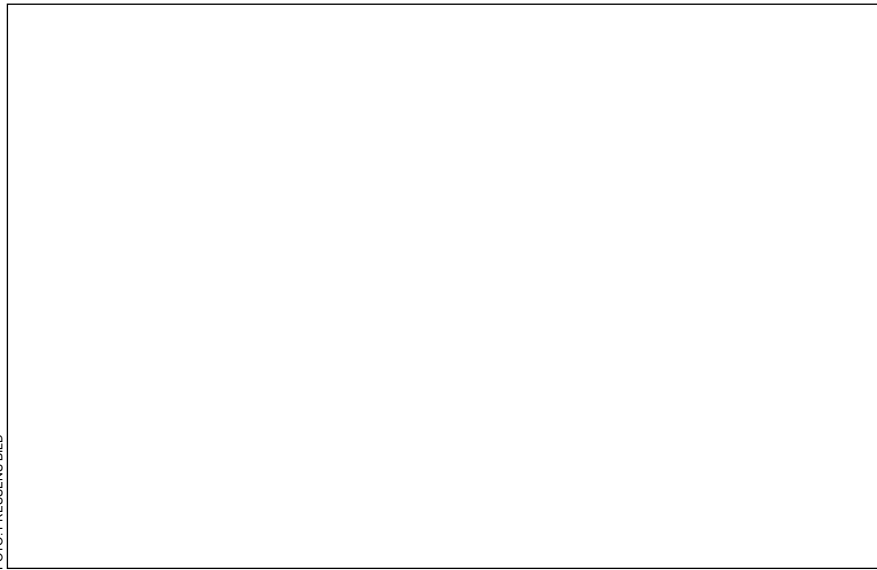


FOTO: PRESENS BILD



Det finns inga vetenskapliga hållpunkter för att avfärda en korrekt utförd debriefing.

som metod ger positiva effekter hos traumatiserade individer om den används på sätt som beskrivs nedan.

Komponent i ett system för omhändertagande

Låt oss avsluta med att påpeka att korrekt tillämpad debriefing ingår som en komponent i ett omfattande system för omhändertagande av personal. Detta system bör innehålla följande moment [6, 9]:

- utbildning, övningar och mentala förberedelser före traumatiska händelser,
- emotionell första hjälp, ofta kallat kamrattöd, i samband med händelsen,
- avlastningssamtal genomfört av arbetsledare inom ramen för det ordinarie ledarskapet samma dag som händelsen inträffar,
- debriefing genomförd vid behov av särskilt utbildad personal tre dagar till en vecka efter händelsen,
- uppföljning av särskilt drabbade eller riskindivider, eventuellt i form av läkarundersökning.

Förtjänar behandlas bättre

Det har under senare år vuxit upp en betydande konsultmarknad inom debriefingområdet. En del av aktörerna på denna marknad är nog dessvärre såväl mindre nogräknade som dåligt pålästa. Dessa har vi inte mycket till övers för. Det måste också framhållas att forskningen på området är otillräcklig.

Men, det är olyckligt när ordföranden för SBU agerar så som nu skett.

Symbolvärdet i denna handling är betydande och har en räckvidd långt utanför hälso- och sjukvårdens gränser. Det finns ett stort antal personer i vårt land som seriöst lägger ned mycken tid och möda på det system av aktiviteter där debriefing ingår. Dessa personer, och den personal de försöker hjälpa, förtjänar att bli mer seriöst behandlade.

Referenser

1. Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 78-81.
2. Rose S, Brewin CR, Kirk M. A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine* 1999; 29: 793-9.
3. Wessley S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions (»debriefing») for trauma-related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder. *Cochrane review*. Oxford: The Cochrane Library, 2000.
4. Dyregrov A. The process of psychological debriefing. *J Traumatic Stress* 1997; 10: 589-604.
5. Larsson G, Michel PO, Lundin T. Systematic assessment of mental health following various types of posttrauma support. *Military Psychology* 2000; 12: 121-35.
6. Mitchell JT, Everly Jr GS. Critical Incident Stress Debriefing (CISD): an operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. Second edition, revised. Ellicott City, MD: Chevron Publishing, 1996.
7. Dyregrov A. Psychological debriefing: an effective method? *Traumatology: the international electronic journal of innovations in the study of the traumatization process and methods for reducing or eliminating related human suffering*, 1998: Autumn: 1-14.
8. Mitchell JT, Everly Jr GS. Critical incident stress management: a new era in crisis intervention. *ISTSS News*, 1998, fall 6-7: 10-1.
9. Försvarsmakten. Försvar psykiatri. Stockholm: Försvarsmakten, 1999.

Psykologisk debriefing – dags att skrota modellen eller ...?

Personal inom räddningstjänst och på sina håll inom hälso- och sjukvård utsätts i sitt arbete för extrema påfrestningar som kan leda till långsiktiga psykiska problem. Psykologisk debriefing är en metod för stöd till en personalgrupp efter kritiska händelser i arbetet. Stöd till krisdrabbade och behandling av psykologiskt traumatiserade människor är något helt annat. Vet man inte skillnaden föreligger stor risk att man drar felaktiga slutsatser av effektstudier på olika former av krisstödande insatser.

Det pågår en debatt i medierna om värdet av »psykologisk debriefing». Metoden har dömts ut som värdelös och till och med skadlig, senast av professor Kjell Asplund, ordförande i SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik) [1, 2].

Kritikerna har bland annat hänvisat till en Cochrane-rapport från 1999 medan bejakarna mest hänvisat till egna erfarenheter [3]. Andra har beskrivit »debriefing» som mycket värdefull och hävdar att »det är löjligt att påstå att debriefing skulle kunna vara skadlig».

Debatten är inte unik för Sverige utan förs sedan flera år internationellt

Författare

EVA HÅKANSON
leg psykolog, leg psykoterapeut
eva.hakanson@smd.sll.se

ABBE SCHULMAN
enhetschef, överläkare, med dr; båda vid Centrum för kriskunskap, Enheten för psykisk hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
abbe.schulman@smd.sll.se

ANNONS

ANNONS

[4-6]. I år publiceras en bok i vilken man går igenom det mesta av litteraturen på området [7]. För den oinsatte kan det naturligtvis vara svårt att veta vad man skall tro. Och somliga drar då i likhet med professor Asplund tyvärr slutsatsen att det är bäst att helt avråda inte enbart från »debriefing» utan fast mer från allt akut krisstöd till drabbade vid olyckor och katastrofer.

Debatten i svenska medier om »debriefing»-metodens vara eller inte vara är tyvärr osaklig från båda håll och tycks delvis bottna i okunskap om vad denna metod egentligen går ut på och i vilket sammanhang den kan vara användbar.

Debatten välkommen

Vi välkomnar verkligen såväl en ofentlig och seriös debatt som en upprensning i den flora av företeelser som kommit att gå under namnet »debriefing». Vi har i olika sammanhang, inte minst i vår uppbyggnad av den psykologiska katastrofberedskapen i Stockholms län, varnat för allvarliga konsekvenser av felaktigt använda krisstödsmetoder.

Begreppsförvirring

Vi har också påtalat den begrepps-förvirring som råder kring »debriefing» [8]. Att döma av aktuell debatt och av alla frågor och kommentarer som vi fått oss till del, har förvirringen knappast minskat.

Såväl kring psykologisk debriefing som kring krisstöd och vem som kan behöva vilket slags stöd är åsikterna häpnadsväckande mångskiftande.

Den tidigare nämnda Cochrane-rapporten är en metaanalys av randomiserade studier av »debriefing» i betydelsen individuell engångsbehandling i nära anslutning till att enskilda individer varit utsatta för allvarliga händelser, såsom trafikolyckor, bränder, hundbett, missfall med mera [9].

Föga förvånande visade sig denna engångsinsats i några fall sakna värde; i andra kunde den på sikt leda till värre problem för den drabbade individen än om denne inte fått denna »behandling».

Att använda psykologisk debriefing på detta sätt tyder knappast på någon grundläggande traumakunskap. Det är inte i detta sammanhang psykologisk debriefing har sitt värde. Inte heller är det vad akut krisdrabbade behöver.

Utifrån metaanalysens resultat föreslog författarna att obligatorisk »debriefing» av traumaoffer skulle upphöra. Det instämmer vi gärna i.

Att professor Asplund av detta kunna dra slutsatsen att krisstöd till olycks-offer därmed inte bör ges respektive att psykologisk genomgång inte har något värde som en av flera stödåtgärder till personal är däremot häpnadsväckande. Att han är upprörd över att utbildningsgruppen vid hans sjukhus erbjuder läkare en 2-dagarskurs i »debriefing» för 4 200 kronor per deltagare har vi däremot full förståelse för.

Menar olika saker

Ett grundproblem i den polariserade debatten är det faktum att man med »debriefing» menar olika saker. När psykologisk debriefing introducerades i Sverige för cirka 15 år sedan var det som metod för stöd till personal i insatsyrken, som under yrkesutövning riskerade att utsättas för starka påfrestningar.

”Kanske är det den förvirrande, disparata användningen av begreppet »debriefing» liksom alla dessa »hantverks»-kurser och eleverna som gått dem som är en del av orsaken till att psykologisk debriefing hamnat i vanrykte och nu riskerar att helt dömas ut.”

Utgångspunkten var att målgruppen som skulle få psykologiskt stöd utgjordes av personer som inte själva såg sig som drabbade eller sjuka. Syftet var att underlätta för arbetsgruppen att tillsammans förstå och hantera sina upplevelser under insatsen och på det sättet minska risken för onödig psykisk ohälsa och utslagning från arbetet.

John Wayne-idealet på väg ut

På den tiden fanns ännu en starkt förhärskande uppfattning inom både sjukvården och olika insatsyrken att den som berördes av något som hände i jobbet var svag och olämplig för yrket. När psykologisk debriefing började användas kom den att föra det goda med sig att »John Wayne»-idealet till stora delar försvann. Det har istället ersatts av en ökad medvetenhet både om att vissa yrken är riskyrken när det gäller psykologisk belastning och att det är arbets-

platsens ansvar att så långt det går förhindra att arbetstagarna far illa av och i sitt arbete.

Bakgrund i det militära

Begreppet »debriefing» hämtades från militärt engelskt-amerikanskt språkbruk. Begreppet användes förutom inom militära kretsar också inom insatsyrken såsom polis och brandför-svar för att beteckna den återrapportering som gjordes efter utförd insats eller uppdrag. Före insatsen genomförde man en »briefing», dvs en kort genomgång av vad individen eller gruppen förväntades göra och förutsättningarna för detta. Efteråt gjordes en »debriefing», dvs en återrapportering. Debriefing i denna mening kallas i Sverige inte sällan för teknisk genomgång.

Eftersom begreppet »debriefing» var allmänt vedertaget såg man det som naturligt att använda sig av begreppet också vid en psykologisk genomgång av en påfrestande händelse.

Erfarenheter från Huddinge

I vårt arbete på krismottagningen vid Huddinge sjukhus blev vi ofta kontaktade av olika arbetsgrupper när de hade varit med om en speciellt påfrestande situation. Vilken hjälp man behövde varierade med situation och arbetsgrupp.

Som en av flera insatser fann vi att psykologisk debriefing anpassad till sjukvårdspersonalens behov och verklighet kunde vara en värdefull möjlighet för arbetsgruppen att tillsammans tala om det som hänt.

Vår erfarenhet var emellertid att psykologisk genomgång som enda åtgärd hade begränsad betydelse. På enheter med ett utvecklat arbetsmiljötankande och en beredskap för att hantera extrema påfrestningar visade sig psykologisk genomgång, tillsammans med andra personalstödjande åtgärder, vara av värde. Vi valde tidigt att inte använda uttrycket »debriefing» utan talar i stället om *psykologisk genomgång*. Till vardags säger vi helt enkelt att vi tillsammans med berörd arbetsgrupp går igenom den aktuella händelsen.

Gruppmetod för personalstöd

Vi har envist hållit fast vid att psykologisk genomgång är en gruppmetod för personalstöd. Vi har också hävdad att avlastande samtal direkt efter en upprivande händelse på en arbetsplats har ett annat syfte och kräver annan metodik. Samma sak gäller för arbetsledarsamtal och kamratstöd.

Vi har också hävdad att den som är

med om så allvarliga händelser i arbetet att det finns risk för psykisk ohälsa i form av posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) behöver erbjudas individuell stöd, och vid behov professionell psykologisk behandling.

Den som i likhet med oss har erfarenhet av att professionellt arbeta med människor i kris och med traumatiserade personer vet att sådan behandling är annorlunda än »debriefing», även om det vid en ytlig jämförelse också finns likheter.

Traumatiserade behöver annat slags stöd

Människor som är med om olyckor, katastrofer eller utsätts för hot och våld, liksom personer vars anhöriga plötsligt och oväntat avlider, löper risk att psykiskt skadas av sina upplevelser. Vid upprepade eller långvariga händelser ökar denna risk påtagligt. Om en händelse blir traumatiserande innebär detta, utöver en rad obehagliga och ångestväckande reaktioner, inte sällan att den egna identiteten, självkänslan, den grundläggande känslan av trygghet samt relationer slås sönder.

Traumatiserade människor behöver mötas av människor som respekterar deras upplevelser, accepterar deras posttraumatiska reaktioner och beteenden och ger dem möjlighet att bearbeta det de varit med om. De behöver snabbt erbjudas ett gott medmänskligt stöd [10, 11].

Det är detta medmänskliga stöd som krisgrupper initialt ska ägna sig åt, och inte debriefing. Självklart spelar den närmaste familjen och vännerna en stor roll, men inte sällan blir dessa själva så tagna av det som hänt att de inte förmår stötta den mest utsatta eller varandra i tillräcklig utsträckning. Många vet inte heller vad som kan betraktas som normala reaktioner utan skräms av de ibland starka uttryck som posttraumatiska stressreaktioner kan ta sig.

Först när den omgivande tryggheten är någorlunda återställd, är det möjligt för den drabbade att börja reagera på och förstå vad man varit med om. Då kan man börja det tunga arbetet med att rekonstruera händelseförloppet.

Kontraindicerat kräva systematisk återberättelse

Av det hittills sagda torde framgå att det är kontraindicerat att utsätta en chockad, psykologiskt försvarslös människa för kravet att på ett systematiskt sätt återberätta vad hon varit med om, innan hon är psykologiskt beredd att

göra detta. Genom att utsätta en traumatiserad människa för ett samtal i enlighet med debriefingmetodik riskerar man att utsätta personen för ett intrång, som i sig kan bli traumatiserande. Det blir inte bättre om man sätter samman en grupp direkt drabbade och gör samma sak.

Direkt drabbade har inte samma behov som personalen

Förutsättningarna för att inte bli traumatiserad, dvs psykologiskt skadad av en olycka eller katastrof, är helt olika för direkt drabbade och för insats- och sjukvårdspersonal.

De senare kommer till en olycksplats efter det att händelsen inträffat. De har erfarenhet av svåra och obehagliga situationer och hinner i allmänhet mentalt förbereda sig på vad de skall möta. De kommer för att göra en insats och är inte passiva offer för omständigheterna. De har utbildning och träning för sin uppgift. De är inte ensamma utan ingår i en arbetsgrupp med en social gemenskap och med ett gemensamt mål. De antas också ha minst elementära kunskaper om förväntade stressreaktioner som kan uppstå vid denna typ av händelse.

Många av dessa omständigheter har en skyddande effekt, vilket minskar risken för att upplevelserna blir traumatiserande. Likväl kan omständigheterna och stressen under själva insatsen göra att minnesbilderna efteråt är både osammanhängande och kopplade till starka reaktioner utan att individen riktigt förstår hur allt hänger ihop.

Insats med fara för livet

Ibland sker räddningsarbete med fara för eget liv. Naturligtvis kan då också insatspersonal drabbas personligt under arbetsutövning. Upprepade kritiska händelser i arbetet utan möjlighet att bearbeta upplevelserna kan också sammantaget bli traumatiserande. Om någon i en personalgrupp på detta sätt själv direkt drabbats behöver den personen självklart ett annat stöd än en psykologisk genomgång för att bearbeta sina egna upplevelser.

Vid sidan av detta kan personen emellertid också dra nytta av att delta i gruppens psykologiska genomgång under förutsättning att han eller hon själv vill vara med och är förberedd på vad som skall ske. Gruppledarna måste då vara särskilt varsamma och stödjande så att inte debriefingsituationen blir sekundärt traumatiserande för personen.

Psykologisk debriefing är en potent metod med inbyggda risker [12]. Därför

Diskoteksbranden i Göteborg – ett exempel på en katastrof som ställde stora krav på det psykologiska omhändertagandet av såväl direkt drabbade som personal.

FOTO: PRESENS BILD

behöver gruppledarna ha professionell psykologisk kunskap som bas samt därtill kunskap om riskfaktorer för utveckling av posttraumatiskt stressyndrom, liksom om gruppdynamik [12].

Geschäft i fel händer

Alla har inte resonerat som vi. Många yrkesgrupper har anammat detta med »debriefing». Företeelsen har spritt sig som en löpeld och blivit mycket populär. Kurser om kris- och stresshantering inom alla möjliga områden innehåller inte sällan inslag om »debriefing».

Korta kurser med direkt fokus på att lära ut »debriefing» säljs till personer med elementär psykologisk kunskap eller till och med utan annan kunskap än erfarenheten av att arbeta i insatsyrken eller med blott viljan att lära sig ett sätt att hjälpa sin nästa. Många som gått dessa kurser för gärna lärdomarna vidare. Vi har genom åren också konstaterat att »debriefing» i vissa kretsar verkligen betraktas som en form av behandling.

Språkbruket med »defusing» (ett annat förvirrande engelskt ord för avlastande samtal) och »debriefing», i stället för svenska ord, kan lätt ge intryck av att man behärskar en vetenskapligt beprövad psykologisk metod.

Å andra sidan kan användandet av de engelska termerna, där man oftast numera tappat bort det karakteriserande

ANNONS

ANNONS

attributet psykologisk, få det att låta som om det handlar om något annat än psykologi.

Det har för oss varit en gåta hur man utan grundläggande psykologiska kunskaper kan »arbeta» med och lära ut psykologiska metoder. Vi ser just nu motsvarande »uppsving» i behandlingserbjudanden, kurser och föreläsningar inom hälso- och sjukvård och privat näringsliv när det gäller »utbrändhet».

Kasta inte ut barnet med badvattnet!

Kanske är det den förvirrande, disparata användningen av begreppet »debriefing» liksom alla dessa »hantverks»-kurser och eleverna som gått dem som är en del av orsaken till att psykologisk debriefing hamnat i vanrykte och nu riskerar att helt dömas ut.

Detta är beklagligt eftersom psykologisk genomgång ansvarsfullt använd kan vara en bra stödåtgärd för det ändamål den är avsedd. Tragiskt vore om den i fallet drog med sig allt psykosocialt kris- och behandlingsarbete. Detta skulle få mycket allvarliga konsekvenser i form av psykisk ohälsa hos såväl personal som direkt drabbade människor efter extremt påfrestande händelser.

Referenser

1. Svenska Dagbladet 30 mars 2000.
2. Dagens Medicin nr 13, 2000.
3. Wessely S, Rose, S, Bisson J. A systematic review of brief psychological interventions (»debriefing») for trauma-related symptoms and the prevention of post-traumatic stress disorder. In: The Cochrane Library, Oxford, Issue 1, 2000.
4. Raphael B, Meldrum L, McFarlane AC. Does debriefing after psychological trauma work? *BMJ* 1995, 310: 1479-80.
5. Avery A, Orner R. First report of psychological debriefing abandoned – the end of an era? *Traumatic Stress Points* 1998, nummer: 3-4.
6. Mitchell JT, Everely GS. Critical incident stress management: A new era in crisis intervention. *Traumatic Stress Points* 1998, fall: 6-11.
7. Raphael B, Wilson J, eds. *Psychological debriefing*. Cambridge University Press (in press).
8. Schulman A, Håkanson E. »Debriefing» – psykologisk genomgång. *Läkartidningen* 1997; 94: 2757.
9. Rose S, Bisson, J. Brief early intervention following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress* 1998, 11: 697-710.
10. Weisaeth L, Mehlum L, red. *Människor, trauman och kriser*. Stockholm: Natur och Kultur, 1997.
11. Herman JL. *Trauma and recovery*. From domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1992.
12. Dyregrov A, Mitchell JT. Psykologisk debriefing. *Tidskrift för Norsk Psykologforening* 1988; 25: 217-24.

ASA eller klopidogrel?

Kjell Asplund förenklar och förvanskar fakta

Kjell Asplunds inlägg »Klopidogrel – dyr trombocythämmare med liten marginalnytta i Läkartidningen [1] handlar om de kliniska implikationerna av Caprie-studien publicerad i Lancet 1996 [2]. Hans slutsats är att »Klopidogrels givna plats i terapin är när biverkningar uppträder vid användande av de andra trombocythämmande preparaten». Vilken kontrollerad studie har visat detta?

Om man som läkare ska leva upp till sjukvårdslagens ambition om patientinflytande i beslutsprocessen bör vederbörande postinfarkt-, poststroke- eller claudicantpatient informeras om att det för patienter med dessa sjukdomar finns två terapeutiska alternativ för att förhindra en försämring på grund av en komplicerande blodpropp.

Det ena preparatet har i en kontrollerad studie visat sig vara mer verksamt än det andra. Vore Kjell Asplund patientens läkare så borde han i enlighet med sin konklusion råda patienten att låta sig behandlas med det sämre alternativet. Vad patienten skulle välja ger sig självt. Jag inbillar mig att om denna patient heter Kjell Asplund så skulle också han välja det bättre alternativet.

Hur problemet definieras styr

Valet av trombocythämmare styrs av hur man definierar problemet. Kjell Asplunds terapeutiska rekommendation talar för att han prioriterar ekonomiska aspekter framför medicinska. Påståendet att den absoluta riskreduktionen i Caprie-studien i praktiken innebär att man måste behandla 100 patienter i två år med Klopidogrel istället för med ASA för att rädda en från att dö eller drabbas av hjärtinfarkt eller slaganfall, är visserligen korrekt. Men nu handlar

Författare

LARS JANZON

professor i epidemiologi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, medlem i styrgruppen för Caprie-studien.

Lars.Janzon@smi.mas.lu.se

”En mer angelägen och konstruktiv analys består i att ta reda på vad som kan sägas utgöra riskfaktorer för dessa terapeutiskt misslyckade fall. Klinisk epidemiologi heter disciplinen. Kanske något för SBU?”

det ju inte om 100 patienter. Åderförkalkning är vår tids epidemi. I USA och EU drabbas uppskattningsvis 2 miljoner människor per år av hjärtinfarkt och 1 miljon av slaganfall [3, 4]. Andelen med prevalent kärlsjukdom i benen är mångdubbelt större [5]. Med Kjell Asplunds siffror applicerade på dessa patientgrupper handlar det om att rädda 10 000-tals fler med Klopidogrel än med ASA.

Syftet med rekryteringen av patienter med olika manifestationer av åderförkalkning var i Caprie inte att kunna jämföra den terapeutiska effekten hos patienter med hjärtinfarkt, slaganfall respektive PAD. Detta framgår av protokollet. Istället handlade det om att få ett så brett urval som möjligt från populationen med symptomgivande åderförkalkning. Av samma skäl valde man att rekrytera patienter från både Australien, Nordamerika och Europa.

Patienter med hjärtinfarkt

Den terapeutiska fördelen gäller inte för patienter med hjärtinfarkt, hävdar Kjell Asplund. Den heterogenitetsanalys som presenteras i Lancet kan, som framgår av diskussionsavsnittet, inte tas till intäkt för att preparatet är verksamt vid PAD men inte för patienter med hjärtinfarkt.

De patienter som i analysen ingår i »hjärtinfarktgruppen» är inte representativa för alla i hela studiekohorten med tidigare hjärtinfarkt. I både »stroke»- och »PAD-grupperna» finns det patienter med tidigare hjärtinfarkt. Behandlar man samtliga dessa patienter som en grupp, som då kan sägas vara representativ för hela postinfarktpopulationen i studiekohorten, har klopidogrel, som