



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete 7,5 hp

Debriefing efter trauma riktlinjer för förlossningspersonal

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 7,5 hp

(Avancerad nivå) 2011

Författare:

Jessica Anderu

Johanna Nordin

Sjuksköterskor & Bm-stud

Handledare: Sofia Zwedberg, Bm & Ph D

Handledare: Eva Nissen, Bm & Docent

Examinator: Anna Hjelmstedt, Bm & Med Dr



KAROLINSKA INSTITUTET

Institution for women's and children's health

Unit for reproductive health and perinatal care

Course: Examination paper 7,5 hp

Debriefing after trauma

Guidelines for delivery-ward personnel

Examination paper in sexual, reproductive and perinatal health

(Advanced level) 2011

Authors:

Jessica Anderu

Johanna Nordin

nurses & midwifery students

Supervisor: Sofia Zwedberg, midwife & Ph Dr

Supervisor: Eva Nissen, midwife & Docent

Examinator: Anna Hjelmstedt, midwife & Med Dr

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Debriefing är en genomgång för personal som gemensamt upplevt en traumatisk händelse. När personal utsätts för traumatiska händelser, drabbas de vanligtvis av krisreaktioner. Om ingenting görs för att lindra krisreaktioner finns det en risk att utveckla Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Debriefing ger hjälp till återhämtning genom ett psykologiskt avslut vilket bör minska den traumatiska stressen. Inom förlossningsvården i Sverige sker det ett antal traumatiska situationer med dödlig utgång. Därför bör debriefing tillämpas för berörd personal.

Syfte: Att kartlägga de riktlinjer som används för debriefing av personal inom förlossningsvården i Stockholms Läns Landsting, SLL.

Resultat: Av de sju kliniker vi har kartlagt uppger fem kliniker att de har skrivna riktlinjer om att debriefing bör tillämpas. Dock specificerar ingen hur debriefingtillfället ska gå till. Två av de kartlagda klinikerna har inga skrivna riktlinjer. Fem kliniker anger en debriefingledare men uppger inte om ledaren har ändamålsenlig utbildning.

Slutsats: Mer forskning skulle behövas inom området för en bredare kartläggning hur förlossningsklinikerna i Sverige arbetar med debriefing.

Nyckelord: debriefing, traumatisk situation, riktlinjer.

ABSTRACT

Background: When personnel handle a traumatic experience they usually suffer from a crisis reaction. Debriefing is when personnel go through a critical situation they experienced together. If no action is taken during the crisis, there is a risk to develop Post Traumatic Stress Disorder, PTSD. A benefit with debriefing is to help recovery through achieving psychological closure and diminishing traumatic stress. A few traumatic situations with mortal outcome happen every year in Sweden within the delivery ward. Debriefing should therefore be essential.

Purpose: To survey how delivery wards in SLL work with debriefing.

Result: Seven clinics are included in the survey, five of them have written guidelines for how debriefing should be applied. None of those specified of how the debriefing session should be done. Two of the surveyed clinics lack written guidelines. Five clinics specify a debriefing leader but none mention if the leader have appropriate education.

Conclusion: More research should be needed, in order to see how obstetric clinics in Sweden work with debriefing.

Key words: Debriefing, Traumatic situation, guidelines.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Historia	1
Lagar och föreskrifter	2
Definitioner	2
Krisreaktioner	3
Post Traumatisk Stress Disorder, PTSD	3
Avlastningssamtal.....	4
Critical Incidence Stress Management, CISM.....	4
Critical Incidence Stress Debriefing, CISD.....	4
Psykologisk debriefing, PD	4
Studier om debriefing.....	5
Stress efter traumatisk händelse.....	6
Statistik över traumatiska händelser inom förlossningsvården.....	6
Barnmorskans erfarenhet av traumatiska situationer och problemformulering	7
SYFTE	7
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	7
METOD	8
Bearbetning av materialet.....	8
ETISKA ASPEKTER.....	8
RESULTAT.....	9
Klinikernas handläggning.....	10
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion.....	13
SLUTSATS	15
REFERENSER	16
BILAGA 1, INTERVJUMALL	1
BILAGA 2, MATRIS	2

INTRODUKTION

Inom ramen för barnmorskeutbildningen gjordes praktik på en förlossningsavdelning. Där var en av studenterna med om en traumatisk situation och hon exkluderades då från debriefingtillfället. Det väckte nyfikenhet om hur personal omhändertas efter traumatiska händelser på förlossningsavdelningar. Sedan tidigare har båda författarna erfarenhet av traumatiska händelser med efterföljande debriefing. Det ledde till en nyfikenhet om hur debriefing tillämpas på andra förlossningsavdelningar i Stockholm.

BAKGRUND

Historia

Litteratur beskriver att det hölls militär debriefing för soldater under andra världskriget. Debriefing användes då för att lindra de svåra påfrestningar som soldaterna utsattes för. Militärerna samlades och fick en gruppgenomgång över det som hänt. Dessa gruppgenomgångar gjorde att soldaterna mådde bättre samt att de kunde lära sig hantera efterföljande påfrestningar. I slutet på 1970 och början av 1980-talet väcktes ett intresse att tillämpa de debriefingmetoder som militären använt sig av sedan andra världskriget i samband med stora katastrofer och olyckor. Man såg att detta underlättade för räddningspersonalen i deras arbete. Jeffrey Mitchell, ”debriefingens fader”, är en amerikansk psykolog och frivillig inom brandförsvaret. Han insåg att behovet fanns för en debriefingmodell som kunde hjälpa dem som arbetat med påfrestande situationer att bearbeta dessa. Mitchell presenterade 1983 en debriefingmodell som innehöll sju steg. Denna modell används än idag världen över för personal inom räddningstjänsten såväl som för hälso- och sjukvårdspersonal.

Mitchell's model går under namnet Critical Incident Stress Debriefing (CISD)/ Critical Incident Stress Management (CISM). Det är en modell i sju steg. Modellen beskriver ett arbetssätt där man använder sig av olika strategier för omhändertagande, stöd och uppföljning samt möjlighet till en certifierad utbildning som debriefingledare (Mitchell, 1983).

I Sverige har man använt debriefing vid större katastrofer exempelvis vid Estoniakatastrofen samt efter diskoteksbranden i Göteborg (Dyregrov, 2003).

Atle Dyregrov, en norsk psykolog som hade ett nära samarbete med Mitchell, tog denna modell till Europa i slutet av 1980-talet. Dyregrov anpassade den efter europeisk och nordisk standard (Dyregrov, 2003 & Dietz, 2009).

Lagar och föreskrifter

Enligt arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) är det arbetsgivarens ansvar att motverka psykisk ohälsa hos personal vid traumatiska händelser på arbetsplatsen. Detta bör enligt Arbetsmiljöverket ske genom debriefing, gärna med uppföljning vid flera tidpunkter (AFS 1999:07).

Arbetsmiljöverkets föreskrifter om krisstöd beskriver att de ”ska minska personliga lidanden och förebygga sjukfrånvaro och därmed produktionsbortfall”. Företagshälsovården kan anlitas för planering av åtgärder vid krisstöd och även ge hjälp med professionella insatser.

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (1999:07) kommer som regel efterreaktioner av den traumatiska händelsen omedelbart efter chocken men dessa reaktioner kan komma med en fördröjning och i vissa fall långt senare. Det är därför viktigt att följa upp en traumatisk händelse vid flera tidpunkter om det behövs. Vanliga efterreaktioner är rädsla, ångest, återupplevda och påträngande minnen, trötthet, nedstämdhet och sömnsvårigheter.

Definitioner

Enligt Svenska Akademien betyder begreppet debriefing krisbearbetning i form av samtal (www.svenskaakademien.se).

Traumatiska händelser definieras enligt Svenska Akademien som något skrämmande, tragiskt eller på annat sätt uppskakande händelse (www.svenskaakademien.se).

Begreppet psykiskt trauma betyder enligt Svenska Ordboken (2005) en svår psykisk påfrestning uppkommen av chock och sorg. Detta kan ibland drabba grupper såväl som enskilda individer.

Metoden debriefing är en systematisk genomgång i grupp för personer som gemensamt har upplevt en dramatisk eller kritisk situation där fakta, tankar, känslor och intryck tas upp. Syftet är att reducera stress och bearbeta psykiskt påfrestande situationer (Dyregrov, 2003, Isaksson & Ljungqvist, 1997 & Sivertsson, 1996).

Debriefingen syftar till att ge deltagarna ett avslut på händelsen, och därmed minska den post-traumatiska stressen (Dietz, 2009).

Enligt Cullberg (2006) är debriefing en metod för att underlätta normal bearbetning av traumatiska upplevelser hos sjukvårdspersonal på arbetsplatsen. Beroende på hur de som varit med vid händelsen mår psykisk, kan det räcka med ett avlastningssamtal.

Krisreaktioner

En krisreaktion delas in i fyra faser enligt Cullberg (2006). Denna krisreaktion börjar med *chockfasen* som kan pågå från något ögonblick till ett par dygn. Under chockfasen upplever individen ofta känslomässig apati. Därför bör samtal vänta eftersom det kan vara svårt att ta in information då det är av stor vikt att en person i chockfasen inte lämnas i ensamhet. Kontakt med anhöriga, vänner eller arbetskamrater bör tas. I den andra fasen, *reaktionsfasen*, inser personen att något traumatiskt har inträffat. Personen uttrycker ångest, skuld, sömnproblem och det är då viktigt att samtal om händelsen initieras. *Bearbetningsfasen* innebär att insikt i händelsen steg för steg bearbetas. Under *nyorienteringsfasen* får individen en förståelse för det som hänt och bär med sig händelsen. En kris definieras av Arbetsmiljöverket som en situation där ens tidigare erfarenheter inte räcker för att kunna hantera situationen. Övåntade händelser kan utlösa krisreaktioner om personen inte har några tidigare erfarenheter eller någon handlingsberedskap (AFS 1999:07).

Post Traumatisk Stress Disorder, PTSD

Begreppet PTSD blev vedertaget under 1980-talet. PTSD innebär "tillstånd som uppstår som en fördröjd eller långvarig reaktion på en traumatisk händelse eller situation av något ovanligt hotande eller katastrofalt slag för den enskilda individen" (Cullberg, 2000). Om en person inte lyckas bearbeta och integrera den traumatiska händelsen kan den traumatiska stressen utvecklas till ett stresstillstånd som kallas PTSD (Cullberg, 2006, Dyregrov, 2003, Dietz, 2009, McFarlane & Bryant, 2007, Bledsoe, 2003 & Hammond, 2001). Det pågår fortfarande forskning om PTSD.

Hälso- och sjukvårdspersonal utsätts ofta för traumatiska situationer i sitt arbete. De löper således en hög risk för att utveckla PTSD. Då barn är inblandade blir ofta personalen djupt involverade och berörda t ex när anhöriga är mycket upprörda och ibland aggressiva och anklagande mot personalen (a.a. & Dietz, 2009). Ett tidigt hanterande efter traumatiska händelser kan förhindra eller minimera psykisk ohälsa, (Cullberg 2000 & Hammond & Brooks, 2001).

Avlastningssamtal

Ett avlastningssamtal är en informell debriefing vilken hålls samma dag som händelsen inträffat och leds oftast av chefen. En kort introduktion sker, därefter fokuserar deltagarna på sina upplevelser och reaktioner vid händelsen. Den ansvariga för samtalet återspeglar normala reaktioner på en onormal situation och visar på likheter med reaktioner som uttryckts av andra som har upplevt likartade situationer. Under mötets gång bedömer samtalsledaren om det finns behov för en formell debriefing. Finnes ett sådant behov hålls en debriefing nästföljande arbetsdag (Dyregrov, 2003 & Sivertsson, 1996).

Critical Incidence Stress Management, CISM

CISM- programmet skapades av Mitchell i början av 1980-talet. CISM är ett koncept där debriefing ingår som en del och omfattar en rad strategier för omhändertagande, t ex förebyggande krisutbildning, stöd från familj, vänner och arbetsplats samt individuell uppföljning och remittering. Enligt konceptet bör information ges till samtliga berörda i personalgruppen och vid behov en förändring av arbetsuppgifter eller arbetstider (Dyregrov, 2003 & Mitchell, 1983).

Critical Incidence Stress Debriefing, CISD

CISD- modellen som introducerades som en del av CISM- konceptet syftar till att förebygga psykisk ohälsa och extrem stress samt vägleder debriefingledaren vid behov att kunna urskilja om gruppdeltagarna skulle behöva ytterligare professionellt stöd (Mitchell, 1983). Modellen var från början utvecklad för räddningspersonal och skall användas direkt efter eller strax efter en traumatisk händelse (Hammond & Brooks, 2001). Denna modell består av sju steg se tabell 1.

Dyregrov poängterar att debriefingledaren ska vara påläst om händelsen och att platsen för debriefingen bör vara enskild för gruppen och fri från störande inslag. Mitchell beskriver att det är viktigt att använda sig av en utbildad debriefingledare som med hjälp av modellen ska kunna hitta de personer i gruppen som lider av akut stress och är i behov av vidare professionell hjälp där det finns risk för att utveckla psykisk ohälsa. Målet för debriefing är att dämpa efterreaktioner, ge stöd inom gruppen, ge motivation inför framtiden, ventilerar känslor, normalisera erfarenheter och erbjuda fortsatt hjälp vid behov (Dyregrov, 2003).

Psykologisk debriefing, PD

Psykologisk debriefing, PD, är en modell skapad av Dyregrov (2003) vilken är en anpassning av CISD för att passa in i Norden (Hammond & Brooks, 2001). I likhet med CISD är PD

uppbyggt i sju steg se tabell 1. PD var utformad för att användas för grupper och inte för enskilda möten. Modellen förespråkar att ett möte ska äga rum inom 48-72 timmar efter den traumatiska händelsen. Modellen är inte detsamma som psykoterapi men syftar till att hjälpa gruppdeltagarna med emotionell och kognitiv bearbetning av upplevelsen (Dyregrov, 2003).

Tabell 1: Debriefingens sju steg (Regel, 2009).

Critical Incidence Stress Debriefing, CISD	Psykologisk Debriefing, PD
<i>Introduktion:</i> Teamet introducerar sig själva och gruppdeltagarna.	<i>Introduktion</i>
<i>Fakta:</i> deltagarna beskriver den traumatiska händelsen utifrån den egna individens upplevelser.	<i>Fakta</i>
<i>Tankar</i> från händelsen beskrivs av deltagarna.	<i>Tankar</i> och förväntningar på mötet.
<i>Reaktioner:</i> Gruppen får ventilerar fritt från händelsen och hur händelsen påverkar idag.	<i>Reaktioner</i> och sensoriska intryck.
<i>Symtom:</i> Deltagarna går igenom kognitiva, fysiska, emotionella eller beteendemässiga symtom som uppkommit efter händelsen.	<i>Normalisering:</i> femte steget vilket innebär en utbildningsfas för deltagarna med en rådgivande funktion från debriefingledaren. Om ytterligare hjälp skulle behövas för någon av deltagarna uppmärksammar ledaren det i denna fas och remitterar vidare
<i>Lärande:</i> Normalisering av deltagarnas känslor och upplevelser.	<i>Framtida planering och hantering.</i>
<i>Återgång till vardagen:</i> psykologiskt avslut av händelsen.	<i>Avslutningsfasen:</i> det går då igenom vad deltagarna lärt sig. Gruppen diskuterar även om det finns behov av ytterligare ett möte.

Studier om debriefing

PD och CISD har blivit de vanligaste interventionerna för att hjälpa människor som drabbats av trauma och är i kris. Det finns flertalet artiklar skrivna där det övervägs om debriefingmetoden ger positiva eller negativa effekter för den som hanterat en traumatisk händelse (Dyregrov, 2003). Det debatteras om huruvida metoder med debriefing är effektiva eller skadliga (Dyregrov, 2003 & Regel, 2009). Flera författare tar upp studier som missat debriefingens huvudkomponenter. Om de viktiga faktorerna inte följs så ger det ett negativt utfall (Dietz, 2009, Mc Farlane & Bryant, 2007, Mitchell, 1983 & Regel, 2007). Det som lyfts fram är vikten att genomgång av händelsen sker i grupp och leds av en utbildad debriefingledare.

Författaren Regel (2007) försvarar debriefing modellerna CISD och PD och belyser problematiken när inte alla steg appliceras i sin helhet. Exempelvis har man inte haft en uppföljning för gruppen efter debriefing tillfället. Ett annat exempel är att debriefing deltagarna inte varit personal. Detta beskrivs i en randomiserad kontrollerad studie från databasen Cochrane.

Flera studier beskriver att sjukvårdspersonal som fått debriefing enligt modellerna upplever en lättnad och att de får ett psykologiskt avslut på händelsen. Personalen upplever även att det minskar traumatisk stress och hjälper den drabbade att återkomma till arbetet (Regel, 2003, Isaksson & Ljungqvist, 1997, Dietz, 2009 & Mitchell, 1983).

Stress efter traumatisk händelse

Mc Farlane och Bryants (2007) litteraturstudie visar att symtom efter extrem stress relateras till personalens exponering av traumatiska händelser. Personalens erfarenheter av traumatiska händelser samt deras fysiska och psykiska hälsa har betydelse för individens behov av debriefing. Efter traumatiska händelser är det viktigt att socialt stöd finns tillgängligt, framför allt om det finns risk för eventuella lagliga påföljder.

Studien visade att extrema stressreaktioner kan leda till ökat alkoholintag, familjekonflikter, socialt tillbakadragande, depression och somatisk sjukdom (a.a.). Även Robbins (1999) kom i sin litteraturstudie fram till att bristande debriefing ger förändringar i mat-, tobak- och alkoholmönster samt sömnsvårigheter. Han påvisade även en ökad risk för sjukdomar, psykiska symtom och försämrat allmäntillstånd i upp till ett år efter händelsen.

Statistik över traumatiska händelser inom förlossningsvården

Enligt statistik från det Medicinska födelseregistret från Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se) föddes år 2008 109370 barn i Sverige. Vad gäller neonatal dödlighet där barnet avlider vid 0-27 dygns ålder var det 1,6/1000 levande födda. Barn som avlider inom sju dygn var 1,2/1000 levande och dödfödda var 3,6/1000 födda. Perinatalt döda var 4,8/1000 levande födda år 2008 (www.socialstyrelsen.se). I industrialiserade länder var år 2000 risken att modern avlider av komplikationer i samband med graviditet eller förlossning 0,25 promille (SCB, 2007). Akuta händelser inträffar dagligen på förlossningsklinikerna. Statistiken visar att mortaliteten i Sverige är låg i samband med förlossning.

Barnmorskans erfarenhet av traumatiska situationer och problemformulering

När en patient avlider kan personalen uppleva ilska, rädsla, skuld och koncentrationssvårigheter, de kan även känna ansvar för patientens död. Det är chefernas ansvar att genomföra ett samtal på arbetsplatsen. Detta för att hjälpa personalen att bearbeta händelsen samt minska ohälsa och sjukfrånvaro bland de anställda (Dietz, 2009 & Sivertsson, 1996).

Dietz (2009) beskriver att barnmorskor har liten beredskap att hantera en situation då en mor eller ett barn avlider under eller efter en förlossning. Barnmorskorna som varit med från förlossningens start och har skapat en personlig relation med de blivande föräldrarna blir ofta starkt påverkade. Det kan därför bli svårt för personalen att hantera oväntade dödsfall. Personalen på förlossningen är tränade i att kunna hantera krissituationer, exempelvis uterusrupturer, skulderdystocier, stora blödningar eller när ett barn blir dåligt under eller efter en förlossning. Dock är de inte lika tränade i att hantera ett dödsfall. Vid sådana händelser berörs flera personalgrupper t ex barnmorskor, barnläkare och narkospersonal. Det föreligger således ett behov av debriefing på förlossningsavdelningen. Vi har därför valt att undersöka vilka riktlinjer för debriefing som finns på förlossningsavdelningarna i Stockholms Läns Landsting.

SYFTE

Syftet med arbetet är att göra en kartläggning av de riktlinjer som används för debriefing av förlossningspersonal inom förlossningsvården i SLL i förhållande till vad litteraturen förespråkar.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Finns riktlinjer för debriefing på Stockholms läns förlossningskliniker?

Hur ser riktlinjerna ut för personal gällande debriefing?

Om riktlinjer inte finns, hur omhändertas personalen?

METOD

Detta är en kartläggning av SLL:s förlossningsklinikers riktlinjer över handläggning av debriefing för förlossningspersonal. Vi kontaktade förlossningsklinikerna per telefon för att få riktlinjerna. En mall (se bilaga 1) skapades för telefonintervjuerna. Vi valde att kontakta barnmorskekoordinatoren på samtliga förlossningskliniker, eftersom det vanligtvis är en van barnmorska med överblick och som har en styrande funktion på avdelningen. Vid respektive telefonintervjutillfälle användes mallen och svaren skrevs ner. Vid varje telefonintervju presenterade vi oss vid namn och att vi är barnmorskestudenter vid Karolinska Institutet termin 3. Därefter presenterades syftet med studien och sedan frågade vi om kliniken hade skrivna riktlinjer över hur personalen tas om hand efter att ha bistått en traumatisk händelse. Vi bad att få kopior från de kliniker som hade skrivna riktlinjer. Till dem som inte hade skrivna riktlinjer ställdes en följdfråga om hur personalen tas om hand efter att ha bistått en traumatisk händelse.

Bearbetning av materialet

Den muntliga informationen om riktlinjerna och telefonintervjuerna skrevs ner för hand, vilket tillsammans med de skrivna riktlinjerna kategoriserades och redovisas i resultatet. Författarna läste igenom de olika klinikernas riktlinjer och intervjusvar var för sig. Sedan avidentifierades respektive klinik och benämndes A – G, se matris (bilaga 2). Vi utgick från klinik A och skrev ned den klinikens riktlinjer. Därefter gick vi successivt igenom en riktlinje i taget. Vi fyllde på med nya fakta utifrån riktlinjer och telefonintervjuer. Detta gav slutligen ett dokument med alla fakta från samtliga kliniker som gav en helhetsbild över det samlade materialet. För att få en överblick över materialet gjordes en matris över klinikernas riktlinjer, se bilaga 2.

ETISKA ASPEKTER

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur förlossningsklinikerna arbetar vid traumatiska händelser. Detta för att få en förståelse för hur de olika förlossningsklinikerna i SLL arbetar med debriefing vid traumatisk förlossning. Därför har avidentifiering gjorts för att inte peka ut någon speciell klinik. Relevansen ligger inte i att studera vilken klinik som har vilken riktlinje, utan vilken information riktlinjerna innehåller.

RESULTAT

Resultatet redovisas i löpande text, för att få en förståelse för innehållet. Texten hänvisas till den matris vi sammanställt för att få en helhetsbild över materialet, se bilaga 2.

Skriftliga riktlinjer om debriefing finns på fem kliniker. Två kliniker saknar skriftliga riktlinjer men en uppger muntligt vid telefonintervjun att de försöker använda sig av debriefing. Samma klinik anger dock att traumatiska situationer händer så sällan att behovet av debriefing inte är så stort.

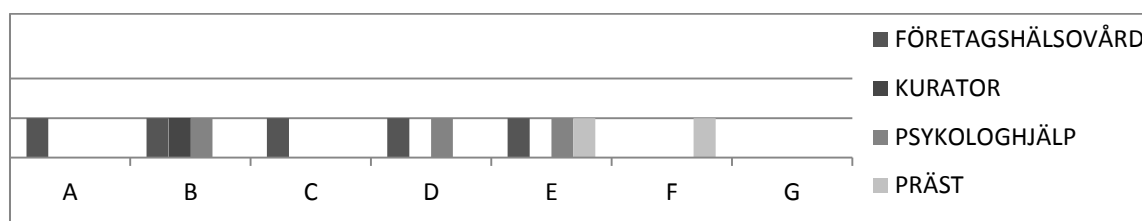
Klinikernas syfte och mål med debriefing

Alla kliniker med skrivna riktlinjer har en handlingsplan för debriefing. En klinik har en tydlig målsättning med debriefing för att undvika plågsamma efterreaktioner och tydliggör vad som inträffar. För att stärka de utsatta ges stöd från gruppen så att de drabbade ska orka återgå till arbetet. En annan klinik anger att personalen bör få stöd i en krissituation. En tredje klinik har ett tydligt beskrivet syfte med debriefing.

Tidigare nämnd klinik har i sina riktlinjer en beskriven bakgrund. Denna beskriver att behov av stöd ökar i krissituationer. Det är av stor vikt att öka förståelsen för varandras upplevelser och minska utsatthet, ensamhet, skam samt skuld känslor. Med debriefing avses här ett av ledningen organiserat möte med en gemensam återblick på en omskakande händelse. Detta för att lindra psykiska stressreaktioner och påskynda återhämtningsprocessen. Debriefing syftar till att ge de som varit med om en svår händelse en realistisk beskrivning av förloppet. Samtalet ska underlätta förståelsen för vad som hänt och stödja bearbetandet av de uppkomna känslomässiga reaktioner som personalen upplever i samband med en traumatisk händelse. Vid debriefingsamtalet kan också medarbetare identifieras om de är i behov av ytterligare stöd och hjälp.

Stöd

Sektionsledaren på tre av klinikerna erbjuder en stödperson. Det framkommer dock inte vad detta innebär. Fyra kliniker erbjuder företagshälsovård varav två erbjuder psykologisk hjälp eller personalkonsulent. En av klinikerna uppger att personalen erbjuds prästkontakt. En annan klinik erbjuder även kontakt med en kurator. En tredje klinik erbjuder företagshälsovård, denna har även hänvisning till kris jour- telefonnummer som endast får användas av avdelningschefen. Samma klinik hänvisar även till jourhavande präst och jourhavande medmänniska från kl 21.00 - 06.00.



Figur 1 Psykologiskt stöd vid de olika klinikerna

Klinikernas handläggning

Avlastningssamtal

Sex av klinikerna har en första samling omedelbart efter händelsen eller i slutet av arbetspasset med all inblandad personal. En av dessa kliniker inkluderar anestes- och operationspersonal, läkare, undersköterskor och studenter. Två av klinikerna har inte specificerat vilka arbetsgrupper som ska samlas vid debriefingen. En annan klinik tydliggör att de särskilt inkluderar studenter och läkare. En klinik genomför debriefing snarast efter händelsen och helst inom 48 timmar men inte senare än efter 72 timmar. Där sammankallas de involverade till debriefing av kris/stödgruppen efter beslut av arbetsledare. På en av de kliniker som saknade skriftliga riktlinjer uppger koordinatören att debriefingsamlingen ofta fallerar om den läggs vid slutet av ett arbetspass då personalen hellre önskar gå hem än att ha debriefing på övertid.

Debriefing

Chefsbarnmorskan ansvarar för att en uppföljning sker på kliniken. Fyra kliniker har debriefing för samtliga som varit inblandade. Det är viktigt att de olika personalkategorierna som varit inblandade i händelsen deltar. Vid detta tillfälle har man en ordentlig och tydlig genomgång av händelsen.

Tidpunkten för när en debriefinguppföljning bör ske varierar mellan de olika klinikerna. Klinikerna har olika mål om när en uppföljning bör ske vilket varierar mellan två till sju dagar. Två kliniker anger att tidsåtgången för en uppföljning bör pågå 1½ tim.

Arbetsplatsträff, APT

Tre av klinikerna tar upp händelseförlopp och fakta vid Arbetsplatsträff, APT.

Tydliggörande

Fyra av klinikerna tydliggör för medarbetarna vad som inträffat, detta för att undvika dömande attityder, ryktesspridning samt att stärka de utsatta som varit med om den traumatiska händelsen.

Avslutande samtal

En klinik uppgav vid telefonintervjun att det eventuellt sker uppföljning. Tre av klinikerna har ett avslutande samtal med berörda.

Frikoppla

Fem av klinikerna frikopplar inblandad personal från patientansvar. Det tydliggörs dock inte på vilket sätt. En av dessa kliniker accepterar i vissa fall frånvaro dagen efter med lön. På en klinik avgör arbetsledaren om någon behöver entledigas från sina arbetsuppgifter eller skulle behöva gå hem. På jourtid avgör jourhavande gynspecialist tillsammans med avdelningens koordinator om det skulle behövas.

Debriefingledare

Fyra av klinikerna har sektionsledare eller ansvarig barnmorska som debriefingledare och en klinik kontaktar sjukhuskyrkan som bistår med samtalsledare. Denna är vanligen en diakon eller präst. Denna samtalsledare är tillgänglig dygnet runt och har ett jourtelefonnummer.

Checklista

Fyra kliniker använder en checklista under debriefingtillfället vilken förs av debriefingledaren.

Säker hemkomst

Tre kliniker erbjuder inblandad personal en säker hemkomst med taxi. Det finns även en önskan att någon finns hemmavid. Olikheter finns mellan klinikerna. Tre av dessa skriver i sina riktlinjer att debriefingledaren inte ska ha varit inblandad i händelsen. En klinik gör en utskrift av journalen samt skriver en namnlista på inblandade vilken lämnas till chefsbarnmorska. Samma klinik har en sektionsledarbok där det införs att en traumatisk situation har inträffat.

Två kliniker rekommenderar att debriefingdeltagarna för egna minnesanteckningar från händelsen. En klinik tar även upp hur en hotbild mot personalen ska hanteras. Samma klinik informerar ledig personal efter traumatisk händelse om det bedöms att ett sådant behov föreligger.

I en kliniks riktlinje finns det beskrivet att alla medarbetare har ett ansvar att påtala upplevt behov av stöd och hjälp. I dessa fall ordnar denna grupp en debriefing. Vid dessa tillfällen rekommenderas en kontakt om möjligt med klinikens kris- och stödgrupp. Samma klinik är den enda som definierar debriefing i sina riktlinjer, vilken beskrivs som att ”deltagandet i samtalet sker ej främst för den enskildes egen skull utan för hela gruppen kollektivt. Vid mötet skall samtalsledaren finnas som inte varit delaktig i händelsen. Känslor kan också redovisas men inte riktat mot andra. Samtalsledaren håller isär de medicinska och känslomässiga aspekterna. Att värdera vad som borde ha gjorts ingår ej, framför allt inte vad andra borde ha gjort. Debriefing innebär således inte en genomgång av de medicinska aspekterna eller åtgärderna”. Om debriefing inte kan ordnas för alla involverade inom rimlig tid eller om stödbehov kvarstår efter mötet kan kris- och stödgruppens medlemmar förmedla kontakt för enskilda samtal.

Nedan skrivna stöddokument står i slutet av en kliniks riktlinjer. Dock refereras de inte till AFS 1999:7 Första hjälpen och krisstöd, www.av.se, AML Arbetsmiljölagen, www.av.se, Arbetsmiljöförordningen, www.av.se och Socialstyrelsens ”Krisstöd vid allvarlig händelse”, www.socialstyrelsen.se

DISKUSSION

Metoddiskussion

När vi ringde till förlossningsklinikerna var en del av barnmorskekoordinatorerna ovilliga att svara, de kände sig oroliga över vad vi skulle göra med materialet. En koordinator verkade stressad över granskningen och undrade hur vi skulle publicera uppgifterna. Vi informerade om att vi skulle avidentifiera klinikerna vid redovisningen. En annan koordinator pratade med kris/stödgruppen och fick ett godkännande innan materialet skickades. Vid de fall där klinikerna inte hade skrivna riktlinjer har vi utgått från följdfrågan i telefonintervjumallen, se bilaga 1. Vi är medvetna om att det finns en risk för att vi kan ha förlorat information och att fler samtal med ansvariga kanske bidragit till kompletterande uppgifter. Exempelvis om kontakt med chefbarnmorska eller präst hade tagits, kanske annan information framkommit.

Längre och djupare intervjuer med fler följdfrågor hade kanske gett mer information om arbetet vid debriefing, t ex hur länge en debriefing pågår eller om det finns struktur för samlingen. Vi har även frågat oss om insamling av materialet hade kunnat ske på något annat sätt, t ex genom att ha ett möte med berörda personer på respektive klinik. Det kanske kunde ha bidragit med ytterligare information, framför allt från de kliniker som inte hade några skrivna riktlinjer. När matris och diagram var skrivna erhöles en övergripande bild av resultatet. Underrubriker växte fram vilket har hjälpt till att strukturera innehållet.

Resultatdiskussion

Riktlinjer har via telefonintervjuer samlats in från SLL:s förlossningskliniker. När sådana inte funnits har en telefonintervju utförts. Innehållet i riktlinjerna och intervjuerna har därefter analyserats. Efter genomgång av SLL:s förlossningskliniker visar det sig att riktlinjerna ser mycket olika ut. Enligt arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) är det arbetsgivarens ansvar att motverka psykisk ohälsa hos personal vid traumatiska händelser på arbetsplatsen och det bör enligt Arbetsmiljöverket ske genom debriefing. Gärna med uppföljning vid flera tidpunkter (AFS 1999:07). Det är därför anmärkningsvärt att två kliniker saknar riktlinjer.

Två av klinikerna har en tydlig målsättning med debriefing, vilket vi anser bör finnas i alla riktlinjer.

Alla de kliniker med skrivna riktlinjer hanterar det första debriefingmötet olika. Dessa benämns i riktlinjerna med olika namn dock är syftet detsamma och innebär en genomgång av händelsen. De benämns som avlastande samtal och som ett debriefingsamtal. Enligt litteratur och tidigare nämnda debriefingmodeller är det viktigt att skilja på avlastningssamtal och debriefing. Modellerna CISD/PD likställer chockfasen med en tillfällig avstängningsfas för personal vilket medför att man bör vänta med ett debriefingmöte tills nästkommande dag. Om debriefing hålls förtidigt kan det innebära att den drabbade inte tar in det som sägs och missförstår försök till information. En annan klinik uppger vid vår intervju att debriefingsamlingen ofta fallerar om den läggs vid slutet av ett arbetspass. Detta tycker vi är oförsvarbart då både arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) och Arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 1999:07) förespråkar debriefing. Detta för att motverka ohälsa bland personalen. En annan av klinikerna beskriver hur debriefingtillfället bör gå till, men ingen av riktlinjerna visar någon modell för hur debriefingtillfället bör gå till samt hur efterföljande uppföljningssamtalet bör genomföras. Vilket litteraturen förespråkar för att få ett positivt utfall bland gruppdeltagarna (Dietz, 2009, Dyregrov, 2003, Regel, 2007 & Sivertsson, 1996).

Fyra kliniker har debriefing för samtliga som varit inblandade och det är av stor vikt att alla inblandade i händelsen deltar (Dietz, 2009 & Sivertsson, 1996). Endast två av klinikerna anger tidsåtgången för hur länge en uppföljning bör pågå vilket är 1½ timme. Det finns angivet att om modellerna CISD/PD följs bör mötena pågå 1½ - 4 tim. Enligt Sivertsson (1996) & Hammond & Brooks (2001) bör inte någon tidsgräns finnas för debriefingmötet.

Dyregrov (2003) & Sivertsson (1996) beskriver att vid ett avlastningssamtal ska varje deltagare ges en möjlighet att beskriva den upplevda händelsen och fokus bör ligga på känslor i samband med händelsen.

Förlossningsklinikernas arbetssätt med avlastnings- och uppföljningssamtal liknar CISM-modellen. Alla de kliniker med skrivna riktlinjer följer delvis Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 1999:07 med avlastningssamtal med remittering till rätt instans om det skulle behövas.

Fyra kliniker tar upp händelseförlopp och fakta vid Arbetsplatsträff, APT för att tydliggöra vad som inträffat. Händelseförlopp och fakta tas upp för att undvika dömande attityder, ryktesspridning och att stärka de utsatta som varit med om den traumatiska händelsen. Detta kan vara viktigt dels i undervisningssyfte, dels för att få ut information till resterande inom personalgruppen.

Fyra kliniker frikopplar inblandad personal från patientansvar och en av klinikerna entledigar berörd personal från sina arbetsuppgifter. Ett förtydligande vad detta innebär klargörs inte i de skrivna riktlinjerna.

Fyra kliniker har sektionsledare eller ansvarig barnmorska som debriefingledare. En annan klinik har en diakon eller präst i denna roll. Det bör enligt litteraturen vara en utbildad debriefingledare (Dyregrov, 2003 & Regel, 2007) men det framkommer inte i någon av riktlinjerna om debriefingledarna har särskild utbildning. Tre kliniker anger att debriefingledaren inte ska ha varit inblandad i händelsen vilket understöds av litteraturen (Sivertsson, 1996) och bör kompletteras i de riktlinjer där detta inte framkommer.

Vid fyra av klinikerna följer debriefingledaren en checklista. Enligt Dietz (2009) och Sivertsson (1996) bör checklista användas och skulle därför behöva läggas till hos alla kliniker i SLL. Två av klinikerna rekommenderar att debriefingdeltagarna för egna minnesanteckningar från händelsen. Detta anses viktigt om det skulle bli lagliga påföljder vilket även Sivertsson (1996) och Dyregrov (2003) rekommenderar.

Tre av klinikerna erbjuder stödpersoner som utses av en sektionsledare. Ett tydliggörande önskas för att klargöra detta eftersom riktlinjerna är diffust skrivna.

Sex kliniker erbjuder psykologisk hjälp och stöd. Enligt tidigare nämnda debriefingmodeller är stödet viktigt för att kunna skilja debriefing från remittering till psykologisk rådgivning (Regel, 2007 & Hammond & Brook, 2001).

SLUTSATS

Vi anser att debriefing är användbart och bör finnas på alla förlossningskliniker i SLL.

Riktlinjerna bör innehålla en målbeskrivning med referenser. Det är även viktigt att debriefingtillfället har en struktur och att debriefingledaren är utbildad. Detta är viktiga aspekter för att debriefing ska vara värdefull för deltagarna. Vi har sett bristande riktlinjer för debriefing och det finns stort utrymme för förbättringar. Dessa förbättringar borde vara gemensamma riktlinjer för SLL:s förlossningskliniker och de bör sträva efter att arbeta utifrån en beprövad och evidensbaserad debriefingmetod.

Vi förespråkar mer forskning i form av en rikstäckande undersökning för att se hur Sveriges förlossningskliniker arbetar med debriefing.

REFERENSER

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter Första hjälpen och krisstöd, AFS 1999:07.
http://www.av.se/lagochratt/afs/afs1999_07.aspx Tillgänglig 2011-09-30.
- Bledsoe, B. (2003) Critical Incidence Stress Management (CISM). Benefit or risk for emergency services? *Prehospital Emergency Care*. 7: 272-279.
- Caine, R. & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early identification and Management of Critical incident Stress. *Critical Care Nurse*, 23 (1, 59-63).
- Cullberg, J. (2006) *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Cullberg, J. (2000). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dietz, D. (2009). Debriefing to help perinatal nurses cope with a maternal loss. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 34 (4), 243-248.
- Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Studentlitteratur: Lund.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hammond, J. & Brooks, J. (2001). World Trade Center Attack: Helping the helpers: the role of Critical Incidence Stress Management. *Journal of Critical Care*. 5:315-317.
- McFarlane, A. & Bryant R. (2007). Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk. *Occupational Medicine* 57;404-410.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes... the critical incident debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*. 8:36-39.
- Isaksson, L. & Ljungqvist, Å. (1997). *Ambulanssjukvård*. Stockholm: Liber.
- Notter, L. & Hott, J.R. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal, and utilization*. Crawfordsville: Lippincott Williams & Wilkins.
- Regel, S. (2007). Post-trauma support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Journal Occupation Medicine* (47), 411-416.

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

SFS 1977:1160 *Arbetsmiljölagen*. Svensk författningssamling. Stockholm: Liber.

Sivertsson, T. (1996). *Debriefing – Krisstöd. En väg till bättre arbetsmiljö*. Arbetsmiljöverket: Solna.

Socialstyrelsen, Krisstöd vid allvarlig händelse
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8686/2008-123-16_200812317.pdf Tillgänglig 2011-12-12

Socialstyrelsen, Medicinska födelseregistret. Statistik: Hälsa och sjukdom 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret>.

Statistiska Centralbyrån, (2007). Velfärd nr 1.
http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo_259923.aspx?PublObjId=4533.
Tillgänglig 2011-12-15.

Svenska Akademien
http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista Tillgänglig 2011-12-02

Stora Svenska Ordboken (1998). Stockholm: Nordstedts ordbok.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur: Lund.

BILAGA 1, INTERVJUMALL

Presentation med namn och titel; barnmorskestudent.

Presentation av syftet med kontakten: En uppsats skrivs om debriefing för personal efter traumatisk förlossning.

Fråga: Har ni skrivna riktlinjer eller PM över hur personalen tas omhand efter en traumatisk förlossning? Skulle vi i så fall kunna få en kopia per post?

Följdfråga om inte skrivna riktlinjer eller PM finns: Hur tas personalen omhand efter en traumatisk förlossning?

BILAGA 2, MATRIS

Matris över klinikernas riktlinjer.

[illegible]