

## Debriefing – går det att bringa reda i röran?

**Kjell Asplunds kritik av kursutbudet om krishantering och psykologisk debriefing [1] har föranlett såväl instämmanden som kritiska kommentarer [2-5].**

Vad kritiken huvudsakligen riktats mot är fyra delvis överlappande aspekter:

A. Debriefing anses vara en gruppinsats, primärt avsedd att användas för militär personal, poliser, brandmän, biståndsarbetare och vårdpersonal (sekundära offer), inte för oförberedda individer och grupper som drabbas av katastrofer eller individuellt livshotande traumata (primära offer). Den Cochrane-review som återopats är således enligt kritikerna väsentligen irrelevant för frågeställningen, därför att den riktats till primära offer där annan och mer omfattande krisintervention borde användas.

B. Om debriefing skall tillämpas för att hjälpa traumatiserade individer skall den ske i grupp.

C. Debriefing skall pågå i flera timmar, och eventuellt upprepas. Första insatsen bör ske inom en vecka efter traumat. Cochranesyntesen baserades på kortvarig engångsdebriefing av individer eller par.

D. Om man ändå skulle fästa någon vikt vid den gjorda meta-analysen, är de ingående studierna av så dålig metodologisk kvalitet att resultaten inte är pålitliga eller generaliserbara.

### Är kritiken berättigad?

Individuell behandlig av primära offer kallas i litteraturen ofta debriefing. Det är i fredstid sällan stora grupper som samtidigt utsätts för ett gemensamt trauma, och när detta sker är det inte möjligt att omedelbart starta en rando-

miserad gruppbaserad intervention. Det saknas randomiserade studier av debriefing i grupp.

Det förefaller som om alla inblandade debattörer är överens om att krisstöd till primära offer inte skall ske i form av debriefing utan som individbaserade insatser av psykologiskt utbildad personal. I en preliminär version av riktlinjer från The International Society on Traumatic Stress Studies accepteras slutsatserna från Cochraneanalysen utan förbehåll [6]. Den formaliserade form av insatser som sammanfattas under rubriken »Critical Incident Stress Debriefing (CISD)» [7, 8] har inte testats i studier av bättre kvalitet än de som ingår i den återopade Cochraneöversikten. Författarna till denna påpekar själva de inkluderade studiernas svagheter, men kan ju inte bygga på annat än den forskning som faktiskt gjorts.

Den kritik som riktas mot att det är motståndare till debriefing som gjort analysen slår tillbaka mot kritikerna. De flesta översikter som pekat på värdet av CISD är gjorda av förespråkare för denna metod [8, 9]. De studier som gjorts har haft före-efter-design, eller har jämfört dem som accepterat respektive avböjt medverkan. I en nyligen publicerad studie, gjord bland brittiska yrkesmilitärer i Bosnien, fann man marginella skillnader mellan grupperna [10]. Anmärkningsvärt få utvecklade PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) i båda grupperna.

I en annan studie, publicerad i samma tidskrift [11], jämfördes holländska poliser som fått debriefing i tre sessioner med tyvärr otillfredsställande kontrollgrupper. Lagstiftning om obligatorisk debriefing omöjliggjorde randomisering, varför man istället fick jämföra med dels sådana som inte ville delta, dels med en historisk kontrollgrupp som inte erbjudits debriefing. Man såg inte några skillnader mellan grupperna.

### Sammanfattning

– Det saknas stöd för att engångsinsatser, individuellt eller i grupp, påverkar långtidsförloppet gynnsamt efter en traumatisk händelse.

– Det finns otillräckligt vetenskapligt stöd för de olika mer omfattande krisinterventioner som idag används, och som inte skall förväxlas med debriefing.

*”Det finns otillräckligt vetenskapligt stöd för de olika mer omfattande krisinterventioner som idag används, och som inte skall förväxlas med debriefing.”*

– Det finns otillräckligt vetenskapligt stöd även för nuvarande insatser för sekundära offer inom ramen för metoden CISD.

– Det behövs betydande forskningsinsatser för att förbättra omhändertagandet av personer som på olika sätt drabbats av svåra psykiska trauman, eftersom det är ytterst otillfredsställande att många primära och sekundära offer för katastrofala händelser utvecklar posttraumatiskt stressstillstånd, oberoende av vilken behandling de erbjudits.

### Referenser

1. Asplund K. Lärkurs utan värde. SBU – Vetenskap och Praxis 2000; nr 1: 9.
2. Jacksson T. Att få läka utan debriefing oftast bästa metoden. Dagens Medicin 5 maj 2000.
3. Michel PO, Larsson G, Lundin T. Ryktet om debriefingens död är betydligt överdrivet. Läkartidningen 2000;97:2767-8.
4. Håkansson E, Schulman A. Psykologisk debriefing – dags att skrota modellen eller ...? Läkartidningen 2000;97:2768-75.
5. Hagström R. Brist på vetenskapligt stöd för SBU:s kritik mot debriefing. Dagens Medicin 30 maj 2000.
6. <http://www.istss.org/>
7. Mitchell J, Everly G Jr. Critical Incident Stress Debriefing (CISD): an operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. Second edition, revised. Elliott City, MD: Chevron Publishing, 1996.
8. Everly G Jr, Flannery R, Mitchell J. Critical incident stress management (CISM): A review of the literature. Aggression and Violent Behavior 2000;5:23-40.
9. Dyregrov A. Psychological debriefing: an effective method? Traumatology 1998;4:2. <http://www.fsu.edu/~trauma/>
10. Deahl M, Srinivasan M, Jones N, Thomas J, Neblett C, Jolly A. Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. Br J Med Psychol 2000;73:77-85.
11. Carlier I, Voerman A, Gersons B. The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. Br J Med Psychol 2000;73:87-98.

### Författare

STEN THELANDER  
sakkunnig i psykiatri, SBU  
thelander@sbu.se

### KJELL ASPLUND

professor, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå; ordförande i SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering).