



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VK 15

”Vem vet om vi gör rätt”

Barnmorskors syn på och handläggning av postpartumsamtal

”Who knows if what we’re doing is right”

Midwives’ views on and execution of the postpartum talk

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och
perinatal hälsa, 15 hp (Avancerad nivå), 2016

Författare:

Lisa af Klercker
Leg Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Åsa Zetterberg
Leg Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Handledare:

Sofia Zwedberg
Leg Barnmorska, PhD.

Examinator:

Anna Hjelmstedt
Leg Barnmorska, Docent
Universitetslektor

Förord

Nu är vi i mål! Många veckors hårt men roligt arbete med denna uppsats är över.

Författarna vill framförallt tacka barnmorskorna som vi fick intervjua, utan dem hade uppsatsen aldrig blivit av. Vi vill också tacka vår handledare Sofia Zwedberg för uppmuntran, hjälp och värdefulla synpunkter under resans gång.

Vi tackar också varandra för genomförandet av detta arbete, för att vi hjälpts åt att koka kaffe, hålla fokus och humör uppe. Vi vill sist men inte minst tacka våra familjer som peppat men också hållit oss kvar i verkligheten och förhindrat att vi helt nördats loss i detta arbete.

Sammanfattning

Bakgrund: Att föda barn är en central livshändelse och kvinnor har ett behov att få samtala om sin förlossningsupplevelse med någon som varit involverad i vården av henne. I litteraturen beskrivs olika typer av samtal i syfte att ge kvinnan möjlighet att tala om sin förlossningsupplevelse. I Sverige kallas samtalet ofta postpartumsamtal och rekommendationen är att alla föräldrar bör erbjudas ett förlossningssamtal med en barnmorska under vårdtiden. Men det verkar saknas lokala riktlinjer för samtalet och vad det ska innehålla.

Syfte: Att undersöka barnmorskans syn på och handläggning av postpartumsamtal.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer med sju barnmorskor på ett universitetssjukhus i Stockholm.

Resultat: I analysen framkom fyra kategorier; Det viktiga samtalet, Samtalets praktik, Vad man uppnår och Avsaknad av struktur och stöd. Ett övergripande tema framträdde om att postpartumsamtalet är ett viktigt men otydligt och oprioriterat samtal.

Slutsats: Studien har visat att barnmorskorna hade olika uppfattningar om vad postpartumsamtalet innebär och hur de genomför det. Författarna anser att det bör finnas riktlinjer som tydliggör postpartumsamtalet samt att det måste finnas organisatoriska förutsättningar för barnmorskorna att genomföra samtalen.

Nyckelord: *Postpartumsamtal, barnmorska, förlossningsupplevelse, handläggning*

Abstract

Background: Giving birth is a key life event and women have a need to talk about their birth experience with a professional who has been involved in their care. In the literature a conversation aiming at providing the woman with an opportunity to talk about her birth experience is described in many different ways. In Sweden the conversation is often referred to as ‘postpartumsamtal’ and it is recommended that all parents are given the opportunity to talk to a midwife after birth. However, guidelines for the conversation and its content seem to be lacking.

Objective: To investigate midwives’ views on and execution of the post-partum talk

Method: A qualitative method was used. Interviews with seven midwives working at a university hospital in Stockholm were analyzed through content analysis.

Result: Four categories were identified: An important conversation, The practice of the conversation, What is achieved and The lack of structure and support. A general theme also presented itself, indicating that the post-partum talk is perceived as an important but unclear and unprioritized conversation.

Conclusion: This study has shown that the midwives had differing views on the postpartum talk and its execution. The authors suggest that guidelines are needed for the post-partum talk and that the midwives need organizational support in order to perform the talks.

Keywords: *Postpartum talk, midwifery, birth experience, practice*

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Förlossningsupplevelsen.....	5
Begrepp och definitioner.....	5
Evidens.....	6
En del av barnmorskans kompetensområde.....	7
Problemformulering.....	8
Syfte	8
Metod	8
Datainsamling och urval.....	8
Analys.....	10
Etiska överväganden	11
Resultat	11
Ett viktigt men otydligt och oprioriterat samtal	12
Det viktiga samtalet	13
För vem.....	13
Av vem och vilket tillfälle.....	13
Samtalets praktik.....	15
Tillvägagångssätt.....	15
Erfarenhet och känsla	16
Tvivel	16
Vad man uppnår	17
Visa omtanke.....	17
Hjälpa kvinnan att förstå och gå vidare.....	17
Lyssna, lära sig och utvecklas	18
Avsaknad av struktur och stöd.....	18
Inget utrymme.....	19
Utmanande.....	19
Metoddiskussion	20
Giltighet.....	20
Tillförlitlighet.....	21
Överförbarhet	22
Resultatdiskussion	22
Slutsats och klinisk tillämpning	26
Förslag till framtida forskning	27
Referenser	28
Bilaga 1	31

Inledning

Barnmorskan till barnmorskestudenten:

”Postpartumsamtal? Nej, det gör jag bara om det varit något speciellt”

”Fråga hur hon upplevde sin förlossning och be henne skatta sin upplevelse mellan 0 och 10”

”Ge dem bara utskrift av journalen och hör om det är något de undrar över”

Under vår praktik på förlossningen och BB upplevde vi att det inte finns några tydliga instruktioner eller riktlinjer för postpartumsamtal, samtalet och dokumentationen av det verkade ofta utföras ostrukturerat och efter barnmorskornas eget huvud. Vi upplevde dessutom att utformningen av vårdkedjan många gånger försvårade möjligheten för förlösande barnmorska att genomföra samtalen. Vi blev därför nyfikna på vilken evidens som finns inom området och hur barnmorskor genomför samtalen i praktiken.

Bakgrund

Förlossningsupplevelsen

Att föda barn är en central livshändelse. För de flesta kvinnor är det en positiv och glädjefylld händelse som trots smärta och psykisk påfrestning är en efterlängtd början på ett nytt liv (World Health Organization (WHO), 1999). Tiden efter förlossningen kan vara en kritisk övergångsperiod för kvinnan såväl psykologiskt, emotionellt som socialt (a.a.). En australiensisk studie har visat att så många som 45% upplever sin förlossning som traumatisk (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy & Devilly, 2010). Om kvinnan upplever barnafödandet som traumatiskt kan det få konsekvenser för hennes välmående på både kort och lång sikt, vilket även kan påverka anknytningen till barnet (Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg & Bick, 2015). Man vet också att en traumatisk förlossning kan komma att få betydelse för framtida graviditeter och förlossningar (Gottvall & Waldenström, 2002). Under senare år har flera studier fokuserat på psykisk ohälsa hos kvinnor efter barnafödande, såsom depression och posttraumatiskt stress syndrom (PTSD) (Bastos et al., 2015).

Begrepp och definitioner

En vanlig intervention för att förebygga psykisk ohälsa och PTSD till följd av förlossning är så kallad *debriefing*. I litteraturen förekommer även andra benämningar på ett samtal mellan kvinnan och någon ur vårdpersonalen efter förlossningen, såsom *defusing/counselling* eller *post-partum talks*. Det verkar inte finnas en entydig definition av vad begreppen i detta sammanhang innebär, utan de omfattar ett antal olika typer av mer eller mindre strukturerade

samtal i syfte att ge kvinnan möjlighet att tala om sin förlossningsupplevelse (Bastos et al., 2015; Alexander, 1998; Olin & Faxelid, 2003). Enligt Nationalencyklopedin (NE) kan debriefing förstås som ”rapport, avrapportering, utfrågning, krisbearbetning, krissamtal”. Vanligen används termen debriefing för att beskriva en strukturerad intervention, där kvinnan inte bara får beskriva vad som hände utan även hur det kändes och vilka bestående känslomässiga intryck förlossningen givit (Alexander, 1998). Den norske psykologen Atle Dyregrov definierar debriefing som en strukturerad psykologisk intervention som skall ledas av en för ändamålet utbildad person (Dyregrov, 1989). Att notera är att Dyregrovs definition utgår från att debriefing är avsett för överlevande efter olyckor och katastrofer snarare än för användning inom i hälso- och förlossningsvårdskontext (a.a.). Defusing är ett mindre strukturerat samtal som innebär ett aktivt lyssnande i syfte att fånga upp hur kvinnan har uppfattat det som hänt, men även att ge information och förklaringar av förloppet (Alexander, 1998). Postpartumsamtalet beskrivs i svensk litteratur på liknande vis, som ett samtal som utgår från kvinnans upplevelse och som syftar till att hon skall förstå förlossningsförloppet och få möjlighet att reda ut eventuella oklarheter (Ellberg, 2009). Utifrån en litteraturoversikt av 19 artiklar konstaterar Gamble och Creedy (2004) att beskrivningar av postpartumsamtal ofta är generaliserande och icke specifika och vidare att de ger liten eller ingen anvisning om hur resultaten skulle kunna användas kliniskt (a.a.).

Evidens

Det finns ingen evidens för rutinmässig debriefing i syfte att förebygga psykisk ohälsa efter förlossning (Bastos et al., 2015), däremot vet man att många kvinnor upplever det som värdefullt att få möjlighet att samtala om sin förlossning (Carlgren & Berg, 2008). Därför är det viktigt att skilja på samtal om förlossningsupplevelsen och formell debriefing (Rowan, Bick & da Silva Bastos, 2007). I samtalet om förlossningsupplevelsen vet man att kvinnor tycker det är viktigt att få sin upplevelse bekräftad och validerad av en aktiv och känslomässigt närvarande person (Inglis, 2002; Baxter, McCourt & Jarrett, 2014). Kvinnor kan ha ett behov av att få hjälp att förstå och sätta ord på sin upplevelse, att fylla i luckor i händelseförloppet och även att konkret få en detaljerad förklaring och genomgång av förlossningsförloppet (Inglis, 2002). Att få samtala med en stödjande lyssnare ger kvinnan möjlighet att djupare förstå och knyta ihop säcken kring sin förlossning (Berg & Dahlberg, 1998).

Målet för förlossningsvården utöver att ge en säker vård är även att kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse (Stockholms Läns Landsting, 2005). För de kvinnor som inte får möjlighet att samtala om sin förlossning kan det bidra till att helhetsupplevelsen av förlossningen blir mer negativ (Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006).

Sedan slutet av 1970-talet har barnmorskor i Sverige genomfört postpartumsamtal med fokus på nyförlösta kvinnors upplevelser av sin förlossning, men forskning indikerar att allt färre kvinnor får ett sådant samtal (Carlgren & Berg, 2008). Vårdtiden efter en vaginal förlossning har sedan 70-talet minskat från sex till två dagar (Socialstyrelsen, 2009) vilket i kombination med begränsade resurser har minskat möjligheten att få ett samtal efter förlossningen (Carlgren & Berg, 2008). Flera studier har dock påvisat ett behov och önskemål från nyblivna föräldrar om att få prata om sin förlossning, och merparten önskar samtala med förlösande barnmorska (Carlgren & Berg, 2008; Olin & Faxelid, 2003).

En del av barnmorskans kompetensområde

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska ska barnmorskan ha förmåga att stödja kvinnan i föräldraskapet och i dialog kunna ge samtalsstöd efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2006). Eftersom studier visar att kvinnor efterfrågar att få samtala med barnmorskan om sin förlossningsupplevelse bör postpartumsamtalet kunna ses som en viktig del av detta stöd. Många barnmorskor saknar dock specifik samtalsutbildning (Carlgren & Berg, 2008). I kompetensbeskrivningen framgår även att barnmorskan ska kunna reflektera över befintliga rutiner och medverka till att utveckla och förbättra vården (Socialstyrelsen, 2006). I de rekommendationer för vård efter förlossning som tagits fram gemensamt av Svensk Barnläkarförening, Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2013) föreslås att alla föräldrar bör erbjudas ett förlossningssamtal med barnmorska under vårdtiden. Samtalet bör omfatta genomgång av själva förlossningsprocessen, förlossningssmärta och smärtlindring, och ge tillfälle för föräldrarna att verbalisera tankar och känslor som väckts under förlossningen och vårdtiden (a.a.). Carlgren och Berg (2008) konstaterade i en retrospektiv studie om postpartumsamtal från Göteborg att det saknas enhetliga riktlinjer för hur samtalen ska utformas både avseende innehåll och tidpunkt för genomförande.

Fortsättningsvis i denna uppsats definieras postpartumsamtalet som ett samtal som äger rum under vårdtiden efter förlossningen, det vill säga innan kvinnan lämnar sjukhuset.

Problemformulering

För de flesta kvinnor innebär barnafödandet en positiv livshändelse, men för några blir upplevelsen traumatisk. För de kvinnor som mår psykiskt dåligt till följd av förlossningen anses den mest effektiva hjälpen vara att bli lyssnad till och mötas av förståelse och att få en förklaring till det som hänt. En traumatisk förlossning riskerar annars att påverka kvinnans psykiska välmående, och upplevelsen kan komma att påverka framtida graviditeter och förlossningar.

Vårdtiden efter förlossning har minskat dramatiskt under de senaste årtiondena. Det råder begränsade resurser och tidspress på förlossnings- och BB-avdelningar och möjligheterna att avsätta tid för ett ostört samtal är många gånger små. De i Sverige överenskomna rekommendationerna för vård efter förlossning framhåller att alla kvinnor bör få en förlossningsgenomgång med barnmorska under vårdtiden, dock verkar det saknas lokala rutiner för hur detta ska genomföras på förlossnings- och/eller BB-avdelningar.

I avsaknad av tydliga riktlinjer finns det en ökad risk att det blir upp till varje barnmorska att göra som hon finner lämpligt och att det därmed kan bli stora individuella skillnader i hur barnmorskor handlägger samtalen. Mot bakgrund av detta undrar författarna hur barnmorskor genomför samtalen i praktiken.

Syfte

Att undersöka barnmorskans syn på och handläggning av postpartumsamtal.

Metod

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats eftersom den bäst kan svara an till syftet. Enligt Malterud (2014) är kvalitativ metod lämplig när man vill undersöka mänskliga egenskaper så som erfarenheter, upplevelser, tankar, motiv eller förväntningar. Kvalitativ metod kan ge ökad förståelse för varför människor handlar som de gör (a.a).

Datainsamling och urval

Utifrån aktuell forskning om postpartumsamtal och författarnas erfarenheter utarbetades frågeområden för en semistrukturerad intervju. Fyra huvudfrågor formulerades, med ett antal underfrågor som kunde modifieras och ställas vid behov för att fördjupa svaren.

Huvudfrågorna löd som följer:

1. Vad innebär ett postpartumsamtal för dig?
2. Vad tänker du att ett postpartumsamtal ska innehålla?
3. Hur brukar du gå tillväga?
4. Hur värdefullt tycker du att ett postpartumsamtal är?

Dessa frågor testades via två pilotintervjuer med barnmorskestudenter och efter intervjuerna ombads barnmorskestudenterna att ge synpunkter på frågorna samt hur de upplevt intervjun. Båda författarna närvarade vid pilotintervjuerna, den ena författaren intervjuade och den andra antecknade. Därefter utvärderade författarna intervjuerna som helhet och konstaterade att frågorna fungerade bra. Vid pilotintervjuerna identifierades vikten av att intervjuaren stämde av med informant och den andra författaren att inget ytterligare fanns att tillägga eller behov av förtydligande innan nästa fråga ställdes.

Datainsamlingen genomfördes via enskilda intervjuer med barnmorskor på förlossnings- och BB-avdelning på ett sjukhus i Stockholm. Sjukhuset, som är ett universitetssjukhus med uppdrag att även handha länets komplicerade graviditeter, tar hand om drygt 3500 förlossningar per år. Förlossningsbarnmorskorna rekryterades vid ett personalmöte på förlossningsavdelningen där författarna bjöds in att presentera sitt projekt. BB-barnmorskorna rekryterades med hjälp av handledaren som lämnade skriftlig information om studien på den berörda avdelningen. Intresserade barnmorskor kunde anmäla sitt intresse. Målsättningen var att få åtta deltagare till studien eftersom det antalet bedömdes som tillräckligt för att ge variation i erfarenheter av postpartumsamtal och samtidigt ge en hanterbar textmassa att analysera. Åtta barnmorskor anmälde intresse för att delta, varav en senare valde att inte medverka. Sammanlagt sju barnmorskor i åldrarna 30 till 64 år deltog slutligen i studien. De hade arbetat mellan 2 och 25 år som barnmorskor, och mellan 1,5 och 25 år på nuvarande klinik. Två barnmorskor arbetade på förlossningsavdelning, två arbetade på BB. Övriga tre roterade mellan förlossning/BB och annan verksamhet inom kvinnokliniken. Samtliga hade erfarenhet av att någon gång ha arbetat på förlossningsavdelning. Alla utom en hade erfarenhet från BB-avdelning. Tre av barnmorskorna uppgav att de hade gått någon form av samtalsutbildning. Alla deltagarna gav skriftligt informerat samtycke (se Bilaga 1).

Barnmorskorna valde själva tidpunkt för intervjun. Fyra av intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum i anslutning till sjukhusets BB-avdelning som författarna hade tillgång till. Tre av

intervjuerna genomfördes i andra rum på sjukhuset utifrån barnmorskans eget önskemål. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer. En författare intervjuade och den andra lyssnade och förde anteckningar, i syfte att kunna ställa ytterligare frågor utifrån berättelserna. I lärandesyfte bytte författarna roller efter fyra intervjuer. Intervjuerna, som varade mellan 19 och 34 minuter, spelades in för att sedan transkriberas ordagrant. Författarna transkriberade tre respektive fyra intervjuer var.

Analys

Datamaterialet analyserades med innehållsanalys med fokus på materialets manifesta innehåll enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell. Innehållsanalysen innebär att forskaren förutsättningslöst granskar och tolkar mänskliga berättelser om något som har upplevts i syfte att identifiera och beskriva skillnader och likheter (Graneheim & Lundman, 2012).

De transkriberade texterna utgjorde analysenheten och lästes först igenom ett flertal gånger i sin helhet. Författarna reflekterade därefter tillsammans över materialets centrala innehåll. Därefter identifierades meningsenheter bestående av ord, meningar eller avsnitt relaterade till varandra genom sitt innehåll eller sin kontext. Dessa meningsenheter utgjorde grunden för analysarbetet. Meningsenheterna kondenserades, det vill säga förkortades utan att det centrala innehållet gick förlorat. Den kondenserade texten abstraherades via skapandet av koder, som i sin tur jämfördes och slutligen sorterades in i sub-kategorier. Sub-kategorier som handlade om likartade områden fördes samman i en gemensam kategori.

Arbetet med att identifiera meningsenheter, kondensering, abstrahering och skapande av kategorier och sub-kategorier gjordes av författarna gemensamt. I avsikt att kontrollera att det som framkommit var riktigt har författarna under analysarbetets gång kontinuerligt gått tillbaka till analysenheten för att säkerställa att texten inte misstolkats eller tagits ur sitt sammanhang. Slutligen formulerades ett tema som beskriver det som författarna uppfattade som analysenhetens latent innehåll.

Ett exempel på hur analysprocessen genomfördes presenteras i tabell 1 nedan.

Tabell 1: Exempel ur analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Sub-Kategori	Kategori	Tema
<i>...och att få ihop alla pusselbitar så att de i efterhand förstår varför jag gjorde, för just då hinner man inte, eller kan man inte alltid förklara liksom, mm, typ, så att de vet varför det gick som det gick och hur man tänkte.</i>	Få ihop alla pusselbitar i efterhand. Just då hinner, kan man inte alltid förklara. Så de vet varför det gick som det gick, hur man tänkte	Att få ihop alla pusselbitar	Att förstå och gå vidare	Vad man uppnår	Ett viktigt men otydligt och oprioriterat samtal

Etiska överväganden

Enligt Kvale och Brinkman (2014) behöver man vid en kvalitativ studie noggrant överväga huruvida deltagarna riskerar att ta skada genom sitt deltagande. Risken för en eventuell skada måste vägas mot den förväntade nyttan av studien (a.a.). Författarna till denna studie diskuterade om deltagarna kunde komma att ta skada genom sitt deltagande, och ansåg inte att det fanns någon betydande risk. Deltagarna försågs i förhand med muntlig och skriftlig information om syftet med studien. I informationen framgick tydligt att deltagandet var frivilligt, och att deltagarna kunde välja att avbryta sin medverkan när som helst utan att ange någon orsak. Allt material har behandlats konfidentiellt och redovisas på ett sådant sätt att ingen enskild person går att identifiera. Erforderligt tillstånd för intervjuerna inhämtades från chefsbarnmorskor på aktuell klinik. Studentarbeten på avancerad nivå omfattas inte av *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460), varför denna studie inte behövde etiskt godkännande.

Resultat

Analysen ledde fram till totalt fyra kategorier, med ett gemensamt tema. I resultatet nedan presenteras först det övergripande temat och därefter de fyra kategorierna inklusive sub-kategorier. Varje sub-kategori belyses med citat från intervjuerna med barnmorskorna. I syfte att bevara anonymiteten har barnmorskorna tilldelats en siffra som redovisas efter respektive citat. Detta för att synliggöra att citaten kommer från olika personer. Ordföljden i citaten har i vissa fall justerats för att bli mer läsvänliga.

I tabellen nedan redovisas resultatet av analysprocessen i form av sub-kategorier, kategorier och tema.

Tabell 2: Resultat

Sub-kategori	Kategori	Tema
För vem Av vem och vilket tillfälle	Det viktiga samtalet	Ett viktigt men otydligt och oprioriterat samtal
Tillvägagångssätt Erfarenhet och känsla Tvivel	Samtalets praktik	
Visa omtanke Hjälpa kvinnan att förstå och gå vidare Lyssna, lära sig och utvecklas	Vad man uppnår	
Inget utrymme Utmanande	Avsaknad av struktur och stöd	

Ett viktigt men otydligt och oprioriterat samtal

Barnmorskorna såg postpartumsamtalet som ett viktigt samtal och var överens om att det kunde vara värdefullt för kvinnan att få prata om sin förlossning i efterhand, men man hade även hört om forskning som eventuellt visat på motsatsen och därför fanns en osäkerhet om det verkligen var bra. Barnmorskorna ansåg även att samtalet var viktigt för dem personligen eftersom det kunde ge värdefull feedback på deras arbete.

Det framkom att det fanns en uttalad ambition på kliniken att postpartumsamtal skulle genomföras, men att det saknades konsensus kring vad samtalet är och vem som ska få det eller vilka som ska utföra det. Informanterna uppgav att det inte heller fanns några riktlinjer för samtalets innehåll. Därför är barnmorskornas bild av vad samtalet ska innehålla och hur det ska genomföras inte enhetlig utan förefaller vara baserad på barnmorskans individuella tankar och erfarenheter.

Det fanns inte någon avsatt tid för samtalet och om förlossningsbarnmorskorna tyckte att det var angeläget att samtala med kvinnan verkade det vara upp till dem själva att prioritera så att det blev av. Det framkom att det inte fanns ett specifikt sökord för postpartumsamtal och att

statistik över antalet genomförda postpartumsamtal med förlösande barnmorska inte fanns. Barnmorskorna var osäkra på hur många postpartumsamtal de själva gjorde och huruvida kollegor alls gjorde det. Vilket stöd som fanns runt barnmorskan, till exempel i de fall samtalen upplevdes som svåra eller påfrestande var oklart. Stödet bestod oftast av att prata av sig med kollegor. Allt sammantaget kan detta tolkas som att postpartumsamtalet är ett otydligt, oprioriterat men viktigt samtal.

Resultatet beskrivs vidare under kategorierna *Det viktiga samtalet*, *Samtalets praktik*, *Vad man uppnår* och *Avsaknad av struktur och stöd*.

Det viktiga samtalet

Det framkom att barnmorskorna ansåg att postpartumsamtalet var viktigt och något de ville prioritera. Däremot skilde sig synen på vad ett postpartumsamtal är, vem som gör det och när det ska ske.

För vem

Några barnmorskor framhöll att det var önskvärt med samtal både efter ett komplicerat förlossningsförlopp och när allt varit normalt eftersom alla kvinnor kan ha ett behov av att prata om det de varit med om. Andra menade att postpartumsamtalet främst behövdes om det varit något speciellt under förlossningen, barnmorskan gick då på sin magkänsla i beslutet om vem hon skulle söka upp för samtal.

“Om man vet med sig att nånting har tillstött som var lite oväntat eller akut, som man tror att föräldrarna eller mamman upplevt traumatiskt, ibland kan jag ha en känsla av att det här kanske hon skulle må bra av att gå igenom efteråt, det behöver inte vara så stora saker för oss”(6)

Några betonade dock att man aldrig kunde veta vad någon annan upplevt som traumatiskt och att alla kvinnor kanske inte heller spontant berättade vad de kände, därför var det viktigt att prata med alla.

“Det är ju en väldigt traumatisk upplevelse för många att föda barn (...) Kvinnan kanske inte vågar säga att det var så hemskt som det var. Beroende på hur man är som person så kanske man håller det inne.”(2)

Av vem och vilket tillfälle

Synen på vem som genomför postpartumsamtalet och vid vilket tillfälle det genomförs skilde sig mellan barnmorskorna. En del såg det som den förlösande barnmorskans uppgift och

något de gärna ville prioritera eftersom de tänkte att det var bra för kvinnan att få tala med den som varit med vid förlossningen.

“Jag kan tycka att postpartumsamtal (...) det förknippar jag med att det är jag själv som har förlöst som pratar med patienten.”(4)

Andra tänkte att BB-barnmorskan hade samtalet på BB i samband med hemgångsinformationen.

“Vi har ju bakat ihop hemgångsinformationen med att gå igenom förlossningen. När barnmorskan på förlossningen kommer upp då går hon ju bara igenom förlossningen med dem. Så vi gör det ju igen och frågar liksom.”(7)

Någon såg hela hemgångsinformationen som ett postpartumsamtal. En del sa sig alltid fråga om förlossningsupplevelsen vid hemgångssamtalet medan andra bara gjorde det om förlösande barnmorska inte varit där.

“Jag hade en kvinna som gick hem idag som hade haft postpartumsamtal med förlösande barnmorska, och då hoppade jag över det.”(5)

Barnmorskorna på BB upplevde dock att det var svårt att veta om förlösande barnmorska haft postpartumsamtal eftersom det inte fanns något sökord eller enhetligt sätt att dokumentera samtalet på.

“Det är ju ingen säkerställd dokumentation runt det heller (...) när man jobbar på BB blir det svårare också för man måste gå igenom hela journaltexten för att se om det finns en barnmorskeanteckning att nån har vart där (...) att det i alla fall fanns ett sökord postpartumsamtal.”(4)

Barnmorskorna menade att även om man såg postpartumsamtalet som ett samtal med förlösande barnmorska kunde det ändå vara värdefullt för kvinnan att få prata med ytterligare någon person. Detta eftersom upplevelsen hon behöver prata om kan vara relaterad till den förlösande barnmorskan och därför svår att tala om med just henne. Kvinnan kanske inte vill eller vågar vara uppriktig mot den förlösande barnmorskan.

“En del mammor vill väldigt gärna prata med förlösande barnmorska och en del vill verkligen inte det. Och då blir det här samtalet inte riktigt bra (...) då kan de inte prata ordentligt.”(3)

Samtalets praktik

Även om synen på samtalet skilde sig åt mellan barnmorskorna så hade alla en relativt tydlig egen bild av vad samtalet skulle innehålla, hur man ville genomföra det och vad man utgick från. Några funderade över om samtalet kom för nära inpå förlossningen och upplevde att kvinnan många gånger inte hunnit landa. Det framkom även tveksamhet kring om det var bra med postpartumsamtal.

Tillvägagångssätt

För att förbereda sig inför samtalet läste barnmorskorna kvinnans journal. Barnmorskorna på BB lämnade även kopia på journalen till kvinnan eller paret i förväg, så att de hade möjlighet att läsa igenom. Vilken roll journalen sedan spelade i samtalet skiljde sig åt. En del barnmorskor beskrev att de använde journalhandlingarna och/eller en samtalsguide "checklista" på BB som utgångspunkt i samtalet.

"Jag brukar börja med att visa upp journalen eller partogrammet, och FV1an och så tittar jag hur mycket blödning det var, alltså från FV1an och så går vi igenom det."(5)

Andra påpekade vikten av att inte ens ha papperna i handen eftersom de ville fokusera på kvinnans upplevelse och hennes funderingar kring förlossningen och hur den blev i förhållande till vad hon förväntat sig. De ville även att kvinnan i samtalet skulle få reflektera över och sätta ord på hur det kändes just här och nu.

"Hur känns det idag, dagen efter? Hur mår du i kroppen? Om du nu ett dygn efteråt tänker hur du tänkte innan och sen har du den här upplevelsen, hur känns det? Är det nåt du vill berätta idag? Och är det nåt jag kan förklara för dig?"(3)

Några betonade särskilt frågan om kvinnan hade känt sig rädd i samband med förlossningen och om den känslan fanns kvar. Flera talade om att de ville förmedla en öppenhet i samtalet så att kvinnan kunde fråga om det hon funderade över eller oroade sig för. Barnmorskorna försökte lyssna utan att styra samtalet och bekräfta de känslor som kom upp.

"Det är viktigt tror jag att kvinnan får delge sin upplevelse utan att man går in för mycket och avbryter eller försöker beskriva det man ser själv i journal och partogram och så där. Att hon bara fritt får berätta sin upplevelse och bli bekräftad i det (...) mest bekräfta och lyssna."(6)

Barnmorskorna försökte ge svar på eventuella konkreta frågor om vad som hänt och varför, på BB var det även mycket annan information om till exempel amning och det nyfödda barnet som skulle få plats i samtalet.

Vad gäller dokumentationen av postpartumsamtalet tyckte en del barnmorskor att det var viktigt att dokumentera specifika saker som kommit fram under samtalet. Andra betonade vikten av att dokumentera det faktum att samtalet ägt rum så att det syntes i journalen.

Erfarenhet och känsla

Samtalets innehåll och vilka frågor barnmorskorna ställde baserade de till stor del på egen erfarenhet och vad de lärt sig under åren. Flera beskrev att de i samtalet vägledades av sin känsla, att de utvecklat en känslighet för att läsa av stämningen i rummet och kunde märka vem som behövde prata eller vad man behövde fråga om.

“Ja jag vet inte, jag kanske har lärt mig under åren (...) man känner ju också när man sätter sig ner med paret, hur det är att prata med dem och på vilket sätt man kanske behöver fråga (...) ungefär liksom enligt känslan brukar jag gå eller så”(1)

“Nej jag vet inte, men det är väl kanske vad man tänker att man själv skulle ha velat om man fött barn, eller vad man ville då när man hade fött barn (...) Ett otydligt, eget och lite subjektivt samtal egentligen då.”(5)

Tvivel

Barnmorskorna upplevde att vårdtiden många gånger var för kort för att kvinnorna skulle hinna landa och få perspektiv på det de gått igenom och att detta påverkade samtalets förutsättningar att bli värdefullt. Det kanske egentligen kom för tidigt.

“Många mammor är bara lättade dan efter, att de har överlevt, de kan inte se tillbaka på det här och reflektera utan de är bara så lättade (...) När de ska beskriva hur de mår så tycker de bara att allting har varit jättebra (...) och ibland är det för att det bara är fantastiskt att barnet är här. Men SEN kommer tankarna.”(3)

“När det är så färskt har man kanske inte haft möjlighet att smälta och tänka eller känna efter. Alltså, det är svårt att hitta upplevelsen i det när man är så nära inpå.”(5)

Barnmorskorna upplevde även att det var svårt för kvinnorna att ta till sig all information under den korta vårdtiden.

“För i och med att det är så korta vårdtider, det blir lite kaka på kaka och det märker vi också att det är svårt att ta till sig information om allting.”(7)

Det framkom även att det fanns en osäkerhet kring huruvida man gjorde rätt och om debriefing överhuvudtaget var bra.

“Jag utgår naturligtvis ifrån det som jag lärt mig om vad vi tror är bra nu, sen så vet jag inte, det har kommit ny forskning som säger att det inte alltid bra med debriefing, och vem vet om vi gör rätt.”(6)

Vad man uppnår

Barnmorskorna tänkte att ett väl genomfört postpartumsamtal kunde vara värdefullt på många sätt. Ibland var samtalet ett sätt för barnmorskan att visa omtanke om kvinnan och paret. Samtalet var också en möjlighet för barnmorskan att hjälpa kvinnan att förstå, känna sig trygg och kunna gå vidare. Samtalet kunde vara ett verktyg för att fånga upp saker som inte kunde lösas här och nu utan krävde vidare uppföljning. Det framkom även att barnmorskorna upplevde att de genom samtalet fick kunskap om hur de kunde förändra och förbättra sitt arbete.

Visa omtanke

Det framkom att ett syfte med samtalet kunde vara att visa för kvinnan att man brydde sig, att man kom ihåg henne och tänkte på hur det gått för henne.

“Att de ska veta att jag bryr mig och att de ska få en bra upplevelse. De ska känna att jag faktiskt tänkte på hur det gick för dem liksom, för det är ju ändå så personligt.”(4)

Hjälpa kvinnan att förstå och gå vidare

Barnmorskorna tänkte att postpartumsamtalet var betydelsefullt för kvinnans känsla av delaktighet. Att hon var välinformerad och hade fått reflektera och bearbeta det hon varit med om trodde de påverkade upplevelsen positivt. Några tänkte att postpartumsamtalet kunde hjälpa kvinnan att förstå vad hon varit med om och därmed undvika grubblerier och på så vis må bättre. De tänkte att om kvinnan mår bra, så mår barnet bra och då mår förhoppningsvis hela familjen bättre. Målet var föräldraskapet och att kunna gå vidare.

“För vad är målet med det här? Det är ju föräldraskapet, det är ju familjen. Så, om mamman mår bra, då mår ju också barnet bra.” (3)

För att uppnå det tänkte barnmorskorna att det var viktigt att hjälpa kvinnorna att få ihop alla pusselbitar, att förstå vad kroppen varit med om och att få svar på sina frågor. Barnmorskorna beskrev att en del kvinnor kunde känna skuld efter förlossningen, och att det var viktigt att få tala om detta.

“Det är ju som en stor stor storm som tar över ens kropp under ett tag och det är jätteviktigt att förstå vad kroppen har varit med om (...) och vissa kvinnor skuldbelägger sig själva, kunde jag gjort något annorlunda, är det mitt fel att det blev

så här, att man verkligen ser till att de förstår (...) du kunde inte gjort nåt annat, att det inte finns nån skuld.”(2)

Barnmorskorna ansåg att ett syfte med samtalet var att kunna erbjuda ytterligare stöd till dem som behöver det, eftersom de också tänkte att det var av betydelse för framtida graviditeter. Några betonade att det därför var viktigt att specifikt fråga om rädslor och om en eventuell negativ förlossningsupplevelse.

“Men sen just allmänt om de känner sig trygga, att de inte har kvar några rädslor. Jag upplever att det är en av de viktigaste sakerna att fråga efter, att de inte har några rädslor kvar.”(1)

En barnmorska berättade att hon i samtalen ville hjälpa kvinnorna att få syn på sin egen styrka och känna sig stolta över vad de klarat av.

“Att ge kvinnan självförtroende, Gud tänk vad du har klarat av, tänk vad din kropp har gjort, och höja dem och känna att de går stolta från BB.”(2)

Lyssna, lära sig och utvecklas

Flera förlossningsbarnmorskor ansåg att postpartumsamtalet var roligt och givande att genomföra och att det var en möjlighet till feedback och egen utveckling. De tyckte att det var viktigt att få reda på vad kvinnan eller paret tänkte om förlossningen och samarbetet med barnmorskan och om de önskade att hon gjort något annorlunda.

“Låter man dem berätta om sin upplevelse så lär man sig förhoppningsvis mycket (...) och sen så kan man förhoppningsvis utvecklas lite grann i sitt arbete.”(6)

Barnmorskorna tyckte att postpartumsamtal kunde vara värdefullt för alla inblandade, inklusive barnmorskan och kliniken. Det påtalades dock att det saknades organiserad återkoppling till kliniken utifrån genomförda samtal.

“Det är värdefullt för patienten, partner, för barnmorska, undersköterska och för verksamheten. Hur ska vi annars veta?”(3)

Avsaknad av struktur och stöd

Det framkom att barnmorskorna upplevde att det saknades en tydlig struktur eller riktlinje för genomförandet av samtalen. Det framkom även att den korta vårdtiden i samband med förlossning begränsade barnmorskans möjligheter att hinna med samtalet. Några upplevde att kliniken ville sträva efter att samtalen skulle genomföras men att det inte riktigt fanns

förutsättningar i form av avsatt tid, stöd till barnmorskan vid svåra samtal eller uppföljning av genomförda samtal.

Inget utrymme

Att vårdtiden oftast är kort var ett faktum barnmorskorna beskrev att de måste förhålla sig till. Det innebar bland annat att postpartumsamtalet genomfördes inom en till två dagar, därefter åkte paret hem. I intervjuerna framgick det att det många gånger var svårt att hitta tid för postpartumsamtal, i synnerhet för förlossningsbarnmorskorna som inte hade någon avsatt tid för att gå upp till BB för samtal. Även om förlösande barnmorska faktiskt jobbade dagen efter förlossningen så kunde det vara svårt att hinna med, och de gånger man fick till det måste samtalet oftast hållas kort.

“Alla möten ligger på eftermiddagar, nattpersonalen har ständigt samma problem, det finns ingen avsatt tid för det här”(3)

“Har du haft en förlossning, varit ansvarig barnmorska och sen är du ledig i flera dagar så kan det ju vara svårt att få till det.”(1)

Det framkom att barnmorskor på förlossningen upplevde att det är upp till dem själva att skapa tid för postpartumsamtal och att det inte fanns någon uppföljning av i vilken utsträckning postpartumsamtal genomfördes.

“En faktor är att man ifrån ledningen liksom inte trycker på det här som en jätte viktig sak, att alla ska göra det, utan det är väldigt mycket upp till en själv.”(3)

“Jag vet inte hur många andra som gör så mycket postpartumsamtal, jag tycker inte att jag upplever att det är så många andra som går upp men det är ju så svårt att säga.”(4)

Utmanande

Även om flera uttryckte att det var både roligt och värdefullt att tala med paret efteråt, framkom det också att vissa samtal kunde vara tunga och krävande för barnmorskan. Det kunde både handla om situationer där barnmorskan kände att hennes samtalskompetens inte räckte till, men även om tillfällen då barnmorskan själv upplevt förlossningen eller relationen till paret som påfrestande. Då var det svårare att möta föräldrarna igen.

“Om man tyckte det var jättejobbigt själv (...) ibland så känns det ju inte som om man gjorde sitt allra bästa jobb eller att det inte blev som man själv hade tänkt sig, då är det förstås skitjobbigt att gå upp och möta de här föräldrarna (...) Eller om man känner att kontakten inte var bra eller så där, då blir det jättejobbigt.”(6)

Några barnmorskor upplevde dessutom att det inte fanns något forum att själv vända sig till i samband med svåra samtal.

“Man pratar ju med varandra om det har varit någonting (...) vi bara pratar kollegor emellan. Prata av sig själv kanske lite ibland.”(5)

“Det finns ingenstans riktigt att gå tillbaka med det själv heller, om jag har ett jobbigt samtal så har jag ingenstans riktigt att ta vägen med det i personalgruppen. Då blir det mer liksom en kollega så här i korridoren.”(3)

Metoddiskussion

Graneheim och Lundman (2012) föreslår tre begrepp för att mäta trovärdigheten i kvalitativa studier: giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Utifrån dessa begrepp har vi valt att diskutera denna studie.

Giltighet

En studies giltighet är enligt Graneheim och Lundman (2004) hur väl datainsamlingen och analysprocessen adresserar det man avsåg att titta på, det vill säga hur studien strukturerats för att bäst uppnå sitt syfte. Metoden som valdes var kvalitativ eftersom författarna ansåg att en kvalitativ ansats svarade väl an till syftet som var att undersöka informanternas syn på och handläggning av postpartumsamtalet.

Datainsamlingen genomfördes genom enskilda semistrukturerade intervjuer med öppna frågor vilket möjliggjorde för informanterna att så öppet som möjligt berätta om sina erfarenheter samtidigt som det fanns utrymme för att ställa följdfrågor och på så vis kunna fördjupa informanternas svar. Författarna upplevde att pilotintervjuerna bidrog till att förbättra utformningen av intervjun och att de även gav författarna möjlighet att träna på själva intervjusituationen.

Valet av informanter har betydelse för resultatets giltighet (Graneheim & Lundman, 2012). Eftersom kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer inkluderades både barnmorskor som arbetade på BB-avdelning och på förlossningen i syfte att få postpartumsamtalet belyst utifrån olika erfarenheter. Att informanterna själva fick anmäla sitt intresse för deltagandet kan innebära att de som anmälde sig är personer som är engagerade i ämnet eller uppfattar postpartumsamtalet som intressant och viktigt. Det är möjligt att studien inte omfattar barnmorskor som har en mer negativ uppfattning om postpartumsamtal. Målet från början var att genomföra åtta intervjuer, men som redovisats ovan blev det slutligen sju

informanter som deltog. Författarna gjorde dock bedömningen att dessa sju intervjuer utgjorde ett tillräckligt rikt datamaterial och beslutade att ytterligare intervjuer inte var nödvändiga. Informanterna hade en spridning i ålder och antal år i yrket vilket författarna anser vara en styrka i studien då det gav variation.

I avsikt att ge läsaren möjlighet att bedöma resultatets giltighet presenteras ett flertal citat från de genomförda intervjuerna. Att urval och metod är noggrant beskrivet samt att resultatet styrks med citat ger läsaren bättre möjlighet att bedöma resultatets giltighet (Graneheim & Lundman, 2012).

Tillförlitlighet

En studies tillförlitlighet kan sägas vara kopplad till tidsperspektivet och stabiliteten under forskningsprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Tillförlitligheten är beroende av i vilken utsträckning data förändras över tid och förändringar i forskarens beslut under analysprocessen (a.a.). För att stärka resultatets tillförlitlighet behövs en noggrann beskrivning av hur analysarbetet har gått till (Graneheim & Lundman, 2012). Denna studie är genomförd under en begränsad tidsperiod på tio veckor och författarna anser därför inte att det föreligger någon risk att materialet skulle ha förändrats under arbetets gång.

Datainsamlingen och analysen har författarna genomfört gemensamt och båda författarna har därmed varit väl insatta i hela materialet, vilket ökar studiens tillförlitlighet. Författarna har kontinuerligt under analysarbetet reflekterat och diskuterat möjliga tolkningar för att säkerställa att koder och kategorier är logiska och konsekventa. Det har inneburit att författarna har gått tillbaka till grundmaterialet för att arbeta textnära och stämma av att resultatet är korrekt. Vid analysarbetet uppmärksammade författarna att de vid några tillfällen under intervjuerna inte ställt klagörande följdfrågor eftersom de vid intervjutillfället trott att de förstätt vad informanten menat. Författarna tänker att det kan bero på ovana vid att intervjua och att detta skulle kunna begränsa tillförlitligheten av resultatet.

Graneheim och Lundman (2012) poängterar att resultatet av en kvalitativ studie inte kan ses som oberoende av forskaren, utan att forskaren blir delaktig i studien och medskapare av texten genom sitt samspel med informanten under intervjun. Författarnas egna kunskaper och förståelse om ämnet har även betydelse för hur materialet tolkas (a.a.). Allt eftersom vår kunskap och förståelse för materialet ökade förändrades även vår syn på materialet och dess beståndsdelar. Det innebar att författarna i analysarbetet fick syn på nya mönster och

tolkningsmöjligheter samtidigt som författarna var noga med att utgå från studiens syfte. Författarna har genom hela analysarbetet reflekterat över sin förförståelse och strävat efter att inte låta förförståelsen färga resultatet.

Överförbarhet

Ett resultats överförbarhet handlar om i vilken grad det kan överföras till liknande kontexter (Graneheim & Lundman, 2012). Huruvida resultatet är överförbart till en annan kontext måste läsaren avgöra (a.a.). För att underlätta den bedömningen har författarna försökt göra en noggrann beskrivning av studiens urval, deltagare, datainsamling och analysprocess.

Denna studie är genomförd på ett stort universitetssjukhus och resultatet påverkas av hur vården är organiserad just där. Det kan vara så att resultatet är överförbart till liknande kliniker men det är också möjligt att den rådande kulturen på den aktuella kliniken påverkar arbetssättet och synen på postpartumsamtal och att det därför är svårt att överföra. En svaghet med studien skulle kunna vara att den endast omfattar barnmorskor från en enda förlossningsklinik. Sannolikt skulle intervjuer med barnmorskor från olika kliniker ge en ännu mer varierad bild av postpartumsamtalet. Å andra sidan så upplever författarna att det finns en styrka i att studien är begränsad till en klinik, eftersom studien tydligt belyser hur många olika synsätt och uppfattningar om postpartumsamtal det kan finnas inom en och samma klinik. Författarna tror inte att detta är unikt för den aktuella kliniken.

Resultatdiskussion

Innevarande studie har visat att barnmorskorna ansåg att postpartumsamtalet var viktigt, men att det inte alltid fanns förutsättningar att hinna med det. Det verkade vara upp till barnmorskan själv i vilken grad hon prioriterade samtalet. Barnmorskornas syn på vad samtalet var och hur de tog sig an det varierade, men gemensamt var synen på postpartumsamtalet som en möjlighet att hjälpa kvinnan att förstå och gå vidare efter förlossningen. Dock framkom en osäkerhet kring om det fanns situationer då samtalet inte var bra för kvinnan. I materialet fanns också uppfattningar om att postpartumsamtalet gav en möjlighet till feedback och utveckling för den enskilda barnmorskan och även för kliniken, men det påtalades att det saknades organiserad återkoppling till kliniken efter genomförda samtal.

I resultatet framkom tankar om att postpartumsamtalet var viktigast att prioritera efter en komplicerad förlossning. Samtidigt betonade andra att det var önskvärt med postpartumsamtal

både efter ett komplicerat förlossningsförlopp och när allt varit normalt, eftersom man själv aldrig kunde veta vad någon annan upplevt som traumatiskt. Det sistnämnda är i linje med tidigare forskning som har visat att det inte är ovanligt att en kvinna som på pappret haft ett helt normalt förlopp ändå är traumatiserad av upplevelsen (Störksen, Garthus-Niegel, Vangen & Eberhard-Gran, 2013). Det behöver inte heller finnas ett direkt samband mellan ett komplicerat förlossningsförlopp, en negativ förlossningsupplevelse och rädsla inför en framtida förlossning (a.a.). I en enkätstudie med nyblivna föräldrar drar Olin och Faxelid (2003) slutsatsen att även om förlossningen medicinskt sett varit helt normal finns det ett behov hos föräldrarna att få prata om upplevelsen. I ljuset av det kan det förefalla olyckligt att barnmorskan, som visats i innevarande studie, kanske bara besöker kvinnan på BB om hon själv upplevt att det varit något speciellt under förlossningen. Man kan argumentera för att detta kanske spelar mindre roll eftersom de kvinnor som inte samtalat med förlösande barnmorska istället tillfrågas på BB om sin förlossningsupplevelse. Dock vet man att merparten av kvinnorna helst vill prata med den barnmorska som var med vid förlossningen (Carlgren & Berg, 2008; Olin & Faxelid, 2003). Som visats i resultatet beskrev emellertid barnmorskor på förlossningen att de hade svårt att få till samtalen och att det inte fanns någon avsatt tid. Författarna ställer sig frågan om detta ur ett vårdetiskt perspektiv kan tolkas som att förutsättningarna att ge vård på lika villkor i detta avseende är begränsade.

I materialet fanns olika beskrivningar av vilket utrymme journalhandlingarna gavs under samtalet. Några ansåg det bra att utgå från journalhandlingarna, andra ansåg att det bästa var att inte ens ha papperna med sig. Oavsett vilken inställning barnmorskorna hade betonades vikten av en öppenhet i samtalet och att barnmorskan bör lyssna och bekräfta kvinnans upplevelse utan att vara den som styr. Att kvinnan får berätta sin egen historia utan att bli avbruten understryks även av Gamble och Creedy (2009). Genom att be kvinnan berätta om vad som hände visar barnmorskan intresse för kvinnans upplevelse, även om förloppet redan finns beskrivet i journalen. Att kvinnan ges möjlighet att verbalisera känslor är positivt för hennes känslomässiga välmående (a.a.).

Barnmorskorna i denna studie berättade att postpartumsamtalen hölls inom en till två dagar efter förlossningen. Några upplevde att detta egentligen kunde vara för tidigt och att kvinnorna inte hade hunnit landa. Dock har forskning visat att kvinnorna själva gärna vill prata inom de närmsta dagarna efter förlossningen (Gamble et al, 2005; Olin & Faxelid, 2003). I en intervjustudie från 2013 framkom att det optimala verkar vara att erbjuda en första kontakt i snar anslutning till födseln och sedan ett ytterligare samtal cirka fyra till sex veckor

senare (Fenwick, Gamble, Creedy, Barclay, Buist & Ryding, 2013). Barnmorskorna i innevarande studie beskrev att de erbjöd ytterligare samtal när de uppfattade att det fanns behov. I annat fall tänker författarna att det ytterligare samtalet sker på mödrahälsovården, där riktlinjerna i Stockholm säger att barnmorskan vid eftervårdsbesöket ska ge kvinnan möjlighet att tala om sin förlossningsupplevelse (Vårdgivarguiden, 2015). För att underlätta det samtalet tänker författarna att det är viktigt att det finns tydlig dokumentation kring de samtal som genomförts under vårdtiden. I innevarande studie framkom dock att det både saknades ett sökord och att samtalet inte alltid dokumenterades eller endast dokumenterades kortfattat. Författarna tror att ett sökord för postpartumsamtal skulle göra det lättare för barnmorskorna på både mödrahälsovården och BB att hitta informationen, men även att det skulle förenkla för förlösande barnmorska om det var tydligt hur samtalet skulle dokumenteras.

Under intervjuerna framkom att en del barnmorskor kände sig osäkra på om samtal och debriefing var bra för kvinnan. Författarna har även stött på denna osäkerhet i flera andra sammanhang under utbildningen. År 2000 publicerades en studie om barnmorskeledd debriefing efter instrumentell förlossning eller kejsarsnitt som visade att de kvinnor som fått debriefing hade något högre, men icke statistiskt säkerställd, förekomst av depression och psykisk ohälsa sex månader postpartum (Small, Lumley, Donahue, Potter & Waldenström, 2000). Studien återgavs även i en artikel i läkartidningen 2001 (Waldenström & Small, 2001). Författarna till innevarande studie ställer sig frågan om det är studien av Small et al. (2000) som ligger till grund för barnmorskornas osäkerhet kring huruvida samtal och eller debriefing kan vara skadligt. Studien verkar ha fått stort genomslag trots att en uppföljande studie inte kunde visa på någon kvarstående negativ effekt (Small, Lumley & Toomey, 2006). I en Cochrane review från 2015 konstateras att det inte finns någon evidens för att debriefing efter förlossning vare sig skulle kunna förvärra ett psykologiskt trauma eller orsaka skada (Bastos et al., 2015). Däremot visade en studie om samtal efter traumatisk förlossning att kvinnor som får samtala om sin förlossning inom 72 timmar har minskade traumasymtom och lägre risk att utveckla depression, stress eller känna skuld tre månader efter förlossningen (Gamble, Creedy, Moyle, Webster, McAllister & Dickson, 2005). Kvinnorna i interventionsgruppen kände sig även tryggare inför en framtida graviditet (a.a). Viktigt att poängtera är att postpartumsamtalet inte är att betrakta som regelrätt debriefing och att samtalet vanligen inte går in på djupet i eventuella svåra känslor (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), 2004).

Barnmorskorna i innevarande studie beskrev att postpartumsamtalet gav dem möjlighet att hjälpa kvinnan att fylla i saknade pusselbitar, räta ut missförstånd och svara på frågor. Forskning har visat att föräldrar har ett behov av att förstå vad som hänt under förlossningen och även att få veta om det var normalt eller ej, och om de kunde ha agerat på något annat sätt (Carlgren & Berg, 2008; Olin & Faxelid, 2003). Att kvinnan förstår vad som hänt är avgörande för hur hon kan gå vidare, annars finns det en risk att kvinnan ältar vad som hänt och inte klarar av att lägga upplevelsen bakom sig (Gamble & Creedy, 2009). Mercer, Green-Jervis och Brannigan (2012) har i en kvalitativ intervjustudie visat att kvinnor som haft en negativ förlossningsupplevelse långt senare fortfarande kämpar med att förstå vad som hände. Den negativa upplevelsen har haft påtagliga konsekvenser för flera av kvinnorna som valt bort att föda barn igen. Kvinnorna i studien hade uppskattat att få prata med en barnmorska i samband med förlossningen eller efteråt och tänker själva att det hade kunnat hjälpa dem att bearbeta upplevelsen (a.a). Liknande tankegångar fördes fram av barnmorskorna i innevarande studie som betonade vikten av att kvinnorna förstod vad de varit med om. De ville erbjuda ytterligare stöd till de kvinnor som behövde det. Några uttryckte specifikt att en negativ upplevelse kunde ha konsekvenser för framtida graviditeter. En uppfattning som fanns bland barnmorskorna i innevarande studie var att postpartumsamtalet gav möjlighet att hjälpa kvinnorna att förstå att det inte fanns någon skuld och att gå stolta från BB. Det är viktigt att identifiera och adressera känslor av misslyckande och skuld hos kvinnan (Gamble & Creedy, 2009; Olin & Faxelid, 2003). Till exempel kan en kvinna som upplevt att hon misslyckats med att föda så som hon tänkt sig bära med sig känslan av misslyckande och den kan spilla över på hennes uppfattning om sig själv som kvinna och mamma (Gamble & Creedy, 2009).

Det framkom i innevarande studie att barnmorskorna uppskattade att samtala med kvinnorna och att några upplevde att de vid samtalet kunde få feedback på sitt eget arbete. Det gav dem en möjlighet att lära sig och utvecklas i sin yrkesroll. I materialet fanns tankar om att det inte fanns något strukturerat forum för återkoppling till kliniken men att samtalen borde kunna vara värdefulla för alla inblandade: kvinnan, barnmorskan och verksamheten. Exempel från England visar att samtalen kan användas för kvalitetskontroll och utveckling av verksamheten (Smith & Mitchell, 1996; Cooper, 2015). Ett organiserat sätt att ta till vara på det som kommer fram i samtalen har utarbetats på en klinik i Bath, där man etablerat en service dit kvinnorna kan vända sig för samtal efter förlossningen (Cooper, 2015). Kliniken har två uttalade mål med servicen, det ena är att ge kvinnan stöd och det andra är att få feedback på given vård, vilket har resulterat i ett antal konkreta förändringar och förbättringar av klinikens

arbetssätt (a.a.). Författarna tycker att detta exempel visar att det finns lärdomar för kliniken att hämta från postpartumsamtalen under förutsättning att uppföljningen kan organiseras på ett genomförbart sätt. Idag ombeds alla kvinnor som fött barn i Stockholms läns landsting att skatta sin förlossningsupplevelse på en numerisk skala från 0-10 (VAS). VAS-skattningen utgör förvisso ett strukturerat sätt att fånga upp kvinnor med en negativ förlossningsupplevelse, men skalan är endimensionell och ger i sig ingen ytterligare förklaring till vad i upplevelsen som varit positivt eller negativt. Ett möjligt sätt att bättre få syn på olika dimensioner av upplevelsen skulle kunna vara att använda sig av ett frågeformulär. Forskare vid Sahlgrenska i Göteborg har utvecklat och validerat ett instrument, Childbirth experience questionnaire (CEQ), för att kunna fånga upp olika aspekter av förstföderskors förlossningsupplevelse (Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja & Berg, 2010). Syftet med instrumentet är att dels kunna få reda på hur olika handläggningar av förlossningar kan påverka kvinnors upplevelser, dels att kunna förbättra vården i samband med barnafödande, och slutligen att kunna identifiera de kvinnor som har behov av ytterligare stöd efter en negativ förlossningsupplevelse. CEQ omfattar drygt 20 frågor om kvinnans upplevelse av: egen kapacitet, professionellt stöd, trygghet och delaktighet. (a.a.). En ny version av instrumentet vidareutvecklas just nu (Walker, Wilson, Bugg, Dencker & Thornton, 2015). Författarna till innevarande studie känner inte till huruvida detta instrument redan används vid någon förlossningsklinik i Sverige men tänker att det ska bli intressant att ta del av den uppdaterade versionen och att se om den får något genomslag i förlossningsvården, vidare om det är möjligt att använda sig av instrumentet i samband med postpartumsamtal.

Slutsats och klinisk tillämpning

Innevarande studie har visat att barnmorskorna uppfattade att det fanns en klinisk nytta med postpartumsamtal, för den födande kvinnan såväl som för barnmorskan personligen och för kliniken. På förlossningskliniken där studien är genomförd har man ett uttalat mål att prioritera postpartumsamtal. Man tänker framförallt att postpartumsamtalet kan vara en viktig del i att få kvinnan att känna sig delaktig. I dagsläget saknas det dock ett tydligt sätt att följa upp samtalen och mäta hur många samtal som genomförs. Författarna ställer sig frågande till nyttan med ett mål som inte kan mätas eller följas upp.

Postpartumsamtal är otydligt definierat och innevarande studie har visat att barnmorskorna har olika uppfattningar om vad samtalet innebär, men att de har tydliga egna tankar om hur samtalet ska genomföras. Författarna anser dock att det ändå vore av värde att tydliggöra vad

samtalet ska innehålla. Om kliniken tycker att det är viktigt med postpartumsamtal bör det synas i gällande dokument. Lokala riktlinjer för postpartumsamtalet tänker författarna både skulle ge tyngd åt samtalet och bidra till att säkerställa vårdkvalitén.

Det framkom även att förlösande barnmorskor upplevde att det var svårt att hitta tid för postpartumsamtalen. Om kliniken vill att förlösande barnmorska ska genomföra postpartumsamtal så anser författarna att det måste finnas organisatoriska förutsättningar för detta.

Arbetet med denna studie har gett författarna en bild av att postpartumsamtalet är ett viktigt men ofta oprioriterat och otydligt samtal.

Förslag till framtida forskning

En traumatisk förlossningsupplevelse kan ge upphov till sekundär förlossningsrädsla. Andelen omfödelskor med förlossningsrädsla ökar och därför tycker författarna att det vore intressant att undersöka om de kvinnor som fått ett väl genomfört postpartumsamtal efter förlossningen är mindre benägna att utveckla sekundär förlossningsrädsla än kvinnor som inte fått det.

De flesta kvinnor som fött barn kommer tillbaka till mödrahälsovården på efterkontroll inom 16 veckor efter förlossningen. Vid det besöket ska barnmorskan fråga om kvinnans förlossningsupplevelse och det kan kanske ses som ett uppföljande postpartumsamtal. Därför tänker författarna att det vore av intresse att på liknande sätt som i innevarande studie studera vad barnmorskor inom mödrahälsovården har för tankar om postpartumsamtal.

Innevarande studie avsåg inte att studera kulturella aspekters betydelse för postpartumsamtalet. I framtida forskning skulle det därför kunna vara av intresse att belysa till exempel transkulturella och sociokulturella aspekter på postpartumsamtalet.

Författarna tänker även att det vore intressant att granska om det finns lokala riktlinjer inom andra landsting och hur man arbetar med postpartumsamtal på andra kliniker.

Referenser

- Alexander, J. (1998). Confusing debriefing and defusing postnatally: The need for clarity of terms purpose and value. *Midwifery*, 14, 122-124. doi:10.1016/S0266-6138(98)90010-9
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D. & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40, 1849-1859. doi:10.1017/S0033291709992224
- Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K. & Bick, D. (2015) Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. doi:10.1002/14651858.CD007194.pub2.
- Baxter, J. D., McCourt, C. & Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 30, 194-219. doi: 10.1016/j.midw.2013.12.013
- Berg, M. & Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*, 14, 23-29. doi:10.1016/S0266-6138(98)90111-5
- Carlgrén, I. & Berg, M. (2008). Postpartum consultation: Occurrence, requirements and expectations. *Pregnancy and childbirth*, 8(29), 1-8. doi: 10.1186/1471-2393-8-29
- Cooper, M. (2015). Reflection of a birth reflections midwife. *The Practising Midwife*. October, 10-13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.kib.ki.se/pubmed/?term=Reflection+of+a+birth+reflections+midwife.+The+Practising+Midwife.+October%2C+10-13>.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H. & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(81), 1-8. doi: 10.1186/1471-2393-10-81
- Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, 2, 25-34. https://www.krisepsyk.no/media/Caring_for_helpers.pdf
- Ellberg, L. (2009). Den okomplicerade barnsängstiden. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. och Lundgren, I. (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3:e uppl., s. 431-446). Lund: Studentlitteratur.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Barclay, L., Buist, A. & Ryding, E. L. (2013). Women's perceptions of emotional support following childbirth: A qualitative investigation. *Midwifery*, 29, 217-224. doi: 10.1016/j.midw.2011.12.008
- Gamble, J. & Creedy, D. (2004). Content and processes of postpartum counseling after a distressing birth experience: A review. *Birth*, 31(3), 213-218. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00307.x
- Gamble, J. & Creedy, D. K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25, 21-30. doi:10.1016/j.midw.2007.04.004

- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11-19. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x
- Gottvall, K. & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 109, 254-260
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. och Höglund Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur
- Inglis, S. (2002). Accessing a debriefing service following birth. *British Journal of Midwifery*, 10(6), 368-371. doi:10.12968/bjom.2002.10.6.10487
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Mercer, J., Green-Jervis, C. & Brannigan, C. (2012). The legacy of a self-reported negative birth experience. *British Journal of Midwifery*, 20(10), 717-722. doi:10.12968/bjom.2012.20.10.717
- Nationalencyklopedin. *Debriefing*. Hämtad 2016-01-21 från www.ne.se.proxy.kib.ki.se/ordböcker/#!/sok/nordstedt-stora-en-sv?q=debriefing&_k=469uwk
- Olin, R-M. & Faxelid, F. (2003). Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 153-159. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00105.x
- Rowan, C., Bick, D. & da Silva Bastos, M. H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97-105. doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00088.x
- Small, R., Lumley, J., Donahue, L., Potter, A. & Waldenström, U. (2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journals*, 321, 1043-1047. doi:10.1136/bmj.321.7268.1043

Small, R., Lumley, J. & Toomey, L. (2006). Midwife-led debriefing after operative birth: four to six year follow-up of a randomised trial. *BMC Medicine*, 4(3), 1-4. doi:10.1186/1741-7015-4-3

Smith, J. A. & Mitchell, S. (1996). Debriefing after childbirth: a tool for effective risk management. *British Journal of Midwifery*, 4(11), 581-586. doi:10.12968/bjom.1996.4.11.581

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn - Medicinska födelseregistret 1973-2008, Assisterad befruktning 1991-2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stockholms Läns Landsting. (2005). *Regionalt Vårdprogram. Normal graviditet, förlossning och eftervård*. Hämtad 2016-01-28 från http://www.vardgivarguiden.se/global/01_behandlingsst%C3%B6d/2_vardprogram/rv_normal_graviditet_forlossning_och_eftervard.pdf

Storksén, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, 318-324. doi:10.1111/aogs.12072

Svensk Barnläkarförening, Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2013). *Säker vård efter förlossning. Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet*. Hämtad 2016-01-21 från https://www.sfog.se/media/154226/s_ker_v_rd_efter_f_rlossningen_2013.pdf

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2004). *Förlossningsrädsla. Rapport nr 51*. Hämtad 2016-03-04 från https://www.sfog.se/natupplaga/nr51_med omslag 3892c621-81ca-4830-97a1-b8c146bd3bb2.pdf

Vårdgivarguiden. (2015). *Regionala riktlinjer: Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning*. Hämtad 2016-03-03 från <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/barnmorskemottagning/riktlinjer/dokument/eftervardsbesok/>

Waldenström, U. & Small, R. (2001). Debriefing efter operativ förlossning minskade inte depression. *Läkartidningen*, 98(9), 934-935. <http://www.lakartidningen.se/proxy.kib.ki.se/OldPdfFiles/2001/22504.pdf>

Waldenström, U., Rudman, A. & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85(5), 551-560. doi:10.1080/00016340500345378

Walker, K. F., Wilson, P., Bugg, G. J., Dencker, A. & Thornton, J. G. (2015). Childbirth experience questionnaire: validating its use in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(86), 1-8. doi:10.1186/s12884-015-0513-4

World Health Organization. Technical Working Group. (1999). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. *Birth*, 26(4), 255-258. doi:10.1046/j.1523-536x.1999.00255.x

Bilaga 1

Samtycke till deltagande i studie om postpartumsamtal

Vi genomför en studie av barnmorskors syn på och handläggning av postpartumsamtalet, inom ramen för magisteruppsats på barnmorskeprogrammet vid Karolinska Institutet. Vi avser att intervjua 8 barnmorskor på förlossning eller BB. Intervjuerna kommer att analyseras via kvalitativ innehållsanalys.

Din medverkan är frivillig och du kan när som helst avbryta ditt medverkande. I framtida sammanställningar kommer inte din identitet att kunna identifieras. Vi kommer att spela in intervjun men materialet kommer att behandlas konfidentiellt och innehållet kommer att avpersonaliseras i samband med transkriberingen av intervjun.

Om det skulle uppstå några frågor efter intervjun är du välkommen att kontakta oss på mail lisa.af.klercker@stud.ki.se/asa.zetterberg@stud.ki.se

Jag har tagit del av informationen ovan och samtycker till medverkan i magisterarbete om postpartumsamtalet.

Stockholm, den

Underskrift

Informant nr:

Ålder:

År i yrket:

Nuvarande arbetsplats:

År på nuvarande arbetsplats:

Roterar BB-förlossning:

Tidigare erfarenhet från

- BB
- Förlossning

Gått samtalsutbildning?