



Lika vård för alla?

En kvantitativ studie om
bäckenbottenbedömningen efter förlossningen vid
eftervårdsbesöket i Sverige idag

Elin Löfgren & Natalie Nordenskiöld

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Självständigt arbete grundnivå 10:2019

Hälsopedagogprogrammet: 2016–2019

Handledare: Karin Söderlund

Examinator: Maria Ekblom

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Syftet var att undersöka i vilken utsträckning mödrahälsovården i Stockholms läns landsting följer de riktlinjer som finns gällande bäckenbottenbedömning och information om knipträning vid eftervårdsbesöket och om det skiljer sig mot övriga landet. Syftet följs av ett flertal frågeställningar men den primära lyder; i vilken utsträckning har nyförlösta kvinnor fått information gällande knipövningsinstruktioner samt blivit erbjudna en vaginal undersökning hos mödrahälsovården?

Metod

Kvinnor i Sverige som fött barn 2018 deltog. Tillsammans med ett brev skickades en enkät ut till 6155 personer i 3 olika facebookgrupper och fanns tillgänglig i två veckor. Resultaten sammanställdes via överföring från Google formulär till tabeller i Excel. De data som samlades in analyserades i programmet SPSS. Av 155 svar inkluderades totalt 108 svar i analysen, 32 från Stockholm och 76 från övriga landet. 48 svar togs bort på grund av att de inte nådde upp till inklusionskriterierna.

Resultat

Sett till hela landet blev 73% (n=79) av kvinnorna erbjudna en vaginal undersökning vid eftervårdsbesöket hos mödrahälsovården medan 23% (n=25) inte blev det (vet ej, n=1, bortfall, n=3). I Stockholm blev 75% (n=24) erbjudna en undersökning. 51% (n=55) av alla kvinnor fick instruktioner om knipövningar, 44% (n=48) fick inte det (vet ej, n=3, bortfall n=2). Resultaten i Stockholm säger att 50% (n=16) fick knipinstruktioner. Av de kvinnor som förlöst vaginalt blev 79% (n=71) erbjudna en vaginal undersökning vid eftervårdsbesöket samtidigt som endast 44% (n=8) av de som förlöst med kejsarsnitt blev erbjudna samma undersökning (p=0,001). 10% (n=11) av kvinnorna uppgav att de hade urininkontinens och 73% (n=8) av de här kvinnorna ville ha fler träffar med utbildad personal för stöd och hjälp med knipträning.

Slutsats

Resultaten bekräftade hypotesen om att riktlinjerna ej efterföljdes i den utsträckning de borde, både gällande bäckenbottenbedömning och information om träning. Inga direkta skillnader kan ses vid jämförelser mellan Stockholm och övriga landet, med undantag för förekomst av urininkontinens, vilken var större i Stockholm. En viktig skillnad kan dock ses vid jämförelsen av att de som förlöst vaginalt i större utsträckning blev erbjudna en vaginal undersökning vid eftervårdsbesöket än de som förlöst med kejsarsnitt. Från de kommentarer kvinnorna lämnat går även att utläsa att flertalet vill ha mer och personligare information.

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Introduktion	4
Bäckenbotten	4
Urininkontinens - ansträngningsinkontinens	4
Graviditetens påverkan på bäckenbotten.....	4
Riktlinjer	5
Socialstyrelsen	6
Frankrike och Storbritannien.....	6
Kunskapsöversikt.....	6
Syfte och frågeställningar.....	10
Hypotes	10
Metodik och arbetsplan	11
Urval.....	11
Enkät.....	11
Datainsamling.....	11
Dataanalys	12
Reliabilitet och validitet	12
Etiska aspekter.....	13
Statistisk bearbetning	13
Resultat.....	14
Kommentarer från kvinnorna i studien	18
Diskussion	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	21
Vidare forskning	22
Slutsats	22
Referenslista.....	23
Bilaga 1.....	28
Bilaga 2.....	29
Bilaga 3.....	31
Bilaga 4.....	33
Bilaga 5 - Litteratursökning	34

Introduktion

Bäckenbotten

Bäckenbotten är en muskelgrupp som består av olika muskler och tillsammans bildar de en platta i bäckenet där urinblåsa, livmoder och ändtarm vilar ovanpå. Genom bäckenbottenmusklerna löper sedan urinröret, slidan och ändtarmen ut (1177 Vårdguiden 2019-01-03). Vid en graviditet påfrestas och töjs bäckenbottenmusklerna ut, vilket kan resultera i flera besvär, som exempelvis inkontinens eller framfall. Besvären kan komma direkt efter förlossningen eller senare i livet. Att hitta knipet (aktivering av bäckenbottenmusklerna) tidigt, gärna inom en vecka efter förlossningen är därför bra (1177 Vårdguiden 2017-04-10). Träning av bäckenbotten kan förebygga inkontinens under både graviditeten och postpartum. Även om kvinnan redan drabbats av inkontinens efter en förlossning kan knipträning hjälpa till med inkontinensproblemen (Fridén, Nordgren & Åhlund 2011, ss. 133–134). Tydliga instruktioner och uppföljning är av stor vikt för att hitta rätt teknik som ger önskad effekt. Idag kan personer med problem få hjälp av en fysioterapeut, specialintresserad sjuksköterska eller uroterapeut (Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för urologi 2018-10-29).

Urininkontinens - ansträngningsinkontinens

Efter en graviditet och förlossning är ansträngningsinkontinens den vanligaste typen av urininkontinens att drabbas av (Fridén, Nordgren & Åhlund 2011, s. 120).

Ansträngningsinkontinens innebär att man läcker urin när det sker en tryckökning i buken, på grund av till exempel nysning eller hosta. Oftast läcker bara små mängder urin varje gång men besvären delas in i tre grupper: från lindring som innebär droppläckage en till två gånger i månaden, måttlig, som innebär droppläckage dagligen, till allvarlig, som innebär större läckage minst en gång i veckan (Medibas 2013-05-03).

Graviditetens påverkan på bäckenbotten

Oavsett om barnet förlöses vaginalt eller med kejsarsnitt så kommer bäckenbotten under graviditeten att påverkas av graviditetshormoner så att bindväv, ligament och fascior blir mer elastiska. Det här leder i många fall till att bäckenbotten förlorar en del av sin stödjande funktion, blir uttänjd och stöttar då inte underlivsorganen. Även tyngden av fostret påverkar och medför en ytterligare belastning på bäckenbotten (Fridén, Nordgren & Åhlund 2011, ss.

27–28). Vid en vaginal förlossning blir sen påfrestningen ännu större, vissa muskler kan töjas upp till tre gånger sin egen längd, varpå kontakten mellan muskler och nerver kan “tappas bort” vilket i sin tur kan leda till exempelvis urinläckage (Woxnerud 2016, s.17; s. 27).

Riktlinjer

Riktlinjerna från Stockholms läns landsting för eftervården idag innefattar dels direktiv om att ge information gällande bäckenbottenträning samt en gynekologisk undersökning där kontroll av eventuell sårhäkning och bedömning av bäckenbotten sker. Dessutom ska eftervårdsbesöket undersöka eventuella medicinska besvär med långsiktig betydelse som kan behöva uppföljning, exempelvis obstetriska faktorer (Mödrahälsovårdsenheten SLL 2018, s.12). Obstetriska faktorer är faktorer som är kopplade till förlossningen och kan exempelvis vara om förlossningen avslutas med sugklocka eller tång (Bäckenbottenutbildning).

I de övriga 20 landstingen/regionerna som finns i Sverige idag finns även här riktlinjer om att det ska genomföras en gynekologisk undersökning under eftervårdsbesöket hos barnmorskan efter en förlossning, oavsett om kvinnan fött vaginalt eller med kejsarsnitt. I 17 av de totalt 21 landstingen/regionerna, Stockholm inkluderat, finns även riktlinjer gällande att delge knipövningsinstruktioner till den nyförlösta kvinnan på eftervårdsbesöket. Det är endast Västra Götaland, Norrbotten, Västerbotten och Blekinge som inte uppger att de ska ge knipövningsinstruktioner (bilaga 3).

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) kom 2008 ut med en rapport inom ämnet mödrahälsovård i Sverige. Denna rapport uppdaterades 2016 och är tänkt som en hjälp i det dagliga arbetet för bland annat barnmorskor runt om i landet. (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi 2016, s.5). SFOG har i rapporten tagit fram en manual på 6 steg (bilaga 4) för barnmorskan att följa vid den gynekologiska undersökningen på eftervårdsbesöket med tydliga instruktioner för att undersöka de olika musklerna och vävnaderna som ingår i bäckenbotten och dess funktion. Vid bedömning att kvinnan har en svag bäckenbottenmuskulatur bör ett återbesök bokas in efter ca 3–6 månader.

Dokumentation kan med fördel göras gällande hur länge kvinnan orkar utföra de olika knipen, uthållighetsknip, maximala knip och snabba knip, det här för att underlätta utvärdering av eventuell förbättring vid återbesöket (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi 2016, s.101).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen anser att det i dagsläget finns ett glapp i vårdkedjan där en oklarhet i var den nyförlösta kvinnan kan vända sig senare än en vecka efter förlossningen. Det kan röra sig om både fysiska och psykiska tillstånd. Första veckan efter att barnet kommit tillhör kvinnan, som nyförlöst, förlossningen och kan rådgöra med personal vid eventuella problem.

Eftervårdsbesöket, där man kontrollerar kvinnors hälsa sker sen hos mödrahälsovården ungefär 6–12 veckor efter förlossningen. Det här skapar ett tomrum på ett antal veckor där det kan vara svårt för kvinnan att veta vart hon kan vända sig vid eventuella frågor och problem. Socialstyrelsen bedömer att kvinnans vård efter en förlossning behöver ske tidigare än i dagsläget och dessutom utökas till fler tillfällen än endast ett eftervårdsbesök som ofta är fallet idag. Planer finns på att göra en fördjupad kartläggning samt analys av förlossningsskador av bäckenbotten där socialstyrelsen menar på att indikationer finns på brister i vården gällande väntetider och även tillgången på effektiva metoder för behandling (Socialstyrelsen 2017, ss. 8–9).

Frankrike och Storbritannien

I Frankrike står staten för 10 till 20 träffar med en fysioterapeut efter förlossningen för att stärka bäckenbotten efter en förlossning, som en del i den postnatale vården. Vid träffarna får kvinnan information om knipövningar samt hjälp att göra dessa rätt, vid behov används även biofeedback (ett sätt att viljemässigt bli medveten om och lära sig styra sina kroppsfunktioner (Nationalencyklopedin)) för att ge bästa möjliga resultat (University of California, San Francisco 2017-04-14). I Storbritannien har i år slagit fast att år 2023/2024 genomgå en intervention där 285 000 kvinnor ska ingå. Tanken är att införa fysioterapi för nyblivna mammor, både i förebyggande syfte för att undvika och i tidigt skede för att upptäcka de som har problem med urinläckage (Chartered Society of Physiotherapy 2019-01-02).

Kunskapsöversikt

I en översiktsartikel som publicerades förra året visade studier på att prevalensen för urininkontinens brukar ligga på 25–45% sett till större populationer. De här siffrorna varierar mellan olika länder och populationer och i Sverige ligger prevalensen på 29,5%. Förekomsten av urininkontinens ökar med en ökad ålder och för kvinnor som är 70 år eller äldre har fler än 40% besvär. I Sverige har den årliga kostnaden för urininkontinens uppskattats till ca 2% av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten (Milsom & Gyhagen 2018, ss. 1–6).

I en randomiserad kontrollerad studie (RCT) deltog 107 kvinnor med urininkontinens. Deltagarna randomiserades in i fyra grupper, en kontroll- och tre interventionsgrupper. En grupp fick utföra bäckenbottenträning på egen hand 3 gånger per dag och utöver det delta i en gruppträff med fysioterapeut en gång i veckan. Den andra gruppen fick använda sig av en vaginal apparat med elektrisk stimulering 30 minuter om dagen hemma. Grupp 3 fick använda sig av vaginalkoner, liknande knipkulor, hemma, 20 minuter om dagen. Som kompensation till kontrollgruppen erbjöds de inkontinensskydd. Studien varade i sex månader och muskelstyrkan mättes en gång per månad. En signifikant förbättring av muskelstyrkan kunde endast ses hos träningsgruppen ($p=0,03$) i jämförelse med de som fick använda vaginalkonerna samt de som fick elektisk stimulering. En större minskning i urinläckage kunde dessutom ses i träningsgruppen jämfört med de två andra interventionsgrupperna (Bø, Talseth & Holme 1999, ss. 487–493).

I en RCT av Domoulin et al. (2004) undersöktes effekterna hos kvinnor som haft långvarig urininkontinens (kvarstående inkontinens minst 3 månader efter senaste graviditet) av behandling av urininkontinens mot ingen behandling alls. 64 kvinnor som tidigare fött minst ett barn randomiserades till två interventionsgrupper och en kontrollgrupp. Interventionen pågick i 8 veckor och i den ena interventionsgruppen fick deltagarna fysioterapi i form av ett hemträningsprogram, elektrisk stimulering av bäckenbottenmusklerna och instruerad bäckenbottenmuskelträning med biofeedback. Den andra gruppen fick även träna djupa magmusklerna. Kontrollgruppen fick avslappnande massage en gång i veckan och erbjöds att träna efter studiens slut. För- och eftertester bestod av mätning med "pad test" (blöjvägningstest) och andra standardiserade mätinstrument. I resultaten kunde sedan utläsas att 70% av kvinnorna i interventionsgrupperna ansågs helt botade från sin urininkontinens och 90% uppvisade en förbättring på över 50%. I kontrollgruppen ansågs ingen helt botad och endast 10% förbättrades med mer än 50%.

I en systematisk litteraturgranskning av Boyle et al. (2012) undersöktes bäckenbottenmuskelträning i behandlande och förebyggande syfte för urin- och avföringsinkontinens under graviditeten och efter förlossningen. 16 studier som jämförde bäckenbottenmuskelträning med vanlig behandling, ingen behandling eller placebo under graviditet och/eller efter förlossning inkluderades. Studier där interventionen bestått av enbart elektrisk stimulering och studier där bäckenbottenmuskelträning kombinerats med

exempelvis läkemedel exkluderades. Totalt deltog 8485 kvinnor (4231 utförde bäckenbottenträning, 4254 kontroller) som delades in i tre grupper. Kvinnor som inte hade inkontinens, kvinnor som hade inkontinens samt en blandad grupp där kvinnor med och utan inkontinens deltog. Huvudfynden var att gravida kvinnor utan urininkontinens som påbörjade bäckenbottenträning under graviditeten löpte 30% mindre risk att drabbas av urininkontinens upp till 6 månader efter förlossningen. Kvinnor som fött barn och hade urininkontinens tre månader efter förlossningen löpte en 40 % mindre risk att ha problem 12 månader efter förlossningen med hjälp av bäckenbottenträning, dessutom sågs ett samband mellan hur mycket man tränade och träningens effekt. I sju av de inkluderade studierna kan även positiva signifikanta resultat ses, vilket tyder på att bäckenbottenträning under senare delen av graviditeten är gynnsamt, oavsett om kvinnan har symptom eller inte. Dock går inte att se i vilken utsträckning träningen behövs efter graviditeten, men det tros vara möjligt att det fungerar om träningen är tillräckligt intensiv. Resultaten vid långtidsuppföljning efter bäckenbottenmuskelträning är oklar.

I en studie där man tittade på hur nöjda mödrar var med mödrahälsovården, förlossningsvården och barnhälsovården i Stockholms län sågs en stor skillnad mellan de olika instanserna. 366 mödrar som födde levande barn mellan 9:e och 15:e mars 2009 deltog. Resultaten säger att mödrarna var nöjda med hjälpen de fick från sjuksköterskorna på barnhälsovården, men saknade att en barnmorska följde upp efter förlossningen på både mödrahälsovården och förlossningen. Nästan 40% av alla mödrar upplevde en besvikelse över att kontakten med barnmorskan de haft på mödrahälsovården under graviditeten tog slut så abrupt efter förlossningen. Även stöd om psykisk och fysisk hälsa rapporterades otillräcklig av nästan 40%. Mödrarna rapporterade att det saknas en bra övergång direkt efter förlossningen, vilket skapar en oklarhet om vart den nyförlösta kvinnan kan vända sig vid behov av hjälp. De som födde innan vecka 37 var mindre nöjda med både mödrahälsovården och barnhälsovården men inte med förlossningsvården och mödrar som gjorde akuta besök under de två första veckorna efter förlossningen var i större utsträckning missnöjda med förlossningsvården. Noterbart är också att mödrar som stannade på förlossningen i tre dagar eller mer var mer nöjda med förlossningsvården än de som stannade två dagar eller kortare (Barimani et al. 2015, ss. 409–417).

I en kvalitativ studie gjord i Sverige, undersöktes strategier för att förbättra vårdkedjans kontinuitet efter en förlossning. Då vårdtiden på sjukhus efter en förlossning har sjunkit de

senaste åren blir också kraven på en fungerande vårdkedja efter hemgång allt större. 20 barnmorskor och barnsjuksköterskor samt 21 mödrar deltog i studien där de använde intervjuer, observationer samt skriftligt material. Data analyserades och resulterade i tre huvudstrategier för att uppnå en kontinuitet, överföring av information från barnmorskorna till barnsjuksköterskorna, etablera och upprätthålla en relation med modern samt enighet i informationen som ges till mödrarna. I alla tre strategier arbetade barnmorskorna och barnsjuksköterskorna gemensamt, vilket resulterade i att mödrarna upplevde förbättringar i kontinuiteten inom vården. Även för vårdpersonalen återfanns förbättringar när de arbetade gemensamt i de tre strategierna (Barimani & Hylander 2012).

I en systematisk litteraturgranskning gjord av Hederschee et al. (2011) undersöktes huruvida biofeedback och muntlig feedback kan vara fördelaktigt som komplement vid bäckenbottenträning och dessutom jämfördes effektiviteten av de olika komplementen. 24 randomiserade eller kvasirandomiserade studier granskades där totalt 1583 kvinnor deltog. För att bli inkluderad i studierna skulle kvinnorna ha ansträngnings-, tränings- eller blandinkontinens. Många av de inkluderade studierna hade en medel till hög risk för felkällor och det var ibland otydligt vad interventionerna innefattade samt vad syftet var. Studierna visar dock på att kvinnor som fick biofeedback tillsammans med bäckenbottenträningen var signifikant mer benägna att rapportera att deras urininkontinens hade botats eller förbättrats jämfört med de som endast utfört bäckenbottenträning. Kvinnorna som fick biofeedback hade dock mer kontakt med sjukvårdspersonal jämfört med de som inte fick biofeedback, vilket också skulle kunna vara en möjlig orsak till förbättringar av inkontinensproblemen.

I en randomiserad kontrollerad pilotstudie av Kim, Kim och Oh (2012) jämfördes övervakad mot oövervakad träning för behandling av urininkontinens. 18 kvinnor mellan 28–35 år som blivit diagnostiserade med urininkontinens av en urolog efter en förlossning deltog. Deltagarna delades in i två grupper genom att kvinnorna fick dra ett kuvert med ett kort i, antingen hamnade de i den övervakade gruppen, interventionsgruppen, eller i den oövervakade gruppen, kontrollgruppen. För- och eftertester gjordes med åtta veckors mellanrum. Vid den första träffen fick alla kvinnor träffa en specialiserad fysioterapeut för att lära sig bålstabiliserande övningar samt att på ett korrekt sätt gör knipövningar, det togs även hjälp av ett instrument som fördes in i vaginan för att kontrollera att övningarna gjordes på rätt sätt. Alla kvinnor fick även information om hur ofta och hur länge övningarna skulle utföras under perioden. Kvinnorna i interventionsgruppen träffade en fysioterapeut 23 gånger,

en timme, tre gånger i veckan under en åttaveckorsperiod. Kvinnorna i kontrollgruppen fick efter första veckan fortsätta träna på egen hand, efter samma schema som interventionsgruppen. Enligt resultaten sågs signifikanta förbättringar i båda grupperna, symptom av urininkontinens, ($p < 0.05$) vid eftervårdsbesöket. Resultaten livskvalitet ($p < 0,01$) samt maximal knipförmåga ($p < 0,01$) var endast positivt signifikanta i interventionsgruppen vilket möjligen säger att övervakad träning kan ge ännu bättre resultat.

Syfte och frågeställningar

Syftet var att undersöka i vilken utsträckning mödrahälsovården i Stockholms läns landsting följer de riktlinjer som finns gällande bäckenbottenbedömning och information om knipträning vid eftervårdsbesöket och om det skiljer sig mot övriga landet.

Studiens frågeställningar:

- 1: I vilken utsträckning har nyförlösta kvinnor fått information gällande knipövningsinstruktioner samt blivit erbjudna en vaginal undersökning hos mödrahälsovården?
- 2: I vilken utsträckning vill kvinnor ha fler träffar, än den ordinarie, hos mödrahälsovården för att få hjälp och stöd med knipträning?
- 3: Blir kvinnor som förlösts vaginalt i större utsträckning erbjudna en vaginal undersökning efter förlossningen jämfört med kvinnor som förlösts med kejsarsnitt?
- 4: I vilken utsträckning vill kvinnor som drabbats av urininkontinens ha fler träffar med utbildad personal för stöd och hjälp med knipträning?

Hypotes

Hypotesen är att riktlinjerna som finns i Sverige idag inte efterföljs i den utsträckning som de borde.

Metodik och arbetsplan

Urval

Med hänsyn till det smala urvalet av målgrupp beslutades att använda en strategisk urvalsmetod, det här genom att dela enkäten i utvalda facebookgrupper. Kvinnor som fött barn under 2018 deltog. Då kvinnorna i facebookgrupperna bor spritt över hela Sverige valdes att ha en obligatorisk fråga i början av enkäten där de fick svara på om de bor i Stockholms län eller inte. Tanken var från början att endast inkludera de som var bosatta i Stockholm men då majoriteten av svaren var från övriga landet beslutades att ändra målgrupp till hela Sverige för att få ett större underlag. Svaren delades in i två olika grupper vilka jämfördes mot varandra genom hela studien, de som var bosatta i Stockholm och de som inte var det.

Enkät

Data samlades in med hjälp av en enkät i elektronisk form, vilken utformades i Google formulär (bilaga 2). Anledningen till en elektronisk enkät var för att underlätta datainsamling och analys. Samtliga frågor formulerades på egen hand då inga liknande frågor hittades från tidigare studier. Enkäten innehöll 9 slutna frågor med fasta svar, 1 fråga med fasta svar och utrymme för egna kommentarer, 2 frågor med öppna svar samt 1 sista fråga med plats för övriga kommentarer. Den första frågan var obligatorisk, det här för att undvika bortfall angående vart personen bodde då det från början var tänkt att endast använda svaret från de som bodde i Stockholm. Innan enkäten skickades ut i facebookgrupperna testades enkäten en gång av 9 personer, i slutet av enkäten fanns en extra fråga med möjlighet att kommentera eventuella problem eller tips. Efter testet omformulerades vissa frågor, för att minska förvirring över om någon fråga skulle hoppas över eller inte. Enkäten beräknades ta ca 4 minuter att besvara.

Datainsamling

Tillsammans med enkäten fanns ett informationsbrev (bilaga 1), där information om studiens syfte, tidsåtgång för att besvara enkäten samt kontaktinformation fanns. Här fanns även en obligatorisk fråga om godkännande att delta samt en möjlighet att fylla i sin e-postadress för att få tillgång till resultaten. Den 3 december 2018 skickades enkäten ut i 4 olika mammagrupper på Facebook med barn födda under 2018 och fanns tillgänglig i två veckor.

En av grupperna tog bort enkäten redan samma dag den skickades ut. Efter en vecka skickades en påminnelse ut. Totalt kan enkäten ha gått ut till ca 6155 personer. Det finns ingen data på svarsfrekvens från varje enskild grupp men efter två veckor hade totalt 155 personer svarat på enkäten. Svarsfrekvensen sett till det totala antalet medlemmar i grupperna är 2,5%. En del medlemmar uppfyllde dock inte inklusionskriterierna och den egentliga svarsfrekvensen bör vara något högre.

Dataanalys

Svaren på frågorna sammanställdes via överföring från Google formulär till tabeller i Excel. Svaren sorterades utifrån huruvida de bodde i Stockholm eller övriga landet och även utifrån när de varit på ett eftervårdsbesök. Tanken från början var att endast använda svar från de som varit på eftervårdsbesök i september, oktober och november 2018, men för att få mer data som skulle kunna leda till mer power i studien valdes att analysera svar från juli till november 2018. Av 155 svar ingår 108 svar totalt i studien. 48 svar exkluderades på grund av uteblivet datum för eftervårdsbesök eller att eftervårdsbesöket skedde tidigare än juni. Variablerna korrigerades så att alla slutna svar angavs i siffror, Ja= 1, Nej= 2 eller Vet ej=3, för att sedan organiseras och tillåta en bra översikt. De frågor med uteblivna svar räknades som bortfall. Totala antal och procent räknades ut. 16 kommentarer fylldes i på sista frågan och utvalda av dessa presenteras under resultatdelen.

Reliabilitet och validitet

Till frågeställningarna i denna studie fanns inte validerade frågor att tillgå, vilket kan ha lett till att tolkningen av frågorna varierade mellan deltagarna och således försvårade sammanställningen av resultaten. För att minska risken för feltolkning kring enkätfrågorna genomfördes en pilotstudie i en grupp med samma kriterier som studiens målgrupp.

Studiens reliabilitet påverkades då enkäten fylldes i online, det här kan leda till en osäkerhet gällande unika användare och svar. Om enkäten däremot hade lämnats ut på mödrahälsovården fanns en risk att barnmorskorna, genom att veta vad studien ville undersöka, hade genomfört fler vaginala undersökningar än vad de eventuellt brukar utföra. Det här var den främsta anledningen till att enkäten besvarades online, för att undvika att barnmorskorna påverkade resultaten genom social önskvärdhet. Studiens reliabilitet ökar då enkäten finns tillgänglig och kan användas igen.

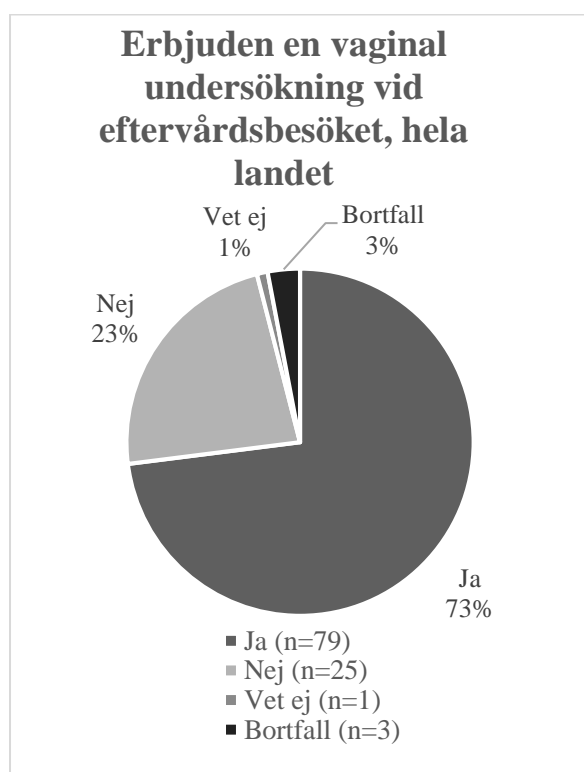
Etiska aspekter

Enkäten var frivillig och svaren behandlades konfidentiellt. Respondenten kunde när som helst avbryta sitt deltagande eller hoppa över frågor. Samtliga deltagare gav sitt medgivande om att vara med och hade möjlighet att via e-post ställa frågor. Samtidigt som enkäten delades i facebookgrupperna gavs en förklaring till vad syftet med den var. Hanteringen av data utfördes endast av studiens författare och kvinnorna som deltog i studien blev samtliga tilldelade ett ID-nummer som sedan användes vid analysen.

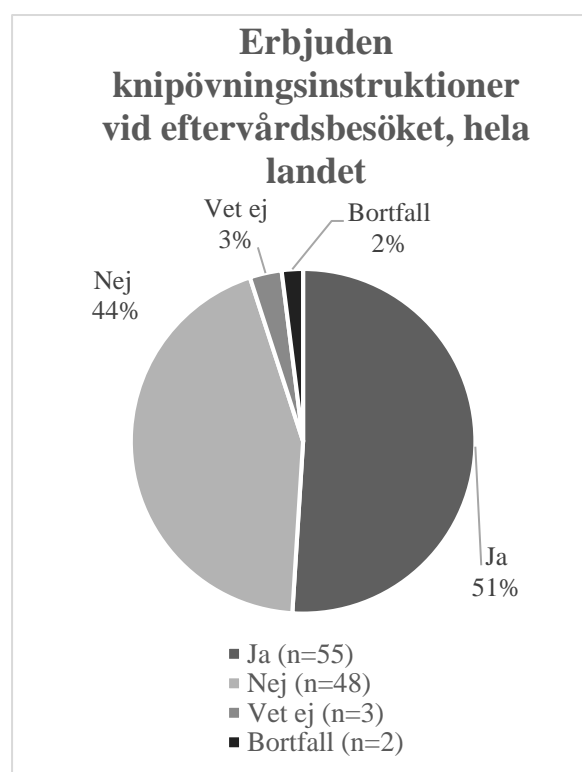
Statistisk bearbetning

Insamlade data har bearbetats i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) och Excel. Resultaten redovisas i procent och p-värde med 95% konfidensintervall. Ett chitvå-test användes för att undersöka eventuell skillnad mellan typ av förlossning och erbjudande om en vaginal undersökning vid eftervårdskontrollen.

Resultat



Figur 1. Visar huruvida kvinnorna blivit erbjudna en vaginal undersökning vid eftervårdsbesöket efter en förlossning, n=108.



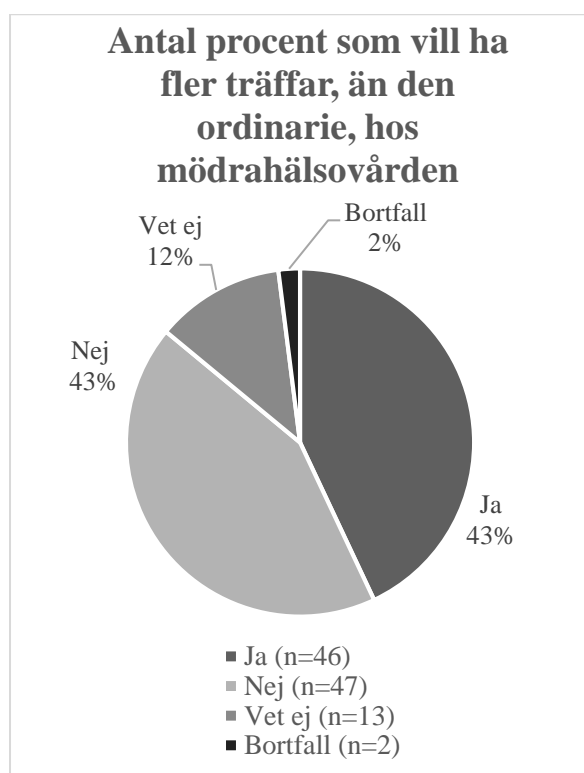
Figur 2. Visar huruvida kvinnorna blivit erbjudna knipinstruktioner vid eftervårdsbesöket efter en förlossning, n=108.

Tabell 1. Visar huruvida kvinnorna blivit erbjudna en vaginal undersökning vid eftervårdsbesöket efter en förlossning samt fördelningen över landet, n=108. Ingen större skillnad mellan Stockholm och övriga landet kan ses.

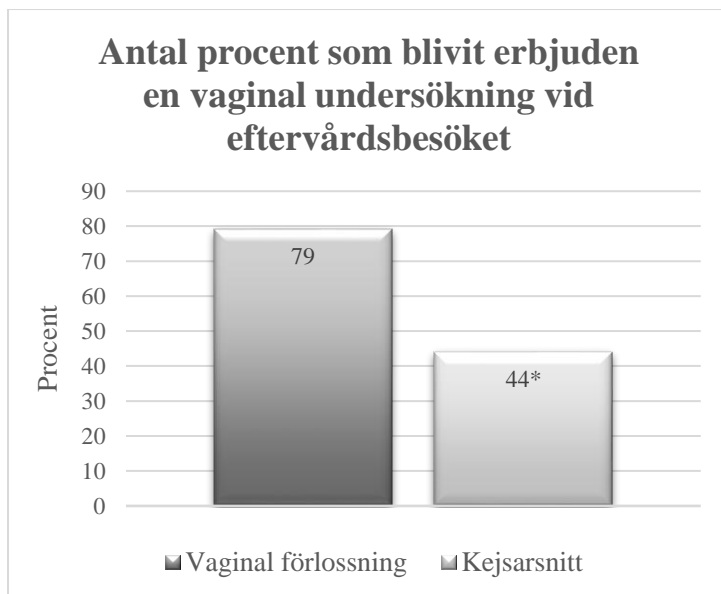
<i>Blivit erbjuden vaginal undersökning vid eftervårdsbesöket</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Bortfall</i>
<i>Stockholm (n=32)</i>	75% (n=24)	22% (n=7)	0% (n=0)	3% (n=1)
<i>Övriga landet (n=76)</i>	72% (n=55)	24% (n=18)	1% (n=1)	3% (n=2)
<i>Totalt (n=108)</i>	73% (n=79)	23% (n=25)	1% (n=1)	3% (n=3)

Tabell 2. Visar huruvida kvinnorna blivit erbjudna knipinstruktioner vid eftervårdsbesöket efter en förlossning samt fördelningen över landet, n=108. Ingen större skillnad mellan Stockholm och övriga landet kan ses.

<i>Blivit erbjuden knipinstruktioner vid eftervårdsbesöket</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Bortfall</i>
<i>Stockholm (n=32)</i>	50% (n=16)	41% (n=13)	6% (n=2)	3% (n=1)
<i>Övriga landet (n=76)</i>	51% (n=39)	46% (n=35)	1% (n=1)	1% (n=1)
<i>Totalt (n=108)</i>	51% (n=55)	44% (n=48)	3% (n=3)	2% (n=2)



Figur 3. Visar antal kvinnor som vill ha fler träffar än det ordinarie eftervårdsbesöket, för att få hjälp och stöttning med knipträning, n= 108.



Figur 4. En signifikant skillnad ($p=0,001$) kan ses mellan de som förlösts vaginalt och har blivit erbjudna en vaginal undersökning respektive de som förlösts med kejsarsnitt, $n=108$.

Tabell 3. I Stockholm är prevalensen för urininkontinens (UI) dubbel så hög som i övriga landet.

<i>Drabbats av UI</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Bortfall</i>
<i>Stockholm (n=32)</i>	16% (n=5)	78% (n=25)	6% (n=2)	0% (n=0)
<i>Övriga landet (n=76)</i>	8% (n=6)	85% (n=65)	7% (n=5)	0% (n=0)
<i>Totalt (n=108)</i>	10% (n=11)	83% (n=90)	7% (n=7)	0% (n=0)

Tabell 4. Visar huruvida kvinnorna vill ha fler träffar med utbildad personal för stöd och hjälp med knipträning samt fördelningen över landet, n=108. Ingen större skillnad mellan Stockholm och övriga landet kan ses.

<i>Vill ha fler träffar med, inom området, utbildad personal</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Bortfall</i>
<i>Stockholm (n=32)</i>	44% (n=14)	34% (n=11)	19% (n=6)	3% (n=1)
<i>Övriga landet (n=76)</i>	42% (n=32)	48% (n=36)	9% (n=7)	1% (n=1)
<i>Totalt (n=108)</i>	43% (n=46)	43% (n=47)	12% (n=13)	2% (n=2)

Tabell 5. 73% av kvinnorna som drabbats av urininkontinens vill ha fler träffar med utbildad personal för stöd och hjälp med knipträning, n=11.

<i>Personer med urininkontinens, som vill ha fler träffar</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Bortfall</i>
<i>Hela landet</i>	73% (n=8)	18% (n=2)	9% (n=1)	0% (n=0)

Tabell 6. Enligt riktlinjerna förväntad andel landsting och regioner som borde erbjuda knipövningsinstruktioner vid eftervårdsbesöket (bilaga 3).

	<i>Hela landet</i>	<i>Stockholm</i>	<i>Övriga landet</i>
<i>Ja</i>	81% (n=17)	100% (n=1)	80% (n=16)
<i>Nej</i>	19% (n=4)	0% (n=0)	20% (n=4)

Kommentarer från kvinnorna i studien

“Efterkontrollen var total värdelös. Jag fick sitta på en stol. Barnmorskan höll upp en lapp med olika svarsalternativ. Så frågade hon kanske 5 frågor om hur jag mådde och jag skulle prompt peka på lappen hon höll upp. Alltså inte svara muntligt. Sedan sa hon att jag kan läsa på 1177 om preventivmedel. Sen var det hej då. Jag kände mig totalt dumförklarad.”

“Jag fick träffa en person på BB som informerade om knipövningar. Våldigt informativt, men hon kändes nästan lite blyg. Det svåra är ju att hitta knipet, har läst att det är lätt att knipa fel så min dröm är att träffa någon som verkligen kan det här ämnet och inte bara slänger sig med gamla tips. Jag vill ha konkret, personlig information.”

“Bra att ni undersöker detta. Viktigt område!!”

“Går hos fysioterapeuten så får vidare övning och hjälp med knip men måste sköta de själv och söka. Borde ingå i efterkontrollens programmet.”

“Jag blev lovad remiss för vidare undersökning, har ännu ej fått återkoppling. Skulle gärna vilja ha en uppföljande kontroll av kniper 6 mån efter, och kanske tom 12 mån efter. Mer info om delade magmuskler och deras påverkan, kontroll av att de går ihop. Info om tankesätt kring kniper - att krama dig inifrån, som jag senare lärt mig genom yoga. Info om knipövningar innan bebis, under bebis och betoning av att de ska göras för alltid.”

“Svårt att gå på efterkontrollen före avslaget är slut, personligen tycker jag det hade varit bra med en slutkoll/extra koll 6–12 mån efter förlossningen då kroppen behöver tid att återhämta sig. Även magmuskeldelning tycker jag bör kollas.”

“Med första barnet hade jag velat ha en till träff för hjälp av knipträning. Det är lätt att läsa sig till info, men något annat att prata om det.”

“Jag fick leta reda på all info kring detta själv och göra mitt bästa”

Sammanfattningsvis verkar flera kvinnor vilja ha fler personliga möten för att få mer ingående information om bäckenbottenträning.

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka i vilken utsträckning mödrahälsovården i Stockholms läns landsting följer existerande riktlinjer gällande bäckenbottenbedömning samt information om bäckenbottenträning vid ett eftervårdsbesök efter en förlossning. Syftet var även att undersöka om det skiljer sig från övriga landet.

Resultatdiskussion

Totalt uppgav 73% (n=79) av kvinnorna i studien att de blivit erbjudna en vaginal undersökning vid eftervårdsbesöket (figur 1). Jämförs siffrorna i Stockholm (75%, n=24) mot övriga landet (72%, n=55) sågs ingen större skillnad i andelen kvinnor som blev erbjudna en vaginal undersökning. Jämförs däremot de som förlöst vaginalt mot de som förlöst med kejsarsnitt syns en större skillnad, vaginalt 79% (n=71), kejsarsnitt 44% (n=8) (figur 4). Det här innebär att över hälften av de som förlöst med kejsarsnitt (56%, n=10) inte blivit erbjudna en undersökning. I och med att graviditeten påverkar bäckenbotten, oavsett typ av förlossning (Fridén, Nordgren & Åhlund 2011, ss. 27–28), bör kvinnan dock alltid bli tillfrågad. 23% (n=25) av alla kvinnor i studien, både de som förlöst vaginalt och de som förlöst med kejsarsnitt, har inte blivit erbjudna en gynekologisk undersökning.

51% av alla kvinnor i studien uppgav att de fått information gällande knipinstruktioner vid eftervårdsbesöket och inte heller här kan en större skillnad ses vid en jämförelse mellan Stockholm (50%) mot övriga landet (51%). 44% av samtliga deltagare har svarat att de ej fått information gällande knipinstruktioner (tabell 2). Inga tidigare liknande studier att jämföra de här resultaten med har hittats men enligt de riktlinjer som finns i Sveriges landsting och regioner (bilaga 3) bör en vaginal undersökning erbjudas samtliga kvinnor vid eftervårdsbesöket hos mödrahälsovården men nästan en fjärdedel blir inte erbjudna undersökningen. 17 av de 21 regionerna och landstingen i Sverige, 81% bör erbjuda knipövningsinstruktioner vid eftervårdsbesöket enligt riktlinjerna idag (tabell 6). 76 av 108 kvinnor i studien uppgav att de var bosatta utanför Stockholm. Förutsatt att de här kvinnorna bodde jämnt fördelade över de övriga 20 landstingen och regionerna borde, enligt riktlinjerna, 20% (n=15) svarat nej på frågan om de blivit erbjudna knipövningsinstruktioner ($76 \cdot 0,2 = 15$). Av de här 76 kvinnorna uppgav 46% (n=35) att de inte blivit erbjudna knipövningsinstruktioner (tabell 2). Av de kvinnor som svarade nej, borde 57% (n=20) ($20/35 = 57$) ha fått erbjudandet. Samtliga 41% (n=13) som svarade nej på frågan och

samtidigt uppgav att de var bosatta i Stockholm borde ha fått erbjudandet. Sett till hela studien har då alltså 31% (n=33) (20+13=33) ($33/108=0,31$) svarat att de inte fått erbjudande om knipövninginstruktioner även fast det borde blivit det. Trots låg power i studien finns möjligheten att de här resultaten speglar hur det ser ut i eftervården efter en förlossning i stora delar av Sverige idag. Det skulle innebära att många kvinnor inte får den vård och hjälp de har rätt till. Många kvinnor som drabbats eller kommer drabbas av urininkontinens skulle kunna slippa det, vilket skulle påverka en stor del av de här kvinnornas liv och inte minst även påverka landets ekonomi. I en studie gjord av Milsom & Gyhagen (2018) går ca 2% av den årliga hälso- och sjukvårdsbudgeten till urininkontinensrelaterade problem. Utöver den etiska aspekten är det här ytterligare en orsak till att utveckla vårdkedjan efter en förlossning, likt Frankrike och England. (University of California, San Francisco 2017-04-14) (Chartered Society of Physiotherapy 2019-01-02)

Socialstyrelsen bedömer att det idag finns ett glapp i vårdkedjan mellan en vecka efter förlossningen till eftervårdsbesöket som brukar ligga mellan 6–12 veckor efter förlossningen. Det finns en otydlighet kring vart kvinnan kan vända sig som nyförlöst under denna tidsperiod vid eventuella problem, psykiska som fysiska. Socialstyrelsen anser att eftervården efter en förlossning dels bör ske tidigare men även innefatta fler tillfällen än vad det erbjuds i dagsläget (Socialstyrelsen 2017, ss. 8–9). Det här bekräftas till stor del av enkätsvaren där 43% av kvinnorna upplever att de vill ha fler träffar med utbildad personal för stöd och hjälp med knipträning (tabell 4). I Frankrike ingår i dagsläget mellan 10–20 träffar med en fysioterapeut efter en förlossning (University of California, San Francisco 2017-04-14) och i Storbritannien har precis beslutats om att även här genomföra en stor intervention där de kommer erbjuda nyförlösta kvinnor fysioterapi (Chartered Society of Physiotherapy 2019-01-02). Studier har visat att bäckenbottenträning kan förebygga och förbättra urininkontinensproblem (Bø, Talseth & Holme 1999, ss. 487–493), (Dumoulin et al. 2004, s. 504–510), (Boyle et al. 2012), därav finns anledning att hjälpa kvinnor med knipträning efter en graviditet och förlossning.

Enligt en studie kan biofeedback tillsammans med bäckenbottenträning ge större förbättringar vid urininkontinens än de som endast tränar på egen hand. Oklart är dock om det är biofeedback i sig eller om det är mer kontakt med utbildad personal som lett till förbättringen (Hederschee et al. 2011). Av de totalt 10% (n=11) som uppgav att de hade urininkontinens (tabell 3) ville 73% (n=8) även ha fler träffar utöver den ordinarie för stöd och hjälp med

knipträning (tabell 5). Det här skulle med stor sannolikhet kunna leda till att flertalet av kvinnorna skulle bli bättre eller helt fria från urininkontinensbesvär.

Sett till kommentarerna som några av kvinnorna frivilligt lämnade i enkäten kan en röd tråd ses genom nästintill samtliga svar, de flesta vill ha mer och personligare information och tips om knipinstruktioner. Flera av kvinnorna uttryckte även att de upplevde att de har behövt ta reda på informationen själva. Att tyda av kommentarerna verkar flera kvinnor ha en upplevelse av otydlighet och blygsamhet från vården när det kommer till att ge information om bäckenbottenträning. Vidare är det svårt att säga huruvida studiens urval är representativt för målgruppen sett till hela landet. Det kan tänkas att de kvinnor som lämnat en kommentar är de med starkast åsikter eller störst problem.

Metoddiskussion

Att studien har ett väldigt smalt urval med inklusionskriterier som inkluderar få människor har lett till att studiens power inte riktigt räckt till. Resultaten visar en prevalens av inkontinensbesvär på 10%, vilket inte överensstämmer med studien av Milsom & Gyhagen (2018) där prevalensen för urininkontinens oftast uppges hamna på ca 25–45%. Enligt samma studie har 29,5% av Sveriges population urininkontinensbesvär. Den här studies låga power kan även påverka övriga resultat, vilket kunde ha resulterat i eventuella andra samband och skillnader.

Att enkätundersökningen genomfördes elektroniskt gav troligen fler resultat än om den delats ut i pappersform på mödrahälsovårdsenheter, att jämföra Stockholm med resterande landet hade då ej varit möjligt. Det finns även anledning att tro att det här gav mer sanningsenliga resultat då eventuella faktorer som påverkar trovärdigheten, exempelvis rädsla för att någon ska se svaren, miljö och trygghet kunde undanröjas eller mildras.

Enkäten tog ej hänsyn till vilken ålder kvinnorna som deltog hade, vilket med fördel kan förbättras till kommande studier. Det här för att kunna försäkra sig om att samtliga deltagare är över 15 år gamla. Att få barn innan 15 års ålder är dock relativt ovanligt i Sverige. Enligt statistik från statistiska centralbyrån hade färre än 1% av barnen födda 2017 mödrar som var yngre än 20 år vid förlossningen (SCB 2018-11-05).

Vidare forskning

Fortsatta studier på huruvida eftervården efter en förlossning, med hänsyn till bäckenbotten, är tillräcklig eller inte kan vara av intresse och en eventuell grund för att förändra den ibland bristfälliga eftervården som en del kvinnor möts av idag. Forskning och utvärdering av systemen både Storbritannien och Frankrike idag använder sig av, eller kommer komma att använda, skulle vara värdefull och kan förhoppningsvis i framtiden även hjälpa till att leda Sverige framåt inom frågan. Studier liknande den här är av intresse för att undersöka i vilken utsträckning riktlinjerna efterföljs, då med mer power och eventuellt även en kartläggning av vilket landsting kvinnorna tillhör. Det här för att öka tillförlitligheten ytterligare. Andra studier skulle kunna undersöka varför kvinnor som förlösts med kejsarsnitt inte blir erbjudna samma vård som de med vaginal förlossning.

Slutsats

Resultaten bekräftade hypotesen om att riktlinjerna ej efterföljdes i den utsträckning de borde, både gällande bäckenbottenbedömning och information om knipträning. Enligt riktlinjerna (bilaga 3) rekommenderas att samtliga av Sveriges nyförlösta kvinnor ska bli erbjudna en vaginal undersökning vid efterkontrollen samt att minst 81% ska bli erbjudna knipövningsinstruktioner. Inga direkta skillnader kan ses vid jämförelser mellan Stockholm och övriga landet, med undantag för förekomst av urininkontinens, vilken var större i Stockholm. En viktig skillnad kan dock ses vid jämförelsen av att de som förlösts vaginalt i större utsträckning blev erbjudna en vaginal undersökning vid eftervårdsbesöket än de som förlösts med kejsarsnitt. Från de kommentarer kvinnorna lämnat går även att tyda att flertalet vill ha mer och personlig information.

Referenslista

1177 Vårdguiden (2017-02-22). *Besök på barnmorskemottagningen under graviditeten.*
<https://www.1177.se/Halland/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-pa-barnmorskemottagningen-under-graviditeten/> [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2017-02-22). *Besök på barnmorskemottagningen under graviditeten.*
<https://www.1177.se/Jonkopings-lan/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-pa-barnmorskemottagningen-under-graviditeten/> [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2017-02-22). *Besök på barnmorskemottagningen under graviditeten.*
<https://www.1177.se/Kalmar-lan/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-pa-barnmorskemottagningen-under-graviditeten/> [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2017-02-22). *Besök på barnmorskemottagningen under graviditeten.*
<https://www.1177.se/Orebro-lan/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-pa-barnmorskemottagningen-under-graviditeten/> [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2017-02-22). *Besök på barnmorskemottagningen under graviditeten.*
<https://www.1177.se/Sormland/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-pa-barnmorskemottagningen-under-graviditeten/> [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2017-02-22). *Besök på barnmorskemottagningen under graviditeten.*
<https://www.1177.se/Vastmanland/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-pa-barnmorskemottagningen-under-graviditeten/> [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2017-04-10). *Fysisk aktivitet, hälsa och matvanor efter förlossningen.*
<https://www.1177.se/Vasterbotten/Tema/Gravid/Forsta-tiden-efter-forlossningen/Livsstil-och-halsa-efter-forlossningen/Fysisk-aktivitet-halsa-och-matvanor-efter-forlossningen/>
[2018-11-21].

1177 Vårdguiden (2017-09-20). *Besök under graviditeten, region Värmland.*
<https://www.1177.se/Varmland/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Kontroller-under-graviditeten-Landstinget-i-Varmland/> [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2017-12-27). *Besök under graviditeten på Gotland*.
[https://www.1177.se/Gotland/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-
under-graviditeten/#section-10](https://www.1177.se/Gotland/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-
under-graviditeten/#section-10) [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2018-03-20). *Besöksprogram för gravida i Västerbotten*.
[https://www.1177.se/Vasterbotten/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-
modravardscentralen/Besokprogram-for-gravida/](https://www.1177.se/Vasterbotten/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-
modravardscentralen/Besokprogram-for-gravida/) [2018-03-20].

1177 Vårdguiden (2018-08-24). *Dina besök hos barnmorskan*.
[https://www.1177.se/Blekinge/Tema/Gravid/Att-vanta-och-foda-barn-i-Blekinge/Din-besok-
hos-barnmorskan/Dina-besok-hos-barnmorskan/#section-13](https://www.1177.se/Blekinge/Tema/Gravid/Att-vanta-och-foda-barn-i-Blekinge/Din-besok-
hos-barnmorskan/Dina-besok-hos-barnmorskan/#section-13) [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2018-10-19). *Besök under graviditeten i Dalarnas län*.
[https://www.1177.se/Dalarna/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-
under-graviditeten-i-Dalarnas-lan/](https://www.1177.se/Dalarna/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-
under-graviditeten-i-Dalarnas-lan/) [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2018-11-23). *Besök under graviditeten, Gävleborg*.
[https://www.1177.se/Gavleborg/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-
under-graviditeten-Gavleborg/](https://www.1177.se/Gavleborg/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-
under-graviditeten-Gavleborg/) [2018-12-18].

1177 Vårdguiden (2019-01-03). *Hemprogram efter graviditet och förlossning*.
[https://www.1177.se/Blekinge/Tema/Gravid/Forsta-tiden-efter-forlossningen/Efter-
forlossningen/Hemprogram-efter-graviditet-och-forlossning/](https://www.1177.se/Blekinge/Tema/Gravid/Forsta-tiden-efter-forlossningen/Efter-
forlossningen/Hemprogram-efter-graviditet-och-forlossning/) [2019-01-23].

Barimani, M. & Hylander, I. (2012). Joint action between child health care nurses and midwives leads to continuity of care for expectant and new mothers. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7(1), p.18183.

Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S. E. & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(3), 409–417.

Boyle, R., Hay-Smith, E. J. C., Cody, J. D. & Mørkved, S. (2012). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

Bäckenbottenutbildning. *Riskfaktorer för bristning*.

<http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/att-forebygga-bristningar/riskfaktorer-for-bristning> [2019-01-29].

Bø, K., Talseth, T. & Holme, I. (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *Bmj*, 318(7182), 487–493.

Chartered Society of Physiotherapy (2019-01-02). *Physiotherapy to be offered to new mothers*.

<https://www.csp.org.uk/news/2019-01-02-physiotherapy-be-offered-new-mothers> [2019-01-09].

Dumoulin, C., Lemieux, M. C., Bourbonnais, D., Gravel, D., Bravo, G. & Morin, M. (2004). Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 104(3), 504–510.

Fridén, C., Nordgren, B. & Åhlund, S (2011). *Graviditet, hälsa och träning*. Lund: Studentlitteratur.

Föräldra- och barnhälsan (2018-10-12). *Basprogram inom Mödrahälsovården*. Region Jämtland Härjedalen.

Hederschee, R., Hay-Smith, E. J. C., Herbison, G. P., Roovers, J. P. & Heineman, M. J. (2011). Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Kim, E. Y., Kim, S. Y. & Oh, D. W. (2012). Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training. *Clinical rehabilitation*, 26(2), 132–141.

Kunskapscentrum Kvinnohälsa (2017-01-31). *Basprogram För graviditetsövervakning/hälsovård i Region Skåne*. Region Skåne.

Kvinnoklinik (2018-01-04). *Basprogram för gravida Mödrahälsovården M1*. Västra götalsregionen.

Kvinnokliniken (2018-04-06) *Basprogram i mödravården*. Region Kronoberg.

Medibas (2013-05-03). Ansträngningsinkontinens. <https://medibas.se/handboken/kliniska-kapitel/njurar-och-urinvagar/patientinformation/urinelackage/anstrangningsinkontinens/> [2018-11-15].

Milsom, I., & Gyhagen, M. (2018). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 1–6.

Mödrahälsovårdsenheten SLL (2018-02-04). *Basprogram för vård under Graviditet*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Mödrahälsovårdsenheten.

Nationalencyklopedin. *Biofeedback-träning*.

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/biofeedback-träning> [2019-01-15].

Obstetrisk och gynekologisk vård länsklirik; Länsenheten Föräldra- och Barnhälsa Graviditet och förlossning (2018-05-30). *BAS-program för MVC*. Region Norrbotten.

Primärvården Primärvården/Barnmorske- och ungdomsmottagningarna (2017-09-01). *Kravspecifikation Mödrahälsovården Västernorrland 2018–2019*. Landstinget västernorrland.

Region Uppsala; Kvinnosjukvård (2017-12-04). *Basprogram för vård och övervakning av graviditet, barnmorskemottagning i Uppsala län*. Region Uppsala.

Riktlinjer - medicinska (2019-01-04). *Basprogram för mödrahälsovården*. Region Östergötland.

Socialstyrelsen (2017). *Vård efter förlossning: En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska centralbyrån (2018-11-05). *Föräldrars ålder i Sverige*.

<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/foraldrars-alder-i-sverige/> [2019-01-17].

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för urologi (2018-10-29). *Riktlinjer för behandling av urininkontinens*.

<https://www.janusinfo.se/behandling/expertradsutlatanden/urologi/urologi/riktlinjerforbehandlingavurininkontinens.5.6081a39c160e9b3873180d1.html> [2018-11-15].

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*. Rapport nr: 76. Sverige: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

University of California, San Francisco (2017-04-14). *What The French Get So Right About Taking Care Of New Moms*. <https://obgyn.ucsf.edu/news/what-french-get-so-right-about-taking-care-new-moms> [2019-01-09].

Woxnerud, K (2016). *Mamma Mage, träna rätt och smart efter graviditeten*. Göteborg: Tukan Förlag.

Bilaga 1

Hej,

Med det här brevet vill vi bjuda in dig att delta i en enkätstudie. Vi är två hälsopedagogstudenter vid Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm som under vintern 2018/2019 skriver vår kandidatuppsats om 15 högskolepoäng.

Syftet med uppsatsen är att undersöka i vilken utsträckning mödrahälsovården i Stockholms läns landsting följer de riktlinjer som finns gällande kontroll av knipförmåga efter förlossning, samt om nyförlösta kvinnor upplever antalet träffar och informationen de fått gällande bäckenbottenträning vid efterkontrollen som tillräcklig för fortsatt träning på egen hand.

Vi har utformat en webbenkät som kommer att delas till 4 olika mammagrupper på Facebook med barn födda 2018 och svaren kommer ligga till grund för vår kandidatuppsats.

Enkäten tar ca 4 minuter att besvara och deltagande i studien innebär att svara på enkäten en gång genom denna länk. En påminnelse kommer skickas ut efter en vecka.

Deltagandet är frivilligt och anonymt och datan i enkäten kommer inte kunna härledas till dig, en besvarad enkät räknas som informerats samtycke och medgivande i studien.

Vill du ta del av resultaten i studien, vänligen fyll i din mailadress i enkäten.

Tack på förhand.

Med vänlig hälsning

Elin Löfgren, hälsopedagogstudent, e-mail: elin.lofgren@student.gih.se

Natalie Nordenskiöld, hälsopedagogstudent, e-mail: natalie.nordenskiold@student.gih.se

Bilaga 2

Enkätfrågor:

Jag har läst och tagit del av informationen. Ja

Mail (vid intresse att ta del av resultaten): _____

Bor du i Stockholms län?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer) Ja/Nej

Har du varit på efterkontroll hos en barnmorska?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer) Ja/Nej

Om ja:

När var du på efterkontroll?

(Ange med siffror) År: ____ Mån: ____ Dag: ____

Har du drabbats av urininkontinens i samband med din (senaste) graviditet?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer) Ja/Nej/Vet ej

Om ja:

Berättade du att du drabbats av urininkontinens för din barnmorska?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer) Ja/Nej/Vet ej

Hur många förlossningar har du gått igenom?

(Ange med siffror) : _____

Var din senaste förlossning vaginal eller med kejsarsnitt?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer) Vaginal/Kejsarsnitt

Blev du, på efterkontrollen hos barnmorskan, erbjuden en vaginal undersökning för bedömning av knipförmåga?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer)

Ja/Nej/Vet ej

Blev du, på efterkontrollen hos barnmorskan, erbjuden knipövningsinstruktioner?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer)

Ja/Nej/Vet ej

Om ja, isåfall vad för instruktioner? (Du kan välja flera alternativ)

Träningsprogram för knipövningar

App, ex Tät, Knip eller MammaMage

Broschyr

Vidare kontakt med sjukgymnast/fysioterapeut/läkare etc.

Google

Hänvisning till 1177

Knipkulor eller liknande hjälpmedel

Kort muntlig info - "Knip ofta"

Mer ingående muntlig info - hjälp och tips att hitta knipet etc.

Annat: _____

Hade du velat ha en **tidigare** träff för att kontrollera knipet och få hjälp med övningar, än den ordinarie efterkontrollen hos barnmorskan?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer)

Ja/Nej/Vet ej

Hade du velat ha **fler** träffar med en, inom området utbildad person, för hjälp/stöd med knipträning?

(Sätt ett kryss vid det påstående som stämmer)

Ja/Nej/Vet ej

Bilaga 3

Landsting / Region	Gynekologisk Undersökning	Knip-instruktioner	Källhänvisning
Östergötland	x	x	Riktlinjer - medicinska 2019, s. 3
Västra Götaland	x		Kvinnoklinik 2018, s. 2
Uppsala	x	x	Region Uppsala; Kvinnosjukvård 2017, s. 2
Stockholm	x	x	Mödrahälsovårdsenheten SLL 2018, s.12
Skåne	x	x	Kunskapscentrum Kvinnohälsa 2017, s. 2
Norrbottn	x		Obstetrisk och gynekologisk vård länsklirik; Länsenheten Föräldra- och Barnhälsa Graviditet och förlossning 2018, s. 2
Kronoberg	x	x	Kvinnokliniken 2018, s. 4
Värmland	x	x	1177 Vårdguiden 2017-09-20
Västerbotten	x		1177 Vårdguiden 2018-03-20
Dalarna	x	x	1177 Vårdguiden 2018-10-19
Gävleborg	x	x	1177 Vårdguiden 2018-11-23
Gotland	x	x	1177 Vårdguiden 2017-12-27
Örebro	x	x	1177 Vårdguiden 2017-02-22
Blekinge	x		1177 Vårdguiden 2018-08-24
Sörmland	x	x	1177 Vårdguiden 2017-02-22
Västmanland	x	x	1177 Vårdguiden 2017-02-22
Jämtland/ Härjedalen	x	x	Föräldra- och barnhälsan 2018, s. 2
Västernorrland	x	x	Primärvården primärvården/barnmorske- och ungdomsmottagningarna 2017, s. 2

Jönköping	x	x	1177 Vårdguiden 2017-02-22
Halland	x	x	1177 Vårdguiden 2017-02-22
Kalmar	x	x	1177 Vårdguiden 2017-02-22
TOTALT	21/21	17/21	

Bedömning av bäckenbottens struktur och funktion

Om kvinnan har svårt att knipa när hon ligger i gynläge skapar en brits placerad mot en vägg en bra förutsättning för palpation. Då kan kvinnan luta ena benet mot väggen och det andra stöttar du.

Utförande: kvinnan intar ryggläge med ordentligt böjda knän och du sätter dig bredvid henne med ditt ansikte mot hennes.

Nu registrerar du vävnadsstrukturen:

Känns det väldigt löst (hypotont)? rymligt? slapt?

Känns det som att vävnaden sluter till väl runt fingrarna (normotont) eller var det svårt att få in fingrarna, så att de omsluts väldigt stramt (hypertont)?

Mot fingrarnas baksida har du nu bakre slidväggen. Här känner man ofta knölar, vilket som regel utgörs av avföring i rektum.

Åt sidorna, cirka 3-4 cm in, känner du pubococcygeus-muskeln. Här kan man notera om muskelskänkeln är tjock eller tunn. Hos en ung oförlöst kvinna kan den vara cirka en cm tjock, till skillnad från hos en äldre kvinna där den knappt känns.

Framåt känner man främre vaginalväggen. Den kan bukta, framför allt om man fött barn, eftersom slidväggen töjts ut då barnet föddes fram.

Bedömning av bäckenbottens funktion:

1. Tippa fingrarna något bakåt och be kvinna spänna igen den anala öppningen. Be henne tänka sig att hon tatar för gas eller avföring. Om kvinnan kan kontrahera riktigt - då flyttas dina fingrar bakifrån och framåt.
2. Be nu kvinnan att hålla emot en tarmtömningsreflex så länge hon kan, normalt är att

kunna knipa cirka 30 sekunder. Detta ger dig en uppfattning om uthålligheten i den anala ringmuskeln och pubococcygeus-muskeln.

3. Be kvinnan sedan spänna igen, som om hon vore 'kissnödig och stod i kö'. Om hon kan kontrahera på rätt sätt flyttas dina fingrar ännu mer mot symfyssen.
4. Be kvinnan nu att spänna uppåt så att hon får en känsla av att något "lyfts upp" inuti (spänn utmed slidans hela längd i fem våningar och tänk fast en 'diamant'). Spänner hon på rätt sätt kommer dina fingrar att klämmas åt från sidorna och lyftas uppåt inåt. Detta är en bedömning av levatorfunktion.
5. Be kvinnan nu hosta och känn vad som händer. Får du nu den främre vaginalväggen mot din hand då tyder det på svag upphängningsstruktur (ligament eller fascior).
 1. Be henne spänna fast diamanten i tanken och återigen hosta. Känns det stadigt har hon en muskelfunktion.
6. Sära nu dina fingrar och be kvinnan spänna ihop dem (krossa dem) och be henne fortsättningsvis hindra dig från att dra ut dina fingrar. Detta test bedömer levatorernas styrka.

Dokumentera gärna hur många sekunder kvinnan aktivt orkar hålla snabba, uthålliga respektive maximala knip för att du sedan ska kunna utvärdera om det skett någon förändring vid återbesöket. Om du bedömer att kvinnan har en svag bäckenbottenmuskulatur bör du boka återbesök efter tre och sex månader. Det är viktigt att ge kvinnan individuellt anpassade råd.

Bilaga 5 - Litteratursökning

Syfte och frågeställningar

Syftet var att undersöka i vilken utsträckning mödrahälsovården i Stockholms läns landsting följer de riktlinjer som finns gällande bäckenbottenbedömning och information om knipträning vid eftervårdsbesöket och om det skiljer sig mot övriga landet.

I vilken utsträckning har nyförlösta kvinnor fått information gällande knipövninginstruktioner samt blivit erbjudna en vaginal undersökning hos mödrahälsovården?

I vilken utsträckning vill kvinnor ha fler träffar, än den ordinarie, hos mödrahälsovården för att få hjälp och stöd med knipträning?

Blir kvinnor som förlösts vaginalt i större utsträckning erbjudna en vaginal undersökning efter förlossningen jämfört med kvinnor som förlöst med kejsarsnitt?

I vilken utsträckning vill kvinnor som drabbats av urininkontinens ha fler träffar med utbildad personal för stöd och hjälp med knipträning?

Vilka sökord har du använt?

Ämnesord och synonymer svenska	Ämnesord och synonymer engelska
knipövningar, riktlinjer mödrahälsovården, basprogram graviditet, efterkontroll, 1177 riktlinjer graviditet, biofeedback betyder, vård efter förlossning socialstyrelsen, riktlinjer urininkontinens,	pelvic floor muscle training, pelvic floor muscle training biofeedback, biofeedback pfmt, biofeedback, physiotherapist, mother, postnatal, urinary incontinence, france postpartum care, bakingbabies, rééducation périnéale, child health care,

Var och hur har du sökt?

Databaser och andra källor	Sökkombination
Pubmed	“child health care”, “postpartum pelvic floor muscle training”, “urinary incontinence postpartum”
Google	“basprogram graviditet”, riktlinjer mödrahälsovården”, “france postpartum care”, “bakingbabies”, “1177 riktlinjer graviditet”, “biofeedback betyder”, “vård efter förlossning socialstyrelsen”, “riktlinjer urininkontinens”

Cochrane	“biofeedback”
----------	---------------

Kommentarer

Vi har framför allt använt oss av Google där vi funnit relevant information. I PubMed har “relaterade artiklar” lett till fler studier än sökkombinationerna för sig.