

1. Indledning

[...] [It] affected the willingness of some women to go to places where they were unsure about the availability of toilets [...], as well as the way in which they dressed [...]. Some women reported diminished ability to have sexual relations [...] and reduced involvement in physical and recreational activities [...]. [...] [It] was associated with feelings of frustration [...] and embarrassment [...] (Hermansen & O'Connell & Gaskin 2010b: 187).

Det drejer sig om urininkontinens!

I 1998 identificerede World Health Organization urininkontinens som værende et stort problem indenfor folkesundhed og estimerede, at mere end 200 millioner mennesker, både mænd og kvinder verden over, var påvirket af urininkontinens (Viktrup 2002: 3). Ifølge oplysninger fra Kontinensforeningen dør hver tiende dansker med urininkontinens (Møller & Randstoft 2009: 3). Ydermere oplyser foreningen gennem en rapport fra 2008 omhandlende inkontinens¹, at tre ud af fire føler deres vandladningsproblemer i større eller mindre grad influerer negativt på deres liv (Kompas kommunikation & Kontinensforeningen 2008: 3).

At urininkontinens udgør et omfattende sundhedsproblem, blev vi for alvor bevidste om under vores praktikophold som jordemoderstuderende på gynækologisk ambulatorium på henholdsvis Kolding og Roskilde Sygehus. Her blev vi bekendte med det høje antal af kvinder i alle aldre, der lider af urininkontinens, og hvor ofte lidelsen kan associeres med nedsat livskvalitet.

Denne indsigt ledte til efterfølgende refleksion: Da det tyder på, at graviditet og fødsel har sammenhæng med udvikling af urininkontinens og omtrent hver tredje kvinde lider af det i tiden umiddelbart efter en fødsel (Hay-Smith et al. 2009: 2), reflekterede vi over, hvorvidt jordemødre i deres daglige virke berører emnet. Vi var af den opfattelse, at information og vejledning omkring bækkenbundstræning og urininkontinens var vigtig for at reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende.

¹ Undersøgelsen blev gennemført på internettet i december 2008 blandt 1.315 inkontinente (918 kvinder og 396 mænd) i en aldersgruppe fra 20 år og derover (Kompas kommunikation & Kontinensforeningen 2008: 4-5).

Gennem vores kliniske uddannelse erfarede vi, at indsatsen blandt størstedelen af jordemødrene var underprioriteret i forhold til hvad vi havde forventet. Vi erkendte, at information og vejledning omkring bækkenbundstræning og urininkontinens udgjorde en niche i den jordemoderfaglige praksis. Informationen og vejledningen til de gravide, fødende og barslende bestod oftest i opfordring til og eventuel kort instruks i knibeøvelser, samt udlevering af pjecer så som ”Sunde vaner – før, under og efter graviditet²” og ”I form efter fødslen³”, der berører området. Vi oplevede sjældent, at sammenhængen mellem knibeøvelser og urininkontinens blev pointeret eller at lidelsen blev uddybet. Et dansk studie fra 2010 udarbejdet på Regionshospitalet Viborg underbygger vores formodning om, at kvinder under deres graviditet, fødsel og barsel ikke modtager tilstrækkelig med information om risikoen for at udvikle urininkontinens efter fødslen, samt hvorledes lidelsen kan håndteres eller løses (Hermansen & O’Connell & Gaskin 2010a).

Urininkontinens er en samfundsmæssig udfordring, som efter vores mening ikke bør negligeres i offentligt regi. Det er imidlertid vores opfattelse, at nogle sygehuse udbyder ekstra tilbud af tværfaglig karakter. Eksempelvis tilbyder Odense Universitetshospital holdundervisning i efterfødselstræning ved en fysioterapeut til alle barslende kvinder i den første måned efter fødslen (Rehabiliteringsafdelingen på OUH 2010). Til trods for det positive i, at der findes udvidede tilbud udbudt af fysioterapeuter, undrer vi os fortsat over, hvorvidt jordemødre i kraft af deres virksomhedsområde kan være med til at gøre en forskel ved hjælp af en sundhedsfremmende indsats i konsultationen. En jordemoder vil for en periode være den centrale sundhedsperson i mange kvinders liv (Sundhedsstyrelsen 2009: 17). Dette kan argumentere for, at en jordemoder, udover egen læge, er en oplagt fagperson indenfor sundhedssektoren til at forebygge eller afhjælpe urininkontinens under graviditet og barsel. Meget tyder på, at mange kvinder ikke opsøger egen læge, men i stedet fortier deres problemer med inkontinens. Den tidligere nævnte rapport fra Kontinensforeningen anslog, at 63 % ud af 918 inkontinente kvinder i en alder fra 20 år

² Pjecen er udgivet af Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning.

³ Pjecen er udgivet af Komiteen for Sundhedsoplysning og udarbejdet af Birthe Bonde, specialist i musculoskeltal fysioterapi, sexolog og uroterapeut.

og op efter ikke talte med egen læge om deres vandladningsproblemer (Kompass kommunikation & Kontinensforeningen 2008: 9). Dette kan ligeledes tale for en jordemoderfaglig indsats på området med det formål at reducere forekomsten af urininkontinens. At sætte ind med en sundhedsfremmende indsats i forhold til urininkontinens, vil for den enkelte jordemoder kræve opdatering med hensyn til nyeste viden på området. Det er en jordemoders pligt at følge udviklingen indenfor jordemoderfaget og gøre sig fortrolig med den nyeste viden af betydning for hendes virksomhedsområde (VEJ nr. 151 af 08/08/2001, stk. 4). I kraft af vores erfaring gennem uddannelsen er vi af den forudindtagede holdning, at bækkenbundstræning har en forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens. Vi ønsker derfor at undersøge evidensen på området for at kunne anskue lidelsen urininkontinens med jordemoderfaglige øjne og derudfra tilpasse en sundhedsfremmende indsats. Ud fra ovenstående refleksioner affødtes vores problemformulering for projektet:

2. Problemformulering

Vi ønsker at undersøge bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder.

Med udgangspunkt i dette vil vi belyse, hvorvidt vi som jordemødre kan reducere forekomsten af urininkontinens gennem en sundhedsfremmende indsats i konsultationen.

3. Problemafgrænsning

I følgende afsnit vil vi redegøre for de afgrænsninger, som vi har foretaget i henhold til projektet.

Hvad angår vurderingen af effekten af bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens, berøres både graviditetsperioden og tiden efter fødslen op til og med 12 måneder postpartum.

Da vi som jordemødre fungerer som den gravides primære sundhedsperson, har vi valgt at fokusere på en sundhedsfremmende indsats i konsultationen med det mål at reducere forekomsten af urininkontinens hos både gravide og barslende. Med dette valg har vi fravalgt at overveje, hvorvidt vi kan yde en sundhedsfremmende indsats

med samme mål under fødselsforberedelse, under fødsel, i efterfødselssamtale og barselsperioden i det hele taget. Fravalget skyldes blandt andet den øgede tendens til ambulante fødsler, hvilket resulterer i, at de steder, hvor jordemødre i dag har kontakt til kvinderne i barselsperioden, efterhånden er få (Sundhedsstyrelsen 2011: 1).

Efterfødselssamtaler hos en jordemoder tilbydes ej heller til alle barslende, og fødselsforberedelserne består i dag på mange sygehuse af auditorieundervisning (ibid: 2; 4). En sundhedsfremmende indsats, hvor jordemoderen når alle kvinderne, er derfor problematisk at gennemføre under disse offentlige tilbud.

Vi har i vores projekt udelukkende valgt at belyse, hvorvidt vi kan reducere forekomsten af urininkontinens og har i samme ombæring fravalgt at behandle fækalinkontinens. Begrundelsen er, at de kvinder, som lider af fækalinkontinens, udgør en mindre population sammenlignet med de kvinder, som dør med urininkontinens. At favne bredt med hensyn til antallet af kvinder ligger også til grund for, at vi har valgt at vurdere alle kvinder i relation til bækkenbundstræning og urininkontinens uafhængigt af mulige disponerende faktorer. Vi har således undladt at undersøge hvilke grupper af kvinder, der er i øget risiko for at udvikle urininkontinens, hvorfor blandt andet kvinder, som har født vaginalt eller ved sectio, vurderes som en del af den samlede gruppe.

Vi er bevidste om, at der findes andre former for forebyggelse og behandling af urininkontinens (Lose & Fischer-Rasmussen 2005: 299-303), men eftersom bækkenbundstræning er en konservativ behandling, der ikke kan tilskrives betydelige bivirkninger, er valget faldet på denne som middel. Med fokus på urininkontinens har vi afholdt os fra at berøre muligheden for, at bækkenbundstræning eventuelt også kan gavne andre fysiologiske emner hos kvinder, såsom prolaps og seksuel tilfredsstillelse. Med udgangspunkt i at undersøge, hvorvidt vi som jordemødre kan reducere forekomsten af urininkontinens gennem en sundhedsfremmende indsats, har vi valgt at afgrænse os fra det økonomiske perspektiv samt, hvorledes indsatsen vil kræve en omstrukturering i praksis. Vi fraser os derved at beskæftige os med de økonomiske og strukturelle forhindringer og udfordringer, der kunne være i forbindelse hermed.

4. Begrebsafklaring

I følgende afsnit defineres og redegøres for begreber af betydning for projektet.

Urininkontinens og inkontinens

I vores projekt anvender vi ordene *urininkontinens* og *inkontinens* som synonyme og definerer betydningen som ufrivillig vandladning af enhver art, herunder blandt andet:

- Stressinkontinens, også betegnet anstrengelsesinkontinens, defineret som urinlækage i forbindelse med anstrengelse, nys eller host (Lose & Fischer-Rasmussen 2005: 288)
- Urgeinkontinens, også betegnet tranginkontinens, defineret som ufrivillig urinlækage samtidig med eller umiddelbart forudgået af pludselig tvingende trang (ibid: 289)
- Blandet stress- og urgeinkontinens

Bækkenbundstræning

Vi har i vores problemformulering valgt at fokusere på bækkenbundstræning som middel til at reducere forekomsten af urininkontinens. Med *bækkenbundstræning* mener vi udelukkende frivillig træning af den muskulatur, som udgør bækkenbunden, i form af forskellige knibeøvelser.

Antepartum og postpartum

Som problemformuleringen antyder, vil vi undersøge bækkenbundstrænings effekt blandt gravide og barslende kvinder for at reducere forekomsten af urininkontinens i både tiden før og efter fødslen. Vi anvender gennemgående termen *antepartum* som betegnelse for tiden før fødslen, og udtrykket *postpartum* for tiden efter fødslen/barselsperioden. Vi definerer denne periode som tiden fra overstået fødsel op til og med 12 måneder efter fødslen.

5. Metode - Louise

I det følgende afsnit vil vi præsentere fremgangsmåden i vores projekt. Denne indeholder en redegørelse for den primære empiri og teori, vi har valgt at analysere og diskutere, for besvarelse af vores problemformulering. Afsnittet indeholder ligeledes en kort redegørelse for sekundær empiri og litteratur, som inddrages i vores diskussion. Herefter følger underafsnittet "Søgestrategi", som består af en forkortet udgave af, hvorledes søgningen af vores hovedempiri er foregået, samt begrundelse for valget. (Vores fulde søgestrategi kan findes i bilag 1).

Under hele metodeafsnittet vil vores videnskabsteoretiske overvejelser fremstilles løbende.

Besvarelsen af første del af vores problemformulering, omhandlende undersøgelse af bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder, foregår ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv, hvor evidensen for effekten undersøges. Undersøgelsen består i en kritisk metodeanalyse af det kvantitative Cochrane review "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)". Ud fra den kvantitative forskningsmetodologi og med værket "Epidemiologi og evidens" (Juil 2004) som grundlag, vil vi vurdere, hvorvidt empirien opfylder de kvalitetskrav, som stilles til et review som forskningsdesign. Resultater af relevans for besvarelse af første del af vores problemformulering vil fremstilles, metodeanalyseres og efterfølgende analyseres op mod denne.

I forbindelse hermed er vi bevidste om, at vi inden projektstart havde den forforståelse, at bækkenbundstræning har en forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens. Gennem bevidsthed om egen forforståelse bestræber vi os på at arbejde med denne, for objektivt at kunne fremstille resultater fra reviewet.

Efter de naturvidenskabelige overvejelser vil vi ud fra et humanistisk perspektiv undersøge anden del af vores problemformulering omhandlende, hvorvidt vi som jordemødre kan reducere forekomsten af urininkontinens gennem en sundhedsfremmende indsats i konsultationen. Til besvarelse herpå vil vi blandt andet

anvende en videnskabsteoretisk tilgang til belysning af, hvorledes jordemoderen kan fremme forståelsen mellem den gravide og hende selv således, at der skabes konstruktive rammer for en sundhedsfremmende indsats i konsultationen. Med afsæt i "Videnskabsteori en grundbog" (Birkler 2005) fremstilles videnskabsteorien "hermeneutik", hvorefter den anvendes i en delanalyse. Med fokus på en sundhedsfremmende indsats fremstilles teori om sundhedsfremme ud fra værket "Sundhedsfremme. I teori og praksis" (Jensen og Johnsen 2000). Hvad angår sundhedsfremmebegrebet vil vi hovedsageligt tage udgangspunkt i Aaron Antonovskys teori omhandlende følelsen af sammenhæng. Da en jordemoderfaglig indsats, med det formål at reducere forekomsten af urininkontinens, i høj grad kan relateres til en forebyggende indsats, vil vi endvidere kort fremstille et afsnit om forebyggelse ud fra samme værk. Begrundelsen for valget af den sundhedsfremmende tilgang er netop at afbalancere den jordemoderfaglige indsats således, at den ikke udelukkende bliver af forebyggende karakter med fokus på at forhindre urininkontinens, men i stedet kommer til at bero på at fremme den enkelte kvindes sundhed på området. Ved at analysere ovenstående teorier op mod anden del af vores problemformulering samt inddrage nogle af disse elementer i den samlede diskussionen, kobles en jordemoderfaglig vinkel på emnerne "bækkenbundstræning" og "urininkontinens" således, at projektet får relevans for jordemødres praksis.

Inden projektstart var vi af den forudindtagede holdning, at information og vejledning omkring bækkenbundstræning og urininkontinens er vigtige elementer i jordemoderkonsultationen, hvis målet er at reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende. I analyse og diskussion af anden del af vores problemformulering sætter vi derfor vores for-forståelse i spil for åbent og ydmygt at kunne belyse den jordemoderfaglige indsats med udgangspunkt i udvalgte teorier. I vores diskussionsafsnit vil vi foruden reviewets resultater, hermeneutik, sundhedsfremme og forebyggelse inddrage elementer fra sekundær empiri og litteratur, bestående af blandt andet Anbefalinger for Svangreomsorgen, Etske Retningslinjer for Jordemødre, Guidelines fra DSOG, Inkontinensrapport udgivet af Kontinensforeningen og det danske studie "Are Postpartum Women in Denmark Being

Given Helpful Information About Urinary Incontinence an Pelvic Floor Exercises?”.

Formålet med inddragelse af dette udvalg er afslutningsvis at kunne ende op med en konklusion af relevans for dansk jordemoderpraksis. Inden konklusionen vil vi fremstille egne kritiske refleksioner i forhold til projekt.

I en afrundende perspektivering vil vi overveje, hvorledes et tværfagligt samarbejde yderligere kan styrke jordemoderens sundhedsfremmende indsats i konsultationen.

5.1. Søgestrategi - Jeanette

Med udgangspunkt i hovedsageligt den første del af vores problemformulering, omhandlende bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens, fandt vi det relevant at anvende et kvantitativt studie. Idet databasen PubMed i større grad indeholder kvantitativ forskning end for eksempel databasen Cinahl, begyndte vi vores litteratursøgning i denne store engelsksprogede medicinske database, som tilbyder et bredt udvalg af studier indenfor medicin, sundhed og sygdom.

Vi besluttede i første omgang at foretage en usystematisk fritekstsøgning i PubMed, hvor vi søgte på ordene:

- Urinary incontinence postpartum
- Urinary incontinence pregnancy
- Urinary incontince pelvic floor muscle exercise

Ud fra resultaterne kunne vi få et overordnet indblik i, hvad der rører sig indenfor vores emne. Desuden gjorde vi i denne proces brug af kædesøgning, som blandt andet bestod i, at relevante studiers referencelister ledte os videre til andre studier.

Gennem vores usystematiske søgning blev det muligt at opspore MeSH termer af relevans for vores problemformulering.

På systematisk vis søgte vi den 31. marts 2011 på MeSH termerne "Urinary Incontinence AND Pelvic Floor/physiology AND Pregnancy AND Postnatal Care/methods".

Ved søgningsresultatet bemærkede vi i højre side af PubMeds hjemmeside afsnittet "Related citations" og klikkede os her ind på "See reviews". Deraf fik vi 19 resultater,

hvor især nedenstående to Cochrane reviews af nyere tid fangede vores opmærksomhed:

- Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Udgivet i år 2009.
- Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Opdateret i Cochrane Database i 2010.

Det nyeste opdaterede Cochrane review på området fra 2010 havde ikke direkte relevans for vores problemformulering, eftersom vi ønskede at anskue bækkenbundstræningens forebyggende effekt og ikke blot dens behandlende effekt. Endvidere lykkedes det ikke forskerne at foretage en meta-analyse på grund af for stor usammenlignelighed blandt de inkluderede studier. En meta-analyse var derimod gennemført i Cochrane reviewet fra 2009 og forebyggelsesaspektet var desuden medtaget. Via PubMed blev vi henvist til The Cochrane Library, hvorigennem det var muligt at downloade reviewet i fuld udgave.

Sideløbende med vores søgning havde vi korrespondance over mail med Birthe Bonde, som er en velkendt fagperson med speciale indenfor bækkenbundstræning og urininkontinens.

Efter nøje gennemlæsning, anbefaling fra Birthe Bonde og med baggrund i vores viden om, at Cochrane ud fra et evidensbaseret grundlag kritisk formidler empiri af høj evidensstyrke, udvalgte vi Cochrane reviewet "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)" som projektets hovedempiri.

6. Fremstilling og analyse af empiri - Louise

I dette afsnit vil vores udvalgte empiri i første omgang blive fremstillet og herunder metodeanalyseret. Reviewets resultater vil i en efterfølgende delanalyse blive analyseret op mod vores problemformulering.

6.1. "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)" - Louise

I følgende afsnit introduceres ovennævnte review, hvorefter det løbende fremstilles og metodeanalyseres. (Reviewet findes i bilag 2).

Under hele afsnittet vil formuleringerne "reviewet", "studiet", "det systematiske review" og "Cochrane reviewet" alle blive anvendt og på lige fod referere til ovenstående hovedempiri. En fælles reference er ligeledes gældende for termerne "forskere" og "forfattere", som begge henviser til de personer, der har udarbejdet reviewet.

6.1.1 Introduktion - Jeanette

Cochrane reviewet "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)" er udgivet af The Cochrane Collaboration og udarbejdet af Jean Hay-Smith, Siv Mørkved, Kate A. Fairbrother og G. Peter Herbison (Hay-Smith et al. 2009: 1).

Baggrunden for reviewet var, at tidligere epidemiologiske studier pegede på både graviditet og fødsel som disponerende faktorer i forbindelse med udvikling af inkontinens (ibid: 2).

Formålet med studiet var, ud fra denne baggrund, at undersøge effektiviteten af bækkenbundstræning som forebyggelse og/eller behandling af urin- og fækalinkontinens hos kvinder ante- og postpartum (ibid: 5). Effektiviteten undersøgte forskerne ved at sammenligne bækkenbundstræning med den sædvanlige eller ingen behandling af inkontinens ante- og postpartum (ibid: 1). Hvad den sædvanlige behandling indeholdt uddybes i afsnittet "Risiko for bias".

15 studier indgik i selve meta-analysen, hvilket førte til en samlet studiepopulation på 6181 kvinder.

6.1.2. Fremstilling og kritisk metodeanalyse - Jeanette

Dette underafsnit indeholder en skiftevis fremstilling og kritisk metodeanalytisk gennemgang af reviewets studiedesign, risiko for bias, heterogenitet, databearbejdning, interne validitet, eksterne validitet og resultater.

6.1.2.1. Studiedesign - Jeanette

Studiet er designet som et systematisk review, der er en oversigtsartikel, hvor eksisterende evidens på systematisk vis indsamles, analyseres og formidles (Juul 2004: 174). Dette systematiske review er et såkaldt Cochrane review, som bygger på en forud fastlagt protokol, hvor alle væsentlige metodeproblemer er behandlet. Protokollen fastslår desuden, hvorledes studiers metodologiske kvalitet skal vurderes og hvordan resultaterne fra de enkelte studier skal sammenfattes (Cochrane). At reviewet er fremstillet ud fra fastlagte kriterier, øger dets troværdighed, da forskernes udarbejdelse derved foregår på objektiv vis.

Forskernes hypotese var, at bækkenbundstræning, som forebyggelse og behandling af urininkontinens, var bedre end den sædvanlige ante- og postpartum behandling eller ingen behandling (Hay-Smith et al. 2009: 15). Reviewet har på deduktiv vis til hensigt at verificere eller falsificere forskernes hypotese (Birkler 2005: 75). For at hypotesen kan gøres testbar, kræves et klart afgrænset formål. Formålet er tydeligt beskrevet og har direkte sammenhæng til hypotesen. Da formålet, som tidligere nævnt, var at undersøge effekten af bækkenbundstræning og der allerede forelå en del sammenlignelige, velgennemførte, randomiserede kontrollerede forsøg (RCT'er) på området, hvis resultater kunne sammenføres i et pooled estimat (Juul 2004: 169; 171), mener vi, at en systematisk oversigt indeholdende en meta-analyse var velvagt som studiedesign. Desuden befinder en meta-analyse sig som hovedprincip øverst i evidenshierarkiet (ibid: 175), hvorfor det ikke blot er et velvagt, men også et metodisk stærkt studiedesign. Data fra både RCT'er og quasi-randomiserede forsøg indgik i meta-analysen. Da disse studiedesign begge ligger højt i evidenshierarkiet mener vi ikke, at den metodiske styrke af meta-analysen påvirkes (Thomsen og Dahlerup: 2).

6.1.2.2. Risiko for bias - Louise

Søgningen af studier foregik efter foreskrevne Cochraneregler, hvilket sikrer en bred systematisk søgning. (Hay-Smith et al. 2009: 6). Den brede systematiske søgning mindsker risikoen for, at relevante studier overses, hvorfor vi finder, at risikoen for lokaliseringsbias er lav.

I udvælgelsesprocessen havde forskerne ingen restriktioner med hensyn til det sprog, studierne var publiceret på. Ved ikke at udelukke studier udgivet på andre sprog end engelsk mener vi, at forskerne nedsætter risikoen for selektionsbias, eftersom studier er mere tilbøjelige til at blive publiceret på engelsk, når deres resultater viser en signifikant effekt (Juul 2004: 173).

Ydermere fravalgte forskerne ikke studier på baggrund af deres omfang. I reviewet indgik studier af størrelse lige fra mindre end 25 kvinder pr. gruppe op til mere end 500 kvinder pr. gruppe (Hay-Smith et al. 2009: 14). At forskerne inddrog små studier i reviewet, mindsker efter vores overbevisning risikoen for publikationsbias, som kunne have ført til en overvurdering af effekten. Begrundelsen er, at store studier som regel publiceres uanset resultat, hvorimod mindre studier oftest publiceres afhængigt af om resultaterne er signifikante (Juul 2004: 172).

Forskerne oplyser, at det ikke var muligt at mindske risikoen for publikationsbias yderligere ved brug af en grafisk analyse, da en sådan ikke var mulig på grund af et utilstrækkeligt antal studier (Hay-Smith et al. 2009: 7). Et studies validitet øges i vores øjne, når forfattere ikke forsøger at lægge skjul på, hvad der ikke er muligt for dem at udføre. Eksempelvis som her, hvor forskerne redegør for hvilken analyse, der ikke var nyttig af gennemføre.

16 studier opfyldte selektionskriterierne for inklusion i reviewet, men kun 7 af disse havde beskrevet randomiseringsprocessen tilstrækkeligt til, at forskerne med sikkerhed kunne klassificere dem til at have en lav risiko for selektionsbias. De resterende 9 studier blev klassificeret til at have en moderat risiko for selektionsbias (Hay-Smith et al. 2009: 15). Vi formoder, at den ringe beskrivelse af randomiseringsprocessen i 9 af studierne kan svække de enkelte studiers validitet, da

det ikke er klart om confounding af både kendte og ukendte faktorer er forebygget i tilstrækkelig grad gennem god randomisering. For at øge validiteten af meta-analysen kunne forskerne have valgt at ekskludere de studier, hvor randomiseringen ikke var velbeskrevet, men i så fald kunne vi forestille os, at der ville blive for få sammenlignelige studier til at gøre en pooling af estimerne meningsfuld.

Forskerne har imidlertid overordnet set taget højde for risici for bias, herunder confounding, gennem udregning af en kvalitetsscore for hvert enkelt studie, som har afgjort studiernes vægt i meta-analysen (Juul 2004: 173). Denne vægtning fremstår som en procentsats i meta-analyseskemaerne og betegnes "weight" (Hay-Smith et al. 2009: 48-51; 54-57; 60-64). Det betyder, at de enkelte studier ikke har fået lov til at vægte mere i poolingen af estimerne end deres metodiske kvalitet kunne bære, hvorfor meta-analysens validitet i sidste ende styrkes.

En af de oplysninger, der kan hjælpe til vurdering af de inkluderede studiers pålidelighed, er oplysning om, hvorvidt der er gjort brug af blinding, da risikoen for informationsbias falder med anvendelsen af blinding. Da både behandlernes og deltagernes egen aktive medvirken var nødvendig i gennemførelsen af træningsbaseret intervention, var blinding af disse grupper ikke mulig. Derimod var blinding af de forskere, der skulle foretage en vurdering af outcome mulig. 8 ud af de 16 studier rapporterede om, at outcomevurderingen var foretaget blindet. De resterende 8 studier var ikke foretaget blindet, hvilket skaber en moderat risiko for informationsbias blandt disse (Hay-Smith et al. 2009: 15).

Rapporteringen af primært outcome, de inkluderede studier imellem, forløb på subjektiv og objektiv vis. Vi forestiller os, at der i reviewet kan være en risiko for informationsbias forbundet med dets udelukkende subjektive vurdering af primært outcome i form af deltagernes selvrapportering af urininkontinens – en informationsbias, der kunne føre til misklassifikation af primært outcome. Vi undrer os over, hvorvidt et objektivt, målbart primært outcome i højere grad kunne bidrage til en præcisering af bækkenbundstræningens effekt og derved højne meta-analysens validitet. Som eksempel kan vi nævne et primært outcome målt ved hjælp af en

blevejningstest (Lose & Fischer-Rasmussen 2005: 294-295) vurderet af en blindet fagperson. Forfatterne af reviewet var imidlertid nødsaget til at vælge selvrapportering af urininkontinens, da de på sin vis var styret af de enkelte studiers valg af primært outcome.

Et andet bemærkelsesværdigt forhold i reviewet er den varierende frafaldsprocent (4-38 %) de inkluderede studier imellem. Eftersom forfatterne vurderede, at der ikke var stor forskel i proportionerne mellem frafald i henholdsvis interventions- og kontrolgrupperne i 11 af studierne (Hay-Smith et al. 2009: 15), mener vi imidlertid ikke, at det får nogen afgørende betydning for vurderingen af bækkenbundstrænings effekt ud fra meta-analysen.

Forfatterne bruger gennemgående udtrykket "usual care", men fastslår ikke en overordnet definition af den sædvanlige behandling, da denne, studierne imellem, varierede fra alt mellem ingen information, til rådgivning og/eller pjece omhandlende bækkenbundstræning (Hay-Smith et al. 2009: 5). Reviewets forfattere pointerede denne problematik, men fremlægger på overskuelig vis i skemaet "Characteristics of included studies" al tilgængelig information om den sædvanlige behandling i de enkelte studiers kontrolgrupper (ibid: 28-43). Den skematiske oversigt gør det derved muligt at overskue ligheder og forskelle mellem studierne.

I samme skema har forfatterne ligeledes gjort rede for al tilgængelig information om hvert enkelt studies interventionsprogram og som det fremgår af skemaet varierer disse ligeledes. Variationen vedrører blandt andet varighed, supervision/instruktion, intensitetsniveau og antallet af kontakter med sundhedspersoner (ibid).

Vi overvejer, hvorvidt det at inkludere studier med varierende bækkenbundstræningsdosis kan påvirke det poolede estimat for effekten af bækkenbundstræning i en underestimerende retning og derved øge risikoen for type 2 fejl (ibid: 22). En type 2 fejl kan beskrives som en fejlagtig accept af nulhypotesen om ingen sammenhæng (Juul 2004: 74). Sagt med andre ord øges risikoen for, at forskerne fejlagtigt forkaster deres hypotese om, at bækkenbundstræning som forebyggelse og

behandling af urininkontinens er bedre end den sædvanlige ante- og postpartum behandling eller ingen behandling.

Som angivet i reviewet har blot 8 ud af alle de inkluderede studier fremført indholdsbeskrivelsen af både kontrolgruppernes behandling og interventionsprogrammerne fyldestgørende nok til, at reviewets forfattere kunne kategorisere bækkenbundstræningen (Hay-Smith et al. 2009: 13).

De resterende 8 studier rapporterede ikke med tilstrækkelig detaljeret information om interventionsprogrammet og den sædvanlige behandling i kontrolgruppen til, at review forfatterne kunne være sikre på, at bækkenbundstræningsprogrammet havde potentialet til at forbedre muskelfunktion (ibid: 14). Forfatterne har derfor afslutningsvis vanskeligheder ved at vurdere effekten af bækkenbundstræningen (ibid: 22). Vi anser den manglende præcisering som værende en mulig bias med risiko for at udligne forskellen i outcome mellem kontrol- og interventionsgrupperne således, at effekten af bækkenbundstræningen fremstår lavere. Der vil i denne henseende være tale om risikoen for type 2 fejl.

Nogle af de inkluderede studier kombinerede yderligere bækkenbundstræning med biofeedback, elektrostimulation og rådgivning angående strategier for håndtering af symptomer på forskellige former for urininkontinens (Hay-smith et al. 2009: 5). Da det imidlertid kun drejer sig om få af studierne, finder vi overvejende, at resultaterne afspejler effekten af bækkenbundstræning - dermed sagt, at forskerne undersøger det, de antager, at de undersøger.

6.1.2.3. Heterogenitet - Jeanette

Indenfor kvantitativ forskning anvendes begrebet heterogenitet, som i systematiske forskningsoversigter henviser til forskellighed mellem de inkluderede studiers primære outcome (Jul 2004: 171). Som nævnt ovenfor ses der variation inden for henholdsvis studiernes interventionsprogram og den sædvanlige behandling i kontrolgrupperne. Disse uligheder kan efter vores opfattelse netop beskrives som årsager til heterogenitet.

Reviewforfatterne har klarlagt 3 årsager til klinisk heterogenitet:

- Basiskarakteristika (så som paritet, fødselsmåde, type og varighed af inkontinens blandt de kvinder, som havde symptomer inden randomiseringen)
- Interventionsprogrammerne
- Den sædvanlige behandling i kontrolgrupperne

(Hay-Smith et al. 2009: 22).

Forskerne klarlagde endvidere, at en undersøgelse af basiskarakteristikens effekt på interventionsprogrammernes primære outcome ville kræve en individuel meta-analyse for de enkelte basiskarakteristika. En sådan meta-analyse var imidlertid uden for rammerne af reviewet (ibid). At forskerne ikke korrigerer for disse mulige confoundere, mener vi kan øge risikoen for, at effekten i interventionsgrupperne tilskrives en forkert gruppe kvinder (Juul 2004: 153). Hvis det for eksempel er tilfældet, at bækkenbundstræningen kun har en effekt på multipara og ikke nullipara, vil effekten fejlagtigt generaliseres til begge grupper af kvinder, idet der ikke er korrigeret for de enkelte basiskarakteristika.

Det optimale vil være at korrigere for mulige confoundere med risiko for påvirkning af primært outcome. Det er imidlertid idealistisk at tro, at der kan renses for alt, eftersom det kan medføre, at resultaterne bliver uinteressante for klinisk praksis på grund af for få deltagere. Med udgangspunkt i reviewets formål vil en korrektion for basiskarakteristika endvidere være overflødig, da forskerne ikke ønskede at undersøge effektiviteten af bækkenbundstræningen blandt specifikke grupper af gravide og barslende kvinder.

Hvad angår de to sidstnævnte årsager til heterogenitet gennemgik forskerne interventions- og kontrolprogrammernes indhold og anvendte statistisk beregning for heterogenitet. På denne måde bliver det muligt for forskerne at identificere forskelle mellem studierne af potentielt afgørende betydning for primært outcome. Efter identifikationen blev omfanget af heterogeniteten diskuteret (Hay-Smith et al. 2009: 7; 22). I de tilfælde, hvor forskerne fandt statistisk signifikant heterogenitet, forsøgte de at korrigere poolingsresultatet ved hjælp af yderligere statistisk beregning (ibid: 17-18). At forfatterne så vidt muligt har taget højde for heterogenitet, anser vi som

værende af afgørende betydning for reviewets validitet, da sammenlignelighed, også kaldet homogenitet er påkrævet for, at estimater fra forskellige studier kan pooler i en meta-analyse (Juul 2004: 171).

6.1.2.4. Databearbejdning - Jeanette

Studiernes kvalifikation og metodiske kvalitet blev uafhængigt vurderet. Behandlingen af data forløb efter fastlagte Cochrane kriterier og sammenligninger af data blev foretaget særskilt i tre forskellige populationer af kvinder:

- Forebyggelsesorienterede studier indeholdende kvinder, som var kontinente under randomiseringen
- Behandlingsorienterede studier indeholdende kvinder, som var inkontinente under randomiseringen
- Blandet forebyggelses- og behandlingsorienterede studier indeholdende kvinder, som var enten kontinente eller inkontinente under randomiseringen

Studierne blev ydermere inddelt i to grupper afhængigt af om kvinderne startede bækkenbundstræning antepartum eller postpartum (Hay-Smith et al. 2009: 1).

Den valgte opdeling har god sammenhæng til reviewets formål. Rent metodisk sikrer dette, efter vores mening, studiets evne til at undersøge forskernes opstillede hypotese, hvorved den interne validitet højnes. Yderligere øges sammenligneligheden mellem data således, at der opnås homogenitet, hvilket som tidligere nævnt gør det muligt for forskerne at gennemføre en meta-analyse.

6.1.2.5. Intern validitet - Louise

Eftersom forfatterne kritisk forholder sig til og åbent beskriver eventuelle bias, lader de læseren selv om at vurdere studiets gyldighed.

Vi kan ud fra vores metodiske analyse af reviewet udlede, at nogle af de inkluderede studiers risiko for type 2 fejl kan have en underestimerende effekt på resultatet. På trods af, at det er alment kendt, at en meta-analyse ikke bliver bedre end de studier, hvis data indgår, må vi understrege, at den statistiske usikkerhed generelt set kan

reduceres ved at øge studiepopulationen (Juul 2004: 99). Vi formoder derfor, at meta-analysen kan højne præciseringen i et samlet estimat.

Overordnet har reviewforfatterne i vores øjne så vidt muligt forsøgt at korrigere for forskellige former for bias og eftersom den metodiske fremgangsmåde samt pooling af estimerne ydermere har fulgt systematiske foreskrevne Cochrane regler, mener vi gennemgående, at reviewets interne validitet er høj. For os at se har forskerne således ikke konkluderet på mere end der var evidens for.

6.1.2.6. Ekstern validitet - Jeanette

I og med, at vi gennemgående finder den interne validitet høj for den repræsenterede målpopulation, er det nu relevant at betragte reviewets generaliserbarhed til andre populationer (Juul 2004: 250).

Da forskerne ikke har korrigeret for de enkelte basiskarakteristika, kan effekten af bækkenbundstræning hverken til- eller fraskrives bestemte grupper af kvinder.

Reviewets resultater kan i stedet blot angive et billede af bækkenbundstræningens forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens i en population afspejlende den generelle gruppe af gravide og barslende kvinder, vi møder i den almene obstetriske praksis.

De inkluderede studier er gennemført i landene Australien, Tyskland, Canada, Storbritannien, New Zealand, Mexico, Schweiz, Norge, USA og Holland (Hay-Smith et al. 2009: 28-42). Det brede spektrum af nationaliteter i studiepopulationerne, mener vi, øger muligheden for, at resultaterne kan overføres til andre geografiske populationer. Vi anser yderligere bækkenbundstræning og urininkontinens som værende af universel karakter. Dermed ikke sagt, at disponeringen for udvikling af urininkontinens ikke kan variere lande imellem, men da bækkenbundstræningens effekt på urininkontinens er så målbart et parameter vurderer vi, at reviewets resultater kan generaliseres og har relevans for klinisk praksis i Danmark.

6.1.2.7. Resultater - Louise

For at gøre resultat afsnittet mere overskueligt for læseren har vi valgt løbende at fremstille og metodeanalysere relevante resultater særskilt for henholdsvis bækkenbundstræningens forebyggende effekt, behandlende effekt samt de undersøgelser, der indbefatter en blanding af både den forebyggende og behandlende effekt. (I bilag 3 findes et oversigtskema over disse resultater). Resultat afsnittet afrundes med en kort fremstilling af resultaternes implementering i klinisk praksis med udgangspunkt i delelementer fra forskernes konklusion.

I signifikanstestning af data anvendte forskerne et 5 % signifikansniveau (P-værdi 0,05) svarende til et 95 % sikkerhedsinterval (CI), hvilket også er det mest almindelige indenfor kvantitativ forskning (Juul 2004: 71). Et resultat er statistisk signifikant, hvis tallet 1 ikke indgår i CI, det vil sige hvis P-værdien i denne sammenhæng er under 0,05. Resultaterne fremstilles i afsnittet som af RR (Relativ Risiko) og de dertilhørende 95 % CI. Vi fravælger at nævne P-værdi, som forskerne ligeledes gør under reviewets resultat afsnit, da et sikkerhedsinterval giver langt mere information end en P-værdi (ibid: 72). Eksempelvis afspejler sikkerhedsintervallet med sin bredde graden af usikkerhed; jo bredere sikkerhedsinterval, jo større grad af usikkerhed og modsat, jo smallere sikkerhedsinterval, jo mindre grad af usikkerhed (ibid: 23).

6.1.2.7.1. Forebyggende effekt - Louise

Under sammenligning af intervention (bækkenbundstræning) og kontrol (den sædvanlige behandling) fandt forskerne 56 % lavere rapportering af urininkontinens i perioden fra 34. graviditetsuge til fødslen (RR 0.44, 95 % CI 0.30-0.65) blandt gravide førstegangsfødende kvinder, som var kontinente på randomiseringstidspunktet og startede bækkenbundstræning under graviditeten. Rapporteringen af urininkontinens var 50 % lavere (RR 0.50, 95 % CI 0.31-0.80) i den tidlige postpartum periode (mindre end 12 uger) i forhold til rapporteringen i kontrolgruppen. I perioden fra 12 uger til og med 6 måneder postpartum fandtes en 29 % lavere rapportering af urininkontinens blandt de førstegangsfødende kvinder, som var kontinente, da de opstartede

bækkenbundstræning under graviditeten (RR 0.71, 95 % CI 0.52-0.97) (Hay-Smith et al. 2009: 16).

Gældende for postpartum perioden fra 6 måneder til og med 12 måneder bidrog kun ét studie med resultater til vurdering af bækkenbundstrænings forebyggende effekt på urininkontinens, hvor bækkenbundstræningen var påbegyndt antepartum. Den forebyggende effekt viste for denne periode ikke et statistisk signifikant resultat (RR 1.20, 95 % CI 0.65-2.21). Tilknyttet resultatet ses et bredt sikkerhedsinterval. Som vi tidligere påpegede, hænger et bredt sikkerhedsinterval sammen med en større grad af usikkerhed, hvorfor vi mener, at det ikke statistisk signifikante resultat vedrørende den forebyggende effekt fra 6 måneder til og med 12 måneder er forbundet med usikkerhed og en lavere grad af præcision. En årsag til det brede sikkerhedsinterval kan findes i studiepopulationens størrelse blot omfattende 44 deltagere. At udregne et resultat ud fra en population af den størrelsesorden kan i vores øjne øge risikoen for type 2 fejl, hvis der drages en konklusion ud fra så lille et studie. Uddybet nærmere øges risikoen for, at forskerne accepterer nulhypotesen om ingen sammenhæng. Det vil sige, at forskernes hypotese om, at bækkenbundstræning har en forebyggende effekt på urininkontinens i dette tilfælde fejlagtigt forkastes. Der bør efter vores og forfatterens mening derfor ikke konkluderes på resultatet således, at forskernes hypotese forkastes. Resultatet kan i stedet være en begrundelse for, at der bør genereres mere viden på dette område (Hay-Smith et al. 2009: 16; Juul 2004: 73-74). Ingen af de inkluderede studier bidrog med data til vurdering af den forebyggende bækkenbundstræning med påbegyndelse postpartum. Der kan derfor ligeledes med fordel forskes yderligere i denne del af den forebyggende bækkenbundstræning.

6.1.2.7.2. Behandlende effekt - Jeanette

Der var kun ét studie, som kunne bidrage med data til vurdering af den behandlende effekt hos urininkontinente kvinder, hvor bækkenbundstræning blev påbegyndt i graviditeten. Studiet var for lille til at kunne vise om der var en reel forskel i rapporteringen af urininkontinens mellem interventions- og kontrolgruppen.

Forskerne kunne blot konkludere på et resultat af de poolede estimater hvad angår den behandlende effekt af bækkenbundstræning. Blandt de tre studier, som bidrog til dette resultat, påbegyndtes bækkenbundstræning 3 eller flere måneder postpartum og effekten blev vurderet 12 måneder postpartum. Her fandt forskerne, at 21 % færre kvinder rapporterede om urininkontinens i interventionsgruppen sammenlignet med de kvinder, der modtog den sædvanlige behandling eller ingen behandling (RR 0.79, 95 % CI 0.70-0.90) (Hay-Smith et al. 2009: 17).

6.1.2.7.3. Blandet forebyggende og behandlende effekt - Jeanette

I undersøgelsen af den samlede forebyggende og behandlende effekt af bækkenbundstræning var såvel kontinente som inkontinente kvinder randomiseret til antepartum bækkenbundstræning. I den sidste del af graviditeten var rapporteringen af urininkontinens 12 % lavere (RR 0.88, 95 % CI 0.81-0.96) i forhold til rapporteringen blandt kvinderne i kontrolgruppen. Forskerne fandt bemærkelsesværdig stor heterogenitet i denne sammenligning. Efter at have korrigeret for heterogeniteten ved hjælp af statistisk beregning var resultatet ikke længere statistisk signifikant. Dermed sagt, at der ikke kunne drages nogen konklusion om, at antepartum bækkenbundstræning havde en blandet forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens, da studierne ikke var tilstrækkelig sammenlignelige (Hay-Smith et al. 2009: 18).

Hvad angår rapporteringen af urininkontinens blandt de kvinder, som påbegyndte forebyggende og behandlende bækkenbundstræning enten i graviditeten eller postpartum, fandt forskerne ingen statistisk signifikante resultater i sammenligningen med rapporteringen blandt kvinderne i kontrolgruppen. Dette gjaldt både ved vurderingen af effekten i den tidlige (til og med 12 uger), midterste (fra 12 uger til og med 6 måneder) eller den sene (fra 6 måneder til og med 12 måneder) postpartum periode.

Der var ingen studier, der kunne bidrage med data til vurderingen af effekten af den blandede forebyggende og behandlende bækkenbundstræning i den tidlige postpartum periode, hvor bækkenbundstræningen var påbegyndt postpartum.

Til gengæld kunne et lille studie bidrage med data, hvor bækkenbundstræningen var påbegyndt i graviditeten. På grund af studiepopulations størrelse på blot 51 deltagere kunne forskerne ikke konkludere på resultatet for bækkenbundstræningens forebyggende og behandlende effekt vurderet i den tidlige postpartum periode (Hay-Smith et al. 2009: 18).

Der kan stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt der kan konkluderes på bækkenbundstræningens blandede forebyggende og behandlende effekt ud fra de statistisk ikke-signifikante resultater for den midterste og sene postpartum periode. Hvad angår den midterste postpartum periode ses snævre sikkerhedsintervaller tilknyttet resultaterne, hvor bækkenbundstræningen var påbegyndt antepartum (RR 0.89, 95 % CI 0.78-1.02) og postpartum (RR 0.97, 95 % CI 0.85-1.09) (ibid). Som tidligere nævnt er smalle sikkerhedsintervaller forbundet med en lavere grad af usikkerhed med hensyn til resultaterne. På denne baggrund mener vi at kunne udlede, at der er en lav grad af usikkerhed forbundet med de to ovennævnte resultater. Vi mener derfor, at der eventuelt tegner sig en tendens til, at blandet forebyggende og behandlende bækkenbundstræning påbegyndt både ante- og postpartum, ingen effekt har på urininkontinens, når kvinderne træder ind i den midterste postpartum periode fra 12 uger til og med 6 måneder.

For samme periode ønsker vi nu at sammenkoble bækkenbundstræningens blandede forebyggende og behandlende effekt med den rent forebyggende effekt. Som tidligere nævnt i afsnittet om forebyggelse fandtes en 29 % lavere rapportering af urininkontinens blandt de førstegangsfødende kvinder, som var kontinente, da de opstartede bækkenbundstræning under graviditeten (Hay-Smith et al. 2009: 16). Afslutningsvis i reviewet påpegede forskerne, at det var usikkert, hvorvidt denne effekt varede ved efter 3 måneder (ibid: 22). Vi kan ikke finde et argument for, at forskerne til slut tvivlede på den forebyggende effekt i postpartum perioden fra 12 uger til og med 6 måneder. Vi har en formodning om, at tvivlen skyldes, at den forebyggende effekt ikke kan genfindes i resultaterne for effekten af den blandede forebyggende og behandlende bækkenbundstræning. Tvivlen angående gyldigheden af det

forebyggende resultat for perioden fra 12 uger til og med 6 måneder finder vi betydelig, hvorfor vi ikke drager nogen konklusion om bækkenbundstrænings forebyggende effekt ud fra dette resultat.

6.1.2.7.4. Resultaternes implementering i klinisk praksis - Louise

Reviewets resultater afspejler, som tidligere nævnt, forskellen i rapporteringen af urininkontinens mellem interventions- og kontrolgrupperne, hvor størstedelen af interventionsprogrammerne indeholder mere intensiv bækkenbundstræning end den sædvanlige behandling i kontrolgrupperne. Ud fra denne betragtning kræver det sandsynligvis intensive forebyggende og behandlende bækkenbundstræningsprogrammer og/eller supervision for, at forekomsten af urininkontinens kan reduceres hos kvinder i den sidste del af graviditeten og i postpartum perioden (Hay-Smith et al. 2009: 22-23).

6.2. Delanalyse af empiri op mod problemformuleringen - Jeanette

Via ovenstående fremstilling og metodeanalyse af reviewets resultater har vi undersøgt bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder.

For at yderligere at kunne analysere reviewets resultater op mod vores problemformulering er det samtidig væsentligt at klargøre, hvorvidt resultaterne i reviewet kan overføres til de gravide og barslende kvinder, vi som jordemødre møder i klinisk praksis. Det vil herefter være muligt at belyse, hvorvidt vi som jordemødre, med bækkenbundstræning i fokus, kan yde en sundhedsfremmende indsats i konsultationen med det mål at reducere forekomsten af urininkontinens hos både gravide og barslende kvinder.

Som jordemødre møder vi alle slags gravide og barslende kvinder i vores daglige praksis, såvel første- som flergangsfødende, ung som ældre, vaginalfødende som sectiopatients og så videre. I og med, at vores faggruppe berører en blandet gruppe af

kvinder med forskellige karakteristika, er spørgsmålet i første omgang om reviewets resultater er relevante for samtlige af disse kvinder.

Overordnet set er der en sandsynlighed for, at nogle grupper af gravide og barslende kvinder vil have større eller mindre effekt af forebyggende eller behandlende bækkenbundstræning. Da forskerne ikke har korrigeret for de forskellige karakteristika, kan en eventuel ulige effektfordeling ikke udledes af reviewet. Det vil sige, at når vi som jordemødre for eksempel ser en gravid kontinent kvinde på 18 år i konsultationen, der har påbegyndt bækkenbundstræning i graviditeten, ved vi realiteten ikke om bækkenbundstræningen har en mindre forebyggende effekt i hendes tilfælde end hos den gravide kontinente 40-årige kvinde.

Hvad angår paritet findes der i reviewet evidens for, at kontinente førstegangsfødende, som påbegynder bækkenbundstræning under graviditeten, er i mindre risiko for at udvikle urininkontinens i sidste del af graviditeten fra 34 uger samt i tiden efter fødslen til og med 12 uger (Hay-Smith et al. 2009: 2;16). Da resultaterne kun indbefatter førstegangsfødende, er den forebyggende effekt af bækkenbundstræning derfor muligvis ikke gældende for de kontinente flergangsfødende, vi møder i praksis. Med udgangspunkt i anden del af vores problemformulering vil det derfor kun med sikkerhed være muligt at belyse, hvorvidt vi som jordemødre, med bækkenbundstræning i fokus, kan reducere forekomsten af urininkontinens gennem en sundhedsfremmende indsats hos kontinente førstegangsfødende.

Ud fra reviewets resultater kan vi til gengæld udlede, at både de første- og flergangsfødende, vi arbejder med i klinisk praksis, kan få gavn af at påbegynde bækkenbundstræning efter fødslen som behandling af vedvarende inkontinens (ibid: 2; 17). At bækkenbundstræningens behandlende effekt generelt set kan gavne alle barslende kvinder af enhver paritet, finder vi af relevans for den gruppe af kvinder, vi ønsker at berøre gennem vores projekt. Vi må dog have for øje, at det ikke kan udledes af reviewet om effekten af bækkenbundstræningen på urininkontinens i samme omfang kan tilskrives henholdsvis de første- og flergangsfødende. At vi ikke kender til effektfordelingen øger risikoen for, at vi fejlagtigt generaliserer

bækkenbundstræningens effekt til at gælde for alle barslende urininkontinente kvinder, første- såvel som flergangsfødende, som vi berører i praksis.

Vi mener på trods af ovenstående, at reviewets resultater er anvendelige i forhold til besvarelse af vores problemformulering. At reviewet ikke differentierer mellem de forskellige karakteristika, kan sammenkobles med den opfattelse vi har af danske jordemødres rådgivning om bækkenbundstræning. Det er vores opfattelse, at mange jordemødre i deres daglige praksis giver en generel rådgivning om bækkenbundstræning til alle gravide og barslende kvinder – uanset kvindernes grad af disponering i forhold til udvikling af urininkontinens. Reviewets ikke-differentierede tilgang til kvindernes karakteristika stemmer derfor godt overens med vores opfattelse af jordemødres nuværende generaliserende tendens. Dette kan argumentere for, at de empiriske resultater har relevans for dansk klinisk praksis og besvarelsen af vores problemformulering.

Reviewets resultater viser kun evidens for, at bækkenbundstræning har en effekt på urininkontinens, når træningen opdeles i henholdsvis forebyggende og behandlende bækkenbundstræning. Der kan kun konkluderes på få af resultaterne for bækkenbundstræning som blandet forebyggelse og behandling af urininkontinens, hvorfor det ikke kan siges med sikkerhed, at et generelt bækkenbundstræningsprogram vil gavne både den kontinente som inkontinente gravide eller barslende kvinde. Sagt med andre ord, at der ud fra reviewet kun kan påvises en effekt af bækkenbundstræning så længe, at jordemødre tilrettelægger og instruerer i bækkenbundstræningen på baggrund af om den enkelte kvinde er inkontinent eller kontinent.

Vi har nu analyseret reviewets resultater op mod første del af vores problemformulering og herunder undersøgt, hvorvidt de kan overføres til de gravide og barslende kvinder, vi som jordemødre møder i vores daglige praksis. Det vil derefter være muligt for os at besvare anden del af vores problemformulering med udgangspunkt i ovenstående evidens. Vi ønsker her at belyse, hvorvidt vi som

jordemødre kan yde en sundhedsfremmende indsats i jordemoderkonsultationen med henblik på at reducere forekomsten af urininkontinens hos både gravide og barslende kvinder.

Ud fra reviewet kan vi imidlertid udlede, at der muligvis kun er evidens for, at bækkenbundstræning har en forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens i de tilfælde, hvor bækkenbundstræningen når et højt intensitetsniveau og/eller foregår under supervision. En sundhedsfremmende indsats i konsultationen, med bækkenbundstræning som middel til at reducere forekomsten af urininkontinens hos gravide og barslende kvinder, vil således kræve, at jordemødre instruerer og vejleder i intensive bækkenbundstræningsprogrammer tilrettelagt ud fra henholdsvis en forebyggende og behandlende tilgang til urininkontinens.

7. Fremstilling og analyse af teori - Louise

Dette afsnit indeholder en fremstilling af vores udvalgte teorier efterfulgt af en delanalyse af disse op mod anden del af vores problemformulering.

7.1. Fremstilling af teori - Louise

Under teorifremstillingen introducerer vi indledningsvist videnskabsteorien "hermeneutik". I det efterfølgende teoriafsnit om sundhedsfremme præsenteres begrebet i første omgang ud fra et generelt perspektiv, hvorefter begrebet fremstilles med afsæt i Antonovskys teori om følelsen af sammenhæng. Under det sidste teoriafsnit fremstilles forebyggelsesbegrebet sammenholdt med sundhedsfremme.

7.1.1. Hermeneutik - Jeanette

Ordet "hermeneutik" kan oversættes til fortolkningskunst eller forståelselære og er et begreb med filosofisk tradition, som har rødder langt tilbage til 1500-tallet (Jensen & Johnson 2000: 55).

Ifølge hermeneutikken anskuer ethvert menneske verden via sin egen forståelseshorisont, hvorigennem alt fortolkes og forstås. Horisonten kan sidestilles med et af hermeneutikkens nøgleord "for-forståelse", som blandt andet udgøres af

forventninger, meninger, erfaringer og fordomme (Birkler 2005: 96-98). Enhver person kan udvide deres forståelseshorisont og derved sætte sin for-forståelse i spil. Det er dog kun muligt under forudsætning af, at vi bliver bekendt med, hvorledes vi anskuer vores verden (ibid: 98; 102).

I denne henseende finder vi det nu væsentligt at præsentere den hermeneutiske cirkel, som billedligt forklarer sammenhængen mellem delforståelse og helhedsforståelse (ibid: 98). Begrebet kan forstås via en cirkularitet, hvor to tolkninger ligger til grund for forståelse. Den ene tolkning af den hermeneutiske cirkel kan beskrives ved, at det, man forstår, kun kan forstås på baggrund af det, man allerede forstår. På denne måde ses delforståelsen og helhedsforståelsen som værende indbyrdes afhængige. Som eksempel betragtet må vi, hvis vi skal forstå et andet menneske som en isoleret del, se dette menneske som en del af en større helhed med tilhørende erfaringer, viden og så videre.

Den anden tolkning af den hermeneutiske cirkel er baseret på erkendelse. Denne tolkning giver svar på, hvordan et individ på baggrund af sin forståelseshorisont vil kunne skabe ny forståelse. Som erkendelsesteoretisk pointe lader dette sig kun gøre, hvis man stiller sig ydmyg og åben over for nye delforståelser (Birkler 2005: 95; 98-101). Skabelsen af en ny delforståelse forudsættes af en be- eller afkræftelse af ens for-forståelse. Forståelsen former sig således ved at be- eller afkræfte såvel bevidste som ubevidste opstillede egne hypoteser (ibid: 96). Opdagelse af en ny delforståelse vil efterfølgende skabe en revidering af helhedsforståelsen og ens forståelseshorisont udvides derved.

Udover at stille sig ydmyg kan betingelsen for forståelse bedres ved, at sproget i større omfang få lov at virke som kommunikationsmiddel (ibid: 94). Målet med dialog er i den henseende ikke at tale til den anden person, men med den anden (ibid: 102). Ved både at kommunikere på fyldestgørende vis og stille sig ydmyg bliver det i højere grad muligt at udvide sin forståelseshorisont og endvidere muligvis opnå en fælles forståelse nærmere betegnet en horisontsammensmeltning (ibid: 100-101).

7.1.2. Sundhedsfremme - Louise

Inden fremstilling af begrebet "sundhedsfremme" er det relevant at nævne, hvorledes sundhed kan defineres. Med udgangspunkt i WHO's definition karakteriseres sundhed som fuldstændig fysisk, mentalt og socialt velbefindende og ikke blot som fravær af sygdom (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen: 7). I 1986 fremsatte WHO en definition af sundhedsfremme, som også anvendes i dag:

Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende, må den enkelte eller gruppen være i stand til at identificere og realisere mål, at tilfredsstille behov og at ændre eller at kunne klare omverdenen (ibid).

I det sundhedsfremmende arbejde søges at finde svar på hvad, der holder folk sunde/raske i stedet for hvad, der gør dem syge (Jensen & Johnsen 2000: 6). Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi (1923-1994), var i sin tid med til at ændre fokus fra sygdom til sundhed og fremsatte teorien om, at sundhed generelt set kunne sidestilles med det at have en følelse af sammenhæng (ibid: 84; 88).

Hovedelementerne i følelsen af sammenhæng udgøres ifølge Antonovsky af begribelighed, håndtérbarhed og meningsfuldhed. I henhold til hans teori kan følelsen af sammenhæng opstå gennem forskellige læreprocesser i livet, da disse har indflydelse på vores måde at anskue verden på. Læreprocesserne "forudsigelighed, belastningsbalance og delagtighed" har en direkte sammenhæng til de komponenter, der fører til en følelse af sammenhæng. Sammenhængen mellem læreprocesserne og komponenterne kan kort beskrives således: Måden at opleve forudsigelighed på ligger til grund for følelsen af begribelighed, hvilket vil sige, at verden er til at forstå. Den rette belastningsbalance ligger til grund for følelsen af håndtérbarhed. Hertil hører de ressourcer, man har for at klare de krav, man bliver udsat for. Til slut ligger delagtighed og inddragelse til grund for følelsen af meningsfuldhed - sagt med andre ord, at livet og dets problemer/udfordringer grundlæggende er værd at investere energi i (Jensen & Johnsen 2000: 88-89).

Sundhedsfremme kan således, ud fra Antonovskys perspektiv, beskrives som det at styrke følelsen af sammenhæng. De personer, der har en oplevelse af sammenhæng, vil efter Antonovskys teori have lettere ved at takle stressorer⁴ og derved fremme egen sundhed.

Da sundhed generelt set er meget individuelt, tager den professionelle praktiker i det sundhedsfremmende arbejde udgangspunkt i den enkelte borgers konkrete opfattelse af egen situation, mål og ressourcer (Jensen & Johnsen 2000: 13). For, som praktiker, at nå målet med hensyn til at skabe følelsen af sammenhæng hos en borger, må den professionelle arbejde i øjenhøjde med borgeren og gennem dialog finde frem til handlemuligheder og ressourcer (ibid: 10).

7.1.3. Forebyggelse - Jeanette

Begreberne "sundhedsfremme" og "forebyggelse" anvendes ofte misvisende i flæng som udtryk for stort set det samme. Sundhedsfremme og forebyggelse er derimod to forskellige begreber med hvert deres mål og middel.

Hvor sundhedsfremme overordnet set handler om at fremme folks sundhed ved at øge deres følelse af sammenhæng, er målet med forebyggelse at holde folk raske ved at undgå sygdom (Jensen & Johnsen 2000: 7).

Forebyggelsesarbejde er baseret på risikotænkning, hvor praktikereren agerer som en ekspert. En koncentreret forebyggelsesindsats vil derfor foregå på en måde, hvor den professionelle fremstår som en bedreviddende person, der dikterer, hvad borgeren skal gøre. Med hensyn til at fremme folks sundhed er en udelukkende forebyggende indsats sjældent hensigtsmæssig. Det er imidlertid muligt at arbejde forebyggende på en sundhedsfremmende måde. Herved forstås, at de iboende værdier og mål i sundhedsfremme kan tjene til at afbalancere forebyggelsesinitiativer (ibid: 7-8).

7.2. Delanalyse af teori op mod problemformuleringen - Louise

Efter at have undersøgt bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens blandt gravide og barslende, ønsker vi nu yderligere at belyse,

⁴ Krav, som en person ikke har nogen umiddelbart tilgængelige og automatisk tilpassede svar på (Jensen og Johnsen 2000: 87).

hvorvidt vi som jordemødre kan reducere forekomsten af urininkontinens gennem en sundhedsfremmende indsats. Dette foretages ud fra vores udvalgte teori og med evidensen som grundlag.

Med udgangspunkt i den hermeneutiske forståelselære vil vi analysere os frem til, hvorledes jordemødre kan indlede den sundhedsfremmende indsats i mødet med den gravide, hvorefter der fokuseres på elementerne i den sundhedsfremmende indsats.

For vi som jordemødre kan arbejde sundhedsfremmende under konsultationen, med det mål at reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende, må vi i første omgang revidere vores helhedsforståelse. Revideringen kan ske ved inddragelse af nye delforståelser omhandlende erkendelse og implementering af ny viden på området. For at dette kan lade sig gøre må den enkelte jordemoder stille sig ydmyg og åben over for den nye viden, hvilket formentlig vil kræve en be- eller afkræftelse af egen for-forståelse. Den enkelte jordemoder må altså være villig til at arbejde med sin for-forståelse for at kunne udvide sin forståelseshorisont. Som konkret eksempel kan nævnes; hvis en jordemoder er af den overbevisning, at vi som faggruppe ikke kan medvirke til at reducere forekomsten af urininkontinens, kræver det, at hun sætter sin for-forståelse i spil for at kunne implementere nye elementer i sin praksis omhandlende forebyggelse og behandling af urininkontinens.

Efter at den enkelte jordemoder har udvidet sin forståelseshorisont hvad angår den nyeste viden, kan hun påbegynde det sundhedsfremmende arbejde i mødet med den gravide kvinde.

Da sundhed er individuel, må jordemoderen i den sundhedsfremmende indsats tage udgangspunkt i den enkelte gravides konkrete opfattelse af egen situation, ressourcer, erfaringer og viden i forhold til urininkontinens og bækkenbundstræning - overordnet betegnet hendes forståelseshorisont. Ethvert menneske kan kun skabe forståelse på baggrund af det, personen allerede forstår. En sundhedsfremmende indsats betinges derfor af, at jordemoderen indledningsvist skaber en dybere forståelse for den gravides forståelseshorisont omhandlende bækkenbundstræning og urininkontinens. Gennem åben dialog kan jordemoderen erfare flere delforståelser, som får indvirkning

på hendes helhedsforståelse for den enkelte gravide. Vigtigt er, at jordemoderen erkender, at hun rent fagligt er specialist på fagområdet, men at hun er uvidende hvad angår den enkelte kvindes liv og forståelseshorisont, hvorfor hun må stille sig ydmyg i dialogen.

Med udgangspunkt i den gravides forståelseshorisont kan jordemoderen nu søge at introducere den gravide til nye delforståelser, der kan revidere den gravides helhedsforståelse omkring urininkontinens og bækkenbundstræning. Den gravide kan på samme måde som jordemoderen kun revidere sin helhedsforståelse, så længe hun er villig til at arbejde med sin egen for-forståelse. Sagt med andre ord er det at skabe de rette forudsætninger for dialogen i konsultationen umiddelbart jordemoderens ansvar, men ligegyldigt hvor meget jordemoderen forsøger at stille sig ydmyg og åben over for den gravides forståelseshorisont, vil den jordemoderfaglige indsats ikke gøre en forskel uden, at den gravide også er villig til at sætte egen for-forståelse i spil. En yderligere betingelse for, at jordemoderen og den gravide kan revidere hver deres helhedsforståelse, er ikke, at der opnås enighed, men at den ene begriber det, den anden meddeler. På denne måde kommer jordemoderen og den gravide til at dele en forståelse og derved skabe fælles forståelse, hvilket optimerer forudsætningerne for en spirende dialog mellem jordemoderen og den gravide.

At reducere forekomsten af urininkontinens som jordemoder, kan sidestilles med et forebyggelsesinitiativ. Eftersom en forebyggende indsats alene er u hensigtsmæssig, når det drejer sig om at fremme de gravide og barslendes sundhed, skal den sundhedsfremmende tilgang afbalancere det forebyggende arbejde. De sundhedsfremmende værdier kommer blandt andet til udtryk, når jordemoderen taler med den gravide frem for til den gravide. Eksempelvis virker det ikke sundhedsfremmende, hvis jordemoderen dikterer, at kvinden skal huske at lave knibeøvelser. For at tale med den gravide kan hun i stedet åbne op for en konstruktiv dialog, hvor den gravide selv kommer til udtryk. På denne måde øges sandsynligheden for, at den gravide føler medansvar for initiativet, når hun forlader konsultationen.

Med udgangspunkt i Antonovskys teori om følelsen af sammenhæng kan jordemoderen arbejde sundhedsfremmende ved at benytte sig af læreprocesserne "forudsigelighed, belastningsbalance og delagtighed", som har direkte forbindelse med komponenterne begribelighed, håndtérbarhed og meningsfuldhed, der kan føre til en følelse af sammenhæng.

Med afsæt i urininkontinens og bækkenbundstræning kan jordemoderen gennem dialogen skabe forudsigelighed ved eksempelvis at tydeliggøre overfor den gravide, hvorfor netop hun kan få gavn af at modtage viden om emnerne. Dette kan jordemoderen muligvis formå ved at gøre den kontinente gravide bekendt med, at alder og paritet er kendte risikofaktorer i forhold til udvikling af urininkontinens, samt hvor mange kvinder, der i realiteten rammes af lidelsen. Den gravide vil derved blive bevidst om at hendes graviditet, forestående fødsel og tiden i sig selv øger hendes risiko for senere at udvikle urininkontinens. Ydermere vil en dialog med den kontinente såvel som den inkontinente gravide omhandlende selve lidelsen "urininkontinens" ligeledes kunne øge hendes forudsigelighed. Hos eksempelvis den inkontinente gravide med gener og manglende bevidsthed om, at hun kan forbedre sin sundhedstilstand, vil jordemoderen gennem dialog kunne bevidstliggøre hende om, at lidelsen kan afhjælpes. Vigtigt er, som tidligere nævnt, at dialogen tilpasses den enkelte kvinde med tilhørende erfaringer og viden. At jordemoderen søger at lade disse delforståelser indgå i den gravides helhedsforståelse skulle gerne kunne føre til følelsen af begribelighed - sagt med andre ord, at den gravide får forståelse for lidelsen "urininkontinens".

Med hensyn til følelsen af meningsfuldhed kan den gravide delagtiggøres i den evidensbaserede viden, jordemoderen har om bækkenbundstræning som forebyggelse og behandling af urininkontinens blandt gravide og barslende. Derudover kan jordemoderen delagtiggøre den kontinente gravide i de symptomer, som lidelsen bringer med sig. Jordemoderen kan samtidig opfordre både den kontinente som inkontinente gravide til at lytte til egen krop livet igennem således, at hun selv kan opspore symptomer på urininkontinens og konsultere egen læge. I henhold hertil kan den gravide formentlig med fordel indvies i det u hensigtsmæssige i ikke at reagere på

symptomer og gå til egen læge, eftersom lidelsen kan få konsekvenser for den enkelte kvindes sundhed, som indbefatter både fysisk, mentalt og socialt velbefindende. Med øget viden på området vil den gravide muligvis lettere kunne finde det meningsfuldt at investere energi i at forebygge og/eller behandle problemet.

Jordemoderen kan endvidere være medvirkende til, at den gravide kan finde den rette belastningsbalance angående forebyggelse og behandling af urininkontinens med bækkenbundstræningen som middel. Den rette belastningsbalance tager udgangspunkt i de ressourcer, den gravide besidder, så de forebyggende eller behandlende initiativer ikke overstiger, hvad hun kan håndtere. Gennem dialog og i samråd med den gravide øges fokus på hendes tilstedeværende ressourcer, som overføres til de handlemuligheder, hun har for at forbedre sin sundhed.

Som et eksempel kan nævnes, at jordemoderen og den fysisk aktive gravide i fællesskab øger fokus på, at hendes kropsbevidsthed og bekendtskab med fysisk træning og sundhed kunne være ressourcer, som højst sandsynligt vil kunne hjælpe hende til selv at opsøge og indlede bækkenbundstræning. Fokus på den enkelte kvindes ressourcer og handlemuligheder skulle gerne gøre det mere håndterbart for hende, hvordan hun kan fremme sin sundhed.

Gennem en sundhedsfremmende indsats indeholdende ovenstående delelementer formoder vi, at jordemoderen, gennem åben dialog og med udgangspunkt i den enkelte kvindes forståelseshorisont, vil kunne bidrage til, at den gravide forlader konsultationen med en styrket følelse af sammenhæng i forhold til urininkontinens og bækkenbundstræning. Hvis urininkontinens betragtes som en stressor, en kvinde kan blive eller er udsat for, vil den jordemoderfaglige indsats øge den enkelte kvindes evne til selv at takle stressoren og derved forbedre egen sundhedstilstand. Ud fra denne betragtning vil jordemoderens sundhedsfremmende indsats, med hermeneutikken som grundlag for forståelse, i sidste ende formodentlig medvirke til at reducere forekomsten af urininkontinens.

8. Diskussion - Jeanette

Efter at have analyseret relevante elementer fra henholdsvis reviewets resultater og teori om hermeneutik, sundhedsfremme samt forebyggelse op mod vores problemformulering, vil vi i dette afsnit kritisk diskutere nogle af disse som et led i besvarelse af vores problemformulering. Hensigten med afsnittet er at belyse forskellige aspekter af vores problemformulering ud fra en bredere kontekst ved yderligere at inddrage sekundær empiri og litteratur i en diskussion.

Under hele diskussionsafsnittet henviser betegnelsen "reviewet" til vores hovedempiri "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)".

8.1. Reduktion af forekomsten af urininkontinens – en jordemoderfaglig indsats i konsultationen - Louise

Da jordemoderen er den fagperson med mest kontakt til kvinden under graviditeten (Sundhedsstyrelsen 2009: 17) virker det umiddelbart ideelt, at instruktion i bækkenbundstræning indgår i det jordemoderfaglige arbejde under graviditeten.

Anbefalinger for Svangreomsorgen lægger op til, at jordemoderen under samtalen i anden jordemoderkonsultation i uge 21 skal oplyse om fordele ved bækkenbundstræning samt instruere heri (ibid: 51). Yderligere opfordrer anbefalingerne jordemoderen til i en efterfødselssamtale at stille spørgsmål omhandlende kvindens fysiske restitution, herunder blandt andet bækkenbundstræning og urininkontinens (Sundhedsstyrelsen 2009: 179).

Sundhedsstyrelsen har netop udarbejdet en status rapport for regionernes og kommunernes tilbud til gravide og fødende med fokus på ambulante fødsler og tidlige udskrivelser. I denne findes en opgørelse for hvor mange sygehuse, der tilbyder efterfødselssamtale. Kun få steder tilbydes efterfødselssamtale til alle (Sundhedsstyrelsen 2011: 4), hvilket mindsker jordemødres mulighed for at drøfte bækkenbundstræning og urininkontinens med de barslende kvinder. Dette taler for mere fokus på den jordemoderfaglige sundhedsfremmende indsats i konsultationen

således, at de offentlige tilbud under graviditet, fødsel og barsel ikke svækkes på dette område.

8.1.1. Træning af bækkenbundens muskulatur - Louise

Ud fra reviewet kunne vi udlede, at bækkenbundstræning har en både forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens, så længe træningen når et højt intensitetsniveau og/eller foregår under supervision. Denne konstatering afspejles ligeledes af DSOG's retningslinje fra 2010 omhandlende konservativ behandling af urininkontinens. Deres kliniske anbefalinger påpeger, at bækkenbundstræning bør udføres med ugentlige superviserede øvelser i mindst 3-6 måneder (DSOG 2010: 8). Ydermere kan det nævnes, at bækkenbundstræning for at nå et sufficient niveau, ifølge International Consultation on Incontinence, skal omfatte tre gange 8-12 langsomme maksimale kontraktioner, som hver holdes 6-8 sekunder og udføres tre-fire gange om ugen i 15-20 uger. Udover niveauet for en sufficient bækkenbundstræning oplyses det, at langt flere opnår bedring eller kontinens, når knibeøvelserne foregår under nøje instruktion og vejledning af en fysioterapeut (Lose & Fischer-Rasmussen 2005: 299).

På baggrund af ovenstående kan vi imidlertid diskutere om vi som jordemødre er de rette fagpersoner til at varetage tilrettelæggelse af forebyggende og behandlende bækkenbundstræningsprogrammer, samt vejlede og instruere heri. I kraft af vores grunduddannelse, indeholdende gynækologi i teori og praksis, har vi forståelse for gynækologiske lidelser, så som urininkontinens, samt indsigt i, hvorledes disse kan forebygges og behandles. Viden om urininkontinens og bækkenbundstræning giver os kompetencer til at informere og overordnet set vejlede de gravide. Vi mener derimod, at det kræver langt dybere forståelse for fysisk træning for at kunne tilrettelægge og instruere i intensive forebyggende og behandlende bækkenbundstræningsprogrammer. Efter vores overbevisning bør selve tilrettelæggelsen og træningen af bækkenbundsmuskulaturen, som forebyggelse og behandling af urininkontinens blandt gravide og barslende, ikke høre under os som faggruppe. Vi mener derfor ikke, at vi som jordemødre kan yde en tilstrækkelig

sundhedsfremmende indsats i konsultationen, hvad angår tilrettelæggelse af den fysiske træning af bækkenbundsmuskulaturen samt instruktion heri, for at reducere forekomsten af urininkontinens hos de gravide og barslende kvinder. Den sundhedsfremmende indsats må derfor tilrettelægges på anden vis.

8.1.2. Det sundhedsfremmende arbejde i konsultationen - Jeanette

Med henblik på at reducere forekomsten af urininkontinens sætter vi spørgsmålstejn ved, hvorvidt den nuværende jordemoderfaglige indsats i konsultationen omhandlende information om urininkontinens og bækkenbundstræning til de gravide er tilstrækkeligt sundhedsfremmende. Som tidligere nævnt i projektets indledning tyder det på, at informationen til de gravide er varierende og ofte består i en generel opfordring til og eventuel kort instruks i knibeøvelser, samt udlevering af pjecen "Sunde vaner – før, under og efter graviditet".

På baggrund af den nuværende indsats på området kan to scenarier opstilles for at belyse, hvorledes en overfladisk berøring af området angående urininkontinens og bækkenbundstræning kan foregå i konsultationen.

Vi kan for eksempel opstille følgende scenarie, hvor konsultationsjordemoderen stiller den gravide det generelle ja og nej spørgsmål "Laver du knibeøvelser?", hvorefter kvinden eksempelvis svarer ja. I denne situation vil der være risiko for, at jordemoderen nikker anerkendende uden at spørge mere ind til, hvordan disse knibeøvelser helt præcist bliver udført samt knibenes intensitet, varighed, hyppighed og så videre.

I et andet scenarie kan vi modsat antage, at den gravide svarer nej til, at hun laver knibeøvelser. Jordemoderens korte modsvar kunne i så fald lyde "Du skal huske dine knibeøvelser". Hvorvidt en pågældende kommentar kan bidrage til, at den gravide, såvel den kontinente som inkontinente, finder det mere meningsfuldt at investere energi i at lave knibeøvelser, sætter vi spørgsmålstejn ved. Dette skyldes, at kommentaren sandsynligvis ikke vil skabe rammerne for en åben dialog om hvorfor det kunne være en god idé at huske knibeøvelserne.

Med afsæt i de to opstillede scenarier overvejer vi om den jordemoderfaglige indsats i konsultationen vedrørende information om urininkontinens og bækkenbundstræning til den kontinente såvel som inkontinente gravide kan optimeres.

Med udgangspunkt i reviewets resultater mener vi, at indsatsen i højere grad kunne indbefatte information til den gravide om bækkenbundstræningens forebyggende og/eller behandlende effekt på lidelsen "urininkontinens" samt om vigtigheden af et højt intensitetsniveau og/eller supervision for at opnå denne effekt. Vi overvejer om konsultationsjordemoderens indsats derved kan optimere forudsætningerne for, at forekomsten af urininkontinens reduceres blandt gravide og barslende kvinder. Det kan formodes, at en indsats udelukkende bestående i informationsgivning kan sidestilles med en tilgang af ren forebyggende karakter. I teorien kan de sundhedsfremmende værdier medvirke til at afbalancere denne, men kan jordemoderens indsats i konsultationen konkret tilrettelægges i praksis således, at den virker sundhedsfremmende?

Det kan diskuteres om en sundhedsfremmende indsats kan tilrettelægges ved, at jordemoderen stiller åbne spørgsmål i konsultationen. Spørgsmålene kunne lyde "Hvad ved du om urininkontinens og bækkenbundstræning?" og "Hvilke erfaringer har du med hver af disse?". Stiller jordemoderen sig på denne måde mere ydmyg og uvidende overfor den enkelte gravides for-forståelse, indbyder hun den gravide til en åben dialog om urininkontinens og bækkenbundstræning. På den ene side kan jordemoderen i forsøget på at delagtiggøre den enkelte gravide i dialogen øge chancen for, at følelsen af meningsfuldhed styrkes hos den gravide. På den anden side kræver det, at den gravide åbner sig op og har lyst til at dele sin private viden, erfaringer samt eventuelle ønsker og behov med jordemoderen. Uanset om en af de gravide, jordemoderen møder i konsultationen, ikke ønsker at indvie hende i sin for-forståelse, er vi af den overbevisning, at jordemoderen alligevel bør indlede ethvert møde med den ovenstående åbne spørgeteknik. Jordemoderen kan således skabe rammerne for en åben dialog om urininkontinens og bækkenbundstræning – en dialog, som hun derved muligvis gradvist kan få lov at tilpasse den enkelte gravide, såvel kontinente som inkontinente. På den måde forsøger jordemoderen ikke blot at yde en

sundhedsfremmende indsats, men hun arbejder ligeledes i overensstemmelse med de Ethiske Retningslinjer for Jordemødre fra 2010. Disse indbefatter blandt andet, at den jordemoderfaglige omsorg bør tage udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes individuelle ønsker og behov i forbindelse med graviditet (Jordemoderforeningen 2010: 4).

Et andet interessant perspektiv, der er relevant at overveje i forbindelse med den konkrete tilrettelæggelse af en sundhedsfremmende indsats i konsultationen, er risikoen for, at nogle kvinder vil miste fokus på at træne bækkenbunden, når barselsperioden påbegyndes. Kan det antages, at nogle barslende kvinder vil finde det for tids- og energikrævende?

Ifølge Anbefalinger for Svangreomsorgen er kvinden i tiden efter fødslen præget af store fysiske og psykiske omstillinger, hvor stress, pres og belastninger kan påvirke hendes overskud (Sundhedsstyrelsen 2009: 172; 182). Ud fra denne betragtning kan det at udføre bækkenbundstræning blive uoverskueligt i en tid, hvor der i forvejen er adskillige gøremål så som amning, bleskift og så videre. Konsultationsjordemoderen kan derfor med fordel øge fokus på, hvordan den enkelte gravide senere hen i barselsperioden kan blive i stand til at overskue at træne bækkenbunden - det vil sige, at den enkeltes handlemuligheder skal fremhæves.

Vi forestiller os, at en handlemulighed kunne bestå i, at den barslende kvinde udfører bækkenbundstræning i hjemmet. På den måde slipper hun for at planlægge og overskue at skulle forlade hjemmet. Det kunne tænkes, at en ideel handlemulighed til den moderne barslende kvinde kunne omfatte et bækkenbundstræningsprogram på dvd eller over internettet. Det vil derved blive muligt for hende at træne i hjemmet, når hun har tid og overskud. Med udgangspunkt i reviewets resultat må vi imidlertid have for øje, at bækkenbundstræningen skal være af forholdsvis høj intensitet for at have en effekt. Vi må derfor stille spørgsmålstejn ved om konsultationsjordemoderen i det hele taget kan fremhæve intensiv træning i hjemmet som en handlemulighed. Det er muligt, at bækkenbundstræning kan udføres i hjemmet, så længe den når et højt intensitetsniveau og den enkelte kvinde er disciplineret. Træningen vil imidlertid ikke

foregå under supervision, men efter vores overbevisning er intensiv træning af bækkenbundsmuskulaturen i hjemmet uden supervision bedre end ingen træning. Et tip om hjemmesiden www.gynzone.dk⁵ kunne være et bud på, hvordan kvinden nemt og gratis i hjemmet kan klikke sig ind på og få både viden om intensiv bækkenbundstræning samt fyldestgørende instruktion heri.

At jordemoderen fremhæver handlemuligheder kan sidestilles med at yde en sundhedsfremmende indsats, men for at muliggøre dette kræves det, at den gravide har et ønske om fortsat at holde fokus på at udføre bækkenbundstræning i barselsperioden og betragte denne som et vigtigt gøremål blandt alle andre gøremål. Ifølge Etiske Retningslinjer for Jordemødre må jordemoderen være bevidst om, at hendes forebyggende og sundhedsfremmende metoder tager udgangspunkt i en respekt og anerkendelse af den enkelte kvinde og hendes livsstil (Jordemoderforeningen 2010: 7). Det vil derfor kun være muligt at fremhæve handlemuligheder i samråd med den enkelte gravide. Jordemoderen kan på den måde bruge dialogen som middel til at fokusere på hendes tilstedeværende ressourcer, ønsker og behov således, at den gravide kan søge den viden og de initiativer, som kan gøre det mere håndterbart for hende at kunne udføre intensiv bækkenbundstræning med eventuel supervision. Gennem dialogen kan den gravide derved i højere grad få oplevelsen af at føle medansvar for jordemoderens eventuelle initiativer, hvilket i sidste ende vil kunne bidrage til at øge hendes følelse af sammenhæng i forhold til urininkontinens og bækkenbundstræning.

For at opsummere, kan en sundhedsfremmende indsats i konsultationen konkret tilrettelægges ved åben spørgeteknik og dialog, information om urininkontinens og bækkenbundstræning gennem dialog, samt fremhævelse af handlemuligheder for udførelse af bækkenbundstræning. Som jordemødre vil vi gennem denne sundhedsfremmende indsats, med udgangspunkt i den enkelte gravide, i højere grad gøre hende i stand til selv at fremme egen sundhed og derved kunne reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder.

⁵ GynZone udgøres af et fagligt team bestående af urogynækologer, en jordemoder og en fysioterapeut med stor erfaring fra forskning og klinisk praksis. Via hjemmesiden formidles gratis tilgængelig patient-information, som er både vedkommende, enkel og fagligt velfunderet (GynZone ApS)

Det kan endvidere diskuteres, hvorvidt vi som jordemødre kan reducere forekomsten af urininkontinens i mødet med henholdsvis den kontinente og inkontinente gravide i konsultationen, gennem ovenstående sundhedsfremmende indsats, med udgangspunkt i henholdsvis bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt. Dette belyses i de to nedenstående afsnit.

8.1.3. Sundhedsfremme i mødet med den kontinente gravide - Jeanette

Ifølge Anbefalinger for Svangreomsorgen bør gravide instrueres i træning af bækkenbundens muskler som forebyggelse af inkontinens (Sundhedsstyrelsen 2009: 86). Ud fra resultaterne fra reviewet kan vi kun uddrage, at der er evidens for bækkenbundstræningens forebyggende effekt på inkontinens hos førstegangsfødende. Vi kan derimod ud fra reviewet ikke forkaste, at træningen også kan have en forebyggende effekt hos flergangsfødende. Da bækkenbundstræning ikke kan tilskrives væsentlige bivirkninger (DSOG 2010: 8), er der ikke noget, der umiddelbart kan tale imod en generel anbefaling i konsultationen, hvilket stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefaling om forebyggende bækkenbundstræning til alle gravide, det vil sige både første- og flergangsfødende.

Yderligere lægger Anbefalinger for Svangreomsorgen, som tidligere nævnt, op til, at jordemoderen under konsultationen skal oplyse om fordele ved bækkenbundstræning (Sundhedsstyrelsen 2009: 51). Vi undrer os over om ikke den gravide bør delagtiggøres i hele jordemoderens evidensbaserede viden på området af relevans for netop hende og ikke blot oplyses om fordele.

Lad os antage, at konsultationsjordemoderen delagtiggør den kontinente gravide i evidensen for bækkenbundstræningens effekt således, at hun får en forståelse af, hun vil være i mindre risiko for at udvikle urininkontinens i sidste del af graviditeten fra 34 uger samt i tiden efter fødslen til og med 12 uger, hvis hun påbegynder bækkenbundstræning under graviditeten. Hvis jordemoderen yderligere inddrager den kontinente gravide i, at der mangler forskning til vurdering af bækkenbundstræningens forebyggende effekt fra 3 måneder efter fødslen, kan det diskuteres, hvorvidt hun kan

medvirke til, at den kontinente gravide finder det meningsfuldt at investere energi i at lave knibeøvelser.

På den ene side er vi af den overbevisning, at jordemoderen bør delagtiggøre den gravide i bækkenbundstræningens forebyggende effekt til og med 12 uger. På den anden side må hun samtidig i dialogen få gjort det tydeligt for hende, at vi heller ikke kan sige, at bækkenbundstræningens forebyggende effekt ikke holder efter de 12 uger. Med udgangspunkt i dette kan det overvejes om alle kontinente gravide vil finde jordemoderens anbefaling om at opsøge initiativer og indlede bækkenbundstræning under graviditeten værd at investere energi i. På den ene side kan det antages, at den gravide finder det af betydning, at hun gennem bækkenbundstræning kan undgå at løbe risikoen for muligvis at være yderligere disponeret for senere hen at udvikle urininkontinens. På den anden side kan det formodes, at nogle gravide vil mene, at det er spild af tid og ressourcer at opsøge initiativer og indlede bækkenbundstræning, når hun endnu ikke døjer med inkontinens og effekten af forebyggende bækkenbundstræning ikke kan garanteres. Om den gravide, på baggrund af dialogen med sin konsultationsjordemoder, finder det meningsfuldt at påbegynde forebyggende bækkenbundstræning under graviditeten er fuldstændig afhængig af den enkelte kvinde, hendes ressourcer og behov.

Om ikke andet mener vi, at jordemoderen bør give den kontinente gravide et informeret valg og fortsat tydeliggøre, at hvis hun påbegynder bækkenbundstræning tidligt i graviditeten, vil hun være i mindre risiko for at udvikle urininkontinens sent i graviditeten og i hvert fald til og med 12 uger efter hun har født. Gennem dialog i konsultationen, indeholdende sammenhængen mellem urininkontinens og bækkenbundstræning, kan den gravide ud fra det grundlag afgøre om hun finder det meningsfuldt at investere energi i at lave knibeøvelser.

At vi som jordemødre øger fokus på urininkontinens og bækkenbundstræningens forebyggende effekt herpå, gennem en sundhedsfremmende indsats i mødet med den kontinente gravide i konsultationen, kan derved i nogen grad medvirke til at reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder.

Med udgangspunkt i reviewets resultater om bækkenbundstrænings forebyggende effekt på urininkontinens kan det dernæst diskuteres, hvornår den jordemoderfaglige indsats i mødet med den kontinente gravide bør placeres i graviditeten.

For at optimere betingelserne for en reducere af forekomsten af urininkontinens, bør den sundhedsfremmende indsats allerede indledes forholdsvist tidligt i graviditeten, hvis den kontinente gravide skal nå at få en mulig forebyggende effekt af bækkenbundstræningen. Spørgsmålet er om den gravide imidlertid kan rumme en dialog om urininkontinens og bækkenbundstræning, hvis den eksempelvis foregår under det første konsultationsbesøg. Taget i betragtning, at den kontinente gravide modtager rigelig med information og materiale under dette besøg, kan det overvejes om hun i stedet bedre kan rumme dialogen ved næste besøg. Anbefalinger for Svangreomsorgen lægger netop op til, at jordemoderen under samtalen i anden jordemoderkonsultation i 21. uge bør oplyse om bækkenbundstræning (Sundhedsstyrelsen 2009: 51). Vi mener alt i alt, at den sundhedsfremmende indsats i mødet med den kontinente gravide bør placeres i 21. uge for at optimere betingelserne for en reducere af forekomsten af urininkontinens.

8.1.4. Sundhedsfremme i mødet med den inkontinente gravide - Louise

Konsultationsjordemoderen kan efter vores overbevisning med fordel delagtiggøre den inkontinente gravide i, at hvis hun påbegynder intensiv og/eller superviseret bækkenbundstræning efter fødslen, er der sandsynlighed for, at hendes lidelse i en vis grad kan afhjælpes. Hvad må jordemoderen imidlertid være opmærksom på i denne situation?

Vi kunne forestille os, at jordemoderens for-forståelse blandt andet kan bestå i en opfattelse af, at urininkontinens er en stressor, som påvirker kvindernes sundhed i en negativ retning. Desuden kunne den bestå i viden om bækkenbundstræningens behandlende effekt på lidelsen og at der ingen betydelige bivirkninger er forbundet hertil. Med denne for-forståelse kan det antages, at hun finder det meningsfuldt, at den inkontinente gravide udfører bækkenbundstræning for at forbedre egen sundhed og derfor insisterende opfordrer hende til det i et forsøg på at reducere forekomsten

af inkontinens gennem en sundhedsfremmende indsats – med mindre den gravide ikke allerede laver knibeøvelser.

Kontinensforeningen oplyser gennem en rapport fra 2008, at 25 % ud af 918 inkontinente kvinder i en alder fra 20 år og op efter i ingen grad føler, at deres vandladningsproblemer influerer negativt på deres liv. Blandt de resterende føler 45 % af kvinderne det i mindre grad, 22 % i nogen grad og blot 7 % føler det i høj grad (Kompass kommunikation & Kontinensforeningen 2008: 41).

Kunne det tænkes, at jordemoderen med denne oplysning bør være opmærksom på, at en del af de inkontinente gravide, hun møder i konsultationen, har et godt liv trods inkontinens? Ifølge de Ethiske Retningslinier for Jordemødre fra 2010 bør jordemoderen være bevidst om egen for-forståelse og udøve sin virksomhed med respekt for og anerkendelse af det enkelte menneskes egenværd og opfattelse af egen situation (Jordemoderforeningen 2010: 2, 7). Ud fra den betragtning kan jordemoderen gennem den åbne dialog anbefale den inkontinente gravide bækkenbundstræning, så længe hun er bevidst om egen for-forståelse og respekterer, at det ikke er alle inkontinente kvinder, som ønsker udføre bækkenbundstræning.

Spørgsmålet er nu om konsultationsjordemoderen kan reducere forekomsten blandt alle de inkontinente barslende kvinder gennem en sundhedsfremmende indsats – både de kvinder, som under graviditeten føler, at deres sundhed påvirkes af inkontinens og dem, som ikke føler det.

Kunne den inkontinente gravide muligvis finde det mere meningsfuldt at investere tid og energi i egen urininkontinens, hvis hun i konsultationen fik en forståelse for, at hendes symptomer kan forværres med tiden og derfor muligvis senere i livet komme til at influere negativt på hendes livskvalitet? På den ene side kunne jordemoderen således øge den inkontinente gravidets følelse af meningsfuldhed. På den anden side må konsultationsjordemoderen samtidig acceptere, at nogle kvinder under deres graviditet ikke har ønsket om at investere tid og energi i problemet.

For at jordemoderen kan reducere forekomsten af urininkontinens gennem en sundhedsfremmende indsats i konsultationen, må hun alligevel åbne op for et ellers tabubelagt emne i samfundet. Med udgangspunkt i den enkelte inkontinente gravide

kan forekomsten reduceres ved, at jordemoderen øger fokus på lidelsen samt fremhæver handlemuligheder for, hvordan hun selv kan afhjælpe sin urininkontinens – eksempelvis ved at påbegynde intensiv og/eller superviseret bækkenbundstræning eller ved at foreslå brug af egen læge som et afsæt til udredningen for urininkontinens og efterfølgende behandling.

8.1.5. Udlevering af informationsmateriale - Louise

I ovenstående afsnit har vi diskuteret, hvorledes vi som jordemødre gennem dialog med den gravide kan yde en sundhedsfremmende indsats i konsultationen med det formål at reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder. Vi finder det herefter relevant at belyse om denne indsats yderligere kan styrkes ved, at jordemoderen benytter sig af udlevering af generelt informationsmateriale i form af en pjece.

I den nuværende praksis benytter jordemødre sig af udlevering af pjecen ”Sunde vaner – før, under og efter graviditet” i konsultationen og pjecen ”I form efter fødslen” efter fødslen. Om disse pjecer er fyldestgørende nok til at understøtte jordemoderens sundhedsfremmende indsats kan diskuteres. Pjecen ”Sunde vaner – før, under og efter graviditet” indeholder et kort afsnit om, at det er en god idé at lave knibeøvelser for at forebygge ufrivillig vandladning både under og efter graviditeten (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2010: 11). På den ene side stemmer informationen overens med resultaterne fra reviewet om bækkenbundstrænings forebyggende effekt på urininkontinens i sidste del af graviditeten til og med 12 uger efter fødslen. På den anden side er der ingen information om bækkenbundstrænings behandlende effekt eller om, hvad træningen i det hele taget bør bestå i. Om den gravide kan gøre brug af pjecens information om bækkenbundstræning og urininkontinens kan betvivles, da den er yderst sparsom. Pjecen ”I form efter fødslen” indeholder derimod en udførlig beskrivelse af, hvorledes knibeøvelser skal udføres samt information om, at bækkenbundsmusklerne har betydning for om man kan holde på vandet (Komiteen for Sundhedsoplysning 2010). Umiddelbart virker det imidlertid spildt, at kvinderne først får udleveret denne pjece efter fødslen. Kvindens mulighed for at yde en tilstrækkelig

forebyggende indsats i graviditeten ved hjælp af information fra denne pjece går derved tabt.

For at styrke den sundhedsfremmende indsats, med det formål at reducere forekomsten af urininkontinens hos gravide og barslende, mener vi, at en fyldestgørende pjece i stedet skal udleveres i konsultationen og indeholde information om alle delelementer, som kan medvirke til at skabe en følelse af sammenhæng omkring bækkenbundstræning og urininkontinens hos den gravide. Pjecen kunne med fordel afspejle dele af den information, jordemoderen giver den gravide i den sundhedsfremmende dialog i konsultationen, og eksempelvis indeholde:

- Information om urininkontinens, symptomer, konsekvenser og disponerende faktorer.
- Information om bækkenbundstræning og dens forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens, herunder information om bækkenbundens muskulatur.
- Information om hvor og hvordan den gravide kan søge viden, træning og hjælp (for eksempel Kontinensforeningen, kommunale træningstilbud, gynzone.dk, egen læge og så videre).

På den ene side vil udlevering af en sådan pjece i jordemoderkonsultationen alene være af generaliserende og ren forebyggende karakter, da pjecen ikke tager udgangspunkt i den enkelte gravides for-forståelse og derved ikke tager højde for individuelle informationsbehov og ønsker. På den anden side forestiller vi os, at den evidensbaserede information og vejledning i en sådan pjece kan være tids- og energibesparende for den gravide, da hun slipper for selv at skulle søge og sortere i viden.

Den sundhedsfremmende indsats samt udleveringen af pjecen i konsultationen formoder vi tilsammen vil kunne bidrage til, at den enkelte gravide i højere grad selv kan håndtere forebyggelse og behandling af inkontinens, og på denne måde fremme egen sundhed. Jordemoderens indsats kan derved i sidste ende formodentligt medvirke til at reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende.

8.2. Kritisk refleksion over eget projekt - Louise

Vi vil i dette afsnit kritisk reflektere over eget projekt med henblik på at diskutere om vores fremgangsmåde til besvarelse af vores problemformulering var valgt.

Indledningsvis afgrænsede vi os fra at undersøge hvilke grupper af kvinder, der er i øget risiko for at udvikle urininkontinens. Vi overvejer afslutningsvis, hvorvidt viden om de disponerende faktorer, der er forbundet med udviklingen af urininkontinens, kunne medvirke til, at jordemødre i højere grad kunne differentiere den sundhedsfremmende indsats i konsultationen i forhold til de kvinder, som er i øget risiko for at udvikle urininkontinens. På den måde kunne indsatsen i konsultationen blive mere målrettet og om muligt blive mere effektiv. Med disse overvejelser forestiller vi os, at projektet kunne få større relevans for klinisk praksis.

På den anden side kan vi ikke udlede fra reviewets resultater om bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt er afhængig af kvindens disponering for urininkontinens. Dette perspektiv vil imidlertid komme til at mangle for, at den enkelte jordemoder ud fra et evidensbaseret grundlag kan målrette den sundhedsfremmende indsats med fokus på forebyggende og behandlende bækkenbundstræning som middel i redueringen af forekomsten af urininkontinens hos gravide og barslende kvinder. Optimalt set kunne vi i stedet have valgt et studie, som, udover at undersøge bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens blandt gravide og barslende, også kunne redegøre for effektfordelingen mellem forskellige karakteristika. Gennemførelse af et sådant studie ville imidlertid kræve et omfangsrigt set-up, hvorfor vi kan tvivle på, at det findes på nuværende tidspunkt.

9. Konklusion

Gennem undersøgelse af bækkenbundstrænings forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder kan vi konkludere, at der er evidens for, at bækkenbundstræning, påbegyndt i graviditeten, har en forebyggende effekt på udvikling af urininkontinens blandt førstegangsfødende i den sidste del af

graviditeten fra 34. graviditetsuge til og med 12 uger efter fødslen. Hvad angår påbegyndelse af behandlende bækkenbundstræning 3 eller flere måneder efter fødslen, findes der evidens for en effekt på urininkontinens 12 måneder efter fødslen. Vi fandt kun evidens for bækkenbundstrænings effekt på urininkontinens, så længe den opdeles i henholdsvis forebyggende og behandlende træning. Effekten betinges yderligere af et højt intensitetsniveau og/eller, at bækkenbundstræningen foregår under supervision.

Med udgangspunkt i undersøgelsen af effekten og i kraft af jordemødres grunduddannelse kan vi konkludere, at vi som jordemødre ikke kan yde en tilstrækkelig sundhedsfremmende indsats i konsultationen, hvad angår tilrettelæggelse af den fysiske træning af bækkenbundsmuskulaturen samt instruktion heri, for at reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder.

Den sundhedsfremmende indsats kan derimod bestå i øget fokus på lidelsen "urininkontinens" og bækkenbundstrænings effekt herpå således, at den enkelte gravides følelse af sammenhæng øges og hun i højere grad bliver i stand til selv at fremme egen sundhed ved at forebygge eller behandle urininkontinens med bækkenbundstræning som middel. For at opnå dette må jordemoderen være bevidst om egen for-forståelse og indsatsen bygge på dialog med brug af åben spørgeteknik og tage afsæt i den enkelte gravides for-forståelse, ønsker og behov, hvorved eventuelle handlemuligheder kan fremhæves i fællesskab. Indsatsen kan med fordel understøttes af udlevering af en fyldestgørende pjece.

På baggrund af ovenstående kan vi afslutningsvis konkludere, at vi som jordemødre i nogen grad kan reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder gennem en sundhedsfremmende indsats i konsultationen.

10. Perspektivering

Vi finder det i en perspektivering relevant at overveje om forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende kvinder yderligere kan reduceres ved, at jordemoderen indleder et tværfagligt samarbejde med andre relevante faggrupper.

Vi forestiller os, at et tæt samarbejde med eksempelvis praktiserende læger, inkontinenssygeplejersker, fysioterapeuter og urogynækologer kan bidrage til faglig sparring af både teoretisk, empirisk og praktisk karakter. Samarbejdet kan yderligere medvirke til, at jordemoderen holder sin faglige viden opdateret og øger fokus på bækkenbundstræning og urininkontinens således, at hun muligvis bliver mere bevidst om at lade elementerne indgå i praksis.

I en tværfaglig indsats forestiller vi os, at jordemoderen kan være med til at gøre en større sundhedsfremmende forskel, med hensyn til at reducere forekomsten af urininkontinens blandt gravide og barslende, end hun kan som enkeltstående fagperson. Denne antagelse kan relateres til konklusionen fra det tidligere nævnte studie udarbejdet på Regionshospitalet Viborg, som påpeger, at der kræves en koordineret tværfaglig indsats for at sikre, at kvinder er tilstrækkeligt informerede omkring risikoen for at udvikle urininkontinens efter en fødsel og på hvilke måder denne lidelse kan håndteres eller løses (Hermansen & O'Connell & Gaskin 2010a).

Bachelorprojekt 2011

Jeanette Dorning Brix

Louise Schubert Paaske

Dato:

Dato:

11. Litteraturliste

Birkler, Jacob (2005): *Videnskabsteori en grundbog*. København, Munksgaard Danmark.

Cochrane (u.å.): *Hvad er en Cochrane-oversigt?* Lokaliseret [040411] på

<http://www.cochrane.dk/clib/hvader.htm>

DSOG (2010): *Konservativ behandling af urin-inkontinens*. Lokaliseret [100511] på

<http://www.dsog.dk/hindsgavl/Konservativ%20behandling%20af%20urin-inkontinens100510-indsendt.pdf>

GynZone ApS (u.å.): *GynZone*. Lokaliseret [200511] på <http://www.gynzone.dk>

Hay-Smith, J.; Mørkved, S.; Fairbrother, KA.; Herbison, GP. (2009): Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review). *The Cochrane Library*. 2009 (1).

Hermansen, Inge Lise; O'Connell, Bev O.; Gaskin, Cadeyrn J. (2010a): Are Postpartum Women in Denmark Being Given Helpful Information About Urinary Incontinence and Pelvic Floor Exercises? *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2010 55(2) (abstract).

Hermansen, Inge Lise; O'Connell, Bev O.; Gaskin, Cadeyrn J. (2010b): Women's Explanations for Urinary Incontinence, Their Management Strategies, and Their Quality of Life During the Postpartum Period. *Wound Ostomy and Continence Nurses Society*. 2010 37(2), s. 187.

Jensen, Torben K.; Johnsen, Tommy J. (2000): *Sundhedsfremme. I teori og praksis*. 2. udgave, Århus, Forlaget Philosophia.

Jordemoderforeningen (2010): *Etiske retningslinjer for jordemødre*. Lokaliseret [120511] på

http://www.jordemoderforeningen.dk/multimedia/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf

Juul, Svend (2004): *Epidemiologi og evidens*. København, Munksgaard Danmark.

Komiteen for Sundhedsoplysning (2010): *I form efter fødslen*. (Pjece). 6. udgave. København Ø, Komiteen for Sundhedsoplysning.

Kompass kommunikation; Kontinensforeningen (2008): *Inkontinens-rapport*. Lokaliseret [250311] på

<http://www.kontinens.dk/upload/Inkontinens%20rapport%20NATIONAL.pdf>

Lose, Gunnar; Fischer-Rasmussen, Wiggo (2005): *Urininkontinens (Incontinentia Urinae)*. I: Ottesen, Bent; Mogensen, Ole; Forman, Axel (red) (2008): *Gynækologi*. København, Munksgaard Danmark, s. 288-304.

Møller, Lars Alling; Randstoft, Aase (2009): *Inkontinens rammer hver 10. dansker*. Kontinens Nyt, Særudgave. 21, s. 3.

Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (2004): *Sundhedsfremme på arbejdspladsen. Manual til rådgivning om sundhedsfremme på arbejdspladsen og om indførelse af sundhedspolitik*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, s. 7.

Rehabiliteringsafdelingen på OUH, fysioterapeuterne (2010): *Efterfødselstræning på hold, et tilbud til alle i den første måned efter fødslen*. (Pjece). Odense.

Sundhedsstyrelsen (2009): *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. København, Komiteen for Sundhedsoplysning.

Sundhedsstyrelsen (2011): *Status for regionernes og kommunernes tilbud til gravide og fødende med fokus på ambulante fødsler og tidlige udskrivelser*. Lokaliseret [100511]

på

http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/April/~media/Filer%20-%20dokumenter/Svangreomsorg/Sundhedsstyrelsens_redegoerelse_svangreomsorg.a_shx

Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning (2010): *Sunde vaner – før, under og efter graviditet*. (Pjece). 2. udgave. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Thomsen, Claus; Dahlerup, Jens F. (u.å.): *Kort indføring i evidens*. DNU. Lokaliseret [120411] på

http://www.dnu.rm.dk/files/Sundhed/DNU/DNU/Borger/Visioner/bilag%201_EBD_hierarkier.pdf

VEJ nr. 151 af 08/08/2001. Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.

Viktrup, Lars. (2002): The Risk of Lower Urinary Tract Symptoms Five Years After the First Delivery. *Neurourology and Urodynamics*. 2002 (21), s. 3.

12. Bilagsfortegnelse

Bilag 1

Søgestrategi i fuld udgave

Bilag 2

Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)

Bilag 3

Skemaer over relevante resultater udarbejdet på baggrund af resultaterne fra reviewet "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)" (Hay-smith et al. 2009)