

POSTPARTUMSAMTAL SOM INTERVENTION EFTER FÖRLOSSNING

– en litteraturstudie

FÖRFATTARE	Liisa Borg Maria Arvidsson
PROGRAM/KURS	Reproduktiv och perinatal hälsa – självständigt arbete RPH020, HT 2010
OMFATTNING	15p
HANDLEDARE	Margareta Sköld
EXAMINATOR	Marie Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Vi vill tacka vår handledare Margareta Sköld samt Marie Berg för engagemang och tålamod under tiden som passerat när vi sakta men säkert genom processliknande mangel fått vårt arbete att bli klart. Kramar till Lilian och Lena på förlossningen och Ann på BB (NÄL) som från arbetsgivarhåll likafullt har haft tålamod med oss när vi önskat tid avsatt för uppsatsen. Håll i er...vi kanske fortsätter vår akademiska ”karriär”.

Vi tackar även varandra för bra samarbete även om vi förmodligen har gått långa omvägar för att nå vårt mål. Många skratt och löfte om champagne när vi är klara har dock hållit oss på ”banan”.

Titel:	Postpartumsamtal som intervention efter förlossning – en litteraturstudie
Title:	Postpartum talk as an intervention after childbirth – a literature review
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning:	Reproduktiv och perinatal hälsa – självständigt arbete RPH020
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	14
Författare:	Liisa Borg Maria Arvidsson
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Marie Berg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Postpartumsamtal har minskat avsevärt visar studier genomförda i Sverige, trots att majoriteten av kvinnor önskar att samtala med den barnmorska som varit närvarande vid förlossningen. Ett viktigt mål för förlossningsvården är en positiv förlossningsupplevelse. Definition av begreppet samtal efter förlossning har ett flertal benämningar och tydliga riktlinjer saknas gällande syfte, struktur, innehåll, målgrupp, samt när i tid och vem skall hålla i samtalet. **Syfte:** Var att göra en sammanställning över publicerade studier där samtal om förlossningen förts med kvinnor som fött barn. **Metod:** En litteraturstudie baserad på 14 vetenskapliga artiklar som identifierats efter sökning, huvudsakligen i databaserna PubMed och Cinahl. Olika sökordskombinationer har använts då det inte finns något enhetligt begrepp för samtal efter förlossning. **Resultat:** I studierna om postpartumsamtal har ett flertal benämningar använts avseende såväl syftet med samtalsinterventionen, samtalets struktur, innehåll, målgrupp, när i tid samtalet skedde, utvärderingsmetod samt hur samtalets effekter studerats. I sju studier redovisas ingen effekt av postpartumsamtal för att reducera psykisk ohälsa, ångest, depression eller rädsla för framtida förlossning. Kvinnorna värderade ändå att få samtala om sin förlossning positivt och därigenom få information, fylla i minnesluckor, tilltro till framtida graviditet, reducera skuldbeläggning och minska mardrömmar. **Konklusion:** Att få samtala om sin förlossning är en intervention som utifrån Antonovskys salutogena teori kan integrera förlossningsupplevelsen och främja hälsa. Befintliga interventioner med postpartumsamtal har olika design och är därför svåra att dra generella slutsatser av. Det finns behov att utveckla en strategi för att postpartumsamtal får ta plats samt att det möter både kvinnors och vårdorganisationens behov i framtiden.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
POSTPARTUMSAMTAL;DEFINITION, BEGREPP, INNEHÅLL	1
DET PROFESSIONELLA SAMTALET	2
ATT FÖDA BARN – EN CENTRAL LIVSHÄNDELSE	3
KVINNORS FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE	4
BARNMORSKANS PROFESSIONELLA ROLL	5
TEORETISK REFERENSRAM	5
SALUTOGENT PERSPEKTIV	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	
URVAL	7
BEARBETNING OCH ANALYS	7
RESULTAT	8
SYFTE MED SAMTALET	8
SAMTALETS STRUKTUR OCH INNEHÅLL	8
MÅLGRUPP FÖR SAMTALSINTERVENTIONEN	8
TIPUNKT FÖR SAMTALETS GENOMFÖRANDE SAMT VEM SOM GENOMFÖRDE SAMTALET	9
UTVÄRDERING OCH EFFEKT AV SAMTAL SOM INTERVENTION	9
DISKUSSION	10
METODDISKUSSION	10
RESULTATDISKUSSION	11
TOLKNING AV RESULTAT UTIFRÅN ETT SALUTOGENT PERSPEKTIV	14
KONKLUSION	14
REFERENSER	15
BILAGOR	
Bilaga 1: TABELL 1 PRESENTATION AV ARTIKELSÖKNING	
Bilaga 2: SAMMANFATTNING AV ANALYSERADE ARTIKLAR	
Bilaga 3: TABELL 2 RESULTATPRESENTATION UTIFRÅN FRÅGESTÄLLNINGAR	

INLEDNING

I ett livsperspektiv utgör barnafödandet ett av de viktigaste ögonblicken där kvinnan med kraft och smärta ger liv till en ny liten människa. Förlossningsupplevelsen är en omtumlande händelse med en existentiell dimension utöver det fysiska skeendet.

Sedan slutet av 1970-talet i Sverige har barnmorskor samtalat med kvinnor om deras upplevelser efter förlossning ofta benämnt som ett postpartumsamtal (1). Postpartumsamtalet beskrivs som en avslutning av förlossningen där möjlighet bör ges att samtala och tydliggöra eventuella oklarheter i förlossningsförloppet. I samtalet får kvinnan en möjlighet att tala om negativa och positiva känslor som upplevts i samband med förlossningen. Traumatiska upplevelser och eventuella tecken på allvarlig psykisk reaktion kan uppmärksammas och följas upp. Komponenter som kan inverka och avgöra om känslor och upplevelser bearbetas eller avskärmas är bland annat kvinnans personlighet, det kulturella förhållandet som råder kring födelsen samt hur snart föräldrarna får möjlighet att tala om sina upplevelser (2).

Postpartumsamtalet är en angelägenhet som vi som barnmorskor upplever har en tendens att minska. En trolig orsak är kortare vårdtider efter förlossningen, andra faktorer kan vara sjukvårdens minskade resurser, en arbetssituation som inte tillåter att tid avsätts för samtal med förlösta kvinnor eller schematekniskt inte möjligt för barnmorskan. En svensk studie (1) från 2008 visar att frekvensen av postpartumsamtal minskar och 56% av kvinnorna fick ett samtal. Majoriteten av kvinnor som föder barn idag önskar få ett samtal, men enbart hälften av dem får det. Tydliga riktlinjer för innehållet i postpartumsamtalet saknas samt när i tiden detta sker varierar. Barnmorskor utför dessa samtal utan särskilt avtalad tid med kvinnan och när arbetssituationen i övrigt tillåter detta. Tidpunkten för postpartumsamtalet varierar från strax efter förlossningen, på BB eller via telefon när kvinnan har åkt hem. Det är viktigt att utveckla en plan för att dessa samtal får ta plats och att det möter både kvinnors och mödrahälsovårdsorganisations behov (1). Det är viktigt att inte vänta med samtalet till nästa graviditet (2).

Det finns många frågor om barnmorskans roll och ansvar när det gäller postpartumsamtalet. Vad är syftet och vad innefattas i samtalet, när i tid skall det ske samt vilka förväntningar kan kvinnor tänkas ha och vilken kompetens har barnmorskor idag inom samtalsmetodik för att kunna genomföra postpartumsamtal. Dagens förlossningsvård har en tydlig riskfokusering och vi tror att kvinnor som varit med om komplicerade förlossningar i högre grad får ett samtal efter förlossningen medan kvinnor med normal förlossning får samtal beroende på om barnmorskan har tid och intresse för samtal.

BAKGRUND

Postpartumsamtal; definition, begrepp och innehåll

Ett flertal olika begrepp används för att benämna och beskriva samtal efter förlossning med kvinnor som fött barn. Det är viktigt att klargöra de olika termer som används för postpartumsamtalet då innebörd, syfte och värde av begreppet är otydligt (3). Luther-Hammarlund (4) har gjort en analys av de olika begrepp som finns i litteraturen för att beskriva samtalet efter förlossning och vad som bör innefattas i samtalet.

Samtal efter förlossning beskrivs i litteratur med följande begrepp: debriefing, defusing, non-directive counselling, postpartum talk/midwife-client talk, birth recollection.

Debriefing beskrivs som en strukturerad psykologisk eller konventionell intervention där kvinnan får beskriva vad som hände, hur det kändes och vilka känslomässiga intryck som uppstått. Det känslomässiga intrycket är särskilt viktigt då detta kan utgöra en bas för diagnostiska kriterier för PTSD, post-traumatic stress disorder. I samtalet kan kvinnans reaktion normaliseras och bekräftas samt tillfälle ges att samtala om hur känslor kan ta sig uttryck i framtiden. I samtalet ges även möjlighet till att identifiera källor till stöd. Det rekommenderas att debriefing som intervention görs inom två dagar efter förlossningen (3).

Defusing beskrivs som aktivt lyssnande av den nyblivna modern när hon pratar om sin upplevelse av förlossningen som även innefattar information och förklaring till handläggandet (3).

Non-directive counselling innebär ”listening visits” och används både i förebyggande av psykologisk uppföljning av förlossning samt behandling. Kvinnan får ett tillfälle att diskutera sin förlossningsupplevelse. Samtalet är ostrukturerat och leds utav kvinnan (5).

Postpartum talk/midwife-client talk beskrivs i en svensk studie som ett samtal med barnmorskan om förlossningsprocessen, normal eller komplicerad, känsla av misslyckande, smärta och smärtlindring (6).

Birth recollection är en service som barnmorskor med erfarenhet av ”counselling” erbjuder psykologiskt stöd och är en lyssnande och informationsgivande verksamhet där kvinnan får möjlighet att integrera och skapa förståelse av förlossningserfarenheten (7).

Luther Hammarlund (4) gör slutsatsen efter genomgång av litteratur att en begreppsförvirring föreligger och föreslår att benämna samtalet efter förlossning för *postpartumsamtal* respektive *postpartum conversation* på engelska. Hon visar i analys om postpartumsamtal att samtalets innehåll kan tematiseras enligt följande: fylla i luckor, sätta ord på tankar, bearbeta och värdera upplevelsen, dokumentera, följa upp samt uttrycka känslor och fantasier. Det är viktigt att kvinnor ges möjlighet att gå igenom förlossningsprocessen steg för steg. Barnmorskan kan använda sig utav hjälpmedel såsom journalföring, bäcken och docka för att förklara. Kvinnan uppmanas att sätta ord på sina tankar, känslor och fantasier. I samtalet har kvinnan möjlighet att uttrycka och bearbeta känslan av tillfredsställelse, skuld känsla, besvikelse, rädsla och misslyckande. Samtalet sker ostrukturerat och hjälper kvinnan att själv öppet reflektera över förlossningsupplevelsen. Det är viktigt att få samtala om smärtupplevelse, sitt uppträdande under förlossningen och vad som är normalt eller inte (4). I en studie av Olin och Faxelid (6) uttrycker föräldrarna att postpartumsamtalet bör innehålla födelseprocessen, normal eller komplicerad, känsla av misslyckande, smärta och smärtlindring. Föräldrarna önskade i huvudsak att samtala med den barnmorska som assisterat vid förlossningen och den bästa tidpunkten för samtalet var på BB innan hemgång.

Det professionella samtalet

Postpartumsamtalet är en metod som kan bidra till att kvinnor som fött barn kan integrera förlossningsupplevelsen (8). Det professionella samtalet kan benämnas som ett samtal där den ena parten som företrädare för ett yrke agerar utifrån sin kunskap inom ett visst område. Den professionella samtalsledaren har reellt och formellt en annan position som innebär ett större ansvar för det som sker i samtalet. Ett öppet och reflekterande förhållningssätt samt självkännedom är en grund för att den som i sitt yrke samtalar med människor skall kunna bli en god samtalsledare. En struktur i samtalet samt olika färdigheter kan utgöra ett stöd, men

tekniska färdigheter kan aldrig ersätta det personliga mötet mellan en professionell person och en klient (9).

Varje gång ett samtal sker i professionellt syfte står vi inför förmånen att ta del av människan berättelse som en del av dennes historia. I varje samtal finns det en berättare och en som lyssnar. Detta kan ske växelvis, allt beroende på samtalets art. Att samtala är att lyssna och se med alla sinnen och att förstå att man som lyssnare också är en berättare. Tystnaden hos ena parten när den andra talar är lyssnandets förutsättning. Aktivt lyssnande sker genom aktivitet på olika nivåer samtidigt, empatiskt, förståelse av undertexten, identifiera motsägelser och inte minst lyssna till de egna känslorna (10).

Kompetens att genomföra ett kvalificerat samtal krävs inom olika verksamhetsområden, men hur genomförs ett professionellt samtal? Hägg och Kuoppa (9) beskriver en samtalsmodell med tre faser där situationen klargörs utifrån patientens perspektiv. Samtalet skall innehålla öppna frågor och samtalsledaren gör en sammanfattning av händelsen/situationen. Patienten får möjlighet till att vidga sitt perspektiv och sätta upp mål för att för att se möjligheter begränsningar och hinder. Handlingsplan kan upprättas för att ge stöd för genomförande och utvärdering (9).

Empati utgör grunden för all hjälpsam kommunikation. Vid aktivt lyssnande fokuseras patienten och kommunikationen blir relationsinriktad, verbalt och icke verbalt. Genom att lyssna aktivt får vi ett redskap att snabbare och djupare förstå patientens behov och problem. Syftet med kommunikation är att skapa en god kontakt med patienten för att på denna grund bidra till att förverkliga professionens och patientens mål. Kommunikationsfärdigheter av god kvalitet kan betraktas som en form av kontinuerlig kvalitetssäkring av vårdarbetet (11). Vid kriser och svåra livshändelser är människans berättande för att skapa sammanhang och mening viktigt (12).

Att föda barn - en central livshändelse

Graviditet samt föräldraskap innefattar förändringar i livet såsom kroppsliga, psykologiska och sociala. Övergång mot ett föräldraskap – transition innebär en möjlighet till utveckling men det kan även utgöra en risk för kvinnan och barnets hälsa. Övergången kännetecknas av olika faser där man går från ett tillstånd till ett annat som sker över tid och kan leda till att identitet, relationer, förmågor och roller förändras. Upplevelsen i övergångsfasen mot ett föräldraskap är individuell och hur man påverkas är beroende av det sociala nätverk som finns runtomkring och samhället man lever i. Under hela graviditeten pågår en förberedelse för att bli förälder. Det är en betydelsefull grund för hur förlossningen upplevs och för samhörigheten mellan föräldrar och barn efter födelsen (13).

Hur den enskilde individen klarar av påfrestningen från olika livssituationer är förknippade med den enskilda människans historia, tidigare utveckling och sociala förutsättningar. Utvecklingskrisen är kopplade till det normala livet såsom puberteten, att föda barn eller pensioneras. Utvecklingskris eller som den också benämns livskris är ofta mer svåravgränsad och komplex. Kris kan skapa förutsättning för människans utveckling och mognad som är en ständigt pågående process (14).

Tiden efter förlossningen är en period med ökad sårbarhet för många kvinnor. Enligt Wickberg (15) är depression efter förlossning ofta ett dolt problem som drabbar 8-15% av nyblivna mammor och kan få långvariga negativa effekter för barnets fortsatta psykologiska

utveckling. Symtomatiska reaktioner kan variera från tillfällig nedstämdhet ”blues” till en allvarlig psykos som drabbar 1-2/1000 förlösta kvinnor.

Kvinnors förlossningsupplevelse

Flertalet kvinnor upplever sin förlossning traumatisk och detta förefaller att öka risken för att utveckla olika psykologiska sjukdomar såsom depression. Viktigaste bakomliggande orsaker till depression postpartum är relaterat till det psykologiska och sociala området (15,16) och mellan 30-50% anses starta redan i graviditeten (15).

Förlossningsupplevelsen är ett komplext fenomen som påverkas av vårdens utformning, fysiologiska och psykologiska faktorer. För att säkerställa en positiv upplevelse bör vården bygga på en god relation med en lyhörd barnmorska som ger en individualiserad vård där kvinnan är delaktig i beslut, upplever kontroll samt kontinuitet. Kvinnans känsla av delaktighet under förlossningen har betydelse för både hur vården skattas och för den totala förlossningsupplevelsen (17). Ett viktigt mål för barnafödandet är en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan. Flera bakomliggande faktorer för att uppnå detta är; förväntningar, ålder, civilstånd, arbetslöshet och tidigare negativ upplevelse av förlossning. Kvinnor har varierande kapacitet att klara av utmaningar, sorg och besvikelser i samband med barnafödande samt har olika förmågor att klara av realistiska krav på sig själva (1). För kvinnan och hennes partner kan förlossningen utgöra en situation som upplevs utlämnande och okontrollerbar. I stunden uppkommer det tankar och känslor som tidigare kanske inte upplevts. Några faktorer som är betydelsefulla för om situationen bearbetas är beroende av personlighet hos kvinnan, kultur samt tidpunkt för hur snart ett samtal efter födelsen kan ske (2).

En förväntad vaginal förlossning som avslutas med kejsarsnitt kan för en del kvinnor innebära en traumatisk upplevelse, med åtföljande symtom som t ex återkommande plågsamma minnen av händelsen och/eller ett aktivt undvikande av känslor och tankar som förknippas med förlossningen. Andra kvinnor har inte upplevt kejsarsnitt som något skrämmande eller obehagligt. Det är inte alltid lätt att hitta den grupp av kvinnor som skulle behöva mera stöd efter komplicerade förlossningar. Barnmorskan kan i samband med postpartumsamtalet identifiera kvinnors oro, ångest eller andra psykiska problem. En metod för att mäta kvinnors förlossningsupplevelse där känslan av sammanhang, upplevt stöd från vårdpersonal och familj finns redovisad i en licentiat avhandling av Vibeke Tham 2010 (18).

Att mäta kvinnors upplevelse av förlossning på ett objektiva sätt är svårt då svaret varierar beroende på när kvinnan tillfrågas, direkt efter förlossningen eller när en längre tid har passerat. Svenska forskare har genom KUB-studien, ”Kvinnors Upplevelse av Barnafödande”, undersökt hur kvinnor upplever vården på MVC, förlossning, BB-avdelning och BVC. KUB-studien grundar sig på ett representativt urval av barnafödorskor i Sverige under åren 1999-2000 (19). Waldenström et al visar på att upplevt dåligt stöd av barnmorskan, små möjligheter att delta i beslut samt inget samtal om förlossningen i efterhand, utgör riskfaktorer för att inte skatta förlossningsvården som positiv (20).

Eftervården på BB är den del av vårdkedjan runt graviditet och förlossning som har genomgått störst förändring de senaste två decennierna. På 1960-talet var det vanligt med en veckas vårdtid för att uppnå målet med att komma igång med amning och att lära sig att sköta sitt barn. Idag finns inga konkreta mål för BB vården och normal vårdtid är runt två dygn (19,21). Ladfors et al 2001, (22) visar att 80% av de förlösta kvinnorna hade fått ett samtal

med barnmorska eller obstetriker. En studie av Olin och Faxelid 2003 (6) visar på resultat att 66% av förstföderskor, 74% av omföderskor, 58% av förstagångs pappor och 30% av pappor som tidigare fått barn önskar att samtala om förlossningen. Carlgren och Berg (1) påvisar i sin studie från 2008 att frekvensen av postpartumsamtal minskar och 56% av kvinnorna får ett samtal efter förlossningen. Majoriteten av kvinnor som föder barn idag önskar få ett samtal, men enbart hälften av dem får det.

Barnmorskans professionella roll

Ett av barnmorskans kompetensområde är information, rådgivning och samtalsstöd. Barnmorskan skall ha förmåga att i dialog ge samtalsstöd före, under och efter förlossning. Det beskrivs att barnmorskan bör vara kritiskt reflekterande över dagliga rutiner och om det behövs vara medverkande till att förändra dessa (23). Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) arbetar för att förbättra och stödja den reproduktiva hälsan i ett bredare perspektiv. Inom varje verksamhet bör lokala diskussioner föras så att optimala arbetsformer och fördelning av arbetsuppgifter leder till den bästa vården och att båda professionerna ges möjlighet till att utveckla sin kompetens. När det gäller vård efter förlossningen finns dokumenterat två punkter. Kvinnor med komplicerad graviditet och/eller förlossning skall erbjudas kontakt med läkare för uppföljning. Alla kvinnor skall erbjudas kontakt med barnmorska under tiden närmast efter förlossningen (24). ICM- International confederation of Midwives har enats om en etisk kod för barnmorskor. Denna syftar till att förbättra den kvalitet som vården erbjuder kvinnor, familjen i hela världen genom utveckling, utbildning och nyttjande av barnmorskans kunskap (25).

Kvinnan kan ha stora förväntningar på mötet med den barnmorskan som är närvarande under förlossningen. Hur den som vårdar kvinnan är, har en stor betydelse. En vårdande relation i samband med förlossning är ett möte mellan två subjekt, vården bygger på helhetssyn, där människan och hennes erfarenheter är unika. I människans livsvärld väntar och föder kvinnor barn, där finns kvinnans historia, det väntade barnet och hennes relation. En vård som bygger på livsvärldsperspektivet gör det inte möjligt att förminska människan till enbart biologi, psyke eller ande (26).

Teoretisk referensram

Berg-Lundgren (26) skriver om vårdandets värdegrund vid barnafödandet. Att vårda är både en nödvändig och naturlig del av det mänskliga livet. Det mest spontana och naturliga formen för vårdandet finns i moderskapet. Inom det professionella vårdandet som bedrivs inom ramen för yrkesutövning grundas på det naturliga vårdandet men består också av kompetens baserad på vetenskaplig och etisk grund. Idag är vårdandet av kvinnor som föder barn präglad av medicin-tekniskt perspektiv med risk i fokus. Vårdandet inom mödra- och förlossningsvård bör istället fokusera på den unika kvinnan och innefatta allt som finns i hennes livsvärld och stärka tilliten till sin egen kropp.

Människan utsätts under livet för påfrestningar - kroppsliga/psykiska och/eller sociala. En del människor klarar svåra påfrestningar med hälsan i behåll, kanske till och med växer och vidareutvecklas, medan andra blir sjuka. Motståndskraften för påfrestningar handlar enligt Antonovsky (27) om KASAM-begreppet, "känslan av sammanhang", vilket innebär att tillvaron blir sammanhängande om den framställs begriplig, hanterbar och meningsfull. Begriplighet syftar till att situationen upplevs i och utanför individen som gripbar. Med hanterbarhet menas den grad vilket man upplever att det finns tillgängliga resurser, som ex. familjens stöd till ens förfogande. Meningsfullhet innefattar livets utmaningar och händelser vilka är värda att ge sitt engagemang. Enligt Antonovsky antas att den som har ett starkare

KASAM bättre kan tolerera stress och svåra situationer för att man ser händelsen som en utmaning istället för ett hot (27). KASAM-begreppet är en validerad och tillförlitlig krosskulturell användbart instrument för att mäta hälsa såväl som livskvalitet (28,29).

Salutogenet perspektiv

Antonovsky utvecklade en teori som beskriver det salutogena perspektivet där hälsa inte främjas genom att undvika påfrestningar utan det sker istället genom att göra tillvaron sammanhängande. Konkret betyder salutogenes att fokusera på varför människor håller sig friska, trots stora påfrestningar, istället för att inrikta sig på varför människor blir sjuka, vilket utgör det patogena perspektivet. Det salutogena perspektivet innebär att man lägger tonvikten på hälsobringande faktorer, det vill säga att ha det friska i fokus för sitt arbete. Det salutogena perspektivet har betydelse i vårdsammanhang och främjar rörelse mot den friska polen, hälsa uppnås genom stärka/utveckla resurser av hälsa till motsats från det patogena som beskriver att hälsa uppnås genom att eliminera/bota sjukdom (27). Hälsan är inte en slump utan påverkas av KASAM samt, generella motståndskrafter/resurser (GRRs, generalized resistance resources). För att uppleva hälsa enligt denna salutogena teori behövs de tre delarna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet vara uppfyllda. Hälsa i livets flod har använts som metafor för att beskriva utveckling av hälsoperspektivet. Enligt Antonovsky är det inte tillräckligt att främja hälsa genom att undvika stress eller att konstruera broar för att förhindra människor från att trilla i floden. Människor behöver istället lära sig att simma (29).

Olin & Faxelid (6) ger förslag på framtida forskning där Antonovskys teori kan appliceras på förlossningsupplevelsen och behov av postpartumsamtal (6).

Magnusson (30) har tolkat Antonovsky's teori för att förstå kvinnans upplevelse av förlossningen:

Begriplighet innefattar: Att kvinnan förstår förlossningsprocessen.

Hanterbarhet: Att kvinnan har resurser att möta krav och påverkan före, under och efter förlossningen.

Meningsfullhet: Att det finns en mening i att föda barn och det finns ett värde att engagera sig.

Problemformulering

Majoriteten av kvinnor som föder barn i Sverige önskar få samtala med en barnmorska i ett postpartumsamtal men endast hälften av kvinnorna får det. Tydliga rutiner för innehållet i postpartumsamtalet saknas samt när i tiden detta sker varierar. Barnmorskor utför dessa samtal utan särskilt avtalad tid med kvinnan och när arbetssituationen i övrigt tillåter detta. Tidpunkten för postpartumsamtalet varierar från strax efter förlossningen, på BB eller via telefon när kvinnan har åkt hem (1). Waldenström et al (20) visar på att upplevt dåligt stöd av barnmorskan samt inget samtal om förlossningen i efterhand, utgör riskfaktorer för att inte skatta förlossningsvården som positiv.

Dagens förlossningsvård har en tydlig riskfokusering och vi tror att kvinnor som varit med om komplicerade förlossningar i större grad får ett samtal efter förlossningen medan kvinnor med normal förlossning får samtal beroende på barnmorskans tid och intresse för samtal.

Samtal som intervention är ett vetenskapligt samlingsbegrepp som oftast inom området medicin omfattar förebyggande eller behandlande åtgärd (31).

SYFTE

Syftet var att göra en sammanställning över publicerade interventionsstudier där samtal om förlossningsupplevelsen förts med kvinnor som fött barn.

Centrala frågeställningar var:

- Vilket syfte hade samtalet?
- Vilken struktur och innehåll hade samtalet?
- Vilken var målgruppen för samtalet?
- Tidpunkt för samtalets genomförande samt vem genomförde samtalet?
- Hur utvärderades och vilken effekt hade samtalet?

METOD

Urval

Fördjupningsarbetet har varit en litteraturstudie. Sökning har gjorts i databaserna PubMed och Cinahl mellan 090910 tom 101217. Vid artikelsökningen har olika sökordskombinationer använts då det inte finns något enhetligt begrepp för samtal efter förlossning. Följande sökord har använts; "*Postpartum counselling as an intervention after birth*", "*Postpartum debriefing and midwife*"; "*Postpartum debriefing as an intervention*", "*Postpartum talk and midwife*", "*Postpartum and debriefing and midwife*", "*Postpartum debriefing and intervention*", "*Midwife and non directive counselling*", "*Birth afterthoughts and midwife*", "*Debriefing and birth*", "*Debriefing and childbirth*" (bilaga tabell 1).

Sökning har gjorts med begränsningen Peer-Reviewed med intentionen att inkludera studier med både kvantitativ och kvalitativ forskningsmetod som har haft ett varierande syfte och undersökningsmaterial som en del av kartläggningen för att kunna belysa forskning som gjorts inom området. Tidsmässig begränsning har inte gjorts då detta område inte är väl utforskat. Utifrån sökningarna har 14 vetenskapligt publicerade artiklar valts ut (33-46), varav två är manuella sökningar (38,42) (bilaga tabell 1). Artikel (35) är en långtidsuppföljning av artikel (34). Artiklarnas abstract har lästs utifrån syftet för att få kunskap om postpartumsamtal som intervention efter förlossning. Artiklar som exkluderades var studier som inte berörde våra frågeställningar utan behandlar bl.a. rökning och amning. Slutligen kvarstod 14 artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna.

Bearbetning och analys

Ett första steg i analysen av de 14 artiklarna har varit att skaffa en överblick av materialet utifrån frågeställningarna, (bilaga 3) därefter ytterligare genomgång och bearbetning. Enligt analysmetod angiven av Polit&Beck (32) skall det finnas ett abstrakt som lättförståeligt belyser studien. Inledningen eller bakgrunden skall belysa det centrala i ämnet som studeras och skall leda fram till frågeställningar som skall testas och innehålla översyn av relevant litteratur.

RESULTAT

En kort översikt över de 14 artiklarna ges i (bilaga 2). I tio av artiklarna (33-42) har kvantitativ forskningsmetod använts. Av dessa är nio randomiserade kontrollerade studier, RCT studier (33-41). I resterande fyra artiklar har kvalitativ metodik använts (43-46). Av de 14 studierna hade 5 genomförts i Australien (33-36,39), sju i England (40-46), en i Sverige (37) och en i Kina (38).

Samtal efter förlossningen med den förlösta kvinnan benämns olika i studierna. I resultatredovisningen används de benämningar som finns i respektive studie. Kort sammanfattning utifrån varje frågeställning förutom effekt av samtal är presenterade i (bilaga 3). I frågeställningen utvärdering av samtalet redovisas ett flertal olika mätinstrument/skalor i artiklarna vgs (bilaga 3) och vi nämner de vanligast förekommande vid sina förkortningar utan fördjupad redovisning i text. I det som följer presenteras litteraturgranskningen med rubriker utifrån frågeställningarna.

Syfte med samtalet

Nio RCT studier; Australien (33-36,39), England (40,41), Sverige (37) och Kina (38) har som syfte att utvärdera om samtal efter förlossning med barnmorska eller annan vårdpersonal kan förebygga eller reducera psykisk ohälsa såsom stress, PTSD, depression och ångest samt rädsla för framtida graviditet. Tre studier från England (42,44,45) har valt att utvärdera och undersöka erfarenhet av "samtalsservice" till kvinnor som fött barn samt (42) få information och genomgång av journal. I ytterligare en studie från England (43) var syftet med samtalet efter förlossning att utforska riktlinjer för förlossningssamtal, samt undersöka om uppgjort "kontrakt" mellan barnmorskan och kvinnan under förlossningen uppfyllt kvinnans önskemål och förväntningar. I en studie (46) gjorde författaren en reflektion över samtal som förts med förlösta kvinnor där syftet var att undersöka värdet av samtal samt presentera en interventionsmodell.

Samtalets struktur och innehåll

Strukturen för samtalen som förts i de olika studierna har varierat från tydliga riktlinjer och strukturer (33,36,38,39,41) till helt öppna frågor i samtalet som utgått från kvinnans behov (35,42,43,45,46) vgs (bilaga 3). I en studie (35) skedde inget nytt samtal då det är en uppföljande studie av (34). Alla samtal har skett på individuell basis förutom en som hade som syfte att testa en modell för gruppsamtal med fokus även på första tiden med barnet (37). I en studie (40) beskrivs en interaktiv intervju där kvinnan uppmuntrades att tala fritt. I en annan studie har semistrukturerade intervjuer med öppna/slutna frågor använts samt djupintervju (44). Innehållet i samtalen skiljer sig marginellt åt mellan de olika studierna (33-46) oavsett struktur och författarna har haft förlossningsupplevelsen i fokus för samtalsinterventionen. Innehållet består av att fylla i minnesluckor, sätta ord på tankar, känslor och fantasier, samt hjälp med att värdera och bearbeta förlossningen.

Målgrupp för samtalsinterventionen

I sex av studierna (34-38,41) har målgruppen varit kvinnor med olika paritet med komplikationer under graviditet och förlossning, eller som uppfyllde kriterier vid screening för PTSD (36). En studie (33) har som målgrupp alla kvinnor > 35 graviditetsveckor och (39) har målgruppen gravida kvinnor i tredje trimestern. I en annan studie (40) inkluderades förstföderskor med förväntad normal förlossning. I tre kvalitativa studier (44-46) och en kvantitativ studie (42) framgår att målgruppen var inriktad på alla förlösta kvinnor. I endast en studie (43) har även kvinnans partner varit inkluderad i samtalet efter förlossning.

Tidpunkt för samtalets genomförande samt vem genomförde samtalet

Det finns en stor spridning i tid för när samtalen har skett från timmar efter förlossningen (34,43) till dagar (33,38) och år (42,45).

I tre av studierna (36,37,41) genomfördes två postpartumsamtal med varierande tidsintervall; inom 72 timmar och 4-6 veckor (36), två samtal efter 1-2 månader (37), samt efter 10 dagar och 10 veckor i kvinnornas hem (41). I en studie (35) skedde inget nytt samtal då det var en uppföljande studie 4-6 år senare av samma författare. En studie (40) fastställer inte exakt tidpunkt men samtalet sker innan överflyttning till "community". I studierna som behandlar "Listening-service" och "Birth-afterthoughts-service" (42,44-46) valde kvinnan själv tidpunkt för att ta kontakt för samtal vilket varierade mellan 6-14 veckor (44), genomsnitt 12 månader (45), samt en studie där det tidsmässigt inte är fastställt men skedde under loppet av ett år (46). I alla studier utom två (37,38) har barnmorskor varit de som samtalat med kvinnan. I den svenska studien (37) där gruppsamtal användes har förutom erfaren förlossningsbarnmorska även MBH-psykolog varit närvarande i gruppsamtalen. I studien från Kina (38) var det specialutbildade forskningssjuksköterskor med erfarenhet av barnafödande och med utbildning i barnmorskekunskap och psykologisk rådgivning som höll i samtalen. Antal samtal varierade mellan 1-4 tillfällen och avgjordes av forskningssjuksköterskan (38).

Utvärdering och effekt av samtal som intervention

I nio av RCT-studierna (33-41) har olika skalor som mätinstrument använts för att utvärdera om samtal efter förlossning kan reducera psykisk ohälsa vgs (bilaga tabell 3). EDPS (Edinburgh-postnatal-depression-scale) är ett instrument som använts i sex av de randomiserade studierna (33-37,39) och kan mäta depression efter förlossning. Stark validitet för skalan har rapporterats (39). I två studier (38,40) har HAD- skalan (hospital-anxiety-depression-scale) använts, vilket är ett mätinstrument som inte blivit validerat som användbar efter förlossning. I en kvantitativ engelsk studie (42) utvärderades samtalet genom genomgång av kvinnors journal, samtal och frågeformulär.

Metoder för att utvärdera samtalen i studierna som använt kvalitativ metodik (43-46) beskrivs i (bilaga 3). I en engelsk studie (43) har man använt ett upprättat "kontrakt" tillsammans med kvinnan och hennes partner för att utvärdera samtalet och noteringar har förts in i patientens journal för framtida referens (43). Författarna i studie (44) beskriver teman och kategorier genom en "konstant jämförande analys". Resultatet återkopplades till studiedeltagarna för att kontrollera trovärdighet, samt erfaren forskningskollega kontrollerade resultat för reliabilitet. I studie (45) utvärderades samtalet genom att använda sig av självbedömning/frågeformulär med öppna och slutna frågor samt telefonintervju. En oberoende granskare har gått igenom materialet för korrekt analys och validitet. I en kvalitativ studie (46) med "Listening-service" har författaren utifrån egna intryck och personliga reflektioner/analyser gjort ett protokoll/underlag som formade fakta som grund för rollen som barnmorske-lyssnare

I sju av studierna (33-35,37-39,41) redovisades ingen effekt av samtal som intervention efter förlossningen för att reducera depression och psykisk ohälsa. En studie (34) fann att kvinnor som fick debriefing hade en högre grad av depression och sämre hälsostatus. Möjligheten att debriefing kan leda till psykisk ohälsa för en del kvinnor kan inte uteslutas (34). En långtidsuppföljning 4-6 år senare av samma studie (35) visar ingen signifikant skillnad mellan grupperna beträffande mödrars hälsa ur positiv eller negativ aspekt. I två av studierna (36,40) kunde debriefing med barnmorska påvisa positiva effekter med lägre grad av ångest, depression, stress samt känslor av skuldbeläggning och i studie (36) hade kvinnor i interventionsgruppen en högre tilltro till framtida graviditet. I en studie från Kina (38) kan skillnader i psykisk ohälsa eller livskvalitet inte påvisas, men de kvinnor som förlöstes med

elektivt kejsarnitt och fick ”undervisande counselling” hade en signifikant lägre depressionspoäng jämfört med de i kontrollgruppen. En studie (41) visade att kvinnor som fick debriefing hade minskad rädsla inför framtida förlossning. Kvinnor som fick debriefing i studie (39) visade på mindre missnöje med sin partner före förlossning och upp till 3 månader postpartum, medan kvinnor i kontrollgruppen visade på ett signifikant missnöje över samma period.

I en kvantitativ studie (42) och fyra kvalitativa (43-46) var utgångspunkten att kvinnor har behov av att få information och att samtala om sin förlossningsupplevelse. Kvinnor värderade erfarenheten av att samtala om förlossningen med en barnmorska som hjälpt dem att ”förstå” sin resa (44). Viktiga komponenter i samtalet har utgjorts av lyssnande, förklaring, behov av relevant information och kommunikation när kvinnor samtalar om sin förlossningsupplevelse (44,45). Författarna i en engelsk studie (42) har beskrivit effekter efter samtalet som; information, gå vidare, tilltro till framtida graviditet, fylla i minnesluckor, bli av med skuldbeläggning och att minska mardrömmar. I en annan engelsk studie (43) redovisas inte samtalets effekter utan processen och resultatet efter samtalet dokumenteras i patientens journal för framtida referens (43). Kvinnor betonar vikten av bekräftelse och att kontextualisera sin erfarenhet samt att i framtiden ha möjlighet till kontakt med mödrahälsovårdsservice (45). I studie (46) beskriver författaren utifrån kvinnornas narrativa berättelse fyra teman; vikten av att normalisera historien, förändra kvinnans uppfattning av händelseförloppet, bekräfta kvinnan och hennes unika upplevelse, och att barnmorskan skapar en emotionell samhörighet med kvinnan.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

En litteraturstudie är ett lämpligt tillvägagångssätt för att göra en kartläggning över ett forskningsområde. Vi ville inkludera studier som utförts oavsett paritet, målgrupp, förlossningssätt och forskningsmetod för ge bredd åt uppsatsen. Begreppet postpartumsamtal är inte väl beforskat och ett tydligt definierat begrepp vilket innebär att flera olika sökkombinationer krävts för att uppnå syftet med studien samt att tidsspannet har varierat. Vi har valt att inkludera äldre studier (40,42) i vårt arbete då de är centrala för ämnet och bidrar till en fördjupning av vår kartläggning. Analysen av frågeställningarna förutom effekten av samtalet var initialt tänkt att presenteras enbart i tabellform men under arbetets gång har vi valt att redovisa resultatet i löpande text med hänvisning till (bilaga tabell 3). Länder som tydligt framträder som är ledande inom detta forskningsområde är Australien (33- 36,39) och England (40-46). Vi tror att barnmorskans självständiga profession och ansvarsområde i dessa länder ligger till grund för detta och tydliggörs genom utbudet av artiklar. Studien från Kina (38) särskiljer sig genom att vara den enda studien där specialutbildade sjuksköterska istället för barnmorska höll i postpartumsamtalet. Small et al har gjort den enda långtidsuppföljande RCT studien 4-6 år efter operativ förlossning (35). Studierna i vår uppsats skiljer sig storleksmässigt i antal deltagare och målgrupp, när i tid samt antal postpartumsamtal efter förlossning. De stora randomiserade studierna har gjorts i framförallt i Australien (33-36,39) och har vanligtvis kombinerade utvärderingsmetoder, ex EDPS, SF-36, HAD-skalan och ett syfte att reducera psykisk ohälsa. Studierna från England (42,44-46) visar på att kvinnor i hög grad själva söker sig till en samtalsservice och är vanligast förekommande i en ostrukturerad form utifrån kvinnans behov och vid en tidpunkt efter förlossningen kvinnan själv valt. Utvärderingsmetoderna och effekten av samtalen är i dessa studier inte redovisade för läsaren på ett tydligt sätt (43,46). En kvalitativ studie av Madden (46) visade att författaren utifrån sin lyssnande roll till kvinnors berättelse skrivit ned sina intryck och reflektioner som format

data. Styrkan är att författaren utfört alla samtal men utgör samtidigt en risk för tolkningen inte blir objektiv.

RESULTATDISKUSSION

Syfte med samtalet

Syftet med nio studier (33-41) har haft ett utgångsperspektiv vilket innebär att man ville undersöka om samtal efter förlossning kunde förebygga psykisk ohälsa och sjukdom. Psykisk ohälsa som depression är vanligt hos kvinnor speciellt under första året visar två svenska studier (15, 16). Depression efter förlossning är ofta ett dolt problem som drabbar 8-15% av nyblivna mammor och kan få långvariga negativa effekter för barnets fortsatta psykologiska utveckling (15). Med den utgångspunkten förstår vi att syftet för många forskare har varit att intressera sig för att se om samtal som intervention efter förlossning kan ha positiva effekter.

Det som saknas är studier med syfte utifrån ett ”salutogent perspektiv” där man undersöker stärkande och hälsobringande faktorer. ”Samtalservice” som beskrivs i engelska studier (42,44-46) kan utgöra en bra funktion för kvinnor som har behov av att samtala om sin förlossningsupplevelse vilket kan innebära att; göra den begriplig, hanterbar och meningsfull och ger en känsla av sammanhang. Sedan 70-talet har barnmorskor i Sverige samtalat med kvinnor om deras förlossningsupplevelse men har idag en tendens att minska avsevärt trots att majoriteten av kvinnor som föder barn önskar få ett samtal (1). Ett av barnmorskans kompetensområde är samtalsstöd efter förlossning och barnmorskan bör vara kritiskt reflekterande över dagliga rutiner och bör medverka till att utforma riktlinjer för hur framtidens postpartumsamtal skall få plats och utrymme (23). Barnmorskans intresse för och kunskap inom samtalsmetodik är en faktor vi tror kan vara avgörande för vem som får ett samtal efter förlossningen.

Samtalets struktur och innehåll

I fem av de randomiserade studierna (33,36,38,39,41) finns en tydlig struktur vgs (bilaga 3) för samtalet. Detta kan vara ett bra instrument för barnmorskan vid genomgång av förlossningen med kvinnor där de ”garanteras likvärdig samtalsgrund ” med ramar för innehållet och samtalet avgörs inte av den enskilda barnmorskans intresse och kunskap inom samtalsmetodik. Risken finns dock att kvinnans egen berättelse och behov inte framträder om inte barnmorskan intar en lyssnande roll, tillåter en öppen dialog där kvinnan får styra samtalet. Förlossningsupplevelsen är för kvinnan unik, i fokus för samtalsinterventionen och innehållet består vanligtvis av att fylla i minnesluckor, sätta ord på tankar, känslor och fantasier, samt hjälp med att värdera och bearbeta förlossningen. Detta ligger väl i linje med Antonovskys KASAM-begrepp (28).

I en svensk studie (37) påvisades inte gruppsamtal ha effekt för att motverka rädsla efter förlossning, PTSD eller postnatal depression 6 månader efter ett akut kejsarsnitt. Initialt anser vi att samtal mellan barnmorskan och kvinnan, samt eventuellt partnern bör ske enskilt, men som komplement tror vi att samtal i grupp kan vara en bra metod för kvinnor som har liknande förlossningsupplevelse för att bekräfta, stärka likheter och olikheter. Rutiner för innehåll i samtalet och när i tid det skall ske varierar beroende på minskade resurser och tid. Generellt sett har barnmorskor ingen särskild utbildning för att samtala efter förlossning (1). Vi kan bara anta att rutiner för postpartumsamtals innehåll skiljer mellan olika förlossningskliniker i Sverige samt att barnmorskans intresse och engagemang för att samtala

varierar. Detta kan innebära att vi nationellt sett har en vårdkvalitet på olika villkor inom förlossning/BB-vården.

Målgrupp samtalsinterventionen

Beroende på syftet med studierna har målgruppen varierat. Sex studier har fokuserat på kvinnor med traumatiska upplevelser eller komplicerade förlossningar (34-38,41). Vi kan inte på förhand veta att enbart kvinnor som haft en komplicerad förlossning ur ett medicinskt perspektiv är i behov av att samtala om sin förlossningsupplevelse. Det saknas större randomiserade studier som inkluderar kvinnor av olika paritet och normalförlossning. Enbart en studie (43) har inkluderat kvinnans partner i samtalet. Kvinnan är i fokus men även partnern har sin upplevelse av förlossningen och kan vara i behov av att samtala om känslor som är viktiga för framtida relation och anknytning till barnet. En svensk studie (6) visar att 58% av förstagångspappor och 30% av pappor som tidigare fått barn önskade samtal om förlossningen.

Tidpunkt för samtalets genomförande samt vem genomförde samtalet

Tidsaspekten för när samtalet bör äga rum är inte belagd i forskningsmaterial då det finns en stor spridning i tid, utan kräver vidare studier. Enlig gemensamma riktlinjer från Svenska Barnmorske Förbundet (SBF) och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) bör alla kvinnor erbjudas kontakt med barnmorska under tiden närmast efter förlossningen (24). Vi är medvetna om att vårdtiderna är betydligt kortare idag samt att arbetssituationen för den enskilda barnmorskan varierar vilket medför att denna faktor styr mer än kvinnans behov. En avstämning med kvinnan redan på förlossningen innan övergång till BB, tror vi kan vara bra för att reda ut frågor eller funderingar. Ett första postpartumsamtal bör oavsett normal eller komplicerad förlossning ske innan hemgång från BB då minnesbilden är mer tydlig för kvinnan, partnern och barnmorskan. Möjligheten för kvinnor att samtala i hemmet tror vi har stora fördelar då kvinnan befinner sig i hemmiljö och barnmorskan är en gäst vilket innebär balans i relationen. Det vore idealiskt om det fanns en samorganisation uppbyggd mellan sjukvård och primärvård för kvinnor efter förlossningen där kvinnan och partnern själva kunde ta kontakt med sin barnmorska för ett postpartumsamtal. Vi anser att postpartumsamtalet kan vara en bra kvalitetssäkring för den enskilda barnmorskan och ett kvitto på att given vård skapat förutsättning för en positiv förlossningsupplevelse. Generellt tycker vi att den som varit närvarande vid förlossningen bör vara den som genomför samtalet med kvinnan, oavsett förlossningsutfallet, förutsatt att det finns ett gemensamt förtroende för vårdrelationen. En svensk studie (1) visade att kvinnor som inte fick ett samtal efter förlossningen hade fortfarande önskemål om att samtala med den barnmorska som varit närvarande (1). Vid komplicerade förlossningar som kräver insats utav läkare behöver vi utveckla ett bra samarbete och koordinera postpartumsamtalet. När det gäller vetenskapliga studier, tror vi att om samma barnmorska som etablerat en relation till kvinnan, assisterar vid förlossningen och genomför samtalsinterventionen skulle resultatet kunna påverkas.

Utvärdering och effekt av samtal som intervention

Att mäta kvinnors upplevelse av förlossning på ett objektiva sätt är svårt då svaret kan variera beroende på när kvinnan tillfrågas, direkt efter förlossningen eller när en längre tid har passerat (19,20). Om det primära syftet var att mäta depression och psykisk ohälsa hos kvinnor efter förlossningen blir det helt logiskt att använda sig utav de olika utvärderingsinstrument ex. EDPS för att validera just detta vgs (bilaga tabell 3). HAD-skalan har använts i två studier (38,40) men har inte validerats som användbar efter förlossning vilket gör att man i princip kan ifrågasätta resultatet. Antal skalor/mätinstrument för att utvärdera resultatet i de RCT studierna (33-41) har varierat mellan en skala (40) till tio

skalor/mätinstrument (39). Vi är inte säkra på att de studier med fler mätinstrument kan mäta kvinnors förlossningsupplevelse med en större tillförlitlighet i sitt resultat.

Olika metoder för att utvärdera samtalen anges i studierna som använt kvalitativ metodik (43-46). I en studie från England (43) beskriver författarna om ett upprättat "kontrakt" mellan barnmorska och den födande kvinnan där kvinnan uttrycker sina önskemål och förväntningar. Inom timmar efter förlossningen sker postpartumsamtalet med föräldraparet utifrån det upprättade "kontraktet" och resultatet skrivs ned i kvinnans journal för framtida graviditet och förlossning. Vi tycker att det låter intressant att utifrån ett ankomstsamtal upprätta en förlossningsplan som sedan ligger till grund för postpartumsamtalet. Andra metoder som använts har varit semistrukturerade djupintervjuer, (44), frågeformulär/intervjuer (45) och de kan utgöra bra metoder för att utvärdera postpartumsamtal. Metoden där en barnmorskas egna reflektioner/analyser utgör utvärderingsmetoden (46) för samtal, saknar tyngd då det helt uteslutande blir en subjektiv utvärdering. Vi saknar fler kvalitativa studier där kvinnors egna berättelser av sin förlossningsupplevelse blir mer framträdande.

Intressant är att i sju av nio studier (33-35,37-39,41) har samtal som intervention efter förlossning i de randomiserade studierna inte visat sig ha någon effekt för att reducera psykisk ohälsa, stress, ångest, depression eller rädsla för framtida förlossning. Trots detta uppskattas möjlighet för kvinnor att samtala om sin förlossning som positivt (34,39). I några studier (37,38,41) fick kvinnor i kontrollgruppen standardvård vilket kunde innebära att samtal med barnmorska och/eller läkare förekom. I de studier där samtal förekom även med kvinnor i kontrollgruppen kan man tänka sig att det kan vara en betydelsefull faktor när man analyserar resultatet. Detta är dock inte redovisats. I en studie från Australien (34) skriver författaren att det inte går utesluta att debriefing efter förlossning för en del kvinnor kan orsaka emotionella hälsoproblem. Idén till att debriefing kanske inte är effektiv eller möjligtvis skadlig skulle då finnas i att kvinnan återigen behöver uppleva sin traumatiserande förlossningsupplevelse (34). Vi tror att kvinnor som efter förlossningen lider av svår psykisk ohälsa behöver tvärvetenskapligt stöd och kan inte enbart samtala med en barnmorska. I endast två av studierna (36,40) kunde debriefing med barnmorska påvisa positiva effekter med lägre grad av ångest, depression, stress samt känslor av skuldbeläggning och i Gamble et al (36) hade kvinnor i interventionsgruppen en högre tilltro till framtida graviditet. Det är förvånande att enbart två av studierna (36,40) visade på positiva effekter vilket leder till tanken att föda barn är en del av livet och ingår i utvecklingskrisen och något som vi kanske inte kan förhindra.

I flera studier har kvinnor genomgått komplicerade eller traumatiska förlossningar (34-38,41). Vi tror att det är av förståeliga skäl att kvinnor i denna grupp har på förhand en ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa. Tiden efter förlossningen är en period med ökad sårbarhet för många kvinnor. Viktigaste bakomliggande orsaker till depression postpartum är relaterat till det psykologiska och sociala området (15,16) och mellan 30-50% anses starta redan i graviditeten (15). Enligt en studie från Australien (33) beskriver författaren att flertalet kvinnor upplever sin förlossning traumatisk oavsett om förlossningen varit komplicerad, haft ett förlängt förlopp eller skett genom kejsarsnitt, vilket ökar risken för att utveckla psykologiska sjukdomar som depression. Kvinnor som har genomgått en ökad medicinsk intervention har en mindre positiv förlossningsupplevelse, tillfredsställelse med partner och ökad stress (39). Det hade varit intressant om forskarna i de artiklar som haft som urval komplicerade förlossningar kunnat identifiera om det fanns några/grupp med kvinnor som tvärtom hade låga poäng på EDPS-skalan för depression och tittat närmare på dessa för att se vilka faktorer som låg bakom. I Selkirk et al (39) kan debriefing antydhas ha en positiv effekt på tillfredsställelse i parrelation. Att vara tillfredsställd i parrelationen är en stark prediktor för

att inte utveckla postpartum depression (39). Vi anser att MVC i föräldraförberedande kurserna före och efter förlossningen bör betona vikten av parrelationen då det förefaller vara en viktig faktor för att förhindra depression. Tam et al (38) finner i sin studie att gruppen som genomgick elektivt sectio och fick ”undervisande rådgivning” hade signifikant lägre depressionspoäng. Detta kan bero på att denna grupp anses vanligtvis som relativt okomplicerad och inte prioriterad jämförelsevis med andra.

Tolkning av resultatet utifrån ett salutogent perspektiv

Kvinnor i barnafödande ålder befinner sig i en komplex livssituation där flera faktorer är betydande för deras hälsotillstånd och ingår i den normala utvecklingskrisen (13). Hur den enskilda kvinnan hanterar sin livssituation efter förlossning kan vara beroende av om kvinnan har ett starkt KASAM. Magnusson (30) har gjort en tolkning av Antonovskys teori utifrån graviditet och förlossning där de tre komponenterna; *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet* används för att barnmorskan skall förstå kvinnans känsla av sammanhang. Effekter som beskrivits i en studie från England (42) är; information, gå vidare, tilltro till framtida graviditet, fylla i minnesluckor, bli av med skuldbeläggning och att reducera mardrömmar. Kvinnor uttrycker att samtalet efter förlossningen har hjälpt dem att förstå sin ”resa” och givit dem information, förståelse, och mening (44-46). Enligt en svensk studie av Wickberg & Hwang (15) kan 30-50% av de kvinnor som utvecklar depression postpartum ha gjort detta under graviditet. Därför tror vi att det kan vara viktigt att identifiera dessa kvinnor på MVC för att kartlägga tillgängliga resurser i kvinnans omgivning. Att använda Antonovskys KASAM begrepp som är ett validerat verktyg (28) är en bra teoretisk förankring för barnmorskans forskningsområde. I en licentiat avhandling av Vibeke Tham (18) från 2010 redovisas ett KASAM-formulär i kort version med 13 påståenden, samt ett formulär som mäter kvinnors reaktion efter förlossningen. Dessa formulär kan kanske utgöra ett bra redskap för förlossningsvården när det gäller att fånga upp kvinnor som är i behov av uppföljning efter förlossningen.

KONKLUSION

Dagens genomgående medicinska synsätt på förlossningsvården råder, där risker och ohälsa har fått större fokus, jämfört med att föda barn är en del av livet och behöver införlivas för kvinnans (hela familjen) välmående. Vi tror att de som genomgått komplicerade förlossningar i hög grad får ett samtal efter förlossning, medans kvinnor utifrån vårt sätt att se normalförlossning endast får ett samtal om arbetet så tillåter och om barnmorskan själv är intresserad av samtal. I våra artiklar har vi inte funnit belägg för att postpartumsamtal är en effektiv metod för att förhindra uppkomst av psykisk ohälsa efter förlossning. Kvinnor har dock uppskattat att få prata igenom sin förlossning, få information, förklaring, bli lyssnade på och ”förstå sin resa”. Detta visar att vi på förhand inte kan veta vem som har nytta av eller är i behov av att samtala om sin förlossningsupplevelse oavsett förlossningsutfall. En teoretisk förankring i Antonovskys KASAM-begrepp fungerar mycket väl för att beskriva kvinnors förlossningsupplevelse med begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet oavsett om förlossningsutfallet var komplicerat eller normalt. Postpartumsamtalet kan stärka barnmorskan i sin personliga yrkesutveckling då det är en direkt återkoppling på vård som givits och är också en viktig kvalitetssäkring för förlossningsvården. Fler studier på detta område behövs för att kunna utveckla nya former för postpartumsamtalet då tydliga riktlinjer saknas och skapa en plats i dagens organisation vilket kan medverka till förutsättningar för vård på lika villkor.

REFERENSER

1. Carlgren I, Berg M. Postpartum consultation: Occurrence, requirements and expectations. *Pregnancy and childbirth* 2008;8 (29):1-8.
2. Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I. *Lärobok för barnmorskor*. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur AB, 2009.
3. Alexander J. Confusing debriefing and defusing postnatally: the need for clarity of terms, purpose and value. *Midwifery* 1998;14:122-24.
4. Hammarlund-Luther L. Postpartumsamtal-en litteraturstudie om barnmorskors samtal med förlösta kvinnor. Göteborgs universitet, 2004.
5. Gamble J, Creedy D.K, Webster J, Moyle W. A review of the literature on debriefing or non directive counseling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery* 2002; 18:72-79.
6. Olin R.M, Faxelid E: Parents needs to talk about their experiences of childbirth. *Scand J caring sci* 2003;17: 153-59.
7. Read S, Stewart C, Cartwright P, Meigh S: Psychological support for perinatal trauma and loss. *British journal of midwifery* 2003; 11(8): 484-88.
8. Brudal L. *Födandets psykologi- lärobok i förebyggande arbete*. Vällingby: Svenska utgåvan: Bokförlaget Natur och kultur, 1985.
9. Hägg K, Kuoppa S.M. Professionell vägledning med samtal som redskap. 2:a uppl. Danmark: Studentlitteratur Narayana Press, 2007.
10. Crafoord C. *Människan är en berättelse- tankar om samtalskonst*. Falun: Bokförlaget Natur och Kultur, 1994.
11. Heide H, Eide T. *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur 2007.
12. Skott C. *Berättelsens praktik och teori: narrativ forskning i ett hermeneutiskperspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 2004.
13. Olsson P. Kap 3. Att stödja och stärka-vårdandet vid graviditet. Lund: Studentlitteratur, 2004.
14. Cullberg J. *Kris och utveckling. Femte och omarbetade utgåvan*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur, 2006.
15. Wickberg B, Hwang P. Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken. *Läkartidningen* 2001; 98(13): 1534-38.
16. Rubertsson C, Wickberg B. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national swedish sample. *Womens ment health* 2005; 8: 97-104.
17. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-123-1>
18. Tham V. Symtom på posttraumatisk stress efter akut kejsarsnitt. Licentiat avhandling Karolinska Institutet 2010.
19. Waldenström U. *Föda barn-från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institutet och University Press, 2007.
20. Waldenström U, Rudman, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women´s opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006; 85: 551-60.
21. <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/hogstaantaletnyfoddasedan1994>
22. Ladfors L, Eriksson M, Mattson L.Å, Kylebäck K, Magnusson L, Milson I. A population based study of Swedish women´s opinions about antenatal, delivery and postpartum care. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2001;80:130-36.
23. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>
24. <http://www.sfog.se/styrelsen/riktlinjeSFOG-SBS.htm>

25. <http://www.internationalmidwives.org/>
26. Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande. Vårdandets värdegrund vid barnafödandet. Kap 2. 2:a uppl. Studentlitteratur, 2010.
27. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Second printing .London: Jossey-Bass Limited;1998.
28. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996; 11(1): 11-18.
29. Eriksson M, Lindström B. A salutonegenic interpretation of Ottawa Charter. Health Promotion International 2008;23(2):190-99.
30. Magnusson B. Förlossningsrädsla. Kap 1. Lund: Studentlitteratur, 1998.
31. <http://www.ne.se/sok/intervention>
32. Polit D F, Beck C T. Nursing Research. Principles and methods. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins 2004
33. Priest S R, Henderson J, Evans S F, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomized controlled trial. MJA 2003;178(11): 542-45.
34. Small R, Lumley J, Donoohue L, Potter A, Waldenström U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. BMJ 2000; 321: 1043-47.
35. Small R, Lumley J, Toomey L. Midwife-led debriefing after operative birth: four to six year follow-up of a randomized trial. BMC Medicine 2006;4(3): 1-4.
36. Gamble J, Creedy D, Moyle W; Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counselling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. Birth 2005; 32(1): 11-19.
37. Ryding EL, Wiren E, Johansson G, Ceder B, Dahlström A-M: Group counselling for mothers after emergency ceasrean section: a randomized trail of intervention. Birth 2004; 31(4): 247-53.
38. Tam W, Lee D, Chiu H, Ma K, Lee A et al. A randomized controlled trial of educational counselling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2003; 110: 853-59.
39. Selkirk R-M, McLaren S, Ollerenshaw A, McLachlan A J. The longitudinal effects of midwife- led debriefing on the psychological health of mothers. Journal of Reproductive and infant psychology 2006; 24(2): 133-47.
40. Lavender T, Walkinshaw S.A. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity A randomized trial. Birth 1998; 25(4): 215-19.
41. Kershaw K, Jolly J, Bhabra K, Ford J. Randomised trial of community debriefing following operative delivery. BJOG: International Journal of Obsterics and Gynaecology 2005; 112: 1504-09.
42. Charles J, Curtis L. Birth afterthoughts: a listening and information service. British Journal of Midwifery 1994; 2(7): 331-34.
43. Hatfield A, Robinson E. The debriefing of clients following the birth of a baby. The practising midwife 2002; 5(5): 14-16.
44. Bailey M, Price S. Exploring women´s experiences of a birth afterthoughts service. Evidence Based Midwifery 2008;6(2): 52-58.
45. Inglis S. Accessing a debriefing service following birth. British Journal of Midwifery 2002; 10(6): 368-71.
46. Madden I. Midwifery debriefing-in whose best interest? British Journal of Midwifery 2002;10(10) 631-34.

Bilaga 1

Tabell 1: Presentation av artikelsökning

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade/ använda	Använda artiklars ref.nr.
090910 100830 101217	PubMed	Postpartum counselling as an intervention after birth	Peer-Reviewed	25	25/2	36,37
090910 100830 101217	PubMed	Postpartum debriefing and midwife	Peer-Reviewed	11	11/5	33,34,35,41,43
090910 100830 101217	PubMed	Postpartum debriefing as an intervention	Peer-Reviewed	15	15/4	33,35,40,41
090910 100830 101217	PubMed	Postpartum talk and midwife	Peer-Reviewed	6	6/0	
090910 100830 101217	Cinahl	Postpartum and debriefing and midwife	Peer-Reviewed	5	5/2	34,39
090910 100830 101217	Cinahl	Postpartum debriefing and intervention	Peer-Reviewed	10	10/2	39,40
090910 100830 101217	Pubmed	Midwife and non directive counselling	Peer-Reviewed	5	5/0	
090910 100830 101217	Cinahl	Birth afterthoughts and midwife	Peer-Reviewed	1	1/1	44
090910 100830 101217	Cinahl	Debriefing and birth	Peer-Reviewed	15	15/4	39,43,44,45
090910 100830 101217	Cinahl	Debriefing and childbirth	Peer-Reviewed	27	27/6	34,40,43,44,45,46
090910	Pubmed	Manuell sökning Review Rowan,Bick&Bastos 2007		1	1	38
090910	Pubmed	Manuell sökning Carlgren&Berg 2008		1	1	42

Bilaga 2

Sammanfattning av analyserade artiklar

Referensnummer: 33**Författare:** Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R**Titel:** Stress debriefing after childbirth; a randomised controlled trial.**Tidskrift:** The Med Journal of Australia.**År:** 2003**Land:** Australien**Syfte:** Fastställa om en kort session med barnmorska som använde sig utav ”critical incident stress debriefing” reducerar förekomsten av postpartum psykologiska sjukdomar hos kvinnor som nyligen fått barn.**Metod:** RCT single blind studie Två stora mödravårdsenheter i Perth: Ett offentligt undervisande sjukhus och ett privat sjukhus. 1745 kvinnor deltog (875 intervention och 870 kontrollgrupp). En individuell standardiserad debriefing baserad på principerna av kritisk händelse stress debriefing som utförs inom 72 timmar efter förlossningen.**Urval:** Kvinnor som fick barn efter >35 v, rekryterades av en forskningsbarnmorska mellan 24-72 timmar efter förlossningen, mellan April 1996 och December 1997. Exklusionskriterier var otillräcklig engelska, hade psykologhjälp vid tidpunkten för förlossningen, kvinnan var under 18 år, eller om barnet behövde intensivvård.**Antal referenser:** 23**Referensnummer: 34****Författare:** Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenström U.**Titel:** Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth**Tidskrift:** BMJ, British journal of midwifery.**År:** 2000**Land:** Australien**Syfte:** Att utvärdera effektiviteten av en barnmorske ledd debriefing i syfte att minska förekomst av depression hos kvinnor som blivit förlösta genom kejsarsnitt, tång eller VE, 6 månader efter förlossning och att förbättra den maternella hälsan.**Metod:** RCT. Deltagare 1041 n= 520, kontrollgrupp n=521. Två forsknings barnmorskor identifierade de kvinnor på BB som hade haft en operativ förlossning. Debriefing samtalet var inte med den barnmorskan som varit med vid förlossningen utan en empatisk lyssnande barnmorska som hade erfarenhet av samtala med kvinnor efter förlossning. Samtalet skedde inom 24 tim och varade en timma, innan kvinnan skrevs ut från sjukhuset**Urval:** Kvinnor som hade haft en operativ förlossning. Exklusionskriterier; kvinnor som fått ett dödfött barn, barn som vägde mindre än 1500 g, kvinnan ej talade engelska, kvinnor eller barn som var sjuka, kvinnor som ej kunde delta på p g a läkaren inte tyckte det var lämpligt.**Antal referenser:** 24**Referensnummer: 35****Författare:** Small R, Lumley J, Toomey L**Titel:** Midwife-led debriefing after operative birth: four to six year follow-up of a randomised trial**Tidskrift:** BMC Medicine**År:** 2006**Land:** Australien**Syfte:** Att mäta kvinnors hälsa i ett långt perspektiv 4-6 år efter barnmorskeledd debriefing efter operativ födsel. (se ovan studie)**Metod:** Frågeformulär (till 1039/1041 kvinnor) med EDPS-skalan och SF-36 per brev 4-6 år efter operativ förlossning efter att ha deltagit i barnmorskeledd debriefing.**Urval:** (se ovan studie)**Antal referenser:** 9**Referensnummer: 36****Författare:** Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P.**Titel:** Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial.**Tidskrift:** Birth.**År:** 2005

Land: Australien

Syfte: Utvärdera barnmorskeledd kortfattad rådgivningsintervention efter förlossning för kvinnor som riskerar att utveckla psykologiska symtom på trauma.

Metod: 348 kvinnor screenades för trauma symtom, 103 mötte inklusionskriterierna och randomiserades till intervention (n=50) eller en kontrollgrupp (n=53). Interventionsgruppen fick ansikte mot ansikte rådgivning inom 72 timmar av förlossningen och åter via telefon vid 4-6 veckor. Criterion A för DSM-IV-TR för posttraumatisk stress syndrom användes för att screena kvinnorna. Kvinnor som svarade positivt på frågor om ex. känsla av fara för eget och barnets liv, eller allvarliga skador under förlossningen och mötte upp mot criterion A DSM-IV randomiserades via dator till intervention eller kontrollgrupp. Forskningsbarnmorskor utan särskild utbildning höll i interventionen.

Urval: Rekrytering från en antenatal klinik på tre större undervisande mödravårdssjukhus i Brisbane, Australien, mellan April 2001 och Februari 2002. Kvinnorna var över 18 år i sista trimestern och förväntades föda ett levande barn, kunde genomföra intervjuer och fylla i frågeformulär på engelska. Kvinnor som fick dödfödda barn exkluderades.

Antal referenser: 39

Referensnummer: 37

Författare: Ryding E L, Wirén E, Johansson G, Ceder B, Dahlström AM.

Titel: Group Counseling for Mothers After Emergency Cesarean Section: A randomized Controlled Trial of Intervention.

Tidskrift: Birth

År: 2004

Land: Sverige

Syfte: Testa en modell för gruppsamtal för mödrar efter akut kejsarsnitt och att undersöka dess eventuella positiva effekter.

Metod: Alla svensktalande kvinnor som fött ett levande barn efter akut kejsarsnitt vid Helsingborgs sjukhus i Sverige randomiserades till gruppsamtal eller kontrollgrupp som fick standardvård. Kontrollgruppen fick i sin standardvård träffa barnmorska och doktor som varit involverad vid kejsarsnittet. Undersökningsledaren handlade randomiseringen och gruppledarna som bestod av psykolog och erfaren förlossningsbarnmorska mottog en lista på namn att kontakta varje månad. Gruppsamtal skedde vid två tillfällen 1-2 månader efter förlossningen.

Urval: 162 svensktalande kvinnor vid sjukhuset i Helsingborg som genomgått akut kejsarsnitt randomiserades till gruppsamtal eller en kontrollgrupp som fick standardvård. Mellan April 2000 och April 2002 vid 18 förutbestämda dagar i månaden inkluderades 217 kvinnor som uppfyllde kriterierna. Tretton kvinnor fick aldrig information om studien, 42 avstod från att vara med.

Antal referenser: 42

Referensnummer: 38

Författare: Tam H W, Lee S T D, Chiu K F H, Ma C K, Lee A, Chung H K T

Titel: A randomised controlled trial of educational counselling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy.

Tidskrift: BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology.

År: 2003

Land: Kina

Syfte: Studera om förebyggande/utbildande/informationssamtal i tillägg till rutinmässig vård kan reducera psykologisk sjukdom och öka livskvalitet och patienttillfredsställelse hos kvinnor som har varit med om suboptimala händelser vid barnafödande.

Metod: RCT. 560 patienter tillfrågades 180 avböjde. Intervention – ”educational counselling” utfördes efter förlossningen på BB av två forskningssjuksköterskor med erfarenhet av psykologiska aspekter kring barnafödande och utbildning i barnmorskekunskap/psykologisk counselling under ett år. Kvinnor i kontrollgruppen fick rutinvård. ”Educational-counselling” bestod av två komponenter.

1) Utbildande/förklaring av bakomliggande orsaker till ”suboptimalt utfall” (7 kategorier, ex grav.diab, komplicerade förlossningar, elektiva och akuta kejsarsnitt). 2) Kvinnorna uppmanades att prata om sina känslor i relation till graviditet och förlossning. Antal samtal varierade mellan 1-4 och medeltiden var 35 min.

Urval: Kvinnor som oväntat varit med om ”suboptimalahändelser” under graviditeten och förlossning rekryterades på BB inom 48 timmar.

Antal referenser: 24

Referensnummer: 39**Författare:** Selkirk R, McLaren S, Ollershaw A, McLachlan A J, Moten J.**Titel:** The longitudinal effects of midwife-led postnatal debriefing on the psychological health of mothers.**Tidskrift:** Journal of reproductive and infant psychology.**År:** 2006**Land:** Australia**Syfte:** Utvärdera effekten av barnmorskeledd postpartum debriefing beträffande psykologiska variabler.**Metod:** 180 kvinnor tillfrågades initialt och 149 kvinnor rekryterades sedan i tredje trimestern (>28v) av graviditeten och randomiserades till behandlings eller kontrollgrupp. Randomiseringen innebar att kvinnor med udda nummer hamnade i behandlingsgruppen och de med jämna nummer i kontrollgruppen. Kvinnor i behandlingsgruppen mottog barnmorskeledd postpartum debriefing 2-3 dagar efter förlossningen, medans kvinnor i kontrollgruppen inte fick formaliserad debriefing. Barnmorska speciellt anställd för debriefing höll i debriefingen som varade mellan 30-60 minuter. Sjukhusets protokoll för debriefing work-shop manual användes och innehöll 8 olika faser. Bakgrundsinformation och psykologiska variabler värderades innan förlossning och information om förlossning samlades in 2 dagar efter förlossning. Psykologiska variabler samt skattning av förlossningstrauma var utvärderades på nytt efter 1 månad och igen med skattning av föräldrastress vid 3 månader efter förlossningen.**Urval:** Deltagarna rekryterades till studien från ett stort regionalt sjukhus i Victoria, Australien över en 3 månaders period mellan Januari och April 2001.**Antal referenser:** 56**Referensnummer: 40****Författare:** Lavender T, Walkinshaw S A.**Titel:** Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial**Tidskrift:** Birth.**År:** 1998**Land:** England**Syfte:** Undersöka om debriefing utförd av barnmorskor kan minska psykiska besvär efter förlossning.**Metod:** RCT. Regionalt undervisnings sjukhus i nordvästra England. 114 kvinnor n=56 intervention och n=58 i kontrollgrupp. Kvinnor tillfrågades i graviditeten och de som fortfarande mötte inklusionskriterierna rekryterades till studien dag två efter förlossningen. Interaktivintervju med debriefing före hemgång, ca 30-120 min med en barnmorska som inte hade formell utbildning i counseling.**Urval:** Förstföderska, singelgravitet, huvudbudning och spontan förlossningsstart, fullgången tid och normalförlossning med ett friskt barn.

Exklusionskriterier var en grad III bristning, manuell placenta lösning, om barnet var behov av särskild övervakning på barnavdelningen och om mamman var i behov av hög intensiv vård.

Antal referenser: 28**Referensnummer: 41****Författare:** Kershaw K, Jolly J, Bhabra J F**Titel:** Randomised controlled trial of community debriefing following operative delivery**Tidskrift:** BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology.**År:** 2005**Land:** England**Syfte:** Ta reda på om två debriefing tillfällen efter operativt ingrepp vid förlossning kan reducera kvinnors rädsla för framtida barnafödande.**Metod:** Prospektiv RCT. 319 kvinnor varav debriefing n= 161 och kontrollgrupp n=158. Interventionsgruppen fick debriefing av kommunala barnmorskor speciellt tränade i postpartum debriefing vid 10 dagar och 10 veckor.**Urval:** Kvinnor som fick sitt första barn genom operativt ingrepp (tång, VE eller akut kejsarsnitt).

Exklusionskriterier var kvinnor som inte talade engelska, hade fått ett dödfött barn, barnet dog efter förlossningen, kvinnan var sjuk och behövde intensiv vård, eller barnet var svårt sjuk.

Referenser: 16**Referensnummer: 42****Författare:** Charles J, Curtis L**Titel:** Birth Afterthoughts: a listening and information service**Tidskrift:** British Journal of Midwifery.**År:** 1994**Land:** England

Syfte: Utvärdera en samtalsservice som erbjuder kvinnor att samtala med en barnmorska, se sin journal och få information efter förlossning.

Metod: Denna service erbjöds av kliniska barnmorskor som svar på ett upplevt behov snarare än ett forskningsprojekt. Data samlades in från tre huvudkällor, kvinnans journal, samtalet och frågeformuläret som kvinnan fyllde i. Under servicens första år (2 första månader av annonsering) av servicen hade de formell kontakt med 60 kvinnor. Samtal hölls med 56 och tillräcklig data samlades in för att analysera 48 av dem. Tidsintervall för samtalet efter förlossningen var 6 veckor och 6 år.

Urval: Kvinnor från Winchester sjukhus och GP-enheter från Andover. Annonsering. Kvinnor tog i de flesta fall kontakt själva. Några blev hänvisade via andra professionella hälsoarbetare.

Antal referenser: 10

Referensnummer: 43

Författare: Hatfield A, Robinson E

Titel: The debriefing of clients following the birth of a baby.

Tidskrift: The practising midwife.

År: 2002

Land: England

Syfte: Att utforska riktlinjer för förlossningssamtal vid ett sjukhus i England samt undersöka riktlinjerna i relation till debriefing och dess antydda värde för klienter, barnmorskans professionella roll och sjukhusledningen.

Metod: Kvalitativ studie. Barnmorskan upprättade ett "kontrakt" med kvinnan innan eller i tidigt förlossningsarbete. Detta innebär att kvinnan uttrycker sina förväntningar och önskemål – gemensam bas upprättas mellan kvinna och barnmorska. Ostrukturerade intervjuer- öppna diskussioner och barnmorskorna lyssnar på kvinnorna/paret, ansikte mot ansikte inom timmar efter förlossningen då minnet är färskt. Partnern är med.

Urval: Alla kvinnor innan eller tidigt skede av förlossningen.

Referenser: 30

Referensnummer: 44

Författare: Bailey M, Price S.

Tidskrift: The Royal College of Midwives. Evidence Based Midwifery

År: 2008

Land: England

Syfte: Undersöka kvinnors erfarenhet av att använda "Birth afterthoughts service" i Norra Bristol, för att utvärdera dess nytta, eller vilken aspekt av servicen som varit till nytta för kvinnorna.

Metod: Grounded Theory metod. Semistrukturerade djupintervjuer med 7 kvinnor som använt "B-A-S" under 2005. Öppna frågor. Bandade intervjuerna + Anteckningsbok.

Urval: 7 kvinnor erbjöds delta i studien som använt servicen 2005, men som ej träffat forskarna tidigare valdes för intervjuer.

Referenser: 45

Referensnummer: 45

Författare: Inglis S.

Titel: Accessing a debriefing service following birth.

Tidskrift: British journal of Midwifery.

År: 2002

Land: England

Syfte: Fastställa faktorer i denna service som kvinnor fann mest användbara i syfte att belysa framtida utveckling.

Metod: Kvalitativ utvärderande studie som genomfördes i två faser. Först administrerades ett frågeformulär samt en efterföljande telefon intervju. Frågeformuläret som hade både öppna och slutna frågor för att samla in demografiska detaljer. I de öppna frågorna kunde kvinnorna uttrycka känslor och åsikter om debriefing servicen. Frågorna kodades, analyserades och skapade teman. Genom att klippa och klistra grupperades nyckelord i primära teman. Detta skapade utveckling av ett intervju schema som administrerades per telefon och deltagare var kvinnor som tidigare svarat på frågeformuläret. Data från telefonintervjun spelades in utifrån ett 4 fråge intervju pro-forma. Intervjuaren noterade nyckelord, huvudpunkter eller definitiva uttalanden under tiden de lyssnade till kvinnans svar. Transkription granskades genom att använda tematiserad innehålls analys. Fynd från båda tillfällena jämfördes och detta resulterade i framträdande av gemensamma teman. För att stärka validiteten användes en oberoende utvärderare för att bedöma intervju transkriptionen för korrektheten vid analysen.

Urval: 46 kvinnor som utnyttjat servicen de senaste 8 månaderna deltog och fick ett frågeformulär. I fas 2 med telefonintervju deltog 25 kvinnor efter att i fas 1 svarat ja för deltagande i frågeformuläret.

Antal referenser: 8

Referensnummer: 46

Författare: Madden I

Titel: Midwifery debriefing-in whose best interest?

Tidskrift: British journal of midwifery.

År: 2002

Land: England

Syfte: Utifrån personliga reflektioner av samtal presentera en interventions modell. Undersöka vårdkvalitet inom organisationen.

Metod: Kvalitativ studie. Författaren reflekterar /analyserar över samtal som gjorts under ett års tid med kvinnor på en maternell enhet där det finns en "listening service" att tillgå. Efter varje besök med ca 45 kvinnor gjorde författaren ett protokoll av intryck och det var detta som formade påbörjandet av data.

Urval: Kvinnorna som deltog hade kontaktat listening services via telefon rådgivning själva eller blivit hänvisade av en barnmorska i kommunen eller annan hälsopersonal.

Referenser: 13

Bilaga 3

Tabell 2: Resultatpresentation utifrån frågeställningar

Författare Land Ref.nr	Syfte	Samtalets struktur och innehåll	Målgrupp	När samtalet genomfördes	Vem genomförde samtalet?	Hur utvärderas samtalet?
Priest S, Hendersson J et al. Australien Ref.nr 33	Undersöka om critical incident stress debriefing kan reducera förekomst av postpartum psykologiska sjukdomar	Individuell ”standardiserad debriefing” enligt Mitchell sju olika steg ”critical incident stress debriefing” (CISD). Stödjande, krisfokuserad diskussion efter traumatisk händelse	Kvinnor oavsett paritet och förlossningssätt vid > 35 grav veckor	72 tim pp	Barnmorska	IES-revised EDPS, SADS
Small R, Lumley J et al. Australien Ref.nr 34	Utvärdera effektivitet av barnmorskeledd debriefing för att reducera förekomst mödrars depression efter operativ förlossning	Individuell ”debriefing”. Innehåll och diskussion utgick från den enskilda kvinnans förlossningsupplevelse	Kvinnor förlösta med kejsarsnitt, tång eller VE	Efter 24 tim pp	Barnmorska	EDPS, SF-36
Small R, Lumley J et al. Australien Ref.nr 35	Långtidsuppföljning av studie ref.nr 34 – 4-6 år efter förlossning	Uppföljande studie (inget nytt samtal genomfördes)	Kvinnor förlösta med kejsarsnitt, tång eller VE		Barnmorska	EDPS, SF-36
Gamble J, Creedy D et al Australien Ref.nr 36	Utvärdera en kort barnmorskeledd counseling intervention för kvinnor med risk att utveckla psykologiska trauma symtom	Individuell ”Counseling overview protocol” Kristisk stress debriefing relevant för barnafödande	Kvinnor med urvalskriterier för posttraumatisk stress sjukdom (DSM-IV)	72 tim pp, och via telefon vid 4-6 veckor	Barnmorska	EDPS, DAS-21, MSSS Mini-PTSD, Uppföljande telefonintervju 3 mån
Ryding E, Wiren E et al Sverige Ref.nr 37	Testa grupp counseling för mödrar efter akut sectio och undersöka möjliga effekter	Gruppsamtal (4-5 kvinnor). Kvinnorna berättade sin historia, ostrukturerade samtal efter gruppens behov. Talade om likheter, skillnader, erfarenheter, initiala tiden med barnet	Kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt och fött ett levande barn	Två tillfällen 1-2 mån pp med 2-3 veckors intervall	MBH-psykolog och barnmorska	W-DEQ (B20), IES, EDPS
Tam W H et al. Ref.nr 38 Kina	Undersöka om proactive educational counselling i tillägg till rutinvård kan reducera psykologisk sjukdom ,förbättra livskvalitet och patient tillfredsställelse hos kvinnor som varit med om suboptimala händelser vid förlossning	Individuell undervisande counselling. 1)Förklaring, förebygga missförstånd, kvinnor uppmuntraes att prata om sina känslor	Kvinnor som oförväntat under förlossning/grav varit utsatt för komplikationer/induktion	48 tim pp 1-4 tillfällen (spec-utb ssk bestämde antal ggr)	Special utbildad sjuk-sköterska	HAD,GHQ,CGI, WHO-QOL

Selkirk R, MCLaren S et al. Australien Ref.nr 39	Utvärdera effekten av psykologiska faktorer efter barnmorskeledd debriefing	Individuell. Sjukhusets protokoll/manual för "debriefing" med 8 olika faser Förlossningsupplevelse	Kvinnor rekryterades i tredje trimestern >28 v	2-3 dag pp	Barnmorska	BIQ, SCL90-3, EDPS, IIS, STA, POBS, FAD, DAS, IES, PSI
Lavender T et al England Ref. Nr 40	Undersöka om postpartum debriefing av barnmorskor kan reducera psykologisk sjukdom efter förlossning	"Postnatal debriefing" Interaktiv intervju Kvinnan styrde samtalet Förlossningsupplevelse	Förstföderskor med förväntad normal-förlossning	Tidsmässigt ej fastställt men innan överflyttning till "community"	Barnmorska	HAD
Kershaw K, Jolly J et al England Ref.nr 41	Utvärdera om två debriefing tillfällen efter operativ förlossning kan reducera kvinnors rädsla för framtida förlossning	Individuell "debriefing" med sex faser som innehöll information, diskussion, handlägningsplan. Förlossningsupplevelse	Förstföderskor förlösta med tång, VE, akut kejsarsnitt	Två debriefingsamtal, 10 dg samt 10 veckor pp	Barnmorska	WDEQ, IES
Charles J, Curis L England Ref.nr 42	Möjlighet för kvinnor att samtala med barnmorska efter förlossning, se sin journal/få information	Individuell. "Listening & Informationservice" Ostrukturerade samtal. Förlossningsupplevelse	Förlösta kvinnor	Mellan 6veckor och 6 år pp	Barnmorska	Datainsamling från kvinnors journal, diskussion och frågeformulär
Hatfield A, Robinson E England Ref.nr 43	Undersöka riktlinjer för förlossningssamtal och dess antydda värde för patienter	Individuell. "debriefing" Ostrukturerade intervjuer. Utgångspunkt "kontraktet" som utgick från kvinnans önskemål och förväntningar. Förlossningsupplevelse	Förlösta kvinnor och deras partner	Inom tim efter förlossningen	Barnmorska	Process och resultat dokumenteras i patientens journal för framtida referens
Bailey M, Price S England Ref.nr 44	Undersöka och utvärdera kvinnors erfarenhet av BirthAfter houghts Service	"Postnatal debriefing" Semistrukturerad intervju (på djupet ostrukturerad intervju samt öppna/slutna frågor).	Förlösta kvinnor	6-14 veckor	Barnmorska	Data analyserades, skapade tema och kategorier

Inglis S England Ref.nr 45	Faställa de faktorer i debriefingservice som kvinnor fann mest användbara för framtida utveckling	Debriefingservice. Individuell, ostrukturerade samtal. Kvinnans journal utgångspunkt för samtalet. Förlossningsupp- levelse	Förlösta kvinnor	Genomsnitt 12 månader pp	Barnmorska	Självbedömningsfrågeformulär med öppna/slutna frågor. Telefonintervju
Madden I England Ref.nr 46	Presentera en interventionsmodell	"Debriefing&Listening-service" Individuell. Ingen struktur utan "Lyssnande". Förlossningsupp- levelse/kvinnors berättelse	Förlösta kvinnor	Tidsmässigt ej fastställt men skedde under 1 år pp	Barnmorska	Barnmorskans personliga reflektioner