



Betydelsen av debriefing i akutsjukvård

- interaktion mellan sjuksköterska och patient

Författare: Johanna Junhav & Helén Svahn

Handledare: Lilian Axelsson

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 01:V**

**Institutionen för omvårdnad
Juni 2003**

Arbetets titel: Betydelsen av debriefing i akutsjukvård - interaktion mellan sjuksköterska och patient
The meaning of debriefing in the emergency care - interaction between nurse and patient

Författare: Johanna Junhav & Helén Svahn

Handledare: Lilian Axelsson

Institution: Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01:V

Sidantal: 30

Ort och datum: Vänersborg, juni 2003

ABSTRACT

The memories after a hard experience may be difficult to handle, and might lead to Posttraumatic stress, which may influence the individual negatively, his family and his possibility to carry out a good care for the patient. The aim of this literature study was to investigate the nurse's need and perception of debriefing in emergency care. The results showed that the nurse was positive to take part in debriefing but few of them had the possibility and support from the chief and administration. It was important for the nurse that the debriefing leader was trained in the debriefing process and had experience from the emergency care. The most frequent reactions after a hard experience were depression, sleep disturbance, flashbacks, and sadness. Some of the studies indicated that critical incident stress debriefing had little or none effect at all.

Keywords: debriefing, emergency, nursing, posttraumatic stress, professional

Nyckelord: akutsjukvård, debriefing, omvårdnad, posttraumatisk stress, professionell

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Debriefing	1
Definition på debriefing	1
Debriefing-modeller	3
Debriefing-genomförande	3
Kriser	4
Faser i krisreaktionen	4
Symtom som kan uppstå i anslutning till en akut traumatisk händelse	6
Avgörande för ett krisbeteende	6
Antonovskys modell	7
Sjuksköterskans roll	9
SYFTEN	10
METOD	10
Litteratursökning	10
Urval	11
Analys	11
RESULTAT	12
Sjuksköterskans användning av debriefing i akutsjukvården	12
Sjukvårdspersonalens syn på en traumatisk händelse	12
Behovet av debriefing inom akutsjukvården	13
Debriefingledarens kompetens	15
Betydelsen av debriefing efter svåra upplevelser	17
Reaktioner efter traumatiska händelser	18
Sjuksköterskans attityder till debriefing	19
Debriefing-inverkan på interaktionen mellan sjuksköterska och patient	20
Inverkan på omvårdnadsarbetet	20

DISKUSSION	22
Metod	22
Resultat	23
Sjuksköterskans användning av debriefing i Akutsjukvården	23
Betydelsen av debriefing efter svåra upplevelser	25
Debriefing-inverkan på interaktionen mellan sjuksköterska och patient	26
KONKLUSION	27
REFERENSER	28
BILAGOR	
Tabell 1	
Tabell 2	

INLEDNING

Under många år har bland annat USA och Norge bedrivit forskning inom katastrofpsykiatri. Det har främst varit av intresse att ta reda på individens psykiska reaktion efter allvarliga händelser och att finna passande metoder för rehabilitering. Syftet med debriefing är att eliminera och lindra chockupplevelser och psykiska stressreaktioner efter omskakande upplevelser där individen utsatts för psykiskt påfrestande situationer (Sievertson 1993).

Intresset för debriefing väcktes efter att under studietiden arbetat på en intensivvårdsavdelning. På denna avdelning används debriefingmetoden efter stora olyckor eller då barn och unga individer omkommit. Personalen på avdelningen verkade mycket positiva till att få bearbeta sina känslor tillsammans med andra som varit med om samma situation, och utbildade debriefingledare. Eftersom intresset finns att i framtiden arbeta inom akutsjukvården känns det intressant att studera hur debriefing används och vilken effekt den kan ha.

BAKGRUND

Debriefing

Definition på debriefing

Ordet debriefing är en engelsk term som är svåröversatt. Ordagrant betyder den avrapportering, utfrågning och användes från början inom det brittiska flygvapnet under andra världskriget. När flygarna återvände från sina uppdrag hade de en genomgång av hur uppdraget utförts och hur det lyckades skriver Hagald (1996). Inom katastrofpsykologin definieras debriefing i benämningar som krisstöd eller krissamtal skriver Sievertson (1993). Räddningspersonal står oftast i första ledet vad gäller omhändertagande av personer utsatta för olyckor, våld och andra traumatiska händelser som bidrar till starka upplevelser. Dessa upplevelser kan bli en extrem psykologisk påfrestande för personalen som behöver bearbeta upplevelserna efter slutfört arbete, skriver Hagald (1996). Hon skriver vidare att det finns olika debriefing-modeller och att

den modell som väljs för debriefing beror på hur allvarlig händelsen anses. Principerna för hur debriefing genomförs har utarbetats av Mitchell (1983) i början på 1980-talet och bygger på sju olika faser i den psykologiska genomgången av debriefing.

Mitchell (1983) skriver att debriefingprocessen inleds med en introduktionsfas där ledaren presenterar vad som kommer att ske, hur det går till och varför det sker. Ledare och gruppdeltagare presenterar sin erfarenhet och bakgrund. I slutet av introduktionsfasen förhör sig ledaren om det finns några frågor. Fas nummer två: faktafasen. Här återskapas händelseprocessen genom att gruppdeltagarna kort redogör för vad som hände och vilken roll de hade. Fas nummer tre är tankefasen. Här får deltagarna försöka återkalla tankarna från början av händelseförloppet till dess slut. Detta är viktigt för att få information om bakgrund till beslut, handlingar och reaktioner. Deltagarna får också berätta vilka intryck som har stannat kvar i minnet. Därefter följer reaktionsfasen. Här får deltagarna sätta ord på reaktioner de upplevt på platsen, vid hemkomst och senare. Såväl kognitiva, emotionella som somatiska reaktioner diskuteras. Fas fem är symtomfasen där deltagarna får beskriva eventuella symtom, hur de upplevs under räddningsinsatsen, tre-fem dagar senare och under debriefingtillfället. Vidare följer normaliseringsfasen där ledaren kommenterar likheterna i tankar, intryck och reaktioner för att sedan koppla det till forskningresultat. Information delas ut om reaktioner som kan väntas uppstå akut eller efter en tid. Ledaren ger också råd om olika copingstrategier. Fas sju är avslutningsfasen där mötet summeras. Eventuellt ny tid avtalas om cirka tre-fyra veckor.

Enligt Mitchell (1983) är Critical Incident Stress Debriefing (CISD) en metod vars syfte är att i grupp bearbeta en traumatisk händelse och betona att det som upplevs är normala efterreaktioner på en onormal händelse. Syftet är också att eliminera eller minimera efterreaktionerna, den så kallade Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD). De främsta symtomen av tillståndet PTSD yttrar sig i form av ångest, rädsla, sömnsvårigheter och påträngande minnesbilder (Hagald 1996).

Debriefing-modeller

Hagald (1996) och Sievertson (1993) skriver att det finns fem olika debriefing-modeller för hantering och bearbetning när något allvarligt inträffat. Oavsett vilken av de nedanstående debriefing-modeller som väljs gäller, att ju tidigare debriefing sätts in desto bättre är det. Det fodras att individen är motiverad, vilket oftast kan ses i ett tidigt skede direkt efter händelsen när chockfasen är över. Den första modellen är informell debriefing där ingen speciell ledare behövs. Här är det ett avlastningssamtal i den egna gruppen i form av diskussion. Dessa samtal kan ofta ske runt kaffebordet där reflektioner sker angående det inträffade. Den andra modellen är enkel debriefing där det inträffade diskuteras tillsammans med arbetsledaren/chefen, som anordnar ett kort möte. En tredje modell är teknisk debriefing. Denna form av debriefing anordnas också av arbetsledaren/chefen. Här diskuteras inte känslor. Detta är snarare en formell genomgång av händelsen utifrån arbetsmetodik och metoder på funktion, organisation, utrustning, material, samarbete och personal.

Den fjärde modellen är emotionell debriefing som är en form av organiserade grupp-samtal med en neutral individ som är tränad debriefingledare. Ledaren bör inte ha varit berörd eller med i den aktuella händelsen. Gruppen bör inte vara större än åtta till tolv personer. Det behövs cirka ett till tre möten som varar minst två till fyra timmar, men helst ingen fast tidsgräns. Den sista modellen av debriefing benämns intensiv emotionell debriefing, vilket är en metod som används vid särskilt svåra olyckor och starka upplevelser. En kvalificerad specialist är ledare och följer upp gruppen under en längre tid. Gruppen bör inte vara större än fem till åtta personer, där flera möten utan tidsbegränsning är aktuella. Arbetet sker här utifrån debriefing- och psykoterapeutiska principer (Hagald 1996 och Sievertson 1993).

Debriefing-genomförande

Debriefing bör helst inledas inom 24 timmar efter det inträffade, för att så snabbt som möjligt bearbeta problemen, skriver Sievertson (1993). All berörd personal bör närvara. Valet av plats för samtalet är viktigt. Lokalen bör vara ostörd, ljus och välventilerad. Det är angeläget att kunna ha ögonkontakt, därför kan det vara bra att sitta i cirkel.

Debriefingen bör ledas av två ledare, om det är fler än sex deltagare. Ledarna bör känna varandra, vara samspelade och väl förberedda inför samtalet (Andersson, Tedfeldt & Larsson 2000).

Samtalet inleds med en introduktion anger Andersson, Tedfeldt & Larsson (2000), Malmsten (1992) och Sievertson (1993). Samtalsledaren inleder med en kort information om avsikten med genomgången och en kort beskrivning av det inträffade. Samtalsledaren försäkrar sig om att det råder tystnadsplikt om vad som sägs och de reaktioner som uppkommer under samtalet. Det är angeläget att klargöra att det endast är den inträffade händelsen som är tänkt att diskuteras. Efter introduktionen inleds faktafasen. Här får var och en av individerna själva berätta om situationen och hur de handlat. Syftet är att göra händelsen synlig och ta fram det faktiska händelseförloppet i detalj. En fördjupad återupplevelse av situationen skapas genom en noggrann genomgång av händelsen, vilket förbereder deltagarna känslomässigt inför nästa fas som kallas för känslofasen. I denna fas får deltagarna beskriva vad de tänkte och kände i den aktuella situationen. Det är viktigt att inte forcera samtalet, att låta de individer som talar vara tysta ibland och att aldrig tvinga någon att prata. Samtliga tre författare skriver vidare att samtalsledaren i avslutningsfasen sammanfattar deltagarnas upplevelser. Beslut tas om genomgången känns tillräcklig eller om det finns behov av ytterligare träff. Det kan finnas tillfällen där behov finns av mer kvalificerad hjälp som exempelvis psykolog eller kurator.

Kriser

Faser i krisreaktionen

Enligt Sievertson (1993) kan en traumatisk kris definieras som individens psykiska reaktion vid en yttre händelse av sådan art och grad att individen upplever sin fysiska existens, sociala identitet och trygghet allvarligt hotad. Om en kris uppstår beror till viss del på individen själv. Det finns individer som är mer krisbenägna än andra. Det är dock omöjligt att på förhand tala om vilka som löper större risk att hamna i en kris. Situationen är också av betydelse. Enklare situationer som inträffar ofta kan passera

utan krisreaktioner. Svårare och oväntade händelser där överraskningsmomentet är större och den egna psykiska beredskapen mindre kan lättare utlösa en krisreaktion.

Cullberg (2000) skriver om krisreaktioner utifrån fyra olika faser. Tidsperspektivet på dessa faser kan variera och de kan överlappa varandra. Krisen pågår under kortare eller längre tid beroende på olika faktorer. Reaktionen förvärras av stressorns art, styrka och av individens psykiska känslighet samt eventuella tidigare trauman. Författaren beskriver följande faser: chockfasen som varar från ett kort ögonblick till några dygn. Individen håller verkligheten ifrån sig och avskärmar sig känslomässigt. Det finns individer som blir apatiska och andra blir hyperaktiva. Individen kan vara ytligt välordnad, men under ytan är allt kaos.

Fas två är: reaktionsfasen som tillsammans med chockfasen utgör krisens akuta fas. För att kallas akut kris bör den inte pågå mer än fyra till sex veckor. I denna fas inträffar en reaktion på det som utlöste krisen och som under chockfasen har hållits borta och varit avstängd. Individen reagerar starkt av påträngande känslor såsom smärta, ångest, rädsla, skuld och sorg. Individen ställer sig ofta frågan ”varför” och försöker finna någon mening med det som inträffat (Cullberg 2000).

Därefter följer: bearbetningsfasen som pågår under ett halvt till ett års tid efter traumat. Individen vänder sig åter igen mot framtiden. Symtom och beteendestörningar som individen uppvisat avtar successivt, gamla aktiviteter upptas och nya erfarenheter börjar tas emot igen (Cullberg 2000).

Den sista fasen är: nyorienteringsfasen och har inget slut. Individen lever vidare med det som har hänt, men det kommer inte att vara något hinder. Nya intressen har ersatt de som förlorades. Den skakade självkänslan har återupprättats och de svikna förhoppningarna har bearbetats (Cullberg 2000).

Symtom som kan uppstå i anslutning till en akut traumatisk händelse

När det gäller personalgrupper som är tränade att möta emotionellt påfrestande situationer, är krisreaktionsmodeller i regel mindre relevanta. Inom dessa grupper handlar det mer om akuta stressreaktioner och eventuellt påföljande stressrelaterade störningar. Andersson, Tedfeldt & Larsson (2000) skriver att den akuta stressreaktionen omfattar hela individen. De nämner liksom Sievertson (1993) att det finns fyra kännetecken på symtom som kan utlösas i en traumatisk upplevelse.

Exempel på fysiska kännetecken är: svårigheter att andas, ökad hjärt- och andningsfrekvens – förhöjt blodtryck, illamående, magont, diarré, trötthet och huvudvärk och förändrad aptit. Exempel på beteendemässiga kännetecken är: perioder av gråtande, hyperaktivitet, isolering, social tillbakadragenhet, oförmåga att uttrycka sig i tal och skrift och svårigheter att kommunicera. Exempel på tankemässiga kognitiva kännetecken är: försämrat minne, svårigheter att komma på vad saker kallas, desorientering och dålig koncentration. Exempel på känslomässiga kännetecken är: stark identifikation med offret, irritation, rastlöshet, förnekande av egna känslor, individen känner sig ledsen, nedstämd och sorgen (Sievertson 1993).

Avgörande för ett krisbeteende

Sievertson (1993) beskriver fem faktorer som i samverkan inverkar på hur mycket individen tål under ett tillfälle. Dessa faktorer har betydelse för krisreaktionen vid en utsatt situation. En faktor är hur individen är disponerad. Här handlar det om individens personlighet, tidigare upplevelser, uppväxt, fysisk förmåga samt tidigare erfarenhet av akuta stressituationer.

En andra faktor handlar om kunskap, färdigheter och kompetens. Alla situationer går inte att förutse, men om individen har en klar uppfattning om sin roll, vad som förväntas i olika situationer samt kunskap om psykiska reaktioner, blir det lättare att bemästra stressen både före och efter det som inträffat. Det är därför viktigt att ha realistiska övningar under skapad stress (Sievertson 1993).

En tredje faktor Sievertson (1993) skriver om är arbetsledningens agerande i kritiska situationer, vilket innebär en bra ledare med god personkännedom som håller personalen informerad under arbetsinsatsen. Detta är viktigt eftersom ovisshet skapar stress och rykten. Ju tidigare en krisreaktion upptäcks desto snabbare ökar möjligheten att förebygga eller lindra en krisreaktion. En arbetsledning som ställer upp och inger trygghet stärker personalen. För sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården innefattar den specifika omvårdnadskomponenten att kunna hantera den stress som är förenad med omhändertagande av akut sjuka och skadade patienter. I SOSFS (1995:15) skrivs att om erfarenheter från det dagliga livet skall kunna fördjupas, fodras det att sjuksköterskan får tid och möjlighet till reflektion – det vill säga, att tillsammans med kolleger och andra yrkesgrupper bearbeta olika problem och reaktioner.

Sievertson (1993) skriver om den fjärde faktorn som den sociala situationen – livsstil och livskvalitet. Här handlar det om hur familjesituationen och relationen till andra individer ser ut, eftersom det har betydelse för hur individen klarar att hantera svåra situationer. Den femte faktorn är dagsformen som har betydelse för hur individen påverkar olika reaktioner. Det kan ha betydelse om individen känner sig stressad eller sovit dåligt med mera.

Om ovanstående faktorer vänds till det negativa, kan det medföra att individen blir osäker, vilket kan försämra omdömet. Det är också viktigt att tänka på att en kollega/arbetskamrat är en viktig arbetsmiljöfaktor. Hur en individ reagerar och beter sig i en krissituation inverkar även på övriga kolleger. Sievertson (1993) anger också att det är viktigt att ta reda på den enskildes förutsättningar för att klara en hård exponering under en psykiskt påfrestande situation.

Antonovskys modell

Enligt Antonovsky (1991) är en individs känsla av sammanhang (KASAM) i tillvaron avgörande för hur denne reagerar i en stressfylld situation. Känslan av sammanhang är nära knuten till individens identitet. Livssituationer och händelser som inträffar i barneåren, ungdomsåren och i det tidiga vuxenlivet lägger grunden till känslan av

sammanhang och förutsägbarhet i tillvaron. Det finns individer som upplever hög grad av sammanhang i sin tillvaro, medan andra upplever en lägre grad. Hur individen hanterar påfrestande situationer och kriser i livet beror på graden av KASAM, vilket påverkar i vilken riktning på hälsokontinuumet individen rör sig åt. En hög KASAM är grunden för en lyckad bearbetning av ett stressutlöst spänningstillstånd. Tyngdpunkten i Antonovskys modell utgår från tre centrala komponenterna i hans modell ”känsla av sammanhang”, vilka är begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet.

Begriplighet – innebär en kognitiv förståelse för att kunna strukturera tillvaron och göra den förutsägbar. Det är viktigt att få översikt över den aktuella situationen och veta vad som händer och varför. Detta leder till en känsla av trygghet som ökar möjligheten att kontrollera tillvaron (Antonovsky 1991).

Meningsfullhet – är att uppleva att tillvaron har en mening, den ökar motivationen och det tycks vara värt att göra en insats – att kämpa, anstränga sig och hålla ut. Vad individen upplever som meningsfullt varierar, huvudsaken är att denne själv upplever meningsfullhet i sin livssituation, trots att den kan kännas svår. Meningsfullheten gör det lättare att härda ut och klara av en situation (Antonovsky 1991).

Hanterbarhet – det är viktigt att ha inflytande och möjlighet att påverka sin situation för att uppleva hanterbarhet. Detta innebär inte nödvändigtvis att en situation behöver klaras upp på egen hand. Det väsentliga är att det finns resurser till hjälp för att klara denna situation. Upplevelsen av att situationen går att bemästra infinner sig då (Antonovsky 1991).

Antonovsky (1991) skriver om tre olika stimulokrav som berör individen. Dessa är: kroniska stimulus som står utanför individens kontroll exempelvis naturkatastrofer eller krig. Den andra är: livshändelser som berör individen och involverar en eller ett mindre antal personer exempelvis skilsmässa eller dödsfall. Den tredje varianten är: vardagliga problem exempelvis att känna sig ensam eller hålla en föreläsning. Dessa stimuli som kan framkalla påfrestande situationer kan vara positiva och nödvändiga menar

Antonovsky (1991), vilket kan vara viktigt för vårdpersonal att förstå då patienter hanterar situationer olika.

Sjuksköterskans roll

Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan använder sig själv terapeutiskt i interaktion med patienten. Omvårdnadens mål och syfte kan bara uppnås genom etablerandet av en äkta mellanmännisklig relation. Hon skriver att en sådan relation först kan etableras då sjuksköterska och patient förhåller sig till varandra som unika individer. Det är genom en interaktionsprocess som den mellanmänniskliga relationen etableras, vilka består av olika faser: det första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt.

Kommunikation ser Travelbee (1971) som ett av sjuksköterskans viktigaste redskap i etablerandet av en äkta mellanmännisklig relation till patienten. Kommunikationen har till syfte att sjuksköterskan bör lära känna patienten så att hon kan tillgodose dennes behov. Sjuksköterskan bör också kunna skilja mellan patientens och sina egna behov. Detta för att inte överföra sina behov till patienten. Travelbee skriver att förmågan att använda sig själv terapeutiskt kännetecknar den professionella sjuksköterskan. Detta innebär att sjuksköterskan använder sin egen personlighet på ett medvetet och ändamålsenligt sätt i interaktionen med patienten. Syftet med det är att understödja en önskad förbättring hos patienten som blir terapeutisk när patientens lidande lindras. Förmågan att kunna använda sig själv terapeutiskt kan utvecklas genom utbildning, självinsikt och självförståelse.

Lidandet är en del av livet. Den enskilda individens upplevelse av lidandet är personlig, skriver Travelbee (1971). Hon skriver vidare att begreppet lidande är knutet till den enskilda individens reaktion på mötet med sjukdom, fysisk och psykisk smärta och alla varianter av förluster. Dessutom är lidande nära förknippat med att bry sig om något. Därför uppstår lidandet när individen upplever att någon eller något som denne värdesätter hotas. Hur individen reagerar på lidandet delar Travelbee in i två kategorier. Dessa kallar hon ”varför just jag?”-reaktionen och ”varför inte jag?”-reaktionen. ”Varför just jag?” är troligen den vanligaste reaktionen där personen inte kan acceptera

den situationen som ger upphov till lidandet. Individen är chockad och tvivlande och upplever situationen som orättvis. ”Varför inte jag?” är mindre vanlig där individen reagerar med ett naturligt accepterande. De som reagerar med ett naturligt accepterande inser att lidande och förluster är en naturlig del av livet och ser sig själva som sårbara individer. Dessa människor kan i regel bemästra vilka påfrestningar som helst. De ser ofta situationen som en källa till och utgångspunkt för något meningsfullt, till exempel personligt växande.

SYFTEN

Syftet med detta arbete var att studera hur sjuksköterskan kan använda sig av debriefing inom akutsjukvården, och vilken roll debriefingen har för bearbetning av svåra upplevelser. Syftet var också att studera hur debriefing påverkar interaktionen mellan sjuksköterska och patient.

METOD

Litteratursökning

En litteraturstudie har genomförts. Enligt Backman (1998) är syftet med en litteraturstudie att sammanställa litteratur som finns inom ett givet ämne. Litteraturen söktes på Högskolans i Trollhättan/Uddevalla (HTU) bibliotek i Vänersborg och på Norra Älvsborgsläns (NÄL) sjukhusbibliotek. Osystematisk sökning har gjorts via böcker och tidskrifter. Litteratur söktes även via referenslistor. Systematisk sökning har gjorts via databaser såsom, Cinahl, Medline och Swemed. Sökord som använts var: debriefing, nursing, emergency, posttraumatic stress och professional. Sökningen har utförts på engelska var för sig och i olika kombinationer. Kombinationer och resultat av sökning visas i (Tabell 1) Bilaga 1.

Cinahl och Medline är de mest relevanta databaserna för omvårdnadsforskning. Det är främst i dessa databaser material sökts i. Referenslitteratur bör i första hand vila på vetenskaplig grund och vara relevant till studiens syfte. Icke vetenskaplig litteratur kan också användas för att öka förståelsen för problemområdet (Polit & Hungler 1999).

Urval

När materialet har samlats in läser och värderar författarna det, därpå bestäms vilken information som bör inkluderas i arbetet och vilken som bör exkluderas (Backman 1998). Urvalet av artiklar bestod av artiklar från 1990- talet och framåt. En artikel av Dyregrov (1989) inkluderades då denna kändes relevant till ämnet. Även en artikel skriven av Mitchell (1983) inkluderades eftersom den förekom i flera böcker och artiklar som granskats. Sökningen avgränsades till engelsk- och svensk litteratur och då ur perspektivet sjuksköterskans behov av debriefing. Tolv artiklar och två böcker beställdes som inte fanns tillgänglig på Högskolans i Trollhättan/Uddevalla (HTU) bibliotek i Vänersborg. Likaså beställdes en avhandling från högskolans bibliotek i Borås. Samtliga titlar och abstract lästes av båda författarna. De artiklar som innehöll debriefing i kombination med nursing och även debriefing i kombination med professional och emergency valdes ut för närmare granskning. Totalt erhöles från den systematiska sökningen i databaser 11 artiklar som ansågs relevanta till arbetet. Av dessa kom sex från Cinahl, två från Medline och tre från Swemed. Därefter gjordes en osystematisk sökning utifrån referenser i de erhållna artiklarna. Totalt erhöles från systematisk sökning och osystematisk sökning 16 artiklar som har bearbetats och analyserats i resultatet (Tabell 2) Bilaga 2.

Analys

Analysen är beroende av studiens problemområde som avgör vad som bör analyseras (Backman 1998). Enligt Polit & Hungler (1999) kan analysen börja när materialet valts ut. Materialet läses och granskas kritiskt för att urskilja om det är relevant utefter syftet med studien. Samtliga artiklar har lästs av båda författarna. Därefter diskuterades artiklarnas innehåll och de artiklar som inte ansågs relevanta för ämnet sorterades bort. De artiklar som svarade mot syftet inkluderades i arbetet och lästes igenom ytterligare en gång. Utifrån syftet markerades sedan det som överensstämde med hur sjuksköterskan använder sig av debriefing inom akutsjukvård med rött och hur debriefing påverkar interaktionen mellan sjuksköterska och patient med gult. Innehållet i artiklarna sorterades sedan in under rubriker som bildats utifrån syften och material. Därefter bearbetades och sammanställdes de utvalda artiklarna.

Att ha god validitet och reliabilitet i vetenskapliga studier är angeläget. Med god validitet menas att studien verkligen undersöker det som var avsett att undersöka. Att ha god reliabilitet innebär att undersökningen utförts på ett tillförlitligt sett. Genom noggrann granskning av vetenskapliga artiklar kan dessa kriterier säkras (Patel & Davidson 1994).

RESULTAT

Sjuksköterskans användning av debriefing i akutsjukvården

Enligt Laposa, Lynn, Alden & Fullerton (2003) löper akutvårdspersonal en tredjedel större risk att utsättas för posttraumatisk stress. Detta framkom i författarnas studie där 51 akutvårdspersonal, främst sjuksköterskor, fick skatta upplevelsen av stress i ett frågeformulär. Tjugosju procent av personalen menade att den posttraumatiska stressen hindrat dem i att prestera ett bra arbete. Trots detta visade det sig att akutvårdspersonalen föredrog att söka stöd hos kollegor, än i sjukhusets formella debriefingprogram. Det framkom i resultatet att endast 18 % deltagit i debriefing som fanns i sjukhusets regi. Endast 8 % kände att de fick adekvat stöd från ledningen, 88 % menade att de inte fick adekvat stöd medan tio procent ställde sig neutrala till frågan. Författarna menar att ledningen bör satsa mer på formella debriefingprogram för att förebygga och lindra posttraumatisk stress bland akutvårdspersonal.

Sjukvårdspersonalens syn på en traumatisk händelse

Hagald (1996) skriver att utveckling och forskning har ökat sitt intresse för vad sjukvårdspersonal upplever som en traumatisk händelse. Denna är dock alltid självdefinierad och individuell. Vad som är traumatiskt för en person behöver inte vara det för en annan. Det finns dock faktorer eller händelser i det dagliga arbetet som generellt kan upplevas mer traumatiska för majoriteten. Författaren skriver att dessa är: moralisk stress/dilemma, ignorering av egna iakttagelser, vad gäller patienten och från någon annan yrkesgrupp. Fysiskt våld/hot från patient riktat mot sig själv. Akuta situationer

där patienten är nära döden, dödsfall, speciellt med unga människor inblandade samt då det finns risk för smitta, exempelvis hepatit och HIV.

Liksom Hagald (1996) skriver Kroon (2001) att personalen menar att ignorera egna iakttagelser, vad gäller patienten, från annan yrkesgrupp leder till att sjuksköterskan upplever maktlöshet då det finns en oförmåga att kunna påverka arbets-situationen. Den erfarna sjuksköterskan vet oftast vad patienten behöver, vad som behöver åtgärdas, men är förhindrad att utföra dessa åtgärder på grund av att det saknas ordinationer eller på annat sätt ligger utanför sjuksköterskans kompetensområde.

Burns & Harm (1993) gjorde en deskriptiv studie genom att skicka ut frågeformulär till 682 sjuksköterskor, varav 26 sjuksköterskor intervjuades, där de bland annat frågade vad de menade var en traumatisk händelse. Flertalet sjuksköterskor menade att när ett barn eller då en medarbetare dör var mest traumatiskt. Det var 52 % av de intervjuade sjuksköterskorna som hade upplevt ett barns död det senaste året, medan det var 12 % av sjuksköterskorna som upplevt en medarbeters död det senaste året. Författarna menar att de i studien kommit fram till att debriefing upplevs som meningsfullt för sjuksköterskorna på dessa akutvårdsmottagningar. Det bör formuleras strategier och erbjudas utbildning i debriefing för att öka sjuksköterskornas intresse att delta i debriefingprocessen.

Behovet av debriefing inom akutsjukvården

Hagald (1996) genomförde en enkätundersökning med syfte att ta reda på hur sjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning ser på debriefing och vilka behov de har av debriefing i samband med traumatiska händelser. I studien deltog 53 sjuksköterskor, vilket utgjorde 74 % av de deltagande i personalgruppen. Det rådde konsensus i gruppen om när debriefing skulle behövas. Svaren blev: tågurspårning med flera döda och skadade, om en arbetskamrat blir svårt skadad i samband med en räddningsinsats, barnmisshandel och singelolycka i bil med dödsfall. I Hagalds (1996) enkät fanns också frågan om hur länge individen arbetat inom intensivvårdsområdet, om denne arbetat längre eller kortare än fem år. Detta för att se om det förelåg skillnader i inställningen till debriefing mellan de som arbetat kortare respektive längre tid. Av de sjuksköterskor

som arbetat mindre än fem år svarar 100 % att de någon gång har känt behov av debriefing. För de som arbetat mer än fem år upplever 79 % att de känt behov av debriefing. En viss skillnad föreligger alltså mellan de som arbetat längre respektive kortare tid. Enligt Cotterill-Walker (2000) upplever äldre personal många händelser mindre kritiska än yngre personal, hon menar också att desto mer sjuksköterskan upplever desto vidare blir dennes normala parameter.

Hagald (1996) skriver att sjuksköterskegruppen i högre utsträckning jämfört med övriga grupper (läkare och undersköterskor) deltagit i debriefing vid något tillfälle och upplevt detta som meningsfullt. Författaren menar att det kan bero på att sjuksköterskor är sämre på att stötta sina arbetskamrater, har svårare att öppna sig och prata med varandra och tror att jobbiga händelser är något de bör klara av i kraft av deras yrkesprofession. Det framgår även att det är främst i sjuksköterskegruppen som en saknad av stöd är märkbar. Sextio procent av deltagande läkare och undersköterskor uppger att de inte haft några problem att få stöd medan motsvarande siffra för sjuksköterskorna är 40 %.

Enligt Wikner-Löthman (1995) kan psykologisk debriefing användas vid extraordinära händelser såsom stora olyckor, katastrofer, svårt skadade eller omkomna arbetskamrater, olyckor som kunde ha slutat i katastrof och andra händelser som innebär en extrem belastning. Om flera individer som varit med om en svår händelse lider, kan psykologisk debriefing vara viktig för dessa individer. Detta för att förebygga onödiga eftereffekter. De som deltar i mötet bör alla ha exponerats för händelsen.

Enligt Gowins Rubin (1990) är det oftast partners och barn som står närmast personalen som angrips hårdast efter en traumatisk händelse. Därför bör personal få hjälp att bearbeta sina känslor för att undvika posttraumatisk stress och undvika att överföra obearbetade känslor till familjen. Centre for crisis psychology har mer och mer börjat inkludera familjen i personalens uppföljningsarbete. Detta genom att arrangera möten där familjen kan delta och genom att avsätta tid i debriefingmötet för att fokusera på och diskutera familjen. Deltagarna erbjuds också material som de kan ge familjen för att kunna uppmärksamma deras behov och upptäcka eventuella symtom efter en traumatisk händelse (Dyregrov 1989).

van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch & Emmelkamp (2002) har gjort en studie för att ta reda på hur effektiv critical incident stress debriefing är efter en traumatisk händelse. Inklusionskriterierna var att ett debriefingmöte skulle vara utfört inom en månad efter trauma. Utifrån dessa studier kom författarna fram till att critical incident stress debriefing inte har någon effekt vad gäller att reducera symtom från post traumatisk stress eller andra traumarelaterade symtom. De skriver vidare att critical incident stress debriefing till och med kan ha en skadlig effekt. Orsaken till detta kan vara att critical incident stress debriefing griper in i en förändring som är en naturlig process efter en traumatisk händelse. Critical incident stress debriefing kan också gripa in i den naturliga processen genom att individen försummar stöd från familj och vänner eller andra former av socialt stöd.

Warren (1995) gjorde en undersökning för att klargöra sambandet mellan critical incident stress debriefing och posttraumatisk stress efter en stor olycka. Personalen som besvarade frågor bestod av 80 personer som arbetade på en ambulanscentral. Dessa delades sedan in i tre grupper. Grupp ett var de som hade arbetat på olycksplatsen och sedan deltagit i critical incident stress debriefing. Grupp två var de som hade arbetat på olycksplatsen men inte deltagit i critical incident stress debriefing efteråt. Grupp tre var de som varken arbetat på olycksplatsen eller deltagit i critical incident stress debriefing, men som vid olyckshändelsen arbetade på ambulanscentralen. Det visade sig att grupp ett som deltagit i debriefing efter olyckan inte upplevde post traumatisk stress i större utsträckning än den grupp som inte deltagit i debriefing. Det förelåg dock skillnader mellan dessa båda grupperns upplevelse av posttraumatisk stress beroende på hur lång tid de vistats på skadeplatsen och om de erhållit debriefing eller ej. De som erhållit debriefing utsattes i lägre grad av posttraumatisk stress, skillnaden var dock inte stor. Författaren menar att det var ytterst små skillnader av posttraumatisk stress mellan alla dessa tre grupper.

Debriefingledarens kompetens

Cudmore (1996) anger att hälften av sjuksköterskorna på en akutmottagning menar att debriefing bör ledas av en sjuksköterska. Trettionio procent menar att det var den

tjänstgörande doktorn som skulle genomföra debriefing medan 18 % menar att det skulle vara någon utifrån. Enligt Cudmore säger litteraturen att en vältränad individ med arbetslivserfarenhet från debriefing processen borde leda processen och att det bör finnas med en psykolog.

Gowins Rubin (1990) anger att debriefinggruppen bör bestå av en tränad hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med en personal från akutsjukvården som blir tillsatt efter en intervju av debriefinggruppen. Denne blir sedan utbildad för att lära sig sin roll i gruppen. Enligt Mitchell (1983) bör debriefingledaren förstå den unika personligheten hos akutvårdspersonalen, och förstå det speciella arbete som de utför. Debriefinggruppen bör inte vara motiverade av att tjäna pengar utan snarare angelägna om och fokuserade på att hjälpa akutvårdspersonal.

Uppföljning av en extrem händelse bör vara rutin, obligatorisk, strukturerad, inriktad på hela arbetsgruppen och ledd av en kunnig person skriver Wikner-Löthman (1995). Hon skriver vidare att kompetenta debriefingledare bör ha gruppdynamisk erfarenhet, kunskap om vanliga krisreaktioner efter kritiska händelser och kunskap om post-traumatiskt stressyndrom. Ledaren bör också ha generell kunskap om stress, insikt i principer för krisintervention och genomgått kurs i psykologisk debriefing.

I Burns & Harms (1993) studie menar 27 % av dem som deltagit i debriefing men inte fann det hjälpsamt att anledningen till detta berodde på att debriefingledaren inte hade relevant erfarenhet. Tjugotre procent svarade att det fanns deltagare i gruppen som de inte trivdes tillsammans med. Nitton procent menar att debriefingmötet anordnades för sent efter händelsen, medan fyra procent däremot menar att mötet anordnades för tidigt. Nio procent menar att de hade svårt att diskutera händelsen i en grupp. Enligt författarna menar de intervjuade att debriefingen skulle ledas av hälso- och sjukvårdspersonal, tillsammans med en annan ledare med erfarenhet som sjuksköterska inom akutsjukvård. Det mest effektiva debriefingmötet har visat sig vara då debriefingledaren inte tillhör personalgruppen och inte varit involverad i arbetsinsatserna kring den traumatiska händelsen, men som ändå känner till och har kunskap om krisarbete (Talbot, Manton & Dunn 1992).

Betydelsen av debriefing efter svåra upplevelser

Gowins Rubin (1990) skriver att debriefing processen är till för att hitta kännetecken på symtom som är resultat från den exponeringen av minnen individen utsatts för, i samband med en traumatisk händelse. Specifika reaktioner efter tillfället kan vara tillbakadragenhet, emotionell avstängning, ilska, oro, rädsla, hjälplöshet, frustration, skuld känsla, depression, sömnproblem och minnesbilder. Målet med debriefing-processen är att skydda individen från att bygga upp en inre stress, hjälpa till att organisera och mobilisera individens egna resurser och återfå varje individ till den emotionella nivå där denne befann sig innan händelsen.

Enligt Wikner-Löthman (1995) är syftet med psykologisk debriefing främst att förebygga onödiga eftereffekter, stimulera grupsammanhållningen, normalisera reaktioner och sätta ord på intryck och reaktioner. Debriefingprocessen kan leda till att individen får en bättre förståelse för situationen denne varit med i och därmed kan reducera onödig frånvaro från arbetet. Författaren skriver också att processen kan bidra till att fånga upp riskpersoner, exempelvis personer som tidigare upplevt svåra trauman och hänvisa dem till fortsatt hjälp. Under debriefingen skapas tillit till den egna bemästringsförmågan och minskar tron på att vara ensam om sina reaktioner och tankar om att vara onormal.

Enligt Talbot, Manton & Dunn (1992) är det övergripande målet med debriefing att skydda och stödja akutvårdspersonal, att minimera utvecklingen av onormal stress som kan orsaka ineffektivitet i arbetet och problem i familjen. Syftet med psykologisk debriefing för sjukvårdspersonal är också att hjälpa personalen att hantera stress i arbetet så att problem därefter inte ökar.

Cotterill-Walker (2000) menar att critical incident stress debriefing kan hjälpa sjuksköterskan att få förståelse för vad som inträffat under räddningsarbetet och reflektera över sin egen insats. Critical incident stress debriefing är också till hjälp för att förbereda sig inför framtida svåra upplevelser och förklara för personalen att deras reaktion på traumat är en normal reaktion, för normala individer, i en onormal händelse.

Debriefing är också ett tillfälle för personalen att dela tankar, känslor, förväntningar och upplevelser i en trygg och stöttande miljö som hjälper dem att hantera den arbetsrelaterade stressen. Om sjuksköterskan är tränad i att uppmärksamma reaktioner på stress och har kunskap om stress och dess orsak kan hon bättre förebygga att inte samla på sig intryck och därmed minska effekten efter en traumatisk händelse för individen.

Reaktioner efter traumatiska händelser

Talbot, Manton & Dunn (1992) och Cotterill-Walker (2000) skriver att hälso- och sjukvårdspersonal och räddningspersonal ofta fann att både den mentala och fysiska hälsan var påverkad hos sina patienter. Vanliga emotionella reaktioner var chock, förvirring, nedstämdhet, irritation, hjälplöshet, trötthet, frustration och närgångna tankar om upplevelsen. Fysiska reaktioner består i sömnsvårigheter, mag-tarm problem, större känslighet för sjukdom, konstiga matvanor och ökad konsumtion av alkohol och cigaretter. Författarna skriver vidare att andra reaktioner kunde bestå i att räddningspersonalen var emotionellt krävande mot familj och vänner.

Enligt Irving & Long (2000) är det inte ovanligt att individen efter en traumatisk upplevelse känner skuld för att ha överlevt medan andra inte gjort det. Det kan också uppstå svårigheter i relationen till andra individer. Det är heller inte ovanligt att bli överkänslig mot plötsliga ljud och en del individer kan också få svårt att kontrollera sin ilska och bli utåtagerande.

Mitchell (1983) skriver att det är viktigt att tänka på att räddningspersonal är sårbara individer som har samma fysiska och psykiska gensvar för rädsla av mänskligt lidande som andra individer. Han kommenterar också att emotionella efterreaktioner kan uppträda dagar, veckor och även månader efteråt och kan allvarligt påverka individens prestation inom akutsjukvården såväl som i relationen till familjen. Vanliga reaktioner i anslutning till den traumatiska händelsen kan vara rastlöshet, irritation, onormal trötthet, sömnsvårigheter, oro, humörsvängningar, muskelkramper, koncentrationssvårigheter, mardrömmar, illamående och diarréer. Dessa reaktioner som är normala är farliga för räddningspersonalens arbetshälsa och kan uppta onödig energi. Reaktionerna gör

personalen sårbar och kan leda till sjukdom, reaktionerna kan också bli destruktiva när individen förnekar det inträffade eller misstolkar stressymtomen som någonting fel.

I Robbins (1999) artikel redogör han för en stor olycka som inträffade på ett hotell i Kansas 1981 där många individer omkom. Det visade sig att de vanligaste problemen efteråt var nedstämdhet och depression. Sextio procent hade sökt någon form av hjälp från familj, vänner eller medarbetare, medan 40 % hade sökt professionell hjälp från sjukvården i form av antingen individuell rådgivning eller debriefing. Av dessa menade 45 % att det mest värdefulla sättet att hantera de svåra upplevelserna efter olyckan var att tala om och dela med sig av sina känslor till andra individer. Sextiofem procent ansåg att de kände sig annorlunda efter denna upplevelse av debriefing.

Robins (1999) skriver vidare om en tågolycka som inträffade i Australien 1977. Där rapporterade räddningspersonalen känslor av hjälplöshet och överväldigande dels utifrån olyckans omfattning, dels utifrån det oväntade i det inträffade. Många poängterade problem med att handskas med synen och lukten av döda kroppar, ångest från anhöriga och press från arbetet. Till en början klagade endast tio procent över specifika problem relaterade till olyckan och försämrad funktion hemma. En månad senare rapporterade 25 % av räddningsgruppen att de led av depression och oro i kombination med sömnstörningar, medan 70 % upplevde en känsla av att känna sig ansträngd.

Sjuksköterskans attityder till debriefing

Kroon (2001) har gjort en studie som bygger på intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning. Sju sjuksköterskor valdes ut. Dessa hade arbetat minst två år som sjuksköterska på en akutvårdsmottagning och representerades av olika åldrar, kön och yrkeserfarenhet. Studien visade att de intervjuade sjuksköterskorna hade en positiv inställning och ett intresse för psykologisk uppföljning. Samtliga menade att psykologisk debriefing med professionell medverkan behövs efter extrema, sällsynta och speciella fall. De menade också att det skulle kännas tryggt att ha vetskap om att resurserna för debriefing finns befintliga om behov uppstår.

Cudmore (1996) skriver vidare att sjuksköterskan vill kunna känna att det är frivilligt att delta i debriefingprocessen, men att alla som varit med under räddningsinsatsen bör bli erbjudna att delta. Författaren skriver vidare att personalen menar att de har nytta av debriefing för att få öva sig praktiskt inför en traumatisk händelse, minska stress, bli erbjuden muntlig support med kolleger, reflektera över det inträffade och lära sig att hantera posttraumatisk stress. Personalen menar också att det bör finnas ett alternativt sätt att diskutera en händelse och känslor på om inte debriefing kan genomföras. De menar att kognitiv terapi kunde vara ett alternativ.

I Burns & Harms studie (1993) var det 32 % av de 682 tillfrågade sjuksköterskorna som någon gång deltagit i debriefing. Av dem som intervjuades var det 27 % som deltagit. Det var 16 av de 26 intervjuade som visste att det fanns en debriefinggrupp i området. Av dem som hade deltagit i debriefing var det 88 % som menar att det hjälpte. Av dessa menar 82 % att var en hjälp för personalen att hantera stress som var relaterad till traumatiska händelser. Sjuttio två procent av de tillfrågade menar att debriefing bör vara frivilligt. Författarna skriver vidare att det är viktigt att chefen och ledningen uppmuntrar och informerar om betydelsen av debriefing. Detta för att skapa en vilja bland personalen att vara med i debriefing efter starka upplevelser. Information om critical incident stress debriefing i akademiska program kan också vara en hjälp i debriefingprocessen för sjuksköterskan .

Debriefing-inverkan på interaktionen mellan sjuksköterska och patient

Inverkan på omvårdnadsarbetet

Det var ingen av de intervjuade i Kroons (2001) studie som menar att stresspåverkan leder till försämring av omvårdnadsarbetet. Symtomen på stress som kan uppkomma är irritation, ett mer forcerat arbetstempo oavsett om det behövs eller inte och ett arbete som blir mer ineffektivt och splittrat. Frågan om upplevd stress kan påverka omvårdnadsarbetet är dock känslig. Sjuksköterskan vill inte tro att denne utför ett sämre arbete och har definitivt inte sådana avsikter. Däremot skriver Kroon (2001) att sjuksköterskan hade en känsla av otillräcklighet då hon säger att det ibland var svårt att hinna med sitt omvårdnadsarbete.

Enligt Stearns (1993) är det inte ovanligt att räddningspersonal undviker att söka sjukvårdshjälp, även då de känner att de egentligen har behov av det. I en situation med ”offer” och räddningspersonal, är det ”offret” som betraktas som svag, hjälplös, resurslös medan räddningspersonalen betraktas som stark, maktfull och som en resurs i räddningsarbetet. Detta kan leda till att räddningspersonal inte söker hjälp eftersom det då upplevs som en personlig svaghet. Det skulle också sårar deras stolthet angående hur mycket de klarar av att uthärda. Det är viktigt för personal att upprätthålla självkänsla och känsla av att vara osårbar. Författaren skriver vidare att samtidigt som räddningspersonal känner behov av rådgivning vill de inte erkänna att de har psykiska problem av rädsla för att förlora respekt och förtroende från sina medarbetare. Att avstå från att söka hjälp kommer därmed att utgöra ett hinder i att utföra ett bra arbete.

Burns & Harm (1993) skriver att av de intervjuade som deltagit i debriefingprocessen menar alla att det varit till hjälp. En sjuksköterska menade att det gav henne andra perspektiv. Hon menar att det hade hjälpt henne att förstå varför det hade tagit så lång tid för akutvårdsavdelningen att ta emot den skadade patienten. Debriefingmötet hjälpte till att lindra en del av sjuksköterskans ilska och frustration. En annan sjuksköterska menar att det var ett stort motstånd hos personalen att vara med på debriefing, men efteråt sade de att det hade känts bra att delta. De menade att det kändes som en befrielse och att det var hjälpsamt att tillsammans med övriga yrkesgrupper få prata om sina känslor. Det var till hjälp att inse att alla hade samma känslor för det inträffade, men utifrån olika perspektiv. De menade också att det kändes skönt att ventilerar sin ilska och få prata med övriga gruppmedlemmar.

Enligt Robbins (1999) har svåra eftereffekter visat sig för personal som arbetar med katastrofer och stora olyckor. Författaren skriver att sju till tio procent inte får några problem alls, antagligen på grund av att de inte alls identifierar sig med offren. Cirka 80 % har inte upplevt några problem som försämrat deras funktion, medan tre till sju procent troligtvis lider av svåra effekter på grund av deras erfarenheter. Anledningen till detta är inte enbart räddningsarbetarens exponering för stress av händelsen i sig, utan att deras roll som räddningspersonal ökar den förväntade stressen. Detta kan orsaka ut-

mattning och allvarligt påverka möjligheten för personalen att prestera ett bra arbete på ett adekvat sätt.

DISKUSSION

Metod

Syftet med denna litteraturstudie var att studera hur sjuksköterskan använder sig av debriefing inom akutsjukvården, och vilken roll debriefing har för bearbetning av svåra upplevelser. Det kändes svårt att hitta material utifrån den systematiska sökningen som stämde överens med arbetets syfte. Däremot fanns det bra tips i artiklarnas referenslistor och böcker som var relevanta att använda. Artiklar söktes som var publicerade från 1990 och framåt. Däremot inkluderades Dyregrov (1989) och Mitchell (1983) då dessa återfanns som referenser i flera artiklar. Mitchell är dessutom grundare till critical incident stress debriefing. Enligt Patel & Davidsson (1998) är de vanligaste källorna att hitta kunskap i böcker, artiklar och rapporter.

Efter att ha läst flera artiklar kände författarna att de tog upp samma saker och kom fram till ungefär samma resultat. Då det inte fanns mycket skrivet om debriefing på svenska var det till största del engelsk litteratur som användes. I arbetet användes vetenskapliga och icke vetenskapliga artiklar för att erhålla så bra resultat som möjligt. Enligt Polit & Hungler (1999) kan det vara relevant att använda icke vetenskapliga artiklar för att öka förståelsen för problemområdet. I resultatet bör det redovisas såväl likheter som skillnader från artiklarna, men det har varit svårt att redogöra för skillnaderna då det inte funnits så stora skillnader.

Det utfördes en andra sökning för att se om det fanns nyare litteratur som handlade om debriefing inom akutsjukvården. Då erhöles tre artiklar som var från år 2000 och framåt. Av dessa tre artiklar inkluderades två artiklar i arbetet. Det visade sig dock att det inte fanns mycket forskat inom just detta område, under senare år. Däremot fanns det mycket om debriefing som inte stämde överens med syftet i arbetet.

I resultatet har författarna använt sig av såväl litteraturstudier som artiklar som svarade mot syftet. Författarna har dock varit medvetna om att litteraturstudier är en sekundärkälla. Enligt Backman (1998) är feltolkning av litteraturen en risk som kan uppstå i en litteraturstudie, på grund av att tolkning sker av andra författares redan tolkade resultat. För att undvika feltolkningar bearbetades och analyserades artiklarna objektivt och noggrant av båda författarna.

Patel & Davidson (1994) skriver att med god validitet menas att studien verkligen undersöker det som var avsett att undersöka. Det är också viktigt att ha god reliabilitet vilket innebär att undersökningen utförts på ett tillförlitligt sätt. Dessa kriterier kan säkras genom noggrann granskning av bearbetat material.

Resultat

Sjuksköterskans användning av debriefing i akutsjukvården

Författarna till denna litteraturstudie har funnit att debriefing har varit till hjälp för personal inom akutsjukvården, då det ger möjlighet att bearbeta svåra upplevelser efter traumatiska upplevelser. I resultatet framkom att när ett barn dör eller då en medarbetare dör var de mest traumatiska upplevelserna. Det är dock viktigt att tänka på att vad som är traumatiskt för en person behöver inte vara det för en annan. Författarna menar att det är viktigt att erbjuda all personal möjlighet till debriefing eftersom det är svårt att förutsäga vem som har behov av att delta i debriefingmötet. Därefter bör det vara frivilligt för individen att avgöra om denne vill delta eller ej. Det framgår i Antonovskys (1991) modell att en individs känsla av sammanhang (KASAM) i tillvaron är avgörande för hur individen reagerar i en stressfull situation. Hur individen hanterar påfrestande situationer beror på graden av KASAM som grundats tidigare i livet. Antonovskys modell kan öka förståelsen för att svåra upplevelser uppfattas olika hos olika individer.

Det framkom även i resultatet att olika yrkesgrupper hade olika behov av debriefing. Sjuksköterskor var den yrkeskategori som hade störst behov av debriefing och i större utsträckning deltagit i debriefing, skriver Hagald (1996). Det förelåg också skillnader i behov av debriefing mellan de som arbetat mindre än fem år respektive längre än fem

år. Författarna menar att det kan vara naturligt att behöva ventilera upplevelser som är ovana för ny personal, medan den mer erfarna personalen lärt sig att känna igen när behov av debriefing finns. Det kan också vara svårt för personal som arbetat en kortare tid på en arbetsplats att erkänna behovet av debriefingsamtal och be om hjälp efter en svår upplevelse. Det är dock svårt att generalisera då individer har olika behov.

Enligt Dyregrov (1989) och Gowins Rubin (1990) är debriefing positivt även för familjemedlemmar till den personal som exponerats för en svår upplevelse. Det kan också vara värdefullt att låta dessa vara med på debriefing eller på annat sätt ge dem information om reaktioner som kan uppstå efter en svår upplevelse. Detta kan i sin tur hjälpa personalen om någon annan än denne själv är uppmärksam på symtom och beteende som normalt inte finns. Författarna menar att det kan vara bra för personalen att veta att deras anhöriga är insatta i vilka reaktioner som kan uppstå och känna att de anhöriga har en större förståelse och därmed kan hjälpa dem bättre. Enligt Antonovsky (1991) är begriplighet betydelsefullt för att öka förståelsen över den aktuella situationen. Detta kan i sin tur leda till att individen lättare kan hantera och bemästra tillståndet denne befinner sig i.

Det råder konsensus om vem som kan vara lämplig att leda debriefing och vilken kompetens denne bör ha. Gowins Rubin (1990) menade att det bör vara en tränad hälso- och sjukvårdspersonal med erfarenhet från akutsjukvård, eftersom det är viktigt att debriefingledaren kan sätta sig in i personalens situation. Det kan också vara bra om debriefingledaren inte tillhör personalgruppen och inte varit engagerad i arbetet runt händelsen. I Burns & Harms (1993) studie visade det sig att 27 % inte uppfattade debriefing som positivt, vilket berodde på att debriefingledaren inte hade rätt erfarenhet. Det framkom också att det var viktigt att ledaren hade kunskap om stress och krisarbete. Debriefingledaren bör vara fokuserad på att hjälpa personalen och inte angelägen om att tjäna pengar. Det framgår även tydligt att personalen vill ha en debriefingledare med erfarenhet från akutsjukvård och som kan sätta sig in i personalens situation och känslor kring det inträffade. Författarna till detta arbete menar att det är viktigt att debriefingledaren inte varit delaktig i händelsen för att kunna vara professionell och inte vara

känslomässigt engagerad. Ledaren bör dock ha kunskap och erfarenhet från området akutsjukvård för att kunna förstå personalens reaktioner.

Betydelsen av debriefing efter svåra upplevelser

Syftet med debriefing är att skydda individen från onödiga efterreaktioner efter en traumatisk upplevelse. De reaktioner som uppstår efter en stark upplevelse är dock normala efter den onormala situation de befunnit sig i. Det är dock viktigt att prata om vilka reaktioner som kan uppstå, detta för att inte orsaka problem för den enskilde individen, arbetskamrater och familj. Cullberg (2000) menar att individen kan befinna sig i ett psykiskt kristillstånd när denne råkat in i en sådan livssituation att ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att förstå och psykiskt bemästra den aktuella situationen. Författarna har funnit att samtliga artiklar belyser de vanligaste symtomen som nedstämdhet, trötthet, oro, irritation, sömnsvårigheter, ökad konsumtion av alkohol och cigaretter. Dessa reaktioner kan uppstå efter lång tid och påverka individens förmåga att utföra ett bra arbete eller fungera normalt bland familj och vänner. Författarna menar att det är betydelsefullt att personal som valt att arbeta inom ett område med traumatiska händelser bör få hjälp med att bearbeta upplevelser genom debriefing, om individen upplever detta som en hjälp. Det framgår av resultaten att flertalet personer, som deltagit i debriefing, menar att det varit en hjälp för dem.

I flertalet studier menade sjuksköterskorna att stresspåverkan efter en svår upplevelse kan påverka omvårdnadsarbetet negativt, men sjuksköterskorna hade svårt att inse och erkänna det, då deras avsikt inte var att utföra ett sämre omvårdnadsarbete. Det kan också vara svårt för räddningspersonal att söka hjälp eftersom de förväntas vara starka och osårbara i förhållandet till patienterna. Enligt Burns & Harms (1993) upplevde sjuksköterskorna det som en hjälp att tillsammans med övrig personal få prata om svåra upplevelser. Studier visar att det finns undersökningar där nästan ingen skillnad på post traumatisk stressreaktion finns bland de som deltagit i debriefing mot dem som inte deltagit. Författarna förstår att sjuksköterskorna har svårt att erkänna att de utför ett sämre omvårdnadsarbete under stresspåverkan. Många sjuksköterskor upplevde debriefingsamtalet som meningsfullt, därför menar författarna till detta arbete att om individen fått möjlighet att tillsammans med arbetskamrater diskutera svåra upplevelser

kan detta bidra till att ett bättre omvårdnadsarbete kan utföras. Enligt Antonovsky (1991) är det betydelsefullt att uppleva meningsfullhet i tillvaron för att öka motivationen till att göra en insats – att kämpa, anstränga sig och hålla ut. Författarna till arbetet menar att om debriefing leder till meningsfullhet för individen blir det lättare för denne att klara av och härda ut en svår upplevelse.

Debriefing-inverkan på interaktionen mellan sjuksköterska och patient

Travelbee (1971) skriver att lidande är personligt och knutet till den enskilde individens reaktion på mötet med sjukdom, fysisk och psykisk smärta och alla varianter av förluster. Att arbeta som akutsjukvårdspersonal har i resultatet visat sig vara ett arbete som kan förorsaka lidande i form av psykisk smärta och lidande förknippat till förluster. Travelbee menar att hur individen reagerar på lidande kan delas in i två kategorier som hon benämner ”varför just jag?”-reaktionen som är den vanligaste och ”varför inte jag?”-reaktionen. Dessa två reaktioner visar hur individer hanterar lidande på olika vis, därför är det också naturligt att alla individer har olika behov av att få prata om sina känslor. Flertalet individer reagerar ändå med ”varför just jag?”-reaktionen och för att ge dessa individer en chans att orka med arbete och familj bör möjlighet till exempelvis debriefing finnas för att undvika post traumatisk stress.

Liksom Travelbee (1971) menar Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) att sjuksköterskan använder sig själv terapeutiskt i interaktion med patienten. Dessa författare menar att det är viktigt att utgå från att alla personer i hälso- och sjukvården är unika individer och subjekt och att vårdförhållandet grundar sig på en subjekt-subjekt relation. Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) påverkas den sociala interaktionen av de mellanmänskliga relationerna, av de roller individen befinner sig i, av individens självuppfattning och hur de uppfattar varandra och den situation de befinner sig i. Det framgår att en hel del behöver stämma överens för att skapa ett bra möte med en patient. Författarna till detta arbete, menar att det kan vara svårt för en sjuksköterska att orka engagera sig fullt ut för varje patient, om denne bär på obearbetade känslor. Travelbee (1971) och Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) menar att engagemang behövs för att skapa en subjekt-subjekt relation istället för en subjekt-objekt relation.

KONKLUSION

Sammanfattningsvis finns ett behov av och vilja till att delta i debriefing hos sjuksköterskor efter svåra upplevelser. Det förelåg dock inte stora skillnader i posttraumatisk stress hos de som erhållit debriefing och de som inte erhållit debriefing. Debriefing kan dock vara ett sätt att hjälpa en individ att förbereda sig mentalt inför kommande upplevelser och vara uppmärksam på symtom som kan uppträda i anslutning till en traumatisk händelse. Det är viktigt att chef och ledning förespråkar och uppmuntrar sjuksköterskan till att delta i debriefing så de känner att möjligheten till debriefing finns, om det finns behov. Resultatet visar att sjuksköterskorna menar att debriefing bör ledas av utbildad hälso- och sjukvårdspersonal med erfarenhet från akutsjukvård och har förståelse för personalens arbetssituation.

Författarna till detta arbete menar att vidare forskning inom ämnesområdet debriefing i akutsjukvård bör ske då det inte i någon större omfattning finns ny forskning inom området. Detta för att belysa om debriefing är till nytta för personalen eller om det kanske till och med kan vara ”skadligt”, vilket en studie belyser (van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch & Emmelkamp 2002).

REFERENSER

Andersson, B., Tedfeldt, E-L. & Larsson, G. (2000). *Avlastningssamtal och debriefing: handbok för samtalsledare*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Burns, C. & Harm, J. (1993). Research Emergency nurses' perception of critical incidents and stress debriefing. *Journal of Emergency Nursing*, 5, 431-436.

Cotterill-Walker, S. (2000). Debriefing in the intensive care unit: a personal experience of critical incident stress. *Nursing in Critical Care*, 2, 82-86.

Cudmore, J. (1996). Do nurses perceive that there is a need for defusing and debriefing following the resuscitation of a patient in the accident and emergency department? *Nursing in Critical Care*, 4, 188-193.

Cullberg, J. (2000). *Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Management*, 1, 25-30.

Gowins Rubin, J. (1990). Critical incident stress debriefing: Helping the helpers. *Journal of Emergency Nursing*, 4, 255-258.

Hagald, E. (1996). Debriefing på IVA. *Ventilen*, 4, 19-21.

Irving, P. & Long, A. (2001). Critical incident stress debriefing following traumatic life experiences. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 307-314.

Kroon, T. (2001). Yrkesrelaterad stress hos sjuksköterskor på en akutmottagning. Attityder till och erfarenheter av debriefing. *Ventilen*, 3, 10-12.

Laposa, J.M., Lynn, M.A., Alden, E. & Fullerton, L.M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of Emergency Nursing*, 29, 23-28.

Malmsten, C. (1992). *Akutsjukvård på skadeplats*. Stockholm: Nordiska räddningsförlaget.

Mitchell, J. (1983). When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medicine Services*, 8, 36-39.

Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. & Hungler, P. (1999). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Robbins, I. (1999). The psychological impact of working in emergencies and the role of debriefing. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 263-268.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård – ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber AB.

Sievertson, T. (1993). *Debriefing – krisstöd: en väg till bättre arbetsmiljö*. Mora: Miljöpedagogik.

SOSFS. 1995:15. Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stearns, S.D. (1993). Psychological distress and relief work: who helps the helpers? *Refugee Participation Network*, 15, 3-8.

Talbot, A., Manton, M. & Dunn, P.J. (1992). Debriefing the debriefers: An intervention strategy to assist psychologists after a crisis. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 45-62.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis Company.

van Emmerik, A., Kamphuis, J., Hulsbosch, A. & Emmelkamp, P. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a metaanalysis. *The Lancet*, 7, 766-770.

Warren, K.D. (1995). *Critical incident stress debriefing with emergency service workers*. Avhandling för doktorsexamen. California: California school of Professional Psychology.

Wikner-Löthman, C. (1995). Psykologisk debriefing. *Vård i fokus*, 1, 9-10.

Bilaga 1

Tabell 1. Översikt över använda databaser, sökord, kombinationer och resultat

Sökord	Cinahl	Medline	Swemed
Debriefing	53	7	50
Emergency	28 523		972
Emergency and debriefing	23		5
Nursing	39 650		3 550
Nursing and emergency and debriefing	0		
Post traumatic stress	153		10
Emergency and debriefing and post traumatic stress	0		
Professional	52 911		1 284
Professional and debriefing	5		4
Professional and emergency and debriefing and post traumatic stress	0		
Professional and emergency and debriefing	2		1
Debriefing and post traumatic stress			0
Debriefing and nursing			1
Debriefing and nursing and Professional			1

Tabell 2. Sammanställning av artiklarnas syfte, metod och urval

Förf/publ.år/titel	Syfte	Metod/urval
Burns, C. & Harm, J. (1993). Research Emergency nurses' perception of critical incidents and stress debriefing.	Att undersöka vad akutvårdssjuksköterskor uppfattar som kritiskt och uppskatta effekten av debriefingprocessen.	Deskriptiv studie med frågeformulär och stödjande intervjuer. 682 sjuksköterskor svarade på frågeformuläret därav deltog 26 sjuksköterskor i intervjuer.
Cotterill-Walker, S. (2000). Debriefing in the intensive care unit: a personal experience of critical incident stress.	Att beskriva behovet av critical incident stress management och dess relevans inom intensivvården	En litteraturstudie relaterat till två autentiska fall.
Cudmore, J. (1996). Do nurses perceive that there is a need for defusing and debriefing following the resuscitation of a patient in the accident and emergency department?	Att identifiera hur defusing och debriefing används på en akutvårdsavdelning och undersöka sjuksköterskans behov av defusing och debriefing efter en räddningsinsats.	En icke experimentell kvantitativ undersökning.
Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing.	Att belysa debriefingprocessen och dess betydelse efter traumatiska händelser	Litteraturstudie

Gowins Rubin, J. (1990). Critical incident stress debriefing: Helping the helpers.	Att beskriva debriefingprocessen och målet med debriefing.	Litteraturstudie
Hagald, E. (1996). Debriefing på IVA.	Att ta reda på hur personalen på en intensivvårds avdelning ser på debriefing och vilka behov de har i samband med traumatiska händelser inom den debriefing-organisation som finns idag.	Kvantitativ metod med enkätfrågor, bestående av 25 frågor skickades ut till all sjukvårdspersonal som arbetar på intensivvårdsavdelningen/ akutmottagningen. 98 personer varav 10 läkare, 53 sjuksköterskor och 35 undersköterskor. 66 personer besvarade enkäten, varav 70 % läkare, 74% sjuksköterskor och 57% undersköterskor.
Irving, P. & Long, A. (2001). Critical incident stress debriefing following traumatic life experiences.	Att förklara användningen av critical incident stress debriefing som ett terapeutiskt ingripande efter traumatiska livshändelser.	En fallstudie. Kontakt togs med tre kvinnor 24 timmar efter en traumatisk livshändelse, därefter gjordes intervjuer sex månader senare.
Kroon, T. (2001). Yrkesrelaterad stress hos sjuksköterskor på en akutmottagning. Attityder till och erfarenheter av debriefing.	Att belysa faktorer som medför en ökad yrkesrelaterad stress, samt erfarenheter av och attityder till debriefing hos sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning.	Kvalitativ metod med intervjuer. Halvstrukturerade öppna frågor utifrån en intervjuguide. Sju sjuksköterskor, olika åldrar, kön och yrkeserfarenhet. Med minst två års erfarenhet som sjuksköterskor på en akutmottagning.

Laposa, J.M; Lynn, M.A; Alden, E & Fullerton, L.M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel	Att undersöka sambandet mellan arbetsrelaterad stress och posttraumatisk stress symtom	En sekundär analys av data som författarna var för sig erhållit i tidigare undersökningar. 51 akutmårdspersonal besvarade frågeformulär angående arbetsrelaterad stress.
Mitchell, J. (1983). When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process.	Att belysa hur critical incident stress debriefing kan stödja individer som är delaktiga i räddningsarbete under extrem stress.	Författaren stödjer sig på såväl litteratur som egna erfarenheter av stora olyckor. Som exempel har författaren varit närvarande vid Pacific southwest airlines crash i San Diego 1978 och olyckan på Kansas city Hyatt Regency hotel 1981.
Robbins, I. (1999). The psychological impact of working in emergencies and the role of debriefing.	Att få en aktuell översikt över påverkan i att arbeta på en akutmårdsinrättning och mänskligt hjälparbete utomlands.	Litteraturstudie
Stearns, S.D. (1993). Psychological distress and relief work: who helps the helpers?	Att undersöka problem för räddningspersonal som kan begränsa effektiviteten i mänskligt biståndsarbete.	Litteraturstudie
Talbot, A. Manton, M. & Dunn, P.J. (1992). Debriefing the debriefers: An intervention strategy to assist psychologists after a crisis.	Att studera stressens betydelse i krisingripande arbete och på den psykologiska effekten i allmänhet.	Litteraturstudie

<p>van Emmerik, A. Kamphuis, J. Hulsbosch, A. & Emmelkamp, P. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a metaanalysis.</p>	<p>Att belysa effektiviteten av preventivt ingripandet relaterat till kroniska symtom efter post traumatisk stress.</p>	<p>Metaanalys. Sju studier analyserades.</p>
<p>Warren, K.D. (1995). Critical incident stress debriefing with emergency service workers.</p>	<p>Att redogöra för effekten hos akutvårdspersonal efter en stor olycka och effekten av critical incident stress i efterförloppet.</p>	<p>En kvantitativ studie med frågeformulär. 80 ambulanspersonal delades in i tre grupper. Grupp ett arbetade på olycksplatsen och deltog sedan i debriefing. Grupp två arbetade på olycksplatsen men deltog ej i debriefing. Grupp tre var endast anställda på ambulanscentralen då olyckan inträffade. Dessa fick sedan skatta upplevelsen av posttraumatisk stress.</p>
<p>Wikner-Löthman, C. (1995). Psykologisk debriefing</p>	<p>Att belysa när psykologisk debriefing behövs och hur organisation, förberedelser och debriefingregler ser ut.</p>	<p>Litteraturstudie</p>

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99
www.htu.se