

Ryktet om debriefingens död är betydligt överdrivet!

I SBUs tidskrift »Medicinsk vetenskap och praxis» nr 1/00 hävdar Kjell Asplund, professor i internmedicin vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS) i Umeå, att debriefing är en metod som visat sig vara utan värde (»Tveksamma krissamtal: Läkarkurs utan värde»).

Kjell Asplunds uttalande väckte stor massmedial uppmärksamhet. Bakgrunden var uppenbarligen att man vid NUS planerat en tvådagars utbildning i debriefing för läkare till en kostnad av 4 200 kr per deltagare. Asplund kunde inte avhålla sig från att ironiskt kommentera att kaffe ingick i priset. Vi menar att detta ytliga anslag dessvärre även präglar återstoden av Asplunds artikel. Vårt syfte med detta genmäle är att försöka återföra diskussionen till den vetenskapliga planhalvan.

Referenser av tveksamt värde

Asplunds kritiska analys utgår från tre referenser [1-3]. Det är naturligtvis legitimt att starta en debatt kring olika företeelser som bekostas av skattemedel. Detta gäller särskilt när det föreligger vetenskapliga tveksamheter kring en metod som används på bred front.

Vår tes är emellertid att Asplunds artikel brister på tre olika områden:

1. det han kallar debriefing är något annat än det som vanligtvis kallas debriefing i litteraturen,

2. de kritiska studier som åberopas har allvarliga brister, samt

3. välgjorda studier som visar på gynnsamma effekter förbigås helt.

• Den första punkten handlar om debriefing som begrepp. Här framkommer en påtaglig brist i de källor som Asplund åberopar. Dessa studier handlar om individuella interventioner mot personer som drabbats av bland annat brännskador, missfall och våldsbrott.

Debriefing är i själva verket främst en gruppbaserad metod avsedd för personal som i sin professionella gärning kommit i närkontakt med traumatiserade människor. Det faktum att begreppet debriefing hanteras ovarsamt av vissa författare får inte ligga omsorgsfull tillämpning av metoden till last.

Debriefing ersätter naturligtvis inte heller stöd från anhöriga och vänner som också är en viktig del i omhändertagandet av traumatiserade individer. För exempel på korrekta begreppspreciseringar, se [4-6].

Metodologiska brister

• Vår andra punkt handlar om kritik av de debriefing-kritiska studier som Asplund åberopar. En mera ingående kritik av dessa arbeten återfinns i ett par aktuella publikationer [7, 8].

Vi tar oss friheten att ytterligare kritisera dessa undersökningar. Det visar sig vid en närmare granskning av Asplunds tre referenser att den ena är gjord av Bisson och medarbetare [1], den andra av Rose och medarbetare [2], och den enligt Asplund viktiga Cochrane-studien [3] är gjord av dessa båda författare tillsammans! Inte nog med detta. I Cochrane-studien ingår Bissons och Roses studier tillsammans med sex andra och anges vara de två som håller högst kvalitet!

I studien av Bisson och medarbetare [1] randomiserades patienter som skadats i olika eldsvådor i dels vad de benämnde en »debrief-grupp», dels en kontrollgrupp. Individer i debrief-gruppen erhöll »debriefing» på i genomsnitt 44 minuter (30–120 minuter) utförd av sjuksköterska eller psykiater under handledning av Bisson själv. Resultatet visade att 16 individer (26 procent) i interventionsgruppen bedömdes lida av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) efter 13 månader, medan bara 9 procent

”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.”

hade PTSD i kontrollgruppen. Detta låter bestickande, men det visar sig att deltagarna i debrief-gruppen hade två gånger så många tidigare traumatiska upplevelser före branden. Dessutom var denna grupp utsatt för svårare eldsvådor än de i kontrollgruppen.

Studien av Rose och medarbetare [2] har också metodologiska brister. De tillskrev 2 161 individer som varit utsatta för våldshandlingar av olika slag. I brevet som gick ut nämndes inget om att vissa av dem skulle delta i en debriefingstudie. Endast 243 (11 procent!) svarade, varav 157 (7,3 procent!) senare ingick i studien. Dessa randomiserades till ett utbildningsmöte eller till debriefing och ett utbildningsmöte. Man följde upp 138 individer efter 6 månader och 92 individer efter 11 månader. Båda grupperna förbättrades mätt med olika skalor, men man fann ingen skillnad mellan grupperna. Värdet av denna studie torde lindrigt sagt vara tveksamt.

Författarna till Cochrane-studien [3] drar slutsatsen att obligatorisk debriefing av traumaoffer bör upphöra. Så som »debriefing» genomförts i de nämnda studierna håller vi definitivt med! Det ter sig ur etiskt och professionellt perspektiv tveksamt att genomföra en sådan isolerad session med traumatiserade individer och sedan lämna dem utan fortsatt uppföljning.

• Vår tredje punkt handlar om att välgjorda studier som påvisat positiva effekter av korrekt utförd debriefing helt utelämnas av Asplund. Vi hänvisar läsarna till en aktuell översiktsartikel [8]. I den artikeln framgår att även om man inte kan förhindra uppkomsten av PTSD, har det visat sig att debriefing

Författare

PER-OLOF MICHEL

försvarsöverpsykiater, Försvarsmaktens sjukvårdscentrum, Hammarö
per-olof.michel@fsc.mil.se

GERRY LARSSON

professor, Försvarshögskolan, Karlstad

TOM LUNDIN

docent i psykiatri med inriktning på katastrofpsykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

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

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.