

Ulla Waldenström, professor, institutionen för omvårdnad, Karolinska institutet, Stockholm

Rhonda Small, forskarassistent, Centre for the study of mother's and children's health, La Trobe University, Melbourne, Australien

Debriefing efter operativ förlossning minskade inte depression

■ I en australisk studie erbjöds kvinnor som genomgått en operativ förlossning samtal med en empatiskt lyssnande barnmorska före utskrivningen från BB [1].

Bakgrunden till studien var forskning som visat samband mellan operativ förlossning och komplikationer hos modern, bland annat i form av depression, skuld känslor, minskat självförtroende och missnöje med vården [2-7]. En australisk studie fann att 15 procent av kvinnorna var deprimerade 8-9 månader efter förlossningen, och 24 procent i gruppen som genomgått operativ förlossning med kejsarsnitt, tång eller sugklocka [3]. Dessa resultat ledde till diskussioner om möjligheten att finna en intervention som enkelt skulle kunna införas som vårdrutin i syfte att minska förekomsten av depression, framför allt i den mest utsatta gruppen, kvinnor med operativa förlossningar.

Debriefing i form av samtal om förlossningen tillsammans med en empatisk lyssnare har rekommenderats som åtgärd för att minska emotionella problem efter förlossningen [4]. Förlossningssamtal av denna typ rekommenderas och genomförs som rutin på vissa ställen i flera länder. Det fanns ett behov av att studera om metoden hade effekt på hälsa och emotionellt välbefinnande.

■ Metod

Studien genomfördes som en randomiserad kontrollerad studie vid en stor förlossningsklinik i Melbourne. 1 041 kvinnor som förlöstes med kejsarsnitt (624), tång (353) eller sugklocka (64) lottades efter förlossningen till ett samtal med barnmorska före utskrivningen respektive traditionell vård utan organiserat samtal. Två barnmorskor med lång klinisk erfarenhet och kunskap om debriefing genomförde samtalen som varade upp till en timme. Uppföljning skedde sex månader efter förlossningen med frågeformulär, som bland annat innehöll depressionsskalan EPDS och hälsoskalan SF-36.

■ Resultat

917 (88 procent) kvinnor besvarade frågeformuläret. 81 kvinnor (17 procent) i samtalsgruppen var deprimerade sex månader efter förlossningen jämfört med 65 (14 procent) i kontrollgruppen, en icke signifikant skillnad (oddskvot=1,24; 95 procents konfidensintervall 0,87-1,77). 28 procent i samtalsgruppen uppgav att de känt sig »deprimerade eller mycket olyckliga mer än några dagar i sträck« alltsedan förlossning-

SAMMANFATTAT

En australisk studie fann att 15 procent av kvinnorna var deprimerade 8-9 månader efter förlossningen, och 24 procent i gruppen som genomgått operativ förlossning med kejsarsnitt, tång eller sugklocka.

Det är bakgrunden till den australiska studie där kvinnor som genomgått en operativ förlossning erbjöds samtal med en empatiskt lyssnande barnmorska före utskrivningen.

Six månader efter förlossningen var 17 procent av kvinnorna i samtalsgruppen deprimerade jämfört med 14 procent i kontrollgruppen, en icke signifikant skillnad.

Den något högre förekomsten av depression och ohälsa i samtalsgruppen, som dock inte var statistiskt säker, utesluter inte möjligheten att interventionen kan ha effekt på vissa kvinnor, men i så fall negativ sådan.

Resultaten stödjer den metaanalys i Cochrane Library som inte kunnat påvisa någon effekt av engångsdebriefing samt en tendens till negativ effekt på emotionellt välbefinnande.

en jämfört med 22 procent i kontrollgruppen, en icke-signifikant skillnad (oddskvot=1,37; 95 procents konfidensintervall 1,00-1,86). Kvinnorna i samtalsgruppen hade sämre värden på sju av de åtta delskalorna i SF-36, som mäter generell hälsa, men skillnaden var endast statistiskt signifikant för »role functioning (emotional)«.

Kvinnorna i försöksgruppen var nöjda med samtalet med barnmorskan, 43 procent ansåg att det hade varit till stor hjälp, 51 procent till hjälp och endast 6 procent ansåg att det inte hade varit till någon hjälp.

■ Diskussion

Värdet av debriefing har diskuterats livligt alltsedan Cochrane Library publicerade en metaanalys av åtta studier som ut-

värderade engångsdebriefing med personer som nyligen utsatts för en traumatisk händelse [8]. I metaanalysen ingick studier av primära såväl som sekundära (anhöriga, personal) traumaoffer. Med debriefing avsågs ett samtal som innefattade någon form av emotionell bearbetning/ventilering genom att uppmuntra individen att komma ihåg/arbota sig igenom den traumatiska händelsen, åtföljt av normalisering av den emotionella reaktionen. Resultaten visade ingen effekt på förekomsten av posttraumatisk stress (PTSD), andra traumarelaterade symtom eller oro och depression. Den undersökning som hade längst uppföljningstid fann en signifikant försämring i den grupp som genomgått debriefing.

Den här refererade undersökningen är den hittills största randomiserade studien av engångsdebriefing och den bekräftar resultaten från Cochranes metaanalys.

Organiserat samtal med barnmorska om upplevelsen av operativ förlossning, i nära anslutning till densamma, tycks inte minska depression eller förbättra moderns hälsa sex månader efter förlossningen, och det kan inte uteslutas att sådant samtal kan ha negativa effekter på vissa kvinnor.

Den svenska debatten har mycket handlat om definitionen av ordet debriefing [9, 10]. Ordet har sitt ursprung i stöd av personal som exponerats för traumatiska händelser, det vill säga sekundära traumaoffer som soldater och brandmän. Ordet debriefing används i praktiken även för psykologiska interventioner som innefattar någon form av rekapitulering, återupplevande och bearbetning av trauma bland personer som primärt drabbats. Hur ordet debriefing används är möjligen mindre intressant än frågan om samtalsstöd i beskriven form faktiskt har effekt eller inte.

Möjliga orsaker till att förlossningssamtalen i denna studie inte hade någon effekt kan vara att de genomfördes i alltför nära anslutning till förlossningen, att det behövs mer än ett samtal för att påverka depression och fysisk hälsa, att uppföljningen gjordes för tidigt eller att barnmorskor inte är rätt yrkesgrupp för denna form av samtal.

Den något högre förekomsten av depression och ohälsa i samtalsgruppen, som dock inte var statistiskt säker, utesluter inte möjligheten att interventionen kan ha effekt på vissa kvinnor, men i så fall negativ sådan.

Orsaker till eventuella negativa effekter av debriefing har diskuterats. Genomgång av en traumatisk händelse i nära anslutning till densamma skulle kunna förstärka traumat genom att händelsen repeteras och förstärks i ett skede då individen inte är mentalt beredd för detta. Det kan finnas individuella reaktionsmönster, vissa kan behöva förtränga traumat under viss tid för eventuell bearbetning senare, medan andra vill samtala och få så mycket information som möjligt i nära anslutning till traumat. Rutinmässig debriefing till alla kan då eventuellt skada den förstnämnda gruppen. En annan förklaring kan vara att rutinmässigt erbjudande av stödsamtal förstör problemen genom att sjukvården signalerar att professionell hjälp behövs.

Trots avsaknaden av effekt på förekomsten av depression och hälsa ansåg majoriteten av kvinnorna i försöksgruppen att samtalen var till hjälp. Dessa resultat kan jämföras med all den forskning som visar att patienter i allmänhet är mycket nöjda med den vård som erbjuds. Huruvida denna har effekt på hälsa och välbefinnande i ett längre perspektiv är en annan fråga.

Denna studie pekar på vikten av att utvärdera interventioner i sjukvården, även de som har med omvårdnad och psykologiskt inriktade åtgärder att göra. Det är inte självklart att samtal, som vi i allmänhet uppfattar som något gott, har effekt på den psykiska och fysiska hälsan. Det utesluter inte att de ändå är viktiga, men då bör man närmare undersöka på vilket sätt eftersom även samtal kostar tid och pengar. Studien ak-

tualiserar även betydelsen av att samtal genomförs på individens egna villkor. Sjukvården kan maximera förutsättningarna, men möjligen lämna mer av initiativet till patienten.

Referenser

1. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenström U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *BMJ* 2000; 321: 1043-7.
2. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 156-61.
3. Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R. Birth events, birth experiences and social factors in depression after birth *Australian Journal of Public Health* 1994; 18: 176-84.
4. Hillan EM. Short-term morbidity associated with caesarean delivery. *Birth* 1992; 19: 190-4.
5. MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 1193-204.
6. Fisher J, Stanley R, Burrows G. Psychological adjustment to caesarean delivery: a review of the evidence. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990; 11: 91-106.
7. Elliot SA. Relationship between obstetric outcome and psychological measures in pregnancy and the postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1984; 2: 18-32.
8. Wessley S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions («debriefing») for trauma-related symptoms and prevention of post traumatic stress disorder (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software, 2000.*
9. Michel PO, Larsson G, Lundin T. Ryktet om debriefingens död är betydligt överdrivet. *Läkartidningen* 2000; 97: 2767-8.
10. Håkansson E, Schulman A. Psykologisk debriefing – dags skrota modellen eller . . . ? *Läkartidningen* 2000; 97: 2768-75.