir en like viktig gjennomgang som samtalen med EFOK, der «debriften» ikke nødvendigvis kjenner til hendelsene i 113-samtaler like godt.

Sykepleierne i vår studie fremhevet «kunnskap» som en forutsetning for å kunne være forberedt på en situasjon og lære til neste hendelse. Samtidig diskuterer de god praksis og områder for forbedring av praksis både på individnivå og i team, noe som er fremhevet som viktig i tidligere forskning om debrifing (11, 25).

En faglig gjennomgang er også viktig for å oppklare AMK-sykepleieres usikkerhet etter hendelsen og forsikre dem om at de har gjort rett selv om for eksempel en gjenopplivning mislyktes.

«Kunnskap» er et funn som støttes av annen forskning som viser at sykepleieres profesjonelle behov for å lære av erfaringer og forberede seg til liknende hendelser også er en del av det å bearbeide den følelsesmessige påkjenningen av å ha vært involvert i en alvorlig hendelse (8). Den faglige gjennomgangen er derfor svært viktig for AMK-sykepleierne og vil være en del av en fremtidig modell for debrifing.

Styrker og svakheter ved studien

Denne studien bidrar med ny og viktig kunnskap om AMK-sykepleieres debrifing etter kritiske hendelser ved en AMK i Norge. Førsteforfatteren er AMK-sykepleier der studien ble gjennomført, og kan derfor benevnes som en «innsider», det vil si at forskeren har forkunnskaper og for forståelse om praksisfeltet og problemområdene som studeres (30).

Selv om det kan vurderes som en ulempe med en eventuell forutinntatthet, er det en fordel med lettere tilgang til feltet. Kommunikasjonen med informanter blir bedre med kompetanse om og egen erfaring med det aktuelle temaet.

Det kan stilles spørsmål om det faktum at det var en av lederne som videreformidlet spørsmålet om å delta, og at det slik sett kan sies å være et skjevt maktforhold mellom den som spør, og den som blir forespurrt. Som kollega antok vi at det ville være vanskeligere å si nei til å delta til en innsider, som førsteforfatteren var, enn til en leder som man vanligvis kan ta opp problematiske forhold med.

En annen utfordring var at utvalgsriteriene viste seg å være vanskelige å oppfylle, da ikke alle AMK-sykepleiere hadde deltatt på organisert debrifing slik vi forutsatte. Derfor endret vi inklusjonen underveis, slik at vi forespurte de som i senere tid hadde deltatt i organisert debrifing suksessivt.

Det var ingen frafall av informanter etter inklusjonen, og datagrunnlagets metning ble styrket gjennom en teoretisk utvelgelse som beskrevet i GT (20), siden vi etter hvert kun inkluderte informanter som hadde deltatt i organisert debrifing.

Studien har et lite utvalg, men dataene gir retning for en senere og større studie ved at vi oppdaget at de færreste hadde deltatt på en organisert debrifing, og at de velger ulike strategier for å bearbeide og debrife hendelsene.

Funnene har ikke overføringsverdi til andre AMK-sentraler, men de kan likevel ha en generell interesse. Funnene i studien kan også være aktuelle for sykepleiere på legevaktsentraler (LVS) i Norge, da LVS og AMK ofte samhandler ved alvorlige hendelser.

Det er derfor behov for videre forskning med et større utvalg, der man kartlegger et større antall AMK-sentraler for å se på representativitet og oppfølging med debrifing ved AMK-sentralene generelt.

Vi fant også at en klagesak etter en hendelse opplevdes som en stor belastning og som en type kritisk hendelse av sykepleierne, men dette temaet er ikke omhandlet i denne artikkelen. Klagesaker kan vurderes som et generelt problem der sykepleiere og annet personell også kan trenge oppfølging i ettertid.

Konklusjon

Denne studien har vist at AMK-sykepleiere bearbeider sine egne reaksjoner etter en kritisk hendelse både med selvhjelp og kollegahjelp, samtale med AMK-lege samt tilegnelse av mer kunnskap. Situasjonsbevissthet er en viktig forutsetning for å håndtere en kritisk hendelse. Det at bare noen sykepleiere fikk tilbud om organisert debriefing (EFOK), og kun etter noen hendelser, viser at slik debriefing ikke er satt i system ved AMK-sentralen som ble undersøkt.

Studien gir ikke svar på hvordan det er ved andre AMK-sentraler i Norge, men funnene samsvarer med tidligere forskning. Det er derfor behov for mer forskning på dette feltet av akuttmedisinen. Intervensjonsstudier vil være særlig verdifullt for å bidra til mer kunnskap på området. Slike studier kan også bidra til at AMK-sykepleiere kan bli ivaretatt for emosjonelle reaksjoner etter kritiske hendelser.

FAKTA

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Det er vist at AMK-sykepleiere kan oppleve negative reaksjoner etter kritiske hendelser i 113-samtaler, og at debriefing kan medføre læring og bedre håndtering av egne emosjonelle opplevelser også ved fremtidige hendelser.
- Vi ønsket å få svar på AMK-sykepleieres forutsetninger for å håndtere kritiske hendelser i arbeidet sitt. Derfor utførte vi en kvalitativ studie der vi innhentet sykepleieres opplevde forutsetninger og bearbeiding av hendelsen. Vi benyttet en *grounded theory*-tilnærming med individuelle intervjuer. Datainnsamlingen og dataanalysen foregikk parallelt med en initial åpen koding og selektiv koding for å identifisere begreper som kunne inngå i kategorier.
- Studien viser at AMK-sykepleierne primært følger strategien «selvhjelp» i kombinasjon med andre strategier som tekniske gjennomganger. Organisert debriefing er ikke fast rutine. Studien viser at et standardisert tilbud om organisert debriefing er ønsket av sykepleierne og nødvendig i fremtiden. Den viser også at det er behov for videre forskning for at vi skal få et bedre og bredere tilbud som også inkluderer faglige gjennomganger.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

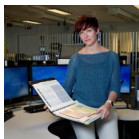
1. Flanagan J. The critical incidence technique. *Psychological Bulletin*. 1954;51(4):327–58. DOI: [10.1037/h0061470](https://doi.org/10.1037/h0061470)
2. Ek B, Svedlund M. Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. *J Clin Nurs*. 2014;24(7–8):1122–31. DOI: [10.1111/jocn.12701](https://doi.org/10.1111/jocn.12701)
3. Boland LL, Kinzyl TG, Myers RN, Fernstrom KM, Kamrud JW, Mink PJ, et al. Burnout and exposure to critical incidents in a cohort of emergency medical services workers from Minnesota. *West J Emerg Med*. 2018;19(6):987–95. DOI: [10.5811/westjem.8.39034](https://doi.org/10.5811/westjem.8.39034)
4. Halvorsen KS, Nilsen JE, Olsen JÅ. Triage i den akuttmedisinske kjeden. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS); 2014. Rapport nr. 2–2014. Tilgjengelig fra: https://www.nakos.no/pluginfile.php/95197/mod_folder/content/0/Triage%20i%20den%20akuttmedisinske%20kjeden.pdf?forcedownload=1 (nedlastet 14.10.2022).
5. Forskrift 20. mars 2015 nr. 31 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231> (nedlastet 10.02.2020).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Sentrale elementer vedrørende organisering av AMK-sentralene. Utredning. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/b332572e94304549b8b6db04ad617f76/amk_utredning_150916.pdf (nedlastet 20.06.2020).
7. Shakespeare-Finch J, Rees A, Armstrong D. Social support, self-efficacy, trauma as well-being in emergency medical dispatchers. *Soc Indic Res*. 2014;123(2):549–65. DOI: [10.1007/s11205-014-0749-9](https://doi.org/10.1007/s11205-014-0749-9)
8. Clark R, McLean C. The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in cardiac arrest: an explorative qualitative pilot study. *Intensive & Critical Nursing*. 2018;47:78–84. DOI: [10.1016/j.iccn.2018.03.009](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.009)
9. Den norske legeforening. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 3. utg. Stavanger: Lærdal Medical; 2009. Tilgjengelig fra: [https://www.sthf.no/SiteCollectionDocuments/Rapporter%20og%20planverk/Ambulanseplan/\[031%20Den%20norske%20legefor](https://www.sthf.no/SiteCollectionDocuments/Rapporter%20og%20planverk/Ambulanseplan/[031%20Den%20norske%20legefor) (nedlastet 29.01.2022).

10. Leonardsen A-C, Ramsdal H, Olasveengen TM, Steen-Hansen JE, Westmark F, Hansen AE, et al. Exploring individual and work organizational peculiarities of working in emergency medical communication centers in Norway – a qualitative study. BMC. 2019;19(1):1–9. DOI: [10.1186/s12913-019-4370-0](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4370-0)
 11. Tierney S. The utilization of a structured debriefing framework within the pre-hospital environment: a service evaluation. BR Paramed J. 2018;2(1). DOI: [10.29045/14784726.2018.06.3.1.8](https://doi.org/10.29045/14784726.2018.06.3.1.8)
 12. Boothroyd A, Green S, Dougherty A. Evaluation of operation restore: a brief intervention for first responders exposed to traumatic events. Traumatology. 2018;25(3):162–71. DOI: [10.1037/trm0000168](https://doi.org/10.1037/trm0000168)
 13. Gardett I, Clawson JJ, Scott G, Barron T, Patterson B, Olola C. Past, present and future of emergency dispatch research: a systematic literature review. AEDR. 2016;33(9):29–43. DOI: [10.1136/emered-2016-206139.13](https://doi.org/10.1136/emered-2016-206139.13)
 14. Dyregrov A. Early interventions following exposure to traumatic events: implications for practice from recent research. J Loss Trauma. 2012;17(3):271–91.
 15. Dyregrov A. Psykologisk debriefing: Hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
 16. Helsedirektoratet, Gjensidigestiftelsen. Nasjonal førstehjelpsdugnad. Sammen redder vi liv 2017–2020. En oppsummering av dugnadens tre første år. Oslo: Helsedirektoratet, Gjensidigestiftelsen; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/sammen-redder-vi-liv-2017-2020/Sammen%20redder%20vi%20liv%20-%20bokm%C3%A5l.pdf/_attachment/inline/8f05ca8a-3b5c-466a-9781-2d1525bec814:68eff50d8699a38bd26570a16fe9df70725d999a/Sammen%20redder%20vi%20liv%20-%20bokm%C3%A5l.pdf (nedlastet 10.02.2022).
 17. Ambla. Hva er Ambla? Helgeroa: Ambla; u.å. Tilgjengelig fra: <https://ambla.no> (nedlastet 20.11.2021).
 18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57. DOI: [10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)
 19. Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 2. utg. Los Angeles, California: SAGE; 1990.
 20. Corbin J, Strauss AL. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 4. utg. London: SAGE; 2015.
 21. Norsk senter for forskningsdata (NSD). Arkiver data. Bergen: NSD; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/arkiver-data> (nedlastet 01.02.2022).
 22. Jeruzal JN, Boland LL, Frazer MS, Kamrud JW, Myers RN, Lick C, et al. Emergency medical services provider perspectives on pediatric calls: a qualitative study. Prehosp Emerg Care. 2019;23(4):501–9. DOI: [10.1080/10903127.2018.1551450](https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1551450)
 23. Ganesan S, Magee M, Stone JE, Mulhall D, Collins A, Howard ME, et al. The impact of shift work on sleep, alertness and performance in healthcare workers. Scientific Reports. 2019;9(4635):1–13. DOI: [10.1038/s41598-019-40914-x](https://doi.org/10.1038/s41598-019-40914-x)
 24. Wong B, Blandford A. Describing situation awareness at an Emergency Medical Dispatch Centre. Human Factors and Ergonomics Society. 2004;48(3):285–9. DOI: [10.1177/154193120404800302](https://doi.org/10.1177/154193120404800302)
 25. Hörberg A, Jiwre M, Kalen S, Vicente V, Lindström V. We need support! A Delphi study about desirable support during the first year in the medical service. SJTREM. 2017;25(89):1–11. DOI: [10.1186/s13049-017-0434-5](https://doi.org/10.1186/s13049-017-0434-5)
 26. Seelandt JC, Walker K, Kolbe M. «A debriefer must be neutral» and other debriefing myths: a systemic inquiry-based qualitative study of taken-for-granted beliefs about clinical post-event debriefing. Advances in Simulation. 2021;6(1):1–7. DOI: [10.1186/s41077-021-00161-5](https://doi.org/10.1186/s41077-021-00161-5)
 27. Smith EC, Holmes L, Burkle FM. Exploring the physical and mental health challenges associated with emergency service call-taking and dispatching: a review of the literature. Prehospital and Disaster Medicine. 2019;34(6):1–6. DOI: [10.1017/S1049023X19004990](https://doi.org/10.1017/S1049023X19004990)
 28. Bohström D, Carlström E, Sjöström N. Managing stress in prehospital care: strategies used by ambulance nurses. Intl Emerg Nurs. 2017;32:28–33. DOI: [10.1016/j.ienj.2016.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.08.004)
 29. Salas E, Klein C, King H, Salisbury M, Augenstein JS, Birnbach DJ, et al. Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips. JT Comm J Qual Patient Saf. 2008;4(9):518–27. DOI: [10.1016/s1553-7250\(08\)34066-5](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34066-5)
 30. Polit DF, Beck CT. Qualitative research design and approaches. Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 8. utg. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
-



LES OGSÅ

Veien inn til sykehus for pasienter innlagt ved mistanke om akutt hjerneslag



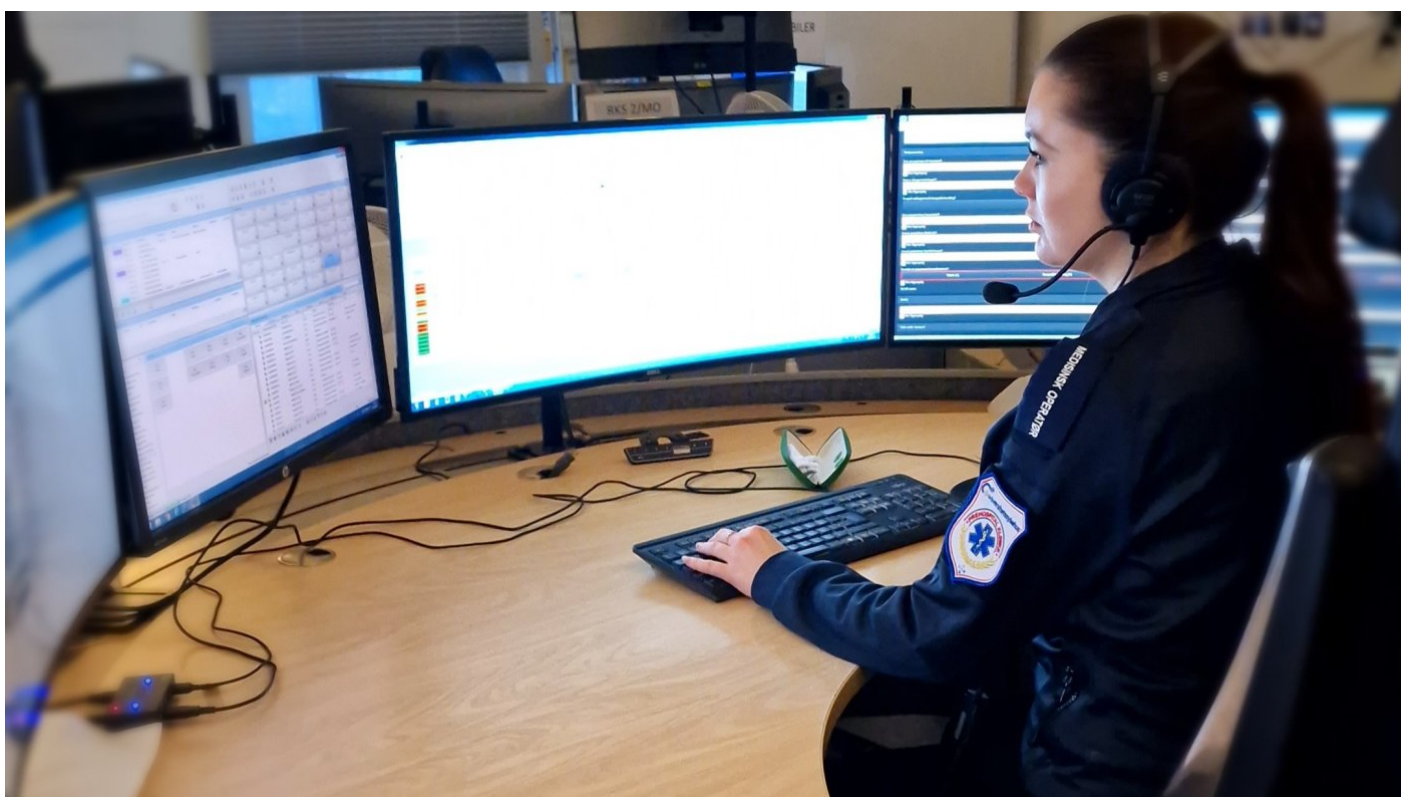
LES OGSÅ

Når det piper i nødtelefonen



LES OGSÅ

Statsforvalteren: AMK Oslo er ikke gode nok på henvendelser fra publikum



AKUTTMEDISINSK KOMMUNIKASJONSSENTRAL: Sykepleierne som tar imot 113-samtaler, bearbejder noen kritiske...

LES MER ▾