

Kvinders oplevelse af efterforløbet ved en bristning: En kvalitativ undersøgelse



Aalborg Universitet, Det Sundhedsfaglige Fakultet
Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
4. semester Speciale

Gruppe: 10310

Afleveringsdato: 01.06.2025

Vejleder: Jane Andreasen
Anslag inkl. mellemrum: 260.782
Reference System: APA 7th

Merete Kodal Bendtsen
Pernille Elisabeth Sahlertz
Anne Sofie Gerd Jensen

Kvinders oplevelse af efterforløbet ved en bristning: En kvalitativ undersøgelse

Forord

En særlig tak til vores vejleder Jane Andreasen, der har bidraget med faglig sparring, et godt samarbejde og stor dedikation.

Dertil vil en særlig tak blive rettet mod vores samarbejdspartner i den større danske Kommune, som har bidraget med faglig sparring samt rekruttering af informanter gennem den Kommunale indsats. Vi anerkender og retter en stor tak mod de informanter, som har valgt at dele deres oplevelser med genoptræningen i efterforløbet. Dette med håb om at blive hørt og skabe forandring på området.

Formålet og ønsket med specialet er, at det kan bidrage med perspektiver til forandring samt udvikling på området for kvinder, som pådrager sig en bristning af grad tre eller fire under fødslen.

Desuden bidrager specialet til at skabe mere opmærksomhed på området, idet bristninger kan medføre langvarige komplikationer.

God fornøjelse!

Merete, Pernille og Anne Sofie



AALBORG UNIVERSITET

Resumé

Baggrund: Otte ud af ti førstegangsfødende kvinder brister under en vaginal fødsel. I 2023 er der i Danmark registreret 19.786 førstegangsfødende, der fødte vaginalt, hvoraf 5,4 % af dem bristede af grad tre eller fire. Bristninger af grad tre og fire er forbundet med øget risiko i form af inkontinens, prolaps og bækkenbudssmerter, hvilket kan have langvarige konsekvenser. Kvinderne påvirkes både *fysisk, psykisk* og *socialt*. Derudover kan det have negativ indflydelse på barnet og familiens velbefindende. Efter udskrivelsen kan kvinderne på nogle hospitaler tilbydes genoptræning i efterforløbet, for at reducere de langvarige komplikationer, som bristninger medfører.

Formål: Formålet er at undersøge hvordan genoptræningen i efterforløbet opleves for kvinder, som brister af grad tre eller fire under fødslen, samt hvilke faktorer de tillægger betydning. Ydermere, hvordan denne indsigt kan bidrage til forandringsspektiver.

Metode: Specialet tager afsæt i kritisk hermeneutik som videnskabsteoretisk position. Dataindsamlingen består af en systematisk litteratursøgning samt semistrukturerede, individuelle interviews. Braun & Clarkes (2006) tematiske analysestrategi anvendes til at analysere studierne fra den systematiske litteratursøgning. Derudover anvendes Pedersen & Dreyers (2018) analysestrategi, inspireret af Ricouers trefoldige mimesis, til analyse af interviewene.

Resultater: I resultaterne identificeres tre hovedpointer: *manglende anerkendelse, følelsen af at være alene* samt *tabu*. Fundene belyser, at en sundhedsprofessionel, som anerkender og støtter kvinderne i genoptræningen i efterforløbet, er en faktor af betydning. Desuden oplever kvinderne, at det er en betydende faktor, at de ikke skal føle sig alene med ansvaret. Derudover ses der en kompleksitet i, at bristninger er et tabubelagt emne i samfundet, hvilket opleves som en negativ faktor for kvinderne. Kvinderne oplever, at det er svært at italesætte bristninger grundet tabuisering, hvilket er en faktor af betydning i deres oplevelse af efterforløbet. Desuden identificeres tre forandringsspektiver: *Udarbejdelse af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, telefonisk kontakt til en sundhedsprofessionel* samt *udvikling af en app*.

Konklusion: Det kan på baggrund af specialet konkluderes, at genoptræningen i efterforløbet synes at understøtte kvindernes behov både *fysisk, psykisk* og *socialt*. En faktor af betydning for kvinderne er at møde sundhedsprofessionelle, som anerkender og støtter dem. Fundene belyser vigtigheden af at styrke kvindernes forudsætninger for livet efterfølgende, da komplikationerne kan have langvarige konsekvenser. Fundene bidrager med en nuanceret og ny viden indenfor emnet, hvor der er begrænset forskning. Der ses behov for yderligere undersøgelser og kvalificering af forandringsspektiverne.

Abstract

Background: 8/10 primiparous women experience a perineal tear during vaginal delivery. In 2023, a total of 19,786 primiparous women were registered giving birth vaginally in Denmark, - amongst these women 5.4 % experienced a perineal tear in the 3rd or 4th degree. A perineal tear in the 3rd or 4th degree is associated with an increased risk of complication such as fecal incontinence, prolapse or pelvic floor pain, which can lead to long term consequences as this may impact the women in question physically, psychologically, and socially. Furthermore, these consequences of a perineal tear can have a negative impact on the wellbeing of the child and the family. Some hospitals offer the women, within the postpartum period, with a perineal tear in 3rd or 4th degree, rehabilitation to reduce the long term complications which a tear can potentially cause.

Aim: The aim is to explore the very rehabilitation within the postpartum period in order to examine which factors the women who have experienced a perineal tear in 3rd or 4th degree, perceive as meaningful. Furthermore, the aim is to investigate how these insights can lead to an additional perspective of change.

Method: The thesis is founded from a critical hermeneutic approach. Data collection includes a systematic literature search and semi-structured individual interviews. For data analysis, Braun & Clarke's (2006) thematic analysis strategy was utilised to analyse the studies of the systematic literature review. Furthermore, Pedersen & Dreyer's (2018) analysis strategy, inspired by Ricoeur's threefold mimesis, was used to analyse the interview data.

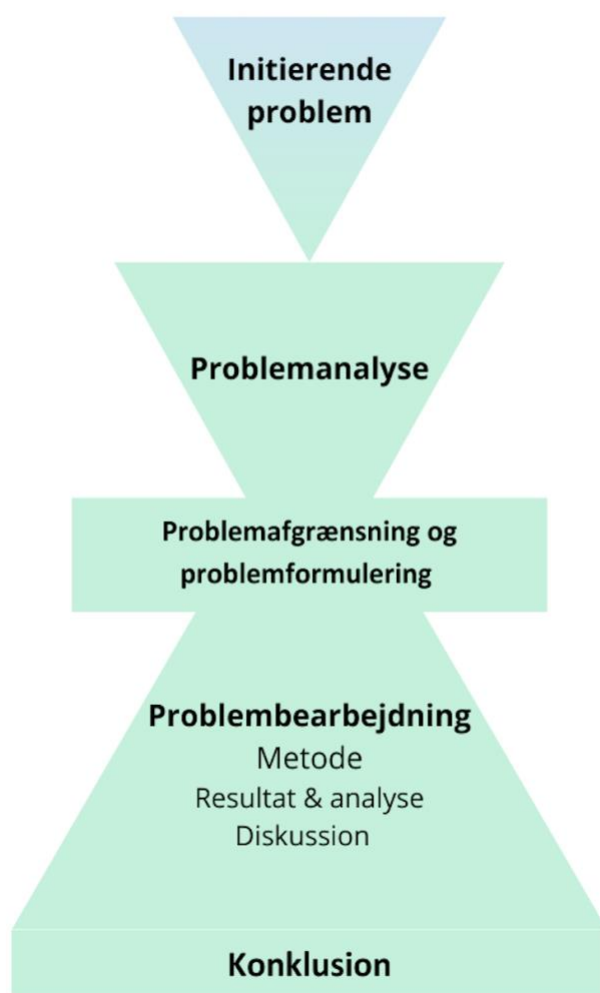
Results: 3 main findings were identified: "A lack of acknowledgement", "feeling of being alone" and "taboo". The findings illustrate how health professionals who acknowledge and support the women in rehabilitation are perceived as a meaningful factor within the postpartum period. Furthermore, a factor of meaning for the women is not to feel alone with the responsibility. In addition, a complexity was uncovered; a perineal tear is a societal taboo, which was perceived as a negative factor for the women. The women experience reluctance towards conveying the concept of, as well as their personal experiences with, perineal tears due to the current taboo about this, which plays a factor of meaning within the postpartum period. Furthermore, 3 perspectives of change were identified: Development of recommendation for the Danish Health Authority, contact with a health professional by telephone, as well as the development of an app.

Conclusion: The findings of the thesis concludes that rehabilitation within the postpartum period supports women's needs both physically, psychologically and socially. A factor of meaning for the women is to encounter a health professional who acknowledges and supports them. Additionally, the findings show the importance of empowering women to manage the subsequent life from the postpartum period, as the complications in question can be long termed. The results contribute with nuances and new knowledge within an area that currently consists of limited existing research. Further, additional research is suggested in order to qualify perspectives of change.

Læsevejledning

Aalborg-modellen ses i nedenstående figur 1, og danner rammen for opbygningen af dette speciale. Modellen er fremstillet af Aalborg Universitet med afsæt i *problembaseret læring*. Specialet er struktureret med afsæt i studieordningens læringsmål og *Aalborg-modellen*. *Problembaseret læring* består i fremsøgning samt identifikation af en problematik, der ønskes undersøgt og håndteret (Holgaard et al., 2020). Den nedenstående figur viser opbygningen, hvor den første del indebærer det initierende problem, som består af identificering af problemet. Herefter identificeres og analyseres problemet, hvilket udgør problemanalysen. Dette leder til en afgrænsning samt specialets problemformulering med dertilhørende underspørgsmål. Dette danner grundlag for valg af metode, hvorefter resultater, analyse og diskussion, som har til formål at besvare specialets problemformulering, fremkommer. Tilsammen danner dette grundlaget for forandringsperspektiver og afslutningsvis en konklusion.

Figur 1: Illustration af specialets opbygning med afsæt i Aalborg-modellen.



Indholdsfortegnelse

Forord	
Læsevejledning	
1.0 Initierende problem.....	1
2.0 Begrebsafklaring.....	2
3.0 Problemanalyse	3
3.1 Fødselsbristninger i Danmark - et folkesundhedsmæssigt problem	3
3.2 Risikofaktorer for bristninger af grad tre og fire	4
3.3 Samfundsmæssige konsekvenser ved bristninger	5
3.4 Tværsektoriel organisering af genoptræning i Danmark	8
3.4.1 Genoptræningsindsats i en større dansk Kommune	9
3.4.2 Organisering af forløbet efter udskrivelsen	11
3.5 Funktionsevne set ud fra den biopsykosociale model.....	12
3.5.1 Fysiske domæne.....	13
3.5.2 Psykiske domæne	14
3.5.3 Sociale domæne.....	15
3.6 Stigmatiserings indflydelse på kvinder med en bristning	16
3.7 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved genoptræningen i efterforløbet.....	18
4.0 Problemafgrænsning	20
5.0 Problemformulering	21
6.0 Videnskabsteori	22
6.1 Specialegruppens forforståelse	23
7.0 Metode	25
7.1 Systematisk litteratursøgning.....	25
7.1.1 Fremgangsmåden for den systematisk litteratursøgning	25
7.2 Kvalitativ metode.....	32
7.2.1 Semistrukturerede interviews som dataindsamlingsmetode	33
7.2.2 Rekruttering af informanter	33
7.2.3 Udførsel af interviews.....	35
7.2.4 Interviewguide.....	36
7.2.5 Transskribering af interviews.....	37
7.2.6 Analysestrategi af de individuelle interviews.....	38
7.2.7 Ethiske overvejelser	40
8.0 Resultater og analyse	42
8.1 Præsentation og kvalitetsvurdering af de videnskabelige studier.....	42
8.1.1 Tematisk analyse af de fem videnskabelige studier.....	53

8.2 Analyse af interview.....	65
8.2.1 Præsentation af informanter	65
8.2.2 Naiv læsning af interviewene	66
8.2.3 Strukturanalyse af interviews	67
8.3 Kritisk fortolkning og diskussion.....	82
8.3.1 Manglende anerkendelse.....	82
8.3.2 Følelse af at være alene	86
8.3.3 Tabu	88
9.0 Forandringsspektiver på indsatser i fremtiden.....	90
Forandringsspektiv 1: Udarbejdelse af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen	91
Forandringsspektiv 2: Telefonisk kontakt til en sundhedsprofessionel.....	92
Forandringsspektiv 3: Udvikling af en app	93
9.1 Utsigtede konsekvenser af forandringsspektiverne.....	94
10.0 Metodediskussion.....	96
10.1 Kritisk hermeneutik.....	96
10.2 Metasyntese	96
10.2.1 JBI tjekliste	97
10.2.2. Tematisk analysestrategi	98
10.3 Individuelle interviews.....	98
10.3.1 Rekruttering	98
10.3.2 Interviewguide og gennemførelse af interview	99
10.3.3 Ethiske overvejelser	99
10.3.4 Overførbarhed.....	100
10.3.5 Analysestrategi.....	100
10.4 Overordnet vurdering af kvalitet og fund	100
10.0 Konklusion	102
11.0 Referenceliste	103

1.0 Initierende problem

Fødselsbristninger udgør et *folkesundhedsproblem* i Danmark. For mange kvinder er en fødsel forbundet med angst for at briste, og denne bekymring er velbegrundet, da otte ud af ti førstegangsfødende i dag oplever bristninger (Bach, 2025). I 1995 blev der registreret 67.771 nyfødte børn, mens tallet i 2024 var faldet til 57.079 (Danmarks Statistik, 2023). Ifølge Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) var der i 2023 i alt 19.786 førstegangsfødende, der fødte vaginalt i Danmark. Ud af disse udgjorde 5,4% kvinder med en bristning af grad tre eller fire (Cueto et al., 2023). En bristning af grad tre eller fire er forbundet med øget risiko for inkontinens, prolaps, bækkenmunds- og samlejesmerter samt indflydelse på dagligdagen (Huber et al., 2021). Komplikationer i forbindelse med at briste kan føre til fysisk ubehag, manglende sexlyst samt angst for at bevæge sig ud (Willer, 2013). Komplikationer efter en bristning af grad tre og fire kan ligeledes føre til en begrænsning af kvinders sociale adfærd, angst for at se sit underliv efterfølgende samt en ændret kropsopfattelse (Williams et al., 2005). Ydermere kan kvinder opleve psykiske konsekvenser relateret til symptomer på *PTSD* (Molyneux et al., 2024). Bristninger kan derfor føre til *fysiske, sociale- og psykiske konsekvenser* for kvinder, der endvidere fører til samfundsmæssige konsekvenser.

I en region i Danmark udgør andelen af kvinder med tredje og fjerde grads bristninger 3,1% i 2023 (Cueto et al., 2023). Kvinder med bristning af grad tre og fire, henvises fra et Universitetshospital til et genoptræningsforløb, i en større dansk Kommune, med henblik på at styrke bækkenbundens muskler med fysioterapi. Forinden udskrivelsen fra hospitalet udarbejdes en genoptræningsplan, der angiver kvindernes funktionsnedsættelse og genoptræningsbehov, hvorefter dette forløb tilrettelægges individuelt. Bristninger i forbindelse med fødsler, er et tabubelagt emne, da der er en samfundstendens til, at komplikationerne er en naturlig følge af en fødsel (Aggerbeck, 2014). Problematikken understøtter vigtigheden i en helhedsorienteret indsats med fokus på at støtte kvinders *fysiske, sociale og psykiske* helbred i efterforløbet. Kvinder oplever mangel på information om deres bristning og en følelse af tabt *autonomi*, *psykosociale* konsekvenser relateret til seksuelle udfordringer, problemer i parforholdet og en følelse af isolation og ensomhed (Williams et al., 2005). Forskningslitteraturen mangler indsigt i, hvordan kvinder oplever genoptræningen i efterforløbet, efter en bristning af grad tre eller fire under en vaginal fødsel, og hvilke faktorer der er af betydning. Denne indsigt kan bidrage til et forandringsperspektiv med fokus på, hvilke faktorer kvinderne oplever af betydning i forløbet.

2.0 Begrebsafklaring

Genoptræning: Ifølge Sundhedsstyrelsen omfatter genoptræning “[...] træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde borgerens funktionsevne” (Sundhedsstyrelsen, 2022). På baggrund af en lægefaglig vurdering tilbydes der en individuel genoptræningsplan til patienter ved udskrivelsen jævnfør §140 (Sundhedsloven, 2018). Dette danner baggrund for specialets forståelsesramme relateret til den indsats, der tilbydes efter udskrivelsen på hospitalet, for de kvinder der under fødslen er bristet af grad tre eller fire.

Funktionsevne: Sundhedsstyrelsen definerer funktionsevne som et begreb for kroppens anatomi, funktioner, deltagelse og aktiviteter, og indebærer samspillet mellem en person og de kontekstuelle faktorer, hvilket omhandler personlige- og omgivelsesfaktorer (Sundhedsstyrelsen, 2005). Dette danner forståelsesrammen for funktionsevne i specialet, og anvendes til at belyse de faktorer, der danner baggrund for lægens vurdering af behovet for at tilbyde genoptræning.

Funktionsnedsættelse: Ifølge Sundhedsstyrelsen (2005) indebærer begrebet funktionsnedsættelse de negative faktorer af samspillet mellem en persons helbredstilstand og de kontekstuelle faktorer, herunder omgivelser og personlige faktorer. Begrebet relaterer sig til aktivitetsbegrænsning, kropsniveau og deltagelsesbegrænsning (Sundhedsstyrelsen, 2005). Begrebet danner en forståelsesramme for, at kvinder efter en bristning af grad tre og fire har forskellige grader af funktionsnedsættelser.

3.0 Problemanalyse

3.1 Fødselsbristninger i Danmark - et folkesundhedsmæssigt problem

Bristninger er en komplikation der kan opstå hos kvinder i forbindelse med en vaginal fødsel (Hvidman & Søndergaard, 2023). Den Danske Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) har til formål at ensarte og kvalitetssikre fødsler i Danmark. DKF er udarbejdet af fødselslæger og jordemødre. I 2023 udgjorde bristninger under vaginale fødsel, for både første- og flergangsfødende, tilsammen 76,3% (Cueto et al., 2023). Bristninger kan inddeles i fire grader: Grad ét og to er mindre bristninger, der i yderste tilfælde kan påvirke muskulaturen i mellemkødet (Hvidman & Søndergaard, 2023). Bristninger af grad ét og to udgjorde i 2023 på landsplan tilsammen henholdsvis 33,2% og 39,9% af de vaginale fødsler blandt førstegangsfødende og flergangsfødende (Cueto et al., 2023). Bristninger af grad tre opdeles i A, B og C, som alle påvirker den *anale sphincter muskel*, enten delvis eller helt. Bristninger af grad fire indebærer en hel eller delvis overrevet *anal sphincter* samt skade på rektal slimhinden (Hvidman & Søndergaard, 2023). Bristninger af grad tre og fire udgjorde i 2023 henholdsvis 2,9% og 0,2% af det samlede antal registrerede vaginale fødsler (Cueto et al., 2023). I 2023 var der i alt 19.786 førstegangsfødende i Danmark, som fødte vaginalt. Af disse pådrog 1.067 kvinder sig en bristning af grad tre eller fire, hvilket svarer til 5,4% (Cueto et al., 2023). Ved at beregne et absolut tal for hvor mange førstegangsfødende kvinder, der oplever at briste af grad tre og fire over en femårig periode, ses det svarende til 5.335 kvinder, og over en tiårig periode 10.670 kvinder. Trods en umiddelbar lav prævalens af kvinder med bristninger af grad tre og fire, udgør det en stor andel af førstegangsfødende, når der ses på andelen over en længere årrække. Desuden viser *forskningslitteraturen*, at bristninger af grad tre og fire medfører øget risiko for komplikationer relateret til bækkenbunden. I et kohortestudie fra Sverige evalueres komplikationer efter fødslen og om disse komplikationer er relateret til bristninger. Resultaterne viser, at især bristninger af grad tre og fire er forbundet med konsekvenser i form af inkontinens, prolaps, bækkenbunds- og samlejesmerter. Ydermere viser resultaterne, at der for disse kvinder er betydelig risiko for, at skaden har indflydelse på deres dagligdag et år efter fødslen (Huber et al., 2021). Fødselsbristninger kan medføre store gener hos kvinder og har dermed vidtrækkende konsekvenser for såvel samfundet som for kvinderne. Særligt ved bristninger af grad tre og fire kan der udvikles kroniske gener, som kan lede til anal inkontinens, hvor kvinderne ikke kan holde på luft og i nogle tilfælde afføring. Resultaterne i studiet af Huber et al. (2021) viser, at der er risiko for komplikationer efter fødslen, hvis kvinderne er bristet. I Danmark har DKF en målsætning om at holde bristninger af grad tre og fire for førstegangsfødende under 5 % (Cueto et al., 2023). Denne målsætning oversteg Danmark i 2022 og 2023, da bristninger af grad tre og fire i begge år udgjorde 5,4 % (Cueto et al., 2023). Siden 2021 har

andelen af bristninger af grad tre og fire oversteget den nationale målsætning. Procentdelen af bristninger af grad et og to udgør en større andel af de vaginale fødsler blandt førstegangsfødsler på landsplan, sammenlignet med bristninger af grad tre og fire. Bristninger af grad tre og fire medfører dog øget risiko for efterfølgende komplikationer, som kan have indflydelse på kvinders forløb efter fødslen. I Danmark arbejder fagprofessionelle med guidelines udarbejdet af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) til borgere med *sphincterruptur (OASIS)*, hvilket er en betegnelse for en bristning af grad tre og fire. Antallet af bristninger af grad tre og fire er steget gennem årene, hvilket ikke alene kan ses som et udtryk for *prævalensen*, men også som et øget fokus på forbedring af diagnosticering samt et øget antal af rapporterede OASIS i Danmark (Christiansen et al., 2015). Bristninger af grad tre og fire medfører konsekvenser for kvinder såvel som for samfundet, idet det udgør en stor andel af de førstegangsfødslerne, ved at belyse andelen over en fem- og ti årig periode. Det er relevant at undersøge nærmere, hvordan kvinder, efter at have pådraget sig en bristning af grad tre eller fire, oplever det efterfølgende forløb. Dette leder til et folkesundhedsmæssigt problem, da denne viden er mangelfuld indenfor *forskningslitteraturen*.

3.2 Risikofaktorer for bristninger af grad tre og fire

Bristninger af grad tre og fire er hyppigst forekommende ved førstegangsfødsler (Hvidman & Søndergaard, 2023). Der kan være forskellige årsager til, at bristninger opstår. Bristningernes risikofaktorer kan inddeles i *modificerbare* og *ikke-modificerbare årsager*. I et review af seks retrospektive kohortestudier undersøges hvilke risikofaktorer, som kan føre til bristninger. Resultaterne viser, at risikofaktorer er kvindens alder ved fødslen, barnets vægt, førstegangsfødsler, lange fødsler og igangsættelser. Desuden har kvinder, der brister ved første fødsel, øget risiko for at briste ved næste fødsel. Dertil har genetik også en indflydelse, da etnicitet og anatomiske faktorer medfører øget risiko for bristning (Okeahialam et al., 2024). Dette udgør *ikke-modificerbare årsager* til bristninger af grad tre og fire, som er årsager, der ikke er muligt at ændre på. Dette belyser dermed kompleksiteten af bristninger. Omvendt indebærer *modificerbare årsager*, de risikofaktorer, der er mulige at ændre. Jordemoderens rolle har indflydelse på udfaldet under fødslen, relateret til guidning under fødslen og om der anvendes et bestemt håndgreb under selve fødslen (Cueto et al., 2023). Dette er forebyggende tiltag, der kan mindske risikoen for at en bristning opstår. Desuden er kvinders fødeposition også af betydning, men denne er ikke i alle tilfælde mulig at ændre på (Okeahialam et al., 2024). I en retningslinje fra DSOG angives tiltag, som sundhedsprofessionelle i Danmark skal følge og dermed sikre, at kvinder får den bedst mulige behandling samt lavere risiko for senfølger (Christiansen et al., 2015). Trods *modificerbare årsager* til at bristninger af grad tre og fire opstår, ses det, at der er risikofaktorer som ikke altid er muligt at forebygge, idet *ikke-modificerbare årsager* er

gældende. Der er derfor ikke én bestemt årsag til, at bristninger af grad tre og fire opstår. Dette understreger kompleksiteten, hvorfor det ses essentielt at fokusere på den tertiære forebyggelse, for at mindske de komplikationer, som kan opstå efter at have pådraget sig en bristning under en vaginal fødsel. Forebyggelse kan, ifølge Vallgård, opdeles i *primær*, *sekundær* og *tertiær forebyggelse*. *Primær forebyggelse* handler om at sygdommen ikke opstår, *sekundær* indebærer, at sygdom ikke udvikler sig og *tertiær forebyggelse* omhandler, at der ikke opstår alvorlige følger (Vallgård et al., 2016). Grundet *ikke-modificerbare årsager* under fødslen ses det essentielt at fokusere på den *tertiære forebyggelse*, for at kunne skabe forandring og dermed have indflydelse på kvinders efterfølgende forløb. *Tertiær forebyggelse* indebærer ifølge Sundhedsstyrelsen (2005), at stoppe tilbagefald og hindre udvikling af sygdomme, herunder *psykosocial og fysisk funktionsnedsættelse* (Tønnesen et al., 2005). Det er derfor relevant at undersøge nærmere, hvad førstegang- og flergangsfødende kvinder finder betydningsfuldt ved en tertiær forebyggelse. Idet bristninger af grad tre og fire kan føre til komplikationer, der er så alvorlige, at de vil kunne påvirke kvinders situation efter fødslen.

3.3 Samfundsmæssige konsekvenser ved bristninger

Ifølge Danmarks statistik fødes der i dag færre børn sammenlignet med tidligere. I 1995 blev der registreret 69.771 nyfødte, hvor der i 2024 blev registreret 57.079 (Danmarks Statistik, 2023). Det belyser, at der i 2024 fødes 12.692 færre børn sammenlignet med år 1995. Færre børn har samfundsøkonomiske konsekvenser, da færre fødsler kan føre til, at finansieringen af offentlige social- og sundhedsydelser presses, og desuden medføre faldende skatteindtægter (Sonne, 2021). Ydermere er kvinder i dag ældre, når de får deres første barn. Tal fra Danmarks Statistik (2023) viser, at alderen for førstegangsfødende i 1960 i gennemsnit var 23,1 år, hvor gennemsnitsalderen i 2022 var 29,9 år. Ovenstående afsnit 3.2 *Risikofaktorer for bristninger af grad tre og fire* belyser, at *ikke-modificerbare årsager* til bristninger er kvindens alder, hvorfor samfundsudviklingen fører til, at de fødende kvinder er i øget risiko for at briste ved fødslen. Dette har dermed samfundsmæssige konsekvenser. I Danmark tilbydes kvinder, der ved første vaginale fødsel får en *sphincterruptur*, et kejsersnit ved en efterfølgende fødsel (Hvidman & Søndergaard, 2023). Dermed har komplikationer efter en bristning samfundsøkonomiske konsekvenser, idet flere kvinder vælger kejsersnit frem for en vaginal fødsel. Sundhedsdatastyrelsen beregner årligt *DRG-takster*, som udgør sygehusenes gennemsnitlige *driftsudgifter* for hver diagnosegruppe. *DRG-taksten* udgør de gennemsnitlige omkostninger, hvorfor udgifterne for hvert enkelt sygehus i Danmark både kan lægge over eller under taksten. Udover *DRG-taksten* estimeres et *trimpunkt*, som udgør det maksimale antal dage, som *DRG-taksten* dækker, samt et varighedskrav. I 2025 er det estimeret, at *DRG-taksten* for en *sphincterruptur* for en førstegangsfødende kvinde, koster 48.311 kr. med ét *trimpunkt* på syv samt intet varighedskrav

(Sundhedsdatastyrelsen, 2025). I Sundhedsdatastyrelsens opgørelse er estimeret for varigheden ikke opgivet, hvilket belyser, at det er individuelt, hvor længe kvinder er indlagt på hospitalet efter fødslen med en bristning af grad tre og fire. *Forskningslitteraturen* bidrager med indsigt i estimeringen af indlæggelsestiden for kvinder. Ydermere mangler forskningslitteraturen indsigt i, hvor længe den tertiære forebyggelse efter fødslen strækker sig over og i hvilket omfang en sådan sundhedsydelse tilbydes. I et dansk *prognosestudie* undersøges risikofaktorer for forskellige grader af *obstetrisk anal sphincter ruptur (OASR)* og det kliniske resultat fem år efter fødslen evalueres (Linneberg et al., 2016). OASR er en betegnelse for bristninger af grad tre og fire. Resultaterne viser ingen signifikant forskel relateret til graden af bristning. 51% af kvinderne har en grad af afføring- eller urininkontinens samt seksuel dysfunktion fem år efter. Seksuel dysfunktion omhandler problemer ved at opnå seksuel nydelse (Linneberg et al., 2016). Dette tydeliggøre, at en stor andel af kvinder, der har bristet af grad tre eller fire under fødslen, har langvarige konsekvenser grundet de efterfølgende komplikationer, hvilket kan have indflydelse på kvindernes efterfølgende forløb. Bristninger af grad tre og fire kan føre til, at kvinderne får *posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)*. I et longitudinelt kohortestudie fra Storbritannien undersøges psykisk sundhed og det at tilpasse sig forælderrollen for kvinderne, der har pådraget sig en bristning af grad et, to, tre eller fire. Resultaterne viser, at kvinderne, der får en *obstetrisk analsfinkterskade* under fødslen, er mere tilbøjelige til at have oplevet fødslen traumatisk, og i nogle tilfælde kunne der være tegn på *PTSD*, hvilket har en negativ indvirkning på forældreopgaven (Molyneux et al., 2024). *Obstetriske analsfinkterskader* er en betegnelse for bristninger af grad tre og fire. Studiet af Molyneux et al. (2024) belyser faktorer, der kan have indflydelse på kvinders efterforløb. Dette ses i overensstemmelse med et prospektivt kohortestudie fra Norge, hvor formålet er at undersøge virkningen af *PTSD-symptomer* for mødre, som vurderes ud fra børns udvikling. Resultaterne viser, at *PTSD-symptomer* har en negativ indvirkning på barnets sociale-emotionelle udvikling to år senere (Garthus-Niegel et al., 2016). Udover at bristninger af grad tre og fire kan medføre en traumatisk fødselsoplevelse med symptomer på PTSD, er der desuden tegn på, at det har yderligere negativ indvirkning på barnets udvikling senere i livet. De samfundsmæssige konsekvenser skal derfor ses i lyset af, at moderens trivsel efter fødslen har en indvirkning på såvel barnet som familiens velbefindende. Konsekvenserne har indflydelse på kvindernes efterforløb, og kan desuden have betydning for kvindernes tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Desuden er det uvist, om de negative konsekvenser for kvinder efter fødslen kan have indflydelse på, at fødselsraten de seneste år er faldet, relateret til ønsket om ikke at skulle gennemgå en traumatisk oplevelse og med risiko for symptomer på *PTSD*. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2022) estimeres det, at forekomsten af personer med lav *helbredsscore* er højere blandt kvinder, hvor det udgør 16% sammenlignet med mænd, som udgør 11%. Personer med en lav *mental helbredsscore* sammenlignet med personer, der

ikke har en lav score, koster årligt samfundet 7,7 mio. ekstra relateret til medicin, pleje og behandling. Dertil estimeres det, at disse årligt koster samfundet 9,8 mio. kr. i ekstra omkostninger grundet tabt produktivitet relateret til død eller fravær fra arbejdsmarkedet (Schramm et al., 2024). Ud fra tallene kan det ikke udledes, hvad bristninger og psykiske konsekvenser heraf har af direkte økonomiske konsekvenser for samfundsøkonomien. Indirekte kan det dog tyde på, at kvinders mentale helbred har samfundsøkonomiske konsekvenser. Bristninger af grad tre og fire kan have en række alvorlige konsekvenser på samfundsniveau, både indirekte og direkte. Fysiske og psykiske skader i forbindelse med bristning kan betyde flere kejsersnit, hvilket kan estimeres som en direkte øget omkostning for sundhedsvæsenet. Indirekte kan psykiske skader, grundet svære bristninger, medfører påvirkning af kvinders og børns mentale helbred, hvilket medfører øgede omkostninger samfundsøkonomisk.

3.3.1 Social ulighed som determinant for sundhed

Ulighed i sundhed kan have samfundsmæssige konsekvenser såvel som konsekvenser for kvinders efterforløb. Dette grundet ikke alle kvinder, har de samme forudsætninger for at kunne navigere i sundhedsvæsenet. Janet Shim anvender begrebet *Cultural Health Capital (CHC)*, som kan belyse, hvordan *social ulighed* kan opstå for kvinder i mødet med sundhedsvæsenet. Ifølge det teoretiske studie af Shim (2010), er *CHC* en *teoretisk ramme* til at forstå, hvordan interaktionen mellem en borger og en sundhedsprofessionel kan forstås, og hvordan denne interaktion former kontakten med sundhedsvæsenet. I forlængelse heraf, hvilke ressourcer og færdigheder den enkelte besidder og hvordan disse har en betydning for kommunikationen, i mødet med den sundhedsprofessionelle (Shim, 2010). For at kunne navigere i sundhedsvæsenet efter en bristning af grad tre eller fire under fødslen, skal kvinder have en høj grad af *CHC*. En høj grad af *CHC* indebærer ifølge Shim (2010), at have de rette *sundhedskompetencer*, - *både kognitive og adfærdsmæssige ressourcer*, for at kunne forstå, opøge viden og efterkomme de informationer, som man får udleveret (Shim, 2010). Ifølge Sundhedsstyrelsen (2022) kan personer med lavere *socioøkonomisk status* opleve at have svært ved at forstå de informationer, der bliver givet. Det kan både være relateret til selve behandlingen eller til de ydelser, der tilbydes. Desuden op søger borgere med en højere *socioøkonomisk status* oftere aktiv information om sundhed (Kjeld et al., 2022). Det belyser, at kvinder med en lav *sundhedsøkonomisk status* kan have svært ved at kommunikere med de sundhedsprofessionelle og dermed anvende den information de får. I et kvalitativt studie fra Storbritannien er formålet at belyse kvinders erfaringer efter fødslen med en bristning af grad tre. Resultaterne viser, at kvinderne oplever måden hvorpå information om bristninger blev kommunikeret på efter fødslen, som betydningsfuld, idet det primære fokus for kvinder efter fødslen er ved barnet (Williams et al., 2005). Dette belyser, at kvinder med høj *CHC* formentligt er i stand til at modtage information om bristning samt evner at

kommunikere med sundhedsprofessionelle, trods fokus primært er på barnet. Ud fra dette kan det udledes, at det er relevant at tage afsæt i kvindernes *CHC*, idet det fører til at kvinderne har de bedste forudsætninger for at kunne navigere i forløbet. I et teoretisk studie fra USA undersøges de muligheder, der kan fremme pleje af bækkenbunden efter fødslen. Resultaterne viser, at social støtte har indflydelse på forløbet efter fødslen, relateret til støtte fra eget netværk samt muligheden for hjælp til transport (Mou et al., 2023). Udover *CHC* hos den enkelte kvinde tyder det ifølge studiet af Mou et al. (2023) på, at kvinder med begrænset socialt netværk har sværere ved at navigere i forløbet, hvilket kan skyldes andre eksterne faktorer. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2022) har personer med en lavere *socioøkonomisk status* oftere et mindre socialt netværk, der kan støtte dem i både deres fysiske og psykiske helbred. Dertil har personer med lavere *socioøkonomisk status* ofte flere udfordringer på én gang sammenlignet med andre. Dette kan føre til, at det ikke er deres eget helbred, der prioriteres først (Kjeld et al., 2022). Det ses relevant, at sundhedsprofessionelle, der arbejder med kvinder, der har pådraget sig en bristning af grad tre og fire, tager højde for den enkelte og vedkommendes *CHC*, for at kvinder får de bedste forudsætninger for at kunne navigere i det efterfølgende forløb efter udskrivelsen på hospitalet.

3.4 Tværsektoriel organisering af genoptræning i Danmark

I Danmark vurderes kvinders funktionsevne forinden udskrivelsen efter fødslen relateret til behovet for genoptræning af funktionsnedsættelser. Ifølge Sundhedsloven §84 og §140 ligger ansvaret for at udarbejde en genoptræningsplan hos regionerne (Sundhedsloven, 2018). Sundhedsloven definerer funktionsevne som en lægefagligt begrundet vurdering af behovet for genoptræning (Sundhedsloven, 2018). Genoptræningsplanen, som udarbejdes på hospitalet, skal angive, hvilket niveau af genoptræning, der skal henvises til (Kristensen, 2017). Dertil er der fire niveauer af genoptræning: *almen genoptræning*, *genoptræning på avanceret niveau*, *genoptræning på specialiseret niveau* eller *rehabilitering på specialiseret niveau*. Det vil, ifølge samarbejdspartneren i en større dansk Kommune, være op til den enkelte Kommune selv at visitere til valget af genoptrænings niveau. Af denne grund vil det også være forskelligt, hvordan genoptræning af kvinder, der har bristninger af grad tre og fire varetages, afhængig af hvilken region samt Kommune, kvinderne tilhører. Det er ifølge samarbejdspartner fra Kommunen op til den enkelte Kommune, om visiteringen til genoptræning skal foregå med en indsats på *almen* eller *avanceret niveau*. Genoptræning på basalt niveau indebærer genoptræning, som varetages af sundhedsprofessionelle med generelle kompetencer inden for sundhedsområdet. Borgerens funktionsevne indebærer enkelte eller afgrænsede funktionsnedsættelser. Genoptræning på avanceret niveau varetages af sundhedsprofessionelle med specifikke kompetencer inden for fagområdet, og borgerens funktionsevne har typisk omfattende

funktionsevnenedsættelser (Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet, 2018). Dette viser, at Kommunen visiterer til et niveau af genoptræning afhængigt af kvindernes funktionsnedsættelser og at der i denne forbindelse kan opstå en forskel i behandlingstilbuddene nationalt. Der er derfor risiko for at de enkelte Kommuner opfatter graden af kvindernes funktionsnedsættelse forskelligt, da de enten kan opfattes som enkelte, afgrænsede eller som omfattende. Dette tydeliggøre vigtigheden i at undersøge kvindernes perspektiv på efterforløbet af en grad tre eller fire bristning. En genoptræningsplan udgør patientens sikkerhed for en målrettet indsats for træningen, og indeholder en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov, funktionsevne samt de funktionsnedsættelser, genoptræningen skal fokusere på (Kristensen, 2017). Denne plan udleveres til patienten ved udskrivelsen og sendes til patientens bopæls Kommune såvel som til almen praktiserende læge (Kristensen, 2017). I DSOG retningslinje for *sphincterruptur*, som sundhedsprofessionelle arbejder ud fra, angives det, at der i Kommunen skal tilbydes fysioterapi cirka fire uger efter fødslen. I retningslinjen angives det yderligere, at bækkenbundsmuskler undersøges vaginalt og analt, samt at der spørges ind til mulige komplikationer såsom problemer med at holde på tarmluft, afføring eller urin samt smerter. Ydermere vejledes der i genoptræning af bækkenbundsmuskler (Jangö et al., 2019). Der findes ikke en standardiseret plan for, hvordan genoptræningen i Kommunen skal forløbe, idet en genoptræningsplan er individuelt relateret afhængigt af graden af kvinders funktionsnedsættelse. Det er essentielt at undersøge, hvordan kvinderne oplever det efterfølgende forløb. I ovenstående afsnit 3.3.1 *Social ulighed som determinant for sundhed* belyses det, at ikke alle har de samme forudsætninger for at kunne navigere i forløbet, hvilket kan skabe øget ulighed i sundhed. Dette understreger vigtigheden i at sikre at kvinderne oplever at kunne navigere i efterforløbet, da det kan skabe kontrol over eget forløb samt imødekomme de langvarige konsekvenser. Derfor er tertiær forebyggelse essentielt, da det bidrager til at mindske komplikationerne. Det er dog uvist, hvordan kvinderne oplever genoptræningen og i så fald om det styrker deres efterforløb, relateret til træning af kvindernes funktionsnedsættelser. Efterforløbet forstås i specialet som perioden efter fødslen, hvor kvinderne udskrives fra hospitalet, efter at have bristet af grad tre eller fire under en vaginal fødsel, og til hun har afsluttet genoptræningen i efterforløbet.

3.4.1 Genoptræningsindsats i en større dansk Kommune

I de følgende afsnit vil den kommunale genoptræningsindsats afdækkes med afsæt i et uformelt interview med specialets praksiskontakt. Følgende afsnit er derfor udarbejdet ud fra udtalelser fra samarbejdspartner og bidrager til at danne forståelsen for den indsats, der tilbydes kvinder i en større dansk Kommune, som udskrives på hospitalet med en genoptræningsplan grundet en bristning.

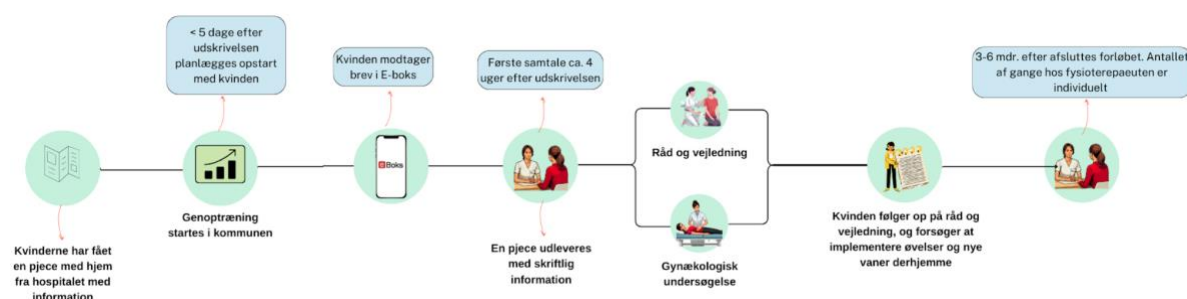
I en større dansk Region udgør andelen af kvinder med tredje eller fjerde grads bristninger 3,1% (Cueto et al., 2023). Den kommunale genoptræningsindsats har ifølge samarbejdspartner fundet sted siden juni 2018. I en større dansk Kommune visiteres kvinder med en genoptræningsplan ved udskrivelsen, hvis de har pådraget sig en bristning af grad tre eller fire under fødslen. Genoptræningen foregår på basalt niveau i Kommunen. Denne genoptræningsplan udarbejdes af en fysioterapeut på hospitalet på baggrund af en lægefaglig vurdering af kvindernes funktionsnedsættelser. Genoptræningsplanen angiver, at forløbet bør varetages af en fysioterapeut med specialuddannelse inden for gynækologi og obstetrisk område, jævnfør DSOG guidelines for patienter med sphincterruptur. Genoptræningen foregår typisk over tre til seks måneder, og afhænger af den kommunale fysioterapeuts vurdering af kvindernes funktionsnedsættelser og genoptræningsbehovet beskrevet i genoptræningsplanen. Fysioterapeuten, som varetager genoptræning i Kommunen, har kompetencer inden for gynækologisk obstetrisk fysioterapi, som indebærer behandling og fysioterapi af underlivet samt bækkenbunden. Ifølge Sundhedsloven er Kommuner forpligtet til at opstarte genoptræningstilbud syv dage efter udskrivning fra hospitalet (Sundhedsloven, 2018). Overblikket over genoptræningen i efterforløbet kan ses i figur 2. I den større danske Kommune, kontaktes kvinderne på e-Boks senest fem dage efter at Kommunen har modtaget genoptræningsplanen. Dette med henblik på planlægning af at opstarte genoptræningen fire uger efter udskrivelsen, grundet den anbefalede helingsfase. I en større dansk Kommune arbejdes ud fra DSOG's guidelines for borgere med sphincterruptur. DSOG guidelines er udarbejdet af sundhedsprofessionelle og angiver, hvad der anses værende essentielt, når der arbejdes med *sphincterruptur*. Tilrettelæggelsen af genoptræningen for kvinderne er individuel, og afhænger af kvindernes behov. Genoptræning er essentielt, da træning af bækkenbundsmuskler kan reducere risikoen for langvarige komplikationer, som bristninger af grad tre og fire kan medføre.

3.4.1.1 Forløbet i en større dansk Kommune

Kvinderne har fået en pjece med hjem fra hospitalet med information. Genoptræningen i efterforløbet starter med en indledende samtale med kvinderne, hvor fysioterapeuten indsamler viden gennem en anamnese. Derudover foretager fysioterapeuten en gynækologisk undersøgelse, for at undersøge helingsprocessen efter en bristning. Hvis der er sket et suturskred, som betyder, at syningen i mellemkødet er gået op, er det ikke muligt at opstarte genoptræningen, hvorfor kvinderne bedes kontakte hospitalet igen med henblik på en plan, idet det ikke er muligt at sy igen på dette tidspunkt i forløbet. Det vil sige, at tilrettelæggelsen af genoptræningen primært sker på baggrund af den gynækologiske undersøgelse relateret til sårheling. Dog vil genoptræningen altid opstartes med rådgivning om aflastning, laksantia, væske/-vandladningsvaner og denne suppleres med en pjece med skriftlig information, som udleveres til kvinderne under samtalen. På baggrund af den indledende samtale aftales en ny samtale med opfølgning. Flere faktorer gør sig dog gældende i det fremadrettede

forløb. Eksempelvis er en konsekvens ved overtræning af bækkenbunden hos kvinder, at dette fører til en overspændt bækkenbund. Dette kan føre til smerter, problemer med samleje samt inkontinens. Senere i forløbet omhandler samtalerne oftest mere personlige emner såsom seksuelt samvær og motion. Det er et sårbart emne, der for mange kvinder har det udfald, at der skabes en distance til dem selv og hvor de ofte helt fravælger at forholde sig til egen krop. Dette sker ved at kvinderne helt undlader at se deres underliv i et spejl. Det ses derfor relevant at undersøge hvilke faktorer der er af betydning for kvindernes egen kropsofattelse i et individuelt tilrettelagt genoptrænings- samt efterfølgende forløb.

Figur 2: Genoptræningen i efterforløbet i en større dansk Kommune (AI har generet figurene i modellen).



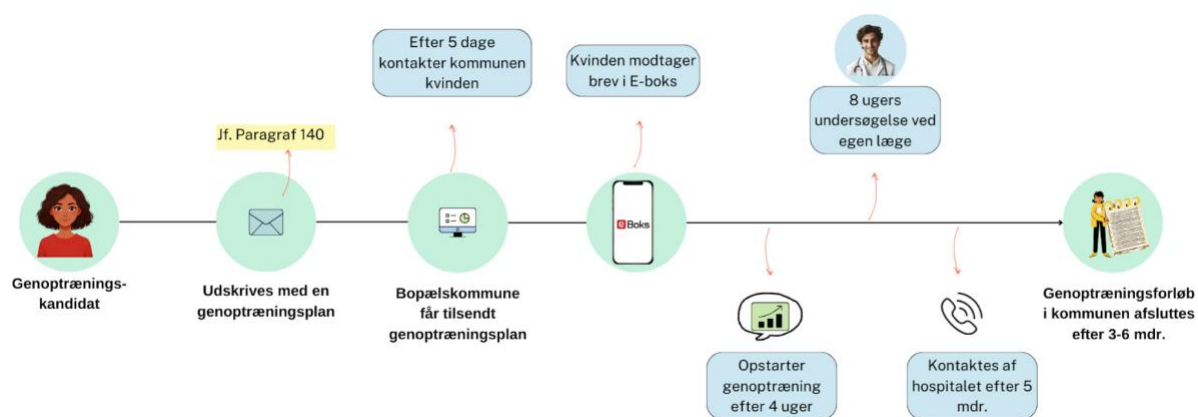
3.4.2 Organisering af forløbet efter udskrivelsen

I genoptræningsplanen noteres det, at kvinderne vil blive ringet op af en jordemoder eller sygeplejerske fra fødeafdelingen fem måneder efter fødslen med henblik på. Opfølgning af genoptræningsforløbet og vurdering af behov for yderligere kontrol på hospitalet (Heebøll, 2023). I Danmark tilbydes der også en otte-ugers undersøgelse efter fødslen ved almen praktiserende læge, som alle fødende kvinder bliver tilbudt. Denne konsultation omhandler kvinders generelle trivsel samt prævention. Kvinder skal i denne forbindelse selv være aktivt opsøgende med henblik på en gynækologisk undersøgelse af bækkenbunden (Bach, 2025).

Primær sektor står altså for at varetage genoptræningen i efterforløbet, men kvinderne bliver selv kontaktet af hospitalet, idet de foretager en opfølgning efter fem måneder (Heebøll, 2023). Overblikket over kvindernes forløb efter udskrivelsen kan ses i figur 3. Dette belyser, at det i organiseringen af genoptræningen i efterforløbet er relevant at sikre, at kvinderne bliver vel informerede og inddraget i forløbet i Kommunen. Kvinder skal på nuværende tidspunkt selv have overblikket over hele forløbet, som foregår tværsektorielt, idet Kommune, region og almen praktiserende læge er i kontakt med kvinderne efter en fødsel med en bristning af grad tre eller fire.

Ifølge samarbejdspartner fra Kommunen fokuseres der i genoptræningsforløbet også på at gøre kvinderne i stand til at varetage forløbet, og fysioterapeuten hjælper kvinderne med at skabe overblik over, hvad der kan være væsentligt at nævne i samtalen med hospitalet og egen læge. Dette ses essentielt for at kvinderne oplever at have et overblik og kontrol over sin egen situation under genoptræningen i efterforløbet. Det er relevant at undersøge nærmere, hvordan kvinderne oplever efterforløbet, og hvilke faktorer de tillægger betydning. Dette kan være en væsentlig faktor i kvindernes efterforløb.

Figur 3: Det overordnede forløb efter udskrivelsen på hospitalet for kvinder i en større dansk Kommune (AI har generet figurerne i modellen).



3.5 Funktionsevne set ud fra den biopsykosociale model

For at forstå hvordan bristninger påvirker kvinderne efter fødslen, tages der afsæt i den *biopsykosociale model*. Ifølge Sundhedslovens *paragraf 140*, vurderes funktionsevne ud fra en lægefaglig vurdering af behov for genoptræning (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2024). Tidligere anskuede læger sygdom ud fra den *biomedicinske* tilgang ved udelukkende at fokusere på naturvidenskaben (Høgh, 2015). Der kan være risiko for, at læger udelukkende fokuserer på kvinderne med bristninger ud fra at sygdom skal betragtes som et objektivt fænomen relateret til kvinderne og uafhængigt af deres omgivelser. Ifølge *Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i Kommuner og Regioner* defineres genoptræning, ved at patienten opnår den samme grad af funktionsevne som førhen eller bedst mulige funktionsevne; aktivitets- og bevægelsesmæssigt, kognitivt, socialt, og emotionelt (Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet, 2018). Denne definition kan ansues at ligge tæt op ad den *biopsykosociale model*. Ifølge Sundhedsstyrelsens definition af genoptræning, indebærer dette funktionsnedsættelser relateret til bevægeapparat og aktivitetsbegrænsninger (Sundhedsstyrelsen, 2022). Det kan føre til at funktionsevnen udelukkende bliver vurderet ud fra fysiske symptomer, og dermed anvendes der ikke en helhedsorienteret tilgang

til genoptræningen. Den *biopsykosociale model* er udarbejdet af den amerikanske psykiater George L. Engel (Engel, 1977). Modellen viser at forståelsen af funktionsevne afhænger af forskellige faktorer: *psykologiske, biologiske og sociale* (Sjöberg & Bjørnlund, 2017). Disse faktorer kan have en positiv og negativ indflydelse på kvinden. Med afsæt i den *biopsykosociale model* anses funktionsevne at omhandle de komplikationer, der bevirker, at individet ikke kan udføre daglige gøremål grundet ulykke eller sygdom. Der er behov for målrettet træning for at genoprette de tabte funktioner (Sjöberg & Bjørnlund, 2017). For at forstå hvordan en bristning af grad tre og fire påvirker kvinderne *fysisk, psykisk og socialt*, vil denne del blive belyst i nedenstående afsnit.

3.5.1 Fysiske domæne

Forståelsen af sygdom og sundhed har flyttet sig fra at have været et objektivt begreb til i dag at have langt større fokus på, hvordan patientens egen vurdering og oplevelse er (Sjöberg & Bjørnlund, 2017). De *biologiske faktorer* i den *biopsykosociale model* indebærer *genetik, køn og fysiske form* (Lund, 2023). I følgende speciale vil *fysiske* faktorer udgøre de fysiske symptomer som følge af bristningen. Bristninger af grad tre og fire er forbundet med øget risiko for symptomer på inkontinens, bækkenbundsprolaps og smerte relateret til samleje. Alle har en indvirkning på kvindens dagligdag grundet fald i den generelle livskvalitet (Huber et al., 2021). Analinkontinens er desuden en risikofaktor som kvinder i ca. 10% af tilfældene først udvikler symptomer på inden for et år efter vaginal fødsel (Okeahialam et al., 2024). Analinkontinens er en komplikation, der medfører både fysisk ubehag og manglende sexlyst, angst for at bevæge sig ud og fører dermed til en begrænsning af kvinders sociale adfærd (Willer, 2013). I et kvalitativt studie fra Australien undersøges kvinders oplevelse med analinkontinens efter en bristning af grad tre eller fire, herunder dens indvirkning på livskvaliteten. Resultaterne belyser, at kvinderne oplever symptomer på analinkontinens samt sorg og stræben efter normalitet efterfølgende (Tucker et al., 2014). De fysiske faktorer såsom analinkontinens påvirker kvinderne, fordi de komplikationer, som opstår, kan have langsigtede fysiske konsekvenser for dem. I en kvantitativ historisk kohorte fra Canada undersøges om kvinder med bristninger ved fødslen, af anden grad eller højere, er i øget risiko for bristninger ved næste fødsel. Resultaterne viser at risikoen stiger i takt med sværhedsgraden af en bristning ved første fødsel. Derudover er der øget risiko for smerter relateret til bristningen og at det kan være til stede tre måneder efter fødslen (Sylvie et al., 2001). På længere sigt kan bristninger fortsat give smerter grundet ophelet arvæv, der kan føre til lidelsen vulvodyni. Dette bevirker smerter i vulvaområdet og smerter ved samleje som kan ske som konsekvens af en overaktiv bækkenbund, der kan påvirke og udfordre intimiteten mellem kvinden og partneren negativt (Bonde et al., 2019). Dette belyser vigtigheden i at tilbyde genoptræning til kvinder med funktionsnedsættelse grundet bristning af grad tre eller fire, da komplikationerne kan medføre langsigtede konsekvenser, som kan have en indvirkning på kvinders

livskvalitet. Genoptræningen består i at genoptræne kvindernes funktionsnedsættelse, og på den måde minimere risikofaktorerne. Resultaterne af studiet af Sylvie et al. (2001) viser, at kvinder, der før har været bristet af grad to, tre eller fire, har højere risiko for at briste ved en efterfølgende fødsel. Yderligere stiger risikoen for at briste ved anden fødsel, afhængig af graden af bristningen ved første fødsel (Sylvie et al., 2001). For andengangs fødende er der derfor øget risiko for at briste, hvis kvinderne bristede ved første fødsel. Denne risiko stiger yderligere, hvis første fødsel medførte en bristning af grad tre og fire. Det er problematisk, at sundhedsloven ikke har udfoldet begrebet funktionsevne, idet der blot angives, at funktionsevne vurderes ud fra en lægefaglig begrundet vurdering. Det kan føre til uvished om, hvorvidt den genoptræning, der udføres i en større dansk Kommune, har fokus på at vurdere kvinder ud fra den *biopsykosociale model*, da der ikke belyses at være overensstemmelse med, hvordan funktionsevne vurderes. Den *biopsykosociale model* skal forstås således, at faktorerne skal ses samspil, det vil sige at såfremt kvinders fysiske tilstand er påvirket negativt, har det indflydelse på de øvrige faktorer.

3.5.2 Psykiske domæne

De psykiske faktorer indeholder individets reaktioner på hændelser og påvirkning gennem livet samt den måde vi agerer på i samspil med vores omgivelser (Lund, 2023). En bristning af grad tre kan føre til en ændret kropsopfattelse samt angsten for at konfronteres med sit underliv efterfølgende (Williams et al., 2005). Resultaterne i studiet af Molyneux et al. (2024) belyser, at hvis der bliver udført rutinemæssige opfølgninger, forhindrer dette negative psykologiske udfald herunder *PTSD*, hvilket har indvirkning på forældreopgaven (Molyneux et al., 2024). Det belyser vigtigheden i at tilbyde tertiær genoptræning, der rummer kvinders psykiske domæne ved genoptræning af tabt funktionsevne. I en kvalitativ undersøgelse i Australien undersøges sammenhængen mellem de fysiske og psykiske symptomer efter bristning af grad tre og fire. Resultaterne viser, at kvinder oplever manglende informationer, idet de føler sig traumatiserede og alene. Ydermere har kvinderne en oplevelse af, at moderskabet er svært, og har behov for at advare andre kvinder mod et ændret kropsbillede samt den påvirkning det har på deres partner og seksuelle forhold (Skinner et al., 2018). Dette belyser at kvinder, der er bristet af grad tre og fire, påvirkes psykisk i efterforløbet, idet det har indflydelse på deres kropsbillede samt indflydelse på deres seksuelle forhold. Vigtigheden i at indsatsen også rummer kvinders nedsatte funktionsevne, relateret til det psykiske domæne, understreges. Ydermere er bristninger i forbindelse med fødsler et tabubelagt emne, da der er en samfundstendens til, at komplikationerne er en naturlig følge af en fødsel (Aggerbeck, 2014). Dette stemmer overens med resultaterne i studiet af Skinner et al. (2018) hvor kvinder udviser skam over vaginale skader (Skinner et al., 2018). Skam og tabu kan føre til, at det bliver udfordrende for kvinder at italesætte de følelsesmæssige og psykiske udfordringer, der kan være i forbindelse med en bristning. Hvis de

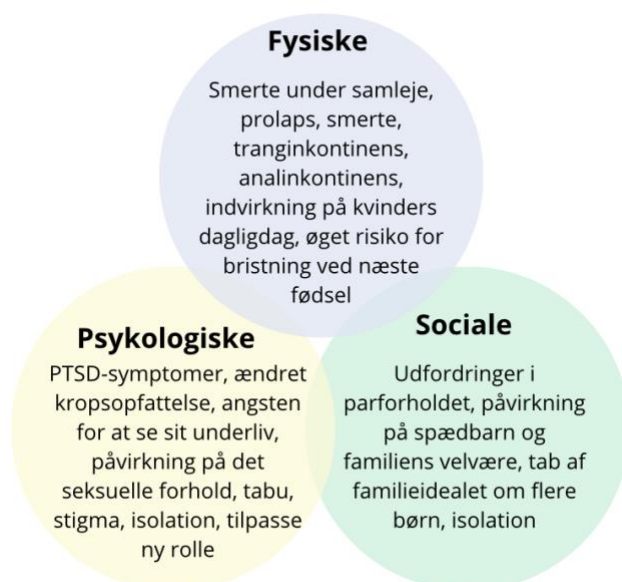
sundhedsprofessionelle i genoptræningen i efterforløbet oplever, at emnet ikke er tabuiseret, kan det påvirke den helhedsorienterede tilgang, og dermed kvinders livskvalitet såvel som behandlingsforløbet. Dette kan have den *utilsigtede konsekvens*, at kvinder ikke oplever at føle sig set og hørt i genoptræningen. Dette belyses i studiet af Williams et al. (2005), hvor resultaterne viser, at kvinderne oplever isolation grundet utilstrækkelig følelsesmæssig støtte fra fagfolk og familiemedlemmer (Williams et al., 2005). Samfundstendensen, at komplikationer er en naturlig del af fødslen, kan føre til, at det bliver udfordrende for sundhedsprofessionelle at vurdere graden af tabt funktionsevne med afsæt i de psykiske faktorer, hvis kvinder grundet samfundstendensen ikke italesætter dette. Det kan derfor gøre det udfordrende for sundhedsprofessionelle at målrette genoptræningen til kvinder, så de oplever at behovet imødekommes, hvilket understreger vigtigheden af at undersøge kvindernes perspektiv.

3.5.3 Sociale domæne

De sociale faktorer i modellen indeholder de *sociale strukturer* og *det sociale netværk*, individer indgår i (Lund, 2023). I en *metasyntese* undersøges det psykosociales betydning for moderens helbred efter komplikationer ved en traumatisk fødsel. Resultaterne af studiet fremhæver, at en traumatisk fødsel kan føre til komplikationer, som har en negativ indvirkning på moderens adfærd såvel som på spædbarnets og familiens velbefindende. Dette fører til, at bristninger af grad tre og fire, har en negativ indvirkning på kvindernes efterforløb. Flere af studierne viser, at kvinderne anvender forskellige *mestringsstrategier* såsom distraktioner grundet manglende accept og en følelse af fiasko. Desuden medfører komplikationerne tab af familieidealet om at få flere børn (Fenech & Thomson, 2014). Dette belyser faktorer, som kan have en indvirkning på kvinders sociale domæne. I studiet af Skinner et al. (2018) viser resultaterne, at kvinderne oplever, at inkontinens har indflydelse på deres helbred, idet det fører til isolation, da der er bekymringer forbundet med at lave fysisk aktivitet og ikke kunne holde på vandet. Derudover kan konsekvenserne ved at være bristet også have en indvirkning på barnets udvikling (Skinner et al., 2018). Dette belyser sammenhængen mellem det *fysiske,- psykiske- og sociale domæne*. Hvis ikke der anvendes en *helhedsorienteret* tilgang, kan det forstærke dårlige sundhedsresultater herunder blandt andet isolation, og dermed bidrage til at forringe folkesundheden. Ydermere kan det have en negativ indflydelse på familiens velbefindende og på barnets udvikling. En bristning under fødslen kan medføre udfordringer for parforholdet, herunder seksuelle udfordringer (Skinner et al., 2018). Seksuelle udfordringer i parforholdet er en faktor, som påvirker det *sociale domæne* og dermed kvinders sundhed og livskvalitet. Set ud fra en *helhedsorienteret* tilgang til begrebet funktionsevne, fører bristninger af grad tre og fire til øget risiko for komplikationer, der kan have konsekvenser for kvinders efterforløb. Desuden kan det have en negativ indvirkning på familiens velbefindende, hvorfor det er essentielt at genoptræningsindsatsen i

Kommunen har en *helhedsorienteret* tilgang til kvinder. Ved vurdering af individets funktionsnedsættelse ses det derfor afgørende, at det sociale domæne også bliver inddraget.

Figur 4: En illustration af langvarige konsekvenser for kvinder, der brister inspireret af George L. Engel (1977) *biopsykosociale model*.



Den *biopsykosociale model* belyser vigtigheden af at vurdere kvinders funktionsevne ud fra en helhedsorienteret tilgang, for at opnå en forståelse af individets helbred efter en bristning af grad tre og fire, hvilket illustreres ovenfor figur 4. Sundhedsstyrelsens angivelse af begrebet funktionsevne, kan anses for at have fokus på den *biomedicinske tilgang*, da kvinders behov for genoptræning vurderes ud fra en lægefaglig vurdering af funktionsevnen. Ovenstående belyser et videnshul i Danmark, da vurderingen af behov for genoptræning er forskellig, afhængigt af hvilken region og Kommune kvinder tilhører. Idet der ikke er en ensformig retningslinje for genoptræningsindsatsen, har det indflydelse på, hvorledes indsatser tilrettelægges fremadrettet. Dette tydeliggør behovet for at undersøge hvordan kvinder oplever genoptræningen, og hvilke faktorer der er af betydning i dette forløb, herunder hvilken betydning det har for det efterfølgende forløb. De *fysiske, psykiske og sociale domæner*, som har betydning for kvinders helbred og dermed efterforløb, skal forstås i sammenhæng ud fra en helhedsorienteret tilgang.

3.6 Stigmatiserings indflydelse på kvinder med en bristning

Ud fra den *biopsykosociale model* belyses det, at der på individniveau kan være skam og *tabu* forbundet med at briste af grad tre og fire selvom det forekommer blandt en stor andel af kvinder.

Dette kan have indflydelse på en *helhedsorienteret tilgang* såvel som kvinders oplevelse af genoptræningen i efterforløbet. Dette understreger vigtigheden i at belyse *stigmatisering* ud fra et samfundsniveau, da det kan have en negativ indflydelse på en *helhedsorienteret* indsats.

Ifølge DSO's guidelines fra sundhedsprofessionelle som arbejder med OASIS belyses det, at cirka 50% oplever anal inkontinens senere i livet, hvilket har en indflydelse på kvindens livskvalitet og kan føre til social isolation. Ydermere angives det, at hyppigheden formentligt er underestimeret grundet tabu (Christiansen et al., 2015). Dette belyser, at stigmatisering kan føre til flere sundhedsmæssige risikofaktorer, herunder både *psykiske*-, *sociale* og *fysiske faktorer*, som kan medføre, at kvinder ikke henvender sig til sundhedsvæsenet. Sociologen Erving Goffman undersøger *stigma* relateret til den *sociale interaktion*, som finder sted mellem de *stigmatiserede* og de *normative mennesker*. *Stigma* defineres som en samfundsskabt negativ karakteristik af enkeltpersoner eller grupper (Kristiansen & Jacobsen, 2012). Kvinder kan opleve at føle sig taget imod af systemet grundet muligheden for genoptræning i en større dansk Kommune. Der kan dog være en samfundstendens til at komplikationer er en naturlig del af at have født (Aggerbeck, 2014). Kvinderne kan dermed tilegne sig en opfattelse af at være anderledes og dermed mindre værdifuld, sammenlignet med den øvre befolkning, hvilket kan påvirke kvinders helbred negativt. Goffman skelner mellem tre former for *stigma* - *kropslig*-, *tribal*-, og *karaktermæssig stigma*. *Kropslig stigma* omhandler individets udseende, *tribal stigma* udgør faktorer såsom kultur, etnicitet og religion, og *karaktermæssig stigma* udgør individets identitet samt ageren (Kristiansen & Jacobsen, 2012). Kvinder kan have den opfattelse, at komplikationer er uoprettelige. Nogle kvinder opsøger derfor ikke sundhedsvæsenet grundet en skyldfølelse over ikke at have lavet bækkenbundsøvelserne tilstrækkeligt, mens andre oplever at det ikke er muligt at ændre på (Aggerbeck, 2014). Dette belyser, at kvinder kan opleve, ikke at opsøge sundhedsvæsenet og kan føle sig utilstrækkelige når de gør, hvis de ikke har haft tid og overskud til at udføre bækkenbundsøvelser. Dette kan afspejle Goffmans begreb om *tribal stigma*, relateret til de samfundsmæssige opfattelser, der er til bristning efter fødslen, som en naturlig del af det at føde. Emnet kan opleves tabubelagt, hvorfor dette kan være et kulturelt aspekt som skal medtænkes til de eksisterende indsatser i Danmark. Viden om emnet og måden det italesættes på af de sundhedsprofessionelle, kan styrke kvinders forudsætninger for det efterfølgende forløb. I Danmark tilbydes alle nybagte mødre kontrol ved almen praktiserende læge otte uger efter fødslen, hvor der kan foretages en rutinemæssig undersøgelse af bækkenbunden (Heebøll, 2023). Kvinder skal dog selv opsøge en lægefaglig vurdering relateret til en gynækologisk undersøgelse af bækkenbunden. Relateret til Goffmans begreber om *kropslig* og *karaktermæssig stigma*, kan det have indflydelse på, om kvinder italesætter mulige komplikationer, der kan være opstået. I studiet af Skinner et al. (2018) foretages der ikke en undersøgelse af bækkenbunden efter fødslen, hvorfor kvinderne har en

oplevelse af at komplikationerne ikke bliver italesat. Dette ses i overensstemmelse med et kvalitativt studie af Moore et al. (2016), hvor formålet er at undersøge *stigmatisering* ved afsløring i forum og eventuelle potentielle ulemper ved dette. Resultaterne viser, at kvinderne oplever angst for at se sit underliv efter bristning, og at dette gør det udfordrende at opsøge undersøgelsen, da der er skam og tabu forbundet med en bristning. Kvinder kan opleve at føle sig som en dårlig mor, og være bekymret for at afsløre psykiske symptomer for sundhedsprofessionelle, da dette kan føre til at de vil blive *stigmatiseret* af de sundhedsprofessionelle (Moore et al., 2016). *Stigmatisering* kan medføre negative konsekvenser for kvinder, såvel som at det kan forstærke den *sociale ulighed*, hvorfor dette kan forringe folkesundheden. Det er relevant at undersøge nærmere, hvordan kvinder oplever genoptræningen og hvilken betydning det har for det efterfølgende forløb, relateret til om det har indflydelse på deres håndtering af emnet og dermed på minimering af den mulige selvstigmatisering, som kan opstå.

3.7 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved genoptræningen i efterforløbet

Fokus bør være på den tertiære forebyggelse for at mindske de komplikationer, som kan opstå efter en bristning af grad tre eller fire. Det ses derfor essentielt at undersøge hvilke faktorer kvinder oplever betydningsfulde for at indsatsen fører til de tilsigtede konsekvenser. *Tertiær forebyggelse* muliggør at forebygge komplikationer som kan forværres, hvis ikke kvinder træner bækkenbunden. Den amerikanske sociolog Robert Merton anvender begreber om *tilsigtede* og *utilsigtede konsekvenser* af en intervention. De *tilsigtede konsekvenser* er det forventelige, hvor de *utilsigtede konsekvenser* er de ikke forventede konsekvenser af interventionen, men ikke nødvendigvis negative (Merton, 1936). Forskningslitteraturen mangler evalueringen af de faktorer, kvinder oplever påvirker efterforløbet, og hvordan genoptræningen i efterforløbet imødekommer disse behov. Vallgård definerer *individrettet forebyggelse*, som rettet mod det enkelte individ (Vallgård et al., 2016). Forskningslitteraturen tydeliggøre, at en bristning af grad tre eller fire påvirker kvinders *fysiske, psykiske og sociale domæne*, og dermed det efterfølgende forløb. En *tilsigtet konsekvens* ved efterforløbet kan belyses ved, at genoptræningen imødekommer de behov herunder de komplikationer, som kvinder oplever, idet forløbet tilrettelægges individuelt. Omvendt ses det i studiet af William et al (2005), at gruppesessioner er effektive, idet kvinderne deler deres erfaringer med hinanden (Williams et al., 2005). Det ses essentielt at undersøge nærmere hvordan kvinderne oplever forløbet, idet bristninger af grad tre og fire kan have langsigtede konsekvenser, hvorfor dette har indflydelse på det efterfølgende forløb. Organiseringen af forløbet efter udskrivelsen fra hospitalet belyses at være komplekst, idet det består af flere komponenter. Desuden skal kvinder selvstændigt kunne navigere

og have kontrol over det tværsektorielle forløb. Dette kan have en *utilsigtet konsekvens*, hvis kvinderne oplever, at efterforløbet er uoverskueligt. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2022) har personer med *lav socioøkonomisk status* ofte flere udfordringer på samme tid (Kjeld et al., 2022). Dette belyser at ikke alle har de samme forudsætninger, hvorfor en *utilsigtet konsekvens* kan lede til, at den sociale ulighed øges. Kvinders håndtering af efterforløbet kan have indflydelse på håndteringen af at være bristet af grad tre eller fire, herunder den efterfølgende genoptræning. Det ses derfor relevant at undersøge hvordan efterforløbet opleves af kvinder, der er bristet af grad tre eller fire under fødslen, og hvilke faktorer de tillægger betydning i efterforløbet.

4.0 Problemafgrænsning

Det er uvist, hvordan kvinder med en bristning af grad tre eller fire oplever at genoptræningen i efterforløbet understøtter deres fysiske, psykiske og sociale behov. Problemanalysen understreger kompleksiteten for kvinder, der pådrager sig en bristning af grad tre eller fire under fødslen, samt de komplikationer, som kan opstå som følge heraf. Dette har indflydelse på kvinder såvel som samfundsøkonomiske konsekvenser. Siden 2021 har bristninger af grad tre og fire oversteget DKF målsætningen i Danmark om at holde sig under 5 %. Bristninger af grad tre og fire fører til langvarige konsekvenser for kvinder såvel som for familiens velbefindende. Ifølge §140 i Sundhedsloven vurderes funktionsevne ud fra en lægefaglig vurdering. Sundhedsloven angiver, at forinden udskrivelsen fra hospitalet vurderes kvinders funktionsevne ud fra en lægefaglig vurdering. Dette indikerer, at der kan være en *biomedicinsk* tilgang til genoptræningen. Tilrettelæggelsen af genoptræningen for kvinder i primær sektor er individuel og afhænger af kvinders funktionsnedsættelser, som angives i genoptræningsplanen ved udskrivelsen fra hospitalet. Genoptræning er essentielt for at styrke kvinders bækkenbundsmuskler og dermed reducere de langvarige komplikationer, som bristninger af grad tre og fire kan medføre. *Den biopsykosociale model* belyser, at de *psykiske, sociale og fysiske* domæner skal ses i en sammenhæng, og har betydning for efterforløbet. Det er relevant at undersøge, hvordan kvinderne oplever genoptræningen i efterforløbet, og hvilke faktorer de tillægger betydning. I forskningslitteraturen mangler der indsigt i hvilke faktorer, kvinder tillægger betydning i genoptræningen i efterforløbet. Eftersom kvinder tilbydes genoptræning i primær sektor efter udskrivelse fra hospitalet, kan det styrke kvinders forudsætninger, men forskningslitteraturen mangler indsigt i kvinders oplevelser. *Social ulighed* såvel som *stigmatisering* kan være samfundsmæssige faktorer, der kan have en negativ indvirkning på kvinder, hvilket kan have en indflydelse på hvordan kvinder oplever det efterfølgende forløb, efter at have pådraget sig en bristning af grad tre og fire. Dette understreger de mange komponenter, som denne problemstilling udgør, da konsekvenserne kan føre til samfundsøkonomiske udgifter relateret til tabt arbejdsfortjeneste og øgede udgifter til behandling. Der mangler viden om, hvilke faktorer der er af betydning for kvinderne, der har bristet af grad tre eller fire under fødslen, og hvordan de oplever at disse faktorer efterfølgende bliver imødekommet gennem individuel genoptræning. Denne indsigt kan medvirke til et forandringsspektiv på den behandling der tilbydes, hvorfor det anses værende essentielt at inddrage kvindernes oplevelser.

5.0 Problemformulering

Hvordan opleves genoptræningen i efterforløbet og hvilke faktorer tillægges betydning for kvinder, der er bristet med grad tre eller fire under vaginalfødslen. Hvorledes kan denne indsigt bidrage til forandringsspektiver?

Underspørgsmål:

- Hvilke faktorer har betydning for genoptræningen i efterforløbet for kvinder, der er bristet af grad tre og fire?
- Hvordan understøtter den eksisterende kommunale genoptræningsindsats i en større dansk Kommune kvinder, der har oplevet en tredje eller fjerde grads bristning under en vaginal fødsel, og hvordan oplever de, efterforløbet understøtter deres behov.

6.0 Videnskabsteori

Der tages udgangspunkt i den videnskabsteoretiske position, *kritisk hermeneutik* beskrevet af den franske filosof, Paul Ricouer. Ricouer betror sig til en kritisk tilgang relateret til overlevering af sandheder samt traditioner gennem både det talte og det skriftlige sprog. Ydermere findes en erkendelse, som indebærer at individets kritiske fornuft ikke fuldstændig kan adskille sig fra den kontekst, som individet aktuelt befinder sig i. Det vil sige, at menneskets historiske erfaringer har en indvirkning på den erkendelse, som mennesket tillægger et emne, og som kan være en begrænsning for individets erkendelse. Dog kan individet tænke ud over den nuværende virkelighed gennem sin forestillingsevne (Juul, 2012). Hvert af specialemedlemmernes *forforståelse* samt konteksten er væsentligt at tydeliggøre, idet det har indflydelse på den erkendelse, som tillægges kvinder med bristning af grad tre og fire. Specialemedlemmernes forforståelse har dermed indflydelse på fortolkning og forståelse af problemformuleringen, hvorfor dette eksplicit er angivet i nedenstående afsnit 6.1 *specialegruppens forforståelse*, for at kunne være bevidst om denne i fortolkningsprocessen. Ricouers tilgang handler om *menneskets væren i verden* samt hvordan *verden bør være* (Juul, 2012). *Kritisk hermeneutik* bidrager i specialet til en erkendelse af, hvordan kvinder med bristninger af grad tre og fire oplever genoptræningen i efterforløbet, og hvad de finder betydningsfuldt. Derudover bidrager det kritiske perspektiv til en erkendelse af forandringsspektivet på genoptræningen i efterforløbet relateret til hvordan det bør være.

Ifølge Juul (2012) vil *den hermeneutiske cirkel* i Ricouers kritiske perspektiv være en vekslen mellem den virkelighed, der sker socialt og de kritiske idealer. Der sker en *horisontsammensmeltning* i den *hermeneutiske cirkel*, hvor *forforståelse* og forståelse veksles, hvorefter en ny forståelse skabes, idet der opnås en ny forståelse af fænomenet. *Horisontsammensmeltning* markerer dermed grænsen for, hvor langt menneskers udsyn rækker, og denne grænse kan udfordres, når flere horisonter krydses (Juul, 2012). *Horisontsammensmeltning* opstår i specialet ved at forklare og forstå, hvilket sker i den *kritiske diskussion og fortolkning*. Dette bidrager med en dybere indsigt i kvindernes oplevelser ud fra dataindsamlingen. Derudover også i analysen mellem specialegruppens medlemmer og det transskriberede data. Her skabes en veksling mellem specialegruppens medlemmers *forforståelse* og *forståelse*. Ydermere fremkommer perspektiver på forandring for genoptræningen i efterforløbet relateret til hvilke faktorer kvinderne tillægger betydning. Ricouers kritiske tilgang rummer et perspektiv, der både anerkender menneskets eksistens i verden relateret til forståelsen af den *sociale virkelighed* og *det normative ideal*, der omhandler forståelsen af, hvordan verden ideelt set bør være, hvilket udgør *det dialektiske forhold*. For at kunne kritisere *den sociale virkelighed*, er det en forudsætning at forstå *det normative ideal*. Gennem den historiske kontekst bør den *sociale*

virkelighed anses (Juul, 2012). Det er relevant at undersøge den *sociale virkelighed* relateret til hvordan kvinderne oplever genoptræningen i efterforløbet og hvilke faktorer de tillægger betydning for at kunne kritisere det *normative ideal* relateret til hvordan verden bør være, hvilket udgør det *dialektiske forhold*. Den kritisk hermeneutiske tilgang belyser desuden de samfundsmæssige faktorer, som har indflydelse på kvindernes psykiske, sociale og fysiske domæne jf. den *biopsykosociale model*, og det efterfølgende forløb.

Kritisk hermeneutik muliggør at opnå en forståelse for hvilke faktorer kvinderne tillægger betydning i genoptræningen i efterforløbet, for både deres *fysiske, sociale og psykiske domæner*. Foruden dette kan *kritisk hermeneutik* være medvirkende til at give et kritisk perspektiv på, hvordan et forløb kan udvikles, da *kritisk hermeneutik* ikke kun belyser kvindernes oplevelse, men også peger på muligheder for at bidrage med indsigt i et forandringsperspektiv. Ifølge Juul (2012) anvender Ricouer begrebet *argumentationsdisciplin*, som giver mulighed for at overbevise gennem kritiske analyser. Diskussionen peger på, om de fortolkninger der sker altid er mulige, og afhænger af muligheden for overbevisning (Juul, 2012). Gennem specialegruppens forståelser og fortolkninger af data, bliver det muligt at rette fokus mod, hvordan kvinderne oplever efterforløbet, og hvilke faktorer de tillægger af betydning i genoptræningen. Herunder hvilke *tilsigtede og utilsigtede konsekvenser* der ses ved genoptræningen i efterforløbet. Dette bidrager med en indsigt i forandringsperspektivet på indsatsen i en større dansk Kommune, ud fra hvordan forløbet bør være. Den videnskabsteoretiske position bidrager altså med indsigt i data, og understøtter dermed også forandringsperspektiverne.

6.1 Specialegruppens forforståelse

Ricouers kritiske tilgang belyser, at mennesker medbringer et kritisk perspektiv, som udgør *fordomme*. Dette er den *normative horisont*, som er afgørende for, hvordan mennesket møder feltet. Det skal angives for at være bevidst om disse erkendelser og for at kunne opnå nye erkendelser, hvorefter det bliver muligt at kunne navigere imellem disse (Juul, 2012). Specialegruppens fortid og tidligere erfaringer har en indvirkning på individets erkendelse og dermed vores *forforståelse*. Inden for *hermeneutisk forskning* er *forforståelsen* nødvendig og umulig at komme udenom, når man ønsker at frembringe viden, hvorfor viden altid er formet af forskerens særlige perspektiv (Christensen & Schwennesen, 2021). Specialemedlemmerne har baggrunde inden for sundhedsvæsenet. En er fysioterapeut og to er sygeplejersker. Ifølge Sjöberg & Bjørnlund (2017) er fysioterapien traditionelt set præget af en *biomedicinsk tilgang* relateret til funktionsnedsættelser, hvor sygdom kan betragtes som et objektivt fænomen, uafhængigt af omgivelser (Sjöberg & Bjørnlund, 2017). Fysioterapien kan dermed være af den *biomedicinske tilgang*, idet fokus kan være på behandling. Ligeledes kan

sygeplejen tage afsæt i det fysiske domæne, idet fokus er på behandling. Specialemedlemmerne har dog med kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab tilegnet sig en *forforståelse* af såvel den *biopsykosociale model* som de samfundsmæssige determinanter, der har en indvirkning på kvindernes ageren. I modsætning til den naturvidenskabelige tankegang, der tager sit afsæt i den kvantitative metode og dermed i de kausale sammenhænge, er hermeneutikken rettet mod at forstå og fortolke (Christensen & Schwennesen, 2021). Gennem teoribaserede og empiriske antagelser bliver det muligt at fortolke. Ifølge Studieordningen (2022), giver folkesundhedsvidenskab kompetencer inden for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på baggrund af videnskabelige grundlag (Aalborg Universitet, 2022). Specialemedlemmernes faglige baggrund præger *forforståelsen*, og muliggør et kritisk perspektiv på det folkesundhedsmæssige problem, idet der mangler viden om, hvordan kvinderne oplever efterforløbet, og hvilke faktorer de tillægger betydningsfulde i genoptræningen. Udover specialegruppens medlemmers faglige baggrund, har alder og køn også en indvirkning, da specialegruppens medlemmer udgør målgruppen relateret til at være kvinder i den fertile alder. Specialemedlemmerne er alle kvinder i forskellige aldre, hvorfor dette har en indvirkning på de forskellige *forforståelser*. Desuden besidder én af medlemmerne faglig baggrund og erfaring i genoptræning af kvinder, der har pådraget sig en bristning af grad tre og fire.

De fødselsrelaterede problemer har historisk set været underprioriterede i sundhedsfaglig forskning og i sundhedssystemet. I februar 2025 har Danske Fysioterapeuter offentliggjort en artikel skrevet af specialiserede fysioterapeuter med det formål at belyse fødsels problematikker. Heri understreges behovet for at tilegne kvinder rådgivning, information, vejledning, fysisk genoptræning og angive behovet for, at sundhedsprofessionelle italesætter emnet (Villadsen & Dahl, 2025). Det belyser, at der i dag er større fokus på de problematikker, der kan opstå under fødslen, herunder bristninger af grad tre og fire. Idet specialemedlemmerne er i den fertile alder, bliver det muligt at kunne spejle sig i emnet, og dermed opnå en større forståelse. Ydermere har én i gruppen gennemført en fødsel. Det belyser, at Specialemedlemmerne har en forståelse for emnet, idet det er muligt at spejle sig. Problemanalysen såvel som problemformuleringen skal ses i lyset af specialemedlemmernes *forforståelser*, idet det udgør specialemedlemmernes erkendelser om kvinder, der har pådraget sig bristninger af grad tre og fire. Inden for hermeneutikken er refleksivitet relevant for antagelser og at disse løbende udforskes og revideres. Der skal desuden være transparens relateret til vekslingen mellem at fortolke og forstå (Christensen & Schwennesen, 2021). Ved eksplicit at angive specialegruppens *forforståelser* i dette afsnit med afsæt i specialegruppens erfaringer og historie, styrker det specialets transparens, da det understreger, hvilke erkendelser specialemedlemmerne har forinden fortolkningen finder sted i analysen.

7.0 Metode

Til besvarelse af problemformuleringen anvendes to metoder til dataindsamlingen. Disse indebærer en systematisk litteratursøgning og kvalitative individuelle interviews med en semistruktureret interviewguide. Såvel de metodiske valg, som fremgangsmåden og argumentationen, præsenteres i følgende afsnit. Afslutningsvis belyses specialets etiske overvejelser som har været i forhold til udarbejdelsen af de individuelle interviews.

7.1 Systematisk litteratursøgning

I følgende afsnit bliver den systematiske litteratursøgning præsenteret herunder søgestrategi samt fremgangsmåde. Den systematiske søgning gør det muligt at afdække allerede eksisterende forskning på området, for at identificere relevante studier. Søgningen er veldokumenteret, hvilket skaber *transparens*, styrker *troværdigheden* af resultaterne og ydermere er søgeprocessen muligt at gentage, så andre kan nå frem til samme resultater (Lund et al. 2014). Den systematiske litteratursøgning har til formål at besvare specialets første underspørgsmål i problemformuleringen: *Hvilke faktorer har betydning for genoptræningen i efterforløbet for kvinder, der er bristet af grad tre og fire*. De identificerede studier kvalitetsvurderes, hvorefter de udgør en del af dataindsamlingen. Resultaterne fra den systematiske søgning bliver anvendt til en *metasyntese*, som belyser studierne fund og fortolkninger, hvorved en ny samlet fortolkning opnås. Disse analyseres med afsæt i *Braun & Clarkes (2006) tematiske analyse*. *Metasyntesen* er en systematisk sammensætning af forskningslitteraturens resultater fra ensartede undersøgelser, ved brug af en kvalitativ dataanalyse. Dette for at øge viden inden for et bestemt emne med klinisk relevans (William & Stoltz, 2018).

7.1.1 Fremgangsmåden for den systematiske litteratursøgning

Ifølge Lund et al. (2014) er en systematisk litteratursøgning et afgørende element i en evidensbaseret forskningspraksis. Den systematiske litteratursøgning bidrager med systematisk at identificere relevante forskningsstudier, der kan belyse, hvilke faktorer, der har betydning for kvinders genoptræning i efterforløbet. Det ses derfor essentielt at identificere videnskabelige kvalitative studier. Kvalitative undersøgelser undersøger menneskers *livsverden* og erfaringer med et fænomen (Henricson & Billhult, 2019). Specialet undersøger kvindernes perspektiver og oplevelser, hvorfor fokus er på identificering af videnskabelige kvalitative studier. En systematisk litteratursøgning kan indeholde en søgeprofil som grundlaget for den videre søgning (Lund et al. 2014). Der opstilles en fokusliste, som indeholder tre fokusområder, hvilket kan ses i nedenstående tabel 1. Denne fokusliste er udarbejdet ud fra specialets problemformulering med underspørgsmålet til den systematiske litteratursøgning. Denne danner grundlag for *søgeordene*, som skal indgå i den systematiske

litteratursøgning. *Første fokusområde* handler om søgeord relateret til bristninger af grad tre eller fire. *Anden fokusområde* indeholder søgeord relateret til genoptræning, da formålet er at undersøge genoptræningen i efterforløbet. *Tredje fokusområde* indeholder søgeord relateret til faktorer af betydning.

Tabel 1: Oversigtstabel over fokusliste.

Fokusområde 1	Fokusområde 2	Fokusområde 3
Tredje- og fjerde grads bristninger	Genoptræning	Faktorer af betydning

7.1.2 Valg af databaser

Ifølge Henricson (2018) øges *validiteten*, ved at der søges i flere databaser, da det styrker sandsynligheden for at identificere de relevante studier inden for området. Der udvælges følgende tre databaser: *Pubmed*, *Cinahl* og *Embase* til at identificere de faktorer, kvinder oplever af betydning i genoptræningen, efter at have bristet af grad tre eller fire under fødslen. *Embase* udvælges på baggrund af de europæiske tidsskrifter samt udgør det sundhedsfaglige felt relateret til sundhed og medicin (Lund et al. 2014). *CINAHL* inkluderes, idet databasen indeholder studier inden for det sundhedsfaglige felt særligt relateret til kvalitativ forskning, herunder erfaringer og oplevelser (EBSCO, 2025). *PubMed* giver mulighed for at finde litteratur inden for både det *biomedicinske* og det sundhedsfaglige områder, og bidrager med at belyse patientperspektiver (National Library of Medicine, 2022). Ovenstående databaser kan anvendes til at gennemgå et bredt område indenfor problemfeltet, som er at afdække kvindernes oplevelser og deres oplevede erfaring i genoptræningen.

7.1.3 Søgestrategi

For at systematisere søgningen opstilles en *søgestrategi*. Ifølge Lund et al. (2014) kan en *søgestrategi* sikre, at relevante studier identificeres i søgningen. Ud fra fokuslisten, som kan ses i tabel 1, udarbejdes der en *søgeprofil* til hver af databaserne (se bilag 1). Søgeprofilen for hver database udarbejdes ifølge Lund et al. (2014) ved at oversætte de engelske synonymer i *fokuslisten* for hvert af *fokusområderne*. Ovenstående *fokusliste* belyser *tre fokusområder*, hvor der identificeres relevante synonymer til at afdække hvert enkelte fokusområde. Ifølge Lund et al. (2014) kan synonymer fremsøges gennem lærebøger, ordbøger, google søgninger og databasernes emneordsregistre (Lund et al. 2014). Relevante synonymer identificeres ved at anvende keywords og termer fra den indledende søgning i 3.0 *problemanalyse*. Dertil anvendes søgninger på synonymer i ordbøger og der

søges efter emneord i de tre databasers *emneordsregistre*. *Emneord* kan indekseres forskelligt i databaserne, hvorfor det er væsentligt at undersøge hvert emneord i de respektive emneordsregistre. I nedenstående tabel 2 ses et eksempel på en søgeprofil i en af databaserne.

Tabel 2: *Eksempel på søgeprofil i PubMed.*

Fokusområde 1	Fokusområde 2	Fokusområde 3
Tredje- og fjerde grads bristninger	Genoptræning	Faktorer af betydning
Obstetric Labor Complications [Mesh] Obstetric labor complication [Title/Abstract] Obstetric anal sphincter injury [Title/Abstract] Anal sphincter rupture [Title/Abstract] Perineum/injuries [MeSH Terms] Perineum/injuries [Title/Abstract] Perineum/abnormalities [MeSH Terms] Perineum/abnormalities [Title/Abstract] Anal canal/abnormalities [MeSH Terms] Anal canal/abnormalities [Title/Abstract] Sphincter rupture [Title/Abstract]	Rehabilitation [Mesh] Rehabilitation [Title/Abstract] Psychotherapy [Mesh] Psychotherapy [Title/Abstract] Recovery of Function [Mesh] Recovery of Function [Title/Abstract] Recovery [Title/Abstract] Quality of Life [Mesh] Quality of Life [Title/Abstract] Postnatal Care [Mesh] Postnatal Care [Title/Abstract] Perineal Care [Title/Abstract]	Factor [Title/Abstract] Life Change Events [MeSH Terms] Experience [Title/Abstract] Life Change Events [Title/Abstract] Facilitator [Title/Abstract] Health Care Evaluation Mechanisms [Mesh] Health Care Evaluation Mechanisms [Title/Abstract] Barriers [Title/Abstract]

Søgeprofilerne afprøves gentagne gange for hver database, idet søgeord, som giver støj i søgningen, frasorteres. Ifølge Lund et al. (2014) referer støj til at der fremkommer mange referencer som ikke er relevante. En systematisk litteratursøgning medtager fritekstsøgning og kontrollerede emneord. Fritekstsøgning bidrager med at identificere nyere studier, der endnu ikke er indekseret i emneordsregistre i databaser (Lund et al. 2014). Dermed bidrager den systematiske litteratursøgning til at identificere den nyeste evidens. I databaserne søges *fritekstsøgning* som *“titel/abstract”*. Det angives på forskellig vis i hver enkelt database (se bilag 1). Ved frittekstsøgninger kan der anvendes *trunkering* og *fraser*, hvor det førstnævnte er relevant ved ord der kan bøjes, hvorfor der sættes *“*”*, der hvor det kan bøjes. Herved udvides søgningen. Ifølge Lund et al. (2014) anvendes trunkering i de tilfælde, hvor der ønskes at søge flere variationer af ordet. Et eksempel på at der søges med *trunkering* er ved synonymet *“factor”*. Idet der sættes trunkering således: *“factor*”*, bliver det muligt at få flere variationer frem i søgningen, hvorfor dette gøres. *Frasesøgning* anvendes ved at sætte citationstegn omkring ordet for at sikre, at ordet søges sammenhængende (Karlsson, 2019). Ifølge vejledning med en bibliotekar anvendes der i databasen *CINAHL* ikke *frasesøgning*, da der er en standardfunktion *“proximity”* i *CINAHL*, der gør at ordene i søgningen står indenfor fem ord. Der er derfor ikke anvendt frasesøgning. Kontrollerede emneord anvendes til at præcisere ens søgning, og er databasens *emneordsliste* eller *thesaurus* (Rasmussen et al., 2022). Dette er væsentligt for at synonymer identificeres til hvert af de tre fokusområder. I *Pubmed* kaldes de kontrollerede emneord for *mesh-termes* og angives *[MeSH Terms]*, I *Cinahl* kaldes emneordene for *CINAHL Subject Heading*, og de markeres ved *[MH]*. I *EMBASE* kan kontrollerede emneord findes i *Emtree* og angives med *“/ exp”*

(Rasmussen et al., 2022) (se bilag 1). Ifølge Henricson (2018) er centrale begreber for en systematisk litteratursøgning *sensitivitet* og *specificitet*. Førstnævnte refererer til at identificere flest mulige tænkelige artikler (Henricson, 2018). *Sensitiviteten* øges ved, at der anvendes fritekstsøgning i den systematiske litteratursøgning, hvilket gør det muligt at studier, som endnu ikke er blevet indekseret i databasernes registre, identificeres. *Specificiteten* referer til søgningens evne til at identificere studier der er relevante relateret til forskningsspørgsmålet (Henricson, 2018). *Specificiteten* i specialet øges ved, at der anvendes *kontrollerede emneord*, som er relevante, relateret til hver database, da disse er tilknyttet *indekseringen* i databasen. Dette for at identificere de studier der er relevante for specialets problemformulering. Idet de udvalgte databaser har begrænset kontrollerede emneord inden for fokusområde ét (bristninger af grad tre eller fire), søges disse som fritekstsøgninger, uden nødvendigvis at være indekseret som emneord. Eksempelvis indekseres synonymet "*Obstetric anal sphincter injuries*" ikke i databaserne, trods det er term dækkende for problemet. I søgningen er derfor tilladt støj og en lav specificitet. Omvendt øges *sensitiviteten* og dermed sikres, at flere relevante hits kommer med i søgningen. Et *emneord*, der ikke tages med er *OASIS*, som er en forkortelse der er *indekseret*, men ikke omhandler bristninger, hvis det står alene. *OASIS* er i litteraturen, men ikke i databaserne, en forkortelse for "*Obstetric anal sphincter injuries*". Dette søgeord er derfor ikke *indekseret korrekt*, og er ikke taget med i søgningen, medmindre det står sammen med "*Obstetric anal sphincter injuries*", da det ellers giver for meget støj. Derved tillades støj, hvis det giver mening for søgningen for at sensitiviteten øges, men undlades der hvor der er risiko for at søgningen kommer til at omhandle et andet problemområde. Søgningerne udføres således, at der først søges på hvert enkelt synonym for hvert fokusområde, hvorefter de tre fokusområder kombineres. Til at kombinere synonymerne anvendes der *boolske operatører* i form af *OR* og *AND*. Den *boolske operatører OR* kombinerer synonymerne inden for hvert fokusområde, hvilket udvider søgningen, idet forskellige søgeord på det samme fokusområde inkluderes. *AND* anvendes for at indsnævre søgningen, idet det kombinerer de tre fokusområder, så artikler, der indeholder ét søgeord fra hver blok, kombineres (Lund et al. 2014). I udarbejdelsen af søgeprofilen er der samarbejdet med en bibliotekar, idet indekseringen af søgeord relateret til bristninger er udfordret.

7.1.4 In- og eksklusionskriterier

In-og eksklusionskriterier bruges til at sikre, at udvælgelsen af studierne sker ud fra de samme kriterier (Lund et al. 2014). Til udvælgelsen af relevante studier udarbejdes følgende in- og eksklusionskriterier med det formål at systematisere udvælgelsesprocessen af relevante studier, til besvarelse af specialets første underspørgsmål, hvilket ses i nedenstående tabel 3.

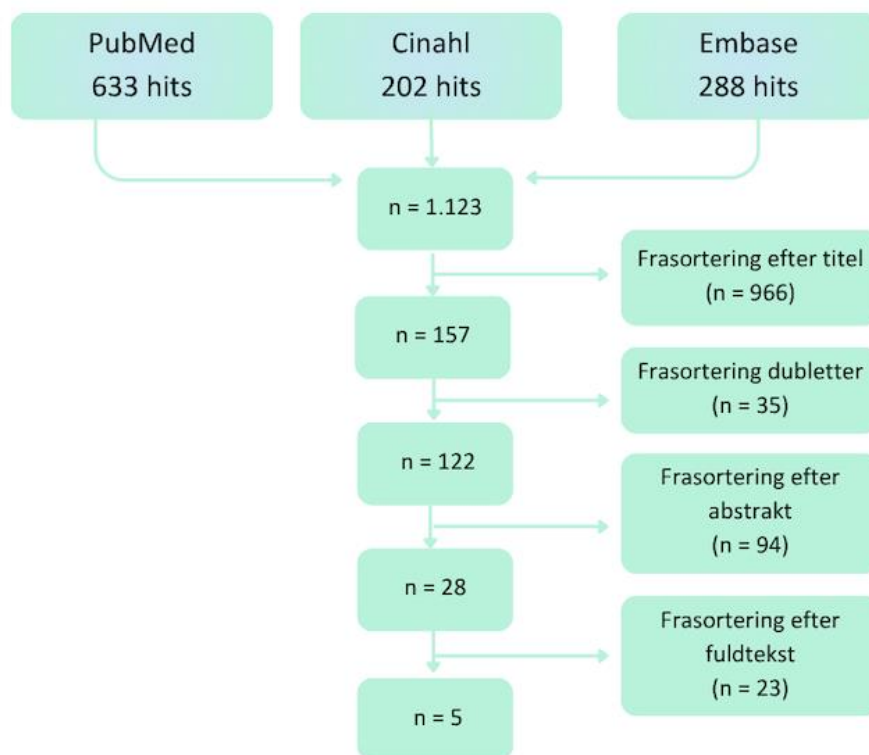
Tabel 3: *inklusions- og eksklusionskriterier.*

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Forløbet efter fødslen	Studier med forebyggende indsatser før og under fødslen
Grad tre og fire bristninger	Studier med grad et og to bristninger
Sprog: Engelsk, dansk, svensk og norsk	
Peer-reviewed	
Kvalitative studier	

Studier inkluderes, hvis de omhandler kvinder, der har bristet af grad tre eller fire, idet det udgør specialets målgruppe. Studier ekskluderes, hvis de udelukkende undersøger bristninger af grad ét og to, eller hvis det ikke fremgår eksplicit i studiet. Dertil inkluderes kvalitative studier, der belyser kvinders oplevelser og erfaringer. Ydermere inkluderes studier, som undersøger den *tertiære forebyggelse*. Et eksklusionskriterie er derfor studier med forebyggende indsatser før og under fødslen. Studier der omfatter dansk, svensk, engelsk og norsk, inkluderes for at sikre, at specialegruppen kan læse studierne. Ydermere inkluderes *peer-reviewed studier*, for at sikre en vis kvalitet af studierne.

Disse in- og eksklusionskriterier danner grundlaget for udvælgelsesprocessen af de videnskabelige studier, hvilket sker manuelt ved at to i specialegruppen uafhængigt af hinanden sikrer, at relevante studier ikke frasorteres. Udvalgte studier vises i *flowdiagrammet*, hvilket ses i nedenstående figur 5. Der fremsøges i alt 1.123 hits i de tre databaser. Udvalgte studier sker gennem fire trin, hvor det første trin indebærer en gennemlæsning af titlerne. Herefter ses 157 studier relevante, hvoraf 35 er *doubletter*. Efterfølgende læses *abstracts* på 122 studier, hvoraf der ekskluderes 97, da de ikke lever op til *eksklusionskriterierne*. Dette resulterer i 25 studier, der gennemlæses med fokus på specialets problemformulering. Slutteligt ses der fem videnskabelige studier, som er relevante, hvorfor deres kvalitetsvurderes. Der er i alt udvalgt fem studier, hvilket kan ses i tabel 4. Ifølge Lund et al. (2014) udarbejdes en kvalitetsvurdering for at vurdere troværdigheden af studierne fund. Dette uddybes i nedenstående afsnit 7.1.6 *Kvalitetsvurdering af de videnskabelige studier*.

Figur 5: *Flowdiagram over den systematiske litteratursøgning.*



Tabel 4: Oversigtstabel over de udvalgte videnskabelige studier fra den systematiske litteratursøgning.

Oversigt over de udvalgte studier	
1.	<i>Women's experiences of obstetric anal sphincter injury and physical therapy interventions - A qualitative study</i> af Johannesson et al. (2022) fra Cinahl.
2.	<i>Overlooked by the obstetric gaze - how woman with persistent health problems due to severe perineal trauma experience encounters with healthcare services: A qualitative study</i> af Tjernström et al. (2024) fra PubMed.
3.	<i>"Struggling to settle with a damaged body" - A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth</i> af Lindqvist et al. (2019) fra PubMed.
4.	<i>"From hell to healed" – A qualitative study on women's experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury</i> af Huber et al. (2022) fra Cinahl.
5.	<i>'A worse nightmare than expected' - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury</i> af Lindqvist et al. (2018) fra PubMed.

7.1.6 Kvalitetsvurdering af de videnskabelige studier

De identificerede videnskabelige studier gennemgår alle en kvalitetsvurdering, hvor formålet er at vurdere studiernes metodiske kvalitet. Ifølge Lund et al. (2014) vurderes den metodiske kvalitet af studier relateret til om studiets resultater er troværdige. *Joanna Briggs Institute (JBI)* er et internationalt *evidensbaseret vurderingsværktøj*, bestående af *tjeklister* til hvert studiedesign med henblik på at vurdere relevans, *troværdighed* samt studiets resultater. Tjeklisten "*Checklist for Qualitative Research*" er for kvalitative studier (Joanna Briggs Institute, 2025). Der tages afsæt i denne tjekliste, idet de fem identificerede studier alle er kvalitative. Tjeklisterne gennemgås individuelt af hvert enkelt gruppemedlem i specialet, hvorefter resultaterne sammenlignes og drøftes i fællesskab. De fem videnskabelige studier er alle kvalitetsvurderet ud fra JBI-tjeklisten, og anses værende af høj kvalitet, hvilket kan ses i tabel 9: *Præsentation samt oversigt over kvalitetsvurderingerne af de videnskabelige studier* (se bilag 2-6). De videnskabelige studier inkluderes derfor ligeligt i analysen.

7.1.7 Analysestrategi for de videnskabelige studier

De videnskabelige studier, der udvælges, analyseres med afsæt i *Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse*. Den tematiske analyse består af seks trin, som kan anvendes som en teoretisk fleksibel tilgang til at identificere og analysere temaer (Braun & Clarke, 2006). I dag kaldes metoden en refleksiv tematisk analyse, da den er revideret (Braun & Clarke, 2019). Analysemetoden tager udgangspunkt i seks faser (Braun & Clarke, 2006). Fremgangsmåden af de seks faser angives i nedenstående tabel 5, og udgør desuden et kodetræ (se bilag 7).

Tabel 5: *Oversigt over analysestrategien af de videnskabelige studier, med inspiration af Braun & Clarkes (2006) tematiske analysemetode.*

Trin	Braun & Clarke	Videnskabelige studier
Trin 1	Opnå kendskab til data	I første fase gennemlæses de videnskabelige studier som inkluderes, så alle har samme forforståelse. Her nedskrives umiddelbare tanker som kan bruges i den videre kodning af studierne.
Trin 2	Generering af initierende koder	De videnskabelige studiers resultater læses, og der dannes koder. De første koder dannes for hvert studie ved anvendelse af NVivo. Når alle studierne er gennemgået forgår processen på tvært af studierne i et dokument. Her anvendes en tilgang som er en åben, da det er data der er fremtrædende.
Trin 3	Generering af temaer	I dokumentet er tekststykker med dertilhørende koder dannet på tværs. De initierende temaer dannes ud fra koderne på tværs af data.
Trin 4	Gennemgang af temaer	For at sikre at data og koder i de initierende temaer stemmer, gennemgås disse. Temaerne vurderes relateret til, om de kan kobles sammen, eller om nye teamer skal dannes. Data gennemgås for at sikre, at mulige koder ikke går tabt. Fokus er, at inddrage tekst der omhandler hvilke faktorer kvinderne tillægger betydning for genoptræning i efterforløbet.
Trin 5	Definere og navngivne temaer	Hvert tema tema med dertilhørende koder gennemlæses. Derudover forfines temaernes navne, for at sikre, at disse dækker over det data de indeholder
Trin 6	Den endelige rapport	Dette trin udgør to processer der omhandler afrapportering samt en kritisk fortolkning og diskussion Først afrapporteres analysen hvor der anvendes relevante citater, for at belyse sammenhængen mellem fundene i studierne samt temaerne. Dernæst foretages en kritisk fortolkning og diskussion af resultaterne med resultaterne af interviewdata. Dette ses i afsnit 8.3 <i>Kritisk fortolkning og diskussion</i>

7.2 Kvalitativ metode

I dette afsnit præsenteres den kvalitative metode, relateret til individuelle interviews af kvinder som har bristet af grad tre eller fire under fødslen, og som aktuelt deltager eller lige har afsluttet genoptræningen i efterforløbet i en større dansk Kommune. Formålet med dette er at besvare problemformuleringen og herunder specialets andet underspørgsmål: *Hvordan understøtter den*

eksisterende kommunale genoptræningsindsats i en større dansk Kommune kvinder, der har oplevet en tredje eller fjerde grads bristning under en vaginal fødsel, og hvordan oplever de, efterforløbet understøtter deres behov. I følgende afsnit præsenteres de metodiske overvejelser og begrundelser for de valg, der er truffet for udvælgelse af informanter, udarbejdelse af interviewguiden, udførsel af interviews, overvejelser om analysestrategi samt de etiske overvejelser.

7.2.1 Semistrukturerede interviews som dataindsamlingsmetode

Til besvarelse af specialets andet underspørgsmål anvendes der ét *kvalitativt forskningsdesign* med *semistrukturerede* interviews som dataindsamlingsmetode. Et kvalitativ forskningsdesign har sin oprindelse i *humanvidenskabelige traditioner* og fokuserer på at *undersøge menneskets livsverden* og erfaringer med et fænomen (Henricson & Billhult, 2019). Interviews som metode anvendes til at undersøge kvindernes oplevelser med genoptræning i efterforløbet, efter udskrivning fra hospitalet med en bristning af grad tre eller fire. Interviewene kan dermed bidrage til at belyse informanternes oplevelser og erfaringer, og om deres behov understøttes under det samlede efterforløb. Dataindsamlingsmetoden består af *semistrukturerede interviews*, der omhandler en vekslen mellem strukturerede og mindre strukturerede spørgsmål. Spørgsmålene er udformet inden interviewet. Dette muliggør, at interviewerens kan stille spørgsmål til informantens aktuelle situation, det nye verdensbillede samt se nye emner, som opstår gennem interviewet, hvilket er relevant når fænomenet ønskes undersøgt nærmere (Merriam & Tisdell, 2016). *Semistrukturerede* interviews er relevante for at undersøge kvindernes oplevelser med genoptræning i efterforløbet samtidig med, at det er muligt at få indsigt i de nye perspektiver, som opstår. Derudover muliggør det, at interviewerens *forforståelse* kan anvendes i interviewene, hvilket understøtter specialegruppens *videnskabsteretiske position*. Efter hvert interview noterer interviewerens eksplicit sine *forforståelser*, som kommer til syne under interviewet. Disse kan anvendes i den senere fortolkning, hvilket tilsammen skal bidrage til en *horisontsammensmeltning* mellem det transkriberede data og specialegruppens *forforståelse*.

7.2.2 Rekruttering af informanter

Ifølge Merriam og Tisdell (2016) skal udvælgelse af informanter sikre, at deres bidrag medvirker til en nuanceret indsigt med deres særlige viden om det aktuelle emne (Merriam & Tisdell, 2016). Denne indsigt opnås gennem de individuelle interviews med kvinder der aktuelt indgår eller lige har afsluttet genoptræningen i en større dansk Kommune. Med afsæt i dette udvælges kvinder, der har pådraget sig en bristning af grad tre eller fire under fødslen, og som aktuelt gennemgår eller har gennemgået genoptræning i en større dansk Kommune. Dette sker med antagelsen om, at netop disse kvinder kan bidrage med viden om, hvordan de oplever at deres behov understøttes i genoptræningen i

efterforløbet. Specialet er tidsbegrænset og rekrutteres fra genoptræningsindsatsen i en større dansk Kommune, hvor et begrænset antal kvinder er tilknyttet. Denne udvælgelse sker ifølge Merriam og Tisdell (2016) derfor som *convenience sampling*, som er en *sampling strategi*, hvor der bliver samlet ud fra det, der kan lade sig gøre (Merriam & Tisdell, 2016). I specialet er denne rekrutteringsstrategi valgt, da tidsperioden er begrænset og antallet af kvinder i genoptræningsindsatsen i en større dansk Kommune er af en begrænset størrelse. Dertil sker *rekruttering* af informanterne ved hjælp af specialets samarbejdspartner i en større dansk Kommune. Dette udgør dermed en *gatekeeper*. En *gatekeeper* er en person, som har kontakt med de personer, der er relevante at medtage som deltagere i en undersøgelse (Danielson, 2019). *Gatekeeperen* er behjælpelig med rekruttering af kvinder, som aktuelt deltager i genoptræningen eller lige har afsluttet forløbet. Dette sker gennem et udleveret skriftligt materiale i form af en pjece, som *gatekeeperen* uddeler til potentielle deltagere. Denne pjece er udarbejdet af specialegruppen. På det skriftlige materiale er specialegruppens oplysninger angivet. Kvinderne skal selv henvende sig, hvis de ønsker at deltage (se bilag 8). To kvinder har ikke henvendt sig trods de har fået udleveret pjecen af *gatekeeperen*. *Gatekeeperen* fungerer som et mellemlid mellem *gatekeeperen* selv, kvinderne og specialets medlemmer, hvilket ifølge Merriam og Tisdell (2016) kaldes *gatekeeper*. Pjecen som udgør det skriftlige materiale udarbejdes i samarbejde med *gatekeeperen*. Dette for at sikre overensstemmelse mellem specialet og den Kommunale samarbejdspartner. Der er ligeledes indgået en samarbejdsaftale med Kommunen omkring udarbejdelsen af specialet (se bilag 9).

Det optimale antal informanter afhænger af forskellige antagelser og tilgange relateret til kvalitativ metode. I Malteruds begreb om *informations power* er fokus rettet mod kvaliteten af det data, som fremkommer, hvor der i modsætning til andre tilgange ikke i samme grad fokuseres på en datamæthed. Ved at fokusere på styrken af empiri, sikres det rette antal (Malterud et al., 2016). Ifølge Malterud (2016) kan et passende antal informanter sikres ved at forholde sig til en række elementer. Et passende antal deltagere er relateret til grundlaget for den teoretiske viden for en undersøgelse (Malterud et al., 2016). I afsnit 3.0 *Problemanalyse* belyses det, at forskningslitteraturen mangler indsigt i, hvordan kvinder oplever forløbet, samt hvilke faktorer der er af betydning for genoptræningen efter en bristning af grad tre eller fire under fødslen. Dette belyser, at der er begrænset teoretisk viden om denne problemstilling, hvorfor formålet med specialet tager udgangspunkt i dette. Der sigtes mod rekruttering af seks til ti deltagende kvinder, der har pådraget sig en bristning af grad tre eller fire under fødslen og dermed er udskrevet fra sekundær sektor med en genoptræningsplan.

7.2.3 Udførsel af interviews

Inden gennemførelsen af de individuelle interviews afholdtes to pilotinterview. Ifølge Merriam og Tisdell (2016) er et pilotinterview med til at sikre, at den rigtige data kan genereres ud fra de spørgsmål, der stilles. Et *pilotinterview* gør det muligt at rette interviewguiden, inden udførelsen af et interview (Merriam & Tisdell, 2016). *Pilotinterviewet* gennemføres af to i specialegruppen, som skal foretage dataindsamlingen. Informanterne i *pilotinterviewene* består af bekendte i eget netværk, som har født, men som ikke har bristet under fødslen. Ud fra de to pilotinterview revideres *interviewguiden*, og spørgsmålene justeres, for at sikre, at de er let forståelige.

De *semistrukturerede interviews* afholdes primært online gennem den virtuelle platform, Teams, men også telefonisk og/eller i kvindernes eget hjem, afhængigt af kvindernes ønske grundet logistiske og etiske årsager. Dette for at imødekomme kvindernes nye situation som mor med en nyfødt, samt at forskningslitteraturen i afsnit 3.0 *Problemanalyse* tydeliggøre, at der er skam og tabu forbundet med emnet. De fysiske rammer kan have en indvirkning på informanten, hvis emnet berører sårbare problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2015). En bristning kan være forbundet med skam og tabu, og derfor er det essentielt, at interviewene foregår i en kontekst, hvor kvinderne føler sig tryk, er komfortabel med situationen og derfor kan tale frit. Informanterne ønsker ofte en klar forståelse af interviewerens rolle, for at kunne tale frit om deres oplevelser med en fremmed. Ydermere er interviewerens rolle placeret i en magtposition, idet emnet er forudbestemt, og interviewerens stiller spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Grundet *etiske overvejelser* om interviewerens rolle og tabuet omkring det at være bristet, foretages interviewet hvor én interviewer er til stede. Der tages højde for kvindernes rolle som mor, til et nyfødt barn der skal have lur og ammes, hvorfor der afsættes mere tid, så hun har muligheden for at holde pauser. Det er for specialegruppen vigtigt, at det foregår på kvindernes præmisser, hvorfor der også forinden tilsendes en mail samt et vedhæftet dokument "*deltagerinformation*" til kvinderne (se bilag 10). Grundet logistiske årsager bliver interviewene fordelt mellem to i specialegruppen. De to interviewere består af en i specialegruppen med eget kendskab til en fødsel samt med faglig erfaring med genoptræning af kvinder, der er bristet. Derudover er ét gruppemedlem uden egne erfaringer med fødsler og kendskab til genoptræningen. Den ene interviewer er fysioterapeut og den anden er sygeplejerske, hvilket er et *biomedicinsk felt*, som deres *forforståelser* ses i lyset af. For at sikre, at transskriptionen kan foretages efterfølgende, lydoptages alle interviews.

7.2.4 Interviewguide

Der anvendes en *Semistruktureret interviewguide* til de *individuelle interviews*. *Interviewguiden* består af en oversigt over emner, der skal belyses, men udgør ikke en detaljeret spørgeguide, hvor spørgsmålene gennemgås i en bestemt rækkefølge. Fordelen ved den *semistrukturerede interviewguide* er, at interviewene indeholder *åbne* og *udforskende* spørgsmål med mulighed for at stille opfølgende spørgsmål til informanten undervejs, for på den måde at skabe en naturlig sammenhæng i rækkefølgen for interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewguiden har til formål at skabe overblik over de temaer, der skal udforskes. Projektets interviewguide opdeles i temaer, der afspejler den *biopsykosociale model*, efterforløbet og genoptræningen. Spørgsmålene i interviewguiden udarbejdes med henblik på at være let forståelige for kvinderne. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) udformes letforståelige spørgsmål, ved at der eksempelvis bruges hverdagsprog og at akademisk sprog undlades. Desuden anvendes *åbne spørgsmål* for at få nye perspektiver frem, fordi åbne svar giver de mest fuldstændige svar (Kvale & Brinkmann, 2015). Udover konkrete spørgsmål relateret til emnet, der ønskes udforsket, stilles der også opfølgende spørgsmål for at få indsigt i informantens oplevelse (Kvale & Brinkmann, 2015). De opfølgende spørgsmål skaber mulighed for, at kvinderne kan udfolde egne oplevelser og erfaringer i relation til spørgsmålene.

Interviewguiden er opstillet i tre kolonner med fokus, interviewspørgsmål og uddybende spørgsmål (se bilag 11). Et eksempel fra interviewguiden kan ses i nedenstående tabel 6. Et interview indledes med en briefing, hvor formålet, brug af lydoptagelser, indhentning af informeret samtykke samt præsentation af interviewer angives. Briefing vælges for at informanterne skal føle sig trygge, så der er mulighed for at fortælle om informantens oplevelser og erfaringer, samt at det er muligt at trække samtykke tilbage (Kvale & Brinkmann, 2015). Ydermere angives det i briefing også, at pauser relateret til amning, at baby vågner eller andet, er helt acceptabelt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bør interviews afsluttes med en *debriefing*, for at skabe en god afslutning og give informanterne mulighed for at afsluttende spørgsmål kan stilles. Interviewet afsluttes med en *debriefing*, hvor kvinderne har mulighed for at stille spørgsmål til interviewet samt angive, hvordan oplevelsen med at deltage i interviewet har været. Interviewguiden er drøftet gentagne gange og er blevet drøftet til statusseminar med andre medstuderende og med specialets vejleder. Den er revideret på baggrund af to *pilotinterviews* med kvinder i eget netværk.

Tabel 6: Et eksempel på spørgsmål i interviewguiden.

Uddrag af interviewguide		
Fokus/emne	Interviewspørgsmål	Uddybende spørgsmål
2) Indhold og opbygning af genoptræningen	Kan du fortælle om din oplevelse af hvordan din fødselsbristning, har påvirket din hverdag psykisk?	Kan du beskrive hvilke tanker du sad med efter forløbet, hvor du blev udskrevet på hospitalet?

7.2.5 Transskribering af interviews

Lydoptagelse af et interview er relevant, da den danner grundlaget for det datamateriale, som overføres fra verbalt sprog til skriftligt materiale, hvor udsagnene viser sig (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewet transskriberes af intervieweren selv. Dette gøres for at kunne genkalde informanternes udsagn. Ifølge Ricouers *kritiske tilgang* opstår traditioner og sandheder gennem både det *skriftlige* og det *talte sprog* (Juul, 2012). Transskriptionerne bliver uddelegeret mellem de to interviewere, som foretager interviewene, hvorfor *transskriptionsregler* udarbejdes. Dette sikrer ensformighed i selve transskriptionen og fremgår af tabel 7. Transskriptionerne bliver efterfølgende lyttet igennem af intervieweren selv, for at sikre at det skriftlige datamateriale stemmer overens med de mundtlige udsagn. Dette sikrer *troværdighed* i kvindernes udsagn i det skriftlige datamateriale, som belyser kvindernes oplevelser og erfaringer af faktorer, der er af betydning relateret til genoptræningen i en større dansk Kommune. Intervieweren og informanten adskilles med pseudonymer, herunder navne, hvilket er i overensstemmelse med Datatilsynets regler, for ikke at indeholde *personfølsomme oplysninger* (Danielson, 2019). Det transskriberede data gennemlæses af alle i specialegruppen for at sikre, at alle har den samme forståelse.

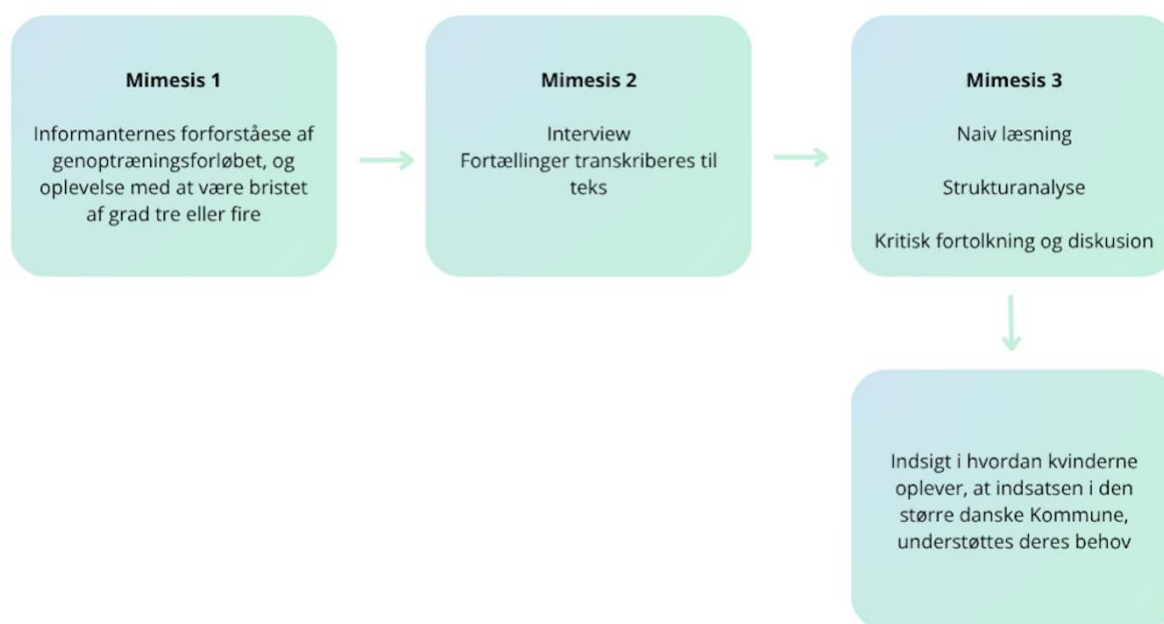
Tabel 7: Tabeloversigt over transskriptionsregler.

Regler for transskribering	Betydning
I	Interviewer
Navn	Hver enkelte informant anonymiseres med et pseudonym
<u>Ord</u>	Markere at informanten tillægger udsagnet betydningsfuldt
Undlad "øhm", "øh" samt gentagelser af samme ord	Forstyrrende elementer fjernes
"..."	Angiver pauser
Ironi (" ") og grin (haha)	Medtagelse af ironi og grin

7.2.6 Analysestrategi af de individuelle interviews

Til at analysere de semistrukturerede interviews anvendes Pedersen & Dreyer (2018) analysestrategi som er inspireret af Ricouers teori og *trefoldige mimesis* (Pedersen & Dreyer, 2018). *Ricouers trefoldige mimesis* anvendes som analyseramme til de individuelle interviews. Dette gøres for at opnå en dybere indsigt i, hvordan kvinderne oplever genoptræningen i efterforløbet og hvordan de oplever, at efterforløbet understøtter deres behov. *Ricouers trefoldige mimesis* inddeles i tre: *præfiguration*, *konfiguration* og *refiguration*. Kvalitativ forskning sigter mod at undersøge mening og betydning for at forstå fænomener i menneskets livsverden, samt for at forstå mennesker (Pedersen & Dreyer, 2018). Dette danner det metodemæssige grundlag for analysen af kvindernes udsagn, hvilket kan ses i nedenstående figur 6.

Figur 6: Den trefoldige mimesis i specialet.



Mimesis 1 indebærer menneskets *forforståelse* af verden, hvilket udtrykkes gennem sproget for at fortolke handlingslivet, og udgør *præfiguration* (Pedersen & Dreyer, 2018). Dette udgør kvindernes *forforståelse* af, om deres behov understøttes, ved at de belyser deres oplevelser. *Mimesis 2* omhandler den skabende proces, hvor teksten udarbejdes på baggrund af fortællinger, hvilket udgør *konfiguration*. Dette udgør det formidlende led mellem *Mimesis 1* og *Mimesis 3* (Pedersen & Dreyer, 2018). Dette består af transskriberingen af de semistrukturerede interviews, som udgør det skriftlige datamateriale, der skabes. *Mimesis 3* indeholder fortolkningsprocessen, hvor teksten gøres til sin egen og bliver objektiv. Dette kaldes *refiguration* (Pedersen & Dreyer, 2018). Det er her, fortolkningsprocessen af interviewene foregår. Gennem analyse og fortolkning sker en bevægelse fra

overflade-fortolkning til en *dybere indsigt*, som belyser en *dialektisk proces*, idet der skelnes mellem at forklare og forstå. Dette sker gennem Pedersen & Dreyer (2018) *analysestrategi*, som består af tre trin: *naiv læsning*, *strukturanalyse* samt *kritisk fortolkning og diskussion* (Pedersen & Dreyer, 2018). Denne analyse udarbejdes af to personer i specialegruppen, og ved behov er et tredje gruppemedlem inddraget.

7.2.6.1 Naiv læsning

Ifølge Pedersen & Dreyer (2018) består fortolkningsprocessen først af en *naiv læsning*, hvor forskeren er modtagelig og åben over for *tekstens helhed* (Pedersen & Dreyer, 2018). Den *naive læsning* indebærer gennemlæsning af hele datamaterialet, som udgør interviewene. Her gives det første kvalificerede gæt på, hvad teksten handler om. Der foretages en sammenskrivning af teksten ud fra hvad der berører én, hvorfor der foretages en umiddelbar analyse (Pedersen & Dreyer, 2018). De umiddelbare antagelser, noteres ned i forhold til hvad der berører hvert enkelt specialemedlem efter at have gennemlæst alle interviewene. Den naive læsning foretages af to i specialegruppen. Herefter kondenseres en analyse til en sammenskrivning på tværs af interviewene, hvilket udfoldes i afsnit 8.2.2 *Naiv læsning af interviewene*. Ifølge Pedersen & Dreyer (2018) udgør dette en *overflade-fortolkning* idet det indebærer specialegruppens umiddelbare gæt på tekstens indhold, hvilket analyseres med en *dybere indsigt* i *strukturanalysen*, som udgør den *dialektiske proces*. Her bevæger man sig fra at forklare til at forstå.

7.2.6.2 Strukturanalyse

I *strukturanalyse* gennemlæses teksterne som helhed igen, for derefter at kunne afdække strukturen i teksten. Der tages afsæt i en åben inddeling af *meningsenheder* og *betydningsenheder*, hvor førstnævnte afdækker "*hvad der siges*" og sidstnævnte afdækker "*hvad der tales om*". Betydningsenhederne leder til at kunne uddrage temaer i teksten (Pedersen & Dreyer, 2018). I fællesskab fortolkes *meningsenheder* mellem to i specialegruppen samt udtræk ved hjælp af programmet NVivo. NVivo er et værktøj til kvalitative analyser, og formålet er at strukturere analyseprocessen (Aalborg Universitet, 2022). Datamaterialet udtrækkes fra Nvivo og samles i et dokument i Microsoft Word, hvor *meningsenheder* fortolkes og farvelægges for at skabe overblik og kunne kondensere indholdet. Dette leder til identificering af *betydningsenheder*. Herefter foregår en refleksiv diskussion blandt specialegruppen, hvorudfra det eksplicit nedskrives, "*hvad der tales om*" i teksten. Dette leder til fremanalysering af temaer ud fra citaternes betydninger, som tilsammen udgør en *dialektisk proces*. Med inspiration fra Pedersen & Dreyer (2018) opsættes *strukturanalysen* i et strukturanalysekema, hvilket ses et eksempel på i den nedenstående tabel 8. Hele *strukturanalysen* er ikke vedlagt i bilag, for ikke at kompromittere kvindernes anonymitet.

Tabel 8: Faserne i udførelsen af strukturanalysen inspireret af Pedersen & Dreyer (2018).

Meningsenhed (hvad der siges)	Betydningsenhed (hvad der tales om)	Tema
Citater fra de transskriberede interviews	Betydningen af citaterne beskrives	Identificering af temaer ud fra citaternes betydning

7.2.6.3 Kritisk fortolkning og diskussion

Ifølge Pedersen & Dreyer (2018) indebærer dette trin en *kritisk fortolkning og diskussion* af de temaer, som bliver identificeret i trinnet *strukturanalyse*. Her veksles mellem at forklare og forstå hvert enkelte tema med afsæt i relevant teori, hvilket udgør en dialektisk proces. Dette giver argumenter *gyldighed* i nye temaer, hvoraf diskussionen giver argumenterne belæg for *fyldighed* og *kontekstens betydning* (Pedersen & Dreyer, 2018). At specialegruppen belyser *betydningsenhederne* ud fra teori kan medføre at der identificeres *nye temaer* og derigennem belyse en *dybdegående forståelse* for kvindernes oplevelser med efterforløbet. Denne kritiske fortolkning og diskussion bidrager med indsigt i *betydningsenhederne* i *strukturanalysen*, og en yderligere forståelse af temaerne samt de inkluderede videnskabelige studier og relevant teori, hvilket belyses i afsnit 8.3 *Kritisk fortolkning og diskussion*. *Den kritiske fortolkning og diskussion* bidrager med nye indsigter gennem en kritisk refleksion, hvilket skaber en *dybdegående indsigt* i, om det eksisterende genoptræning i efterforløbet understøtter kvindernes behov efter en bristning af grad eller fire. Ydermere bidrager dette til indsigt i forandringsspektiver på den kommunale genoptræningsindsats, samt efterforløbet.

7.2.7 Etiske overvejelser

Idet der ikke indgår bioinformatiske data, er der ikke anmeldelsespligt til Nationalt Videnskabsetisk Komité (Komitéloven, 2020). Grundet specialet ikke tager afsæt i denne type data, er der ikke indhentet en godkendelse før udførelsen af de individuelle interviews. Kvindernes oplevelse af genoptræningen i efterforløbet udforskes, hvorfor det dog er essentielt at tage hensyn til *etiske overvejelser*.

Etiske overvejelser indebærer i kvalitative undersøgelser, at forskeren ønsker en indsigt i informanternes oplevelser og at forskeren udviser respekt for informantens autonomi (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale & Brinkmann (2015) angiver fire etiske retningslinjer for forskere: *informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle*. *Informeret samtykke* omhandler at informere om formålet med undersøgelsen samt at sikre, at informanternes deltagelse er frivillig og kan

til enhver tid trækkes tilbage (Kvale & Brinkmann, 2015). Forinden interviewet modtager informanterne skriftligt materiale om interviewets formål, samt information om at deres deltagelse er frivillig, hvorfor de til enhver tid kan trække samtykket og deres deltagelse tilbage (se bilag 10). Ydermere at *personfølsomme oplysninger* behandles fortroligt gennem pseudonymer. Dette stemmer overens med *Helsinki-deklarationens* krav om *autonomi* (The World Medical Association, 2024). Forud for interviewet tilsendes informanterne en mail, som kvinderne skal svare på, hvorved et skriftligt samtykke om deltagelse indhentes (se bilag 12). I *briefingen* i interviewguiden angives dette ligeledes mundtligt, relateret til de *forskningsetiske retningslinjer* (se bilag 11). Samtykket gemmes på en krypteret fil på et usb-stik. De informanter, der deltager fysisk, underskriver dette gennem en informeret samtykkeerklæring (se bilag 13). Databehandling opbevares i overensstemmelse med *GDPR-reglerne* (Europa-Parlamentet og Rådet, 2016). Datamaterialet, som udgør de transskriberede interviews, opbevares på en krypteret fil på et usb-stik. Desuden slettes lydoptagelser og transskriptioner efter specialets afslutning, hvilket er i overensstemmelse med *GDPR's regler* om sikkerhed (Europa-Parlamentet og Rådet, 2016).

Kvale & Brinkmann (2015) angiver at *fortrolighed* handler om de aftaler, der indgås med deltagerne, relateret til de data, som er resultatet af deres deltagelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved at opbevare data som en krypteret fil på et usb-stik og ved at udarbejde pseudonymer sikres det, at informanterne anonymiseres. På den måde sikres det, at specialet udviser respekt for hver enkelt kvindes *autonomi*. *Konsekvenser* omhandler at medtænke de potentielle risici, som der kan være i forbindelse med at udføre kvalitative undersøgelser. *Private data*, som gør det muligt at identificere informanter, må ikke blive afsløret (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvinderne giver udsagn om deres oplevelser med genoptræningen i efterforløbet, hvorfor det er essentielt med et fortroligt rum. Ydermere er kvinderne på barsel, hvorfor der både forinden interviewet og i briefingen bliver informeret om, at pauser kan være essentielle for at sikre, at deres behov imødekommes. Efter interviewet gennemføres en *debriefing* for at sikre, at eventuelle spørgsmål bliver besvaret af interviewer.

Forskerens rolle handler om at udvise *empati* og *engagement* (Kvale & Brinkmann, 2015). I udarbejdelsen af interviewguiden gøres overvejelser om udformningen af følsomme spørgsmål såvel som de kritiske spørgsmål relateret til interviewerens *forforståelse*, for at sikre respekt for kvindernes *autonomi*. Ydermere er interviewer bevidst om dette under interviewet, så kvinderne får *tillid*, så der skabes et trygt miljø. I debriefingen bliver det muligt for interviewer at spørge informanten ind til hendes oplevelse ved at have deltaget i interviewet, samt besvare spørgsmål, hun måtte have.

8.0 Resultater og analyse

I nedenstående afsnit præsenteres resultaterne fra den systematiske litteratursøgning, samt de dertilhørende kvalitetsvurderinger. Disse resultater analyseres i henhold til *Braun & Clarkes (2006) tematiske analyse*. Fundene udgør *metasyntesen*. Efterfølgende præsenteres resultaterne fra de individuelle interviews. Der fremanalyseres temaer fra *metasyntesen* og interviewene, vil tage afsæt i en *kritisk fortolkning* og *diskussion*, hvilket udgør sidste trin i *Pedersen & Dreyer (2018) analysestrategi*, og udgør en kritisk hermeneutisk analyse. Dette bidrager med indsigt i, hvordan kvinderne oplever genoptræningen i efterforløbet og hvilke faktorer de tillægger betydning.

8.1 Præsentation og kvalitetsvurdering af de videnskabelige studier

I det følgende afsnit præsenteres de fem videnskabelige studier, der blev identificeret gennem den systematiske litteratursøgning. De udvalgte studier med dertilhørende kvalitetsvurdering tager afsæt i *JBIs tjeklister*, og præsenteres i nedenstående tabel 9 (se bilag 2-6). Her angives hver af studierne formål, studiedesign, studiepopulation, metode, resultater, konklusion og overførbare til specialet.

Tabel 9: *Præsentation samt oversigt over kvalitetsvurderingerne af de videnskabelige studier.*

Titel: <i>Women's experiences of obstetric anal sphincter injury and physical therapy interventions - A qualitative study.</i> Forfatter og årstal: Johannesson et al. (2022).	
Formål	Formålet med studiet er at undersøge kvinders oplevelser med obstetrisk analsphincter skader (OASIS) og den efterfølgende fysioterapeutiske rehabiliteringsproces.
Studiedesign, studiepopulation, metode, definition af en bristning samt definition af genoptræning	Studiet er kvalitativt med en induktiv tilgang. Dataindsamlingsmetoden består af 14 individuelle, semistrukturerede interviews med første- og flergangsfødende kvinder, som er bristet af grad tre og fire. Interviewene gennemføres 2-11 måneder efter fødslen, og dataindsamlingen finder sted mellem 2016-2017. Studiepopulationen består af kvinder, der registreres med en bristning af grad tre og fire under fødslen, og er syet inden for 24 timer på et universitetshospital i Sverige (Sahlgrenska Universitetshospital i Göteborg, Sverige). Kvinderne er i gennemsnit 32,1 år og besøger gennemsnitligt fysioterapeuten 2,9 gange. En af kvinderne er tidligere bristet af grad tre. Bristninger defineres i studiet som <i>obstetrisk analsphincter skade (OASIS)</i>, hvilket udgør bristninger af grad tre og fire. Genoptræningen består i studiet af at kvinder tilbydes en opfølgning, herunder et besøg hos en specialiseret fysioterapeut, seks til otte uger efter fødslen. Dette indebærer en undersøgelse af kvindens bækkenbundsmuskler samt en individuel rådgivning. Genoptræningsforløbet består af ét til fem besøg ved fysioterapeuten.
Resultater	Kvinderne oplever, at den efterfølgende tid er svær grundet deres følelse af sårbarhed, og at de føler sig utilstrækkelige og fortabte. De fortæller, at de har modtaget uoverensstemmende information. Kvinderne oplever, at indlæggelsen er essentielt for den efterfølgende rehabiliteringsproces. Ydermere oplever kvinderne, at strategier i hverdagen har indflydelse på, om de kan håndtere de psykiske og fysiske forandringer efter bristningen.

Konklusion	Kvinder, der brister af grad tre eller fire under fødslen, oplever en vanskelig genoptrænings- og rehabiliteringsproces med varige psykiske og fysiske konsekvenser. Uanset graden af bristningen oplever nogle kvinder behandlingen som velfungerende samt et trygt fysioterapeutisk forløb, hvor virkningen bliver opfattet som bedre end forventet. En faktor, der afgør, om kvinder føler sig trygge nok til at starte bækkenbundstræning tidligt, er hvordan og hvornår information om skaden og rehabiliteringsprocessen gives af de sundhedsprofessionelle. Undersøgelsen belyser, at et individuelt rehabiliteringsforløb, der imødekommer den enkelte kvindes ønsker og behov, er relevant.
Kvalitetsvurdering ud fra JBI tjeklister	Tjekliste: JBI tjekliste <i>"Checklist for qualitative research"</i>. Det er uklart, om der er overensstemmelse mellem den videnskabsteoretiske position og forskningsmetodologien, da den videnskabsteoretiske position ikke eksplicit er angivet i studiet. Det angives i studiet, at kvinderne bliver opfordret til at dele deres erfaring med mindst mulig påvirkning fra interviewerens forforståelse, samt at der anvendes en induktiv tilgang, hvilket indikerer, at der anvendes en fænomenologisk videnskabsteori. Det vurderes, at den kvalitative metode stemmer overens med undersøgelsens formål, rekrutteringsstrategien og dataindsamlingen med individuelle, semistrukturerede interviews. Det er angivet, at rekrutteringen bliver foretaget af den behandlende fysioterapeut, og ikke personen, som foretager interviewene. Ligeledes ses der overensstemmelse mellem forskningsmetodologien og repræsentationen samt analysen af data, da analysemetoden, som er anvendt, angives og analyseprocessen er velbeskrevet. Der anvendes Graneheim og Lundmands analysestrategi til at identificere meningsbærende enheder, kondensering og koder. Flere forskere foretager analyse. Resultatafsnittet indeholder citater fra hvert tema, med dertilhørende underkategorier, og forskernes roller er eksplicit angivet for, hvordan de har udført analyserne. Det er dog ikke muligt at identificere om det er de samme informanter, som medtages gentagne gange. Studiet er godkendt og i overensstemmelse med Helsinki-deklarationen samt den etiske komité for regionen Västra Götaland, Sverige. Ydermere er der indsamlet skriftlige samtykkeerklæringer fra informanterne. Konklusionen afspejler studiets indsamlede data, men en begrænsning er dog, at der kun er én informant, som er bristet af grad fire. Kvalitetsvurdering: Høj (9 ud af 10).

Studiets relevans for specialets problemformulering.	Informanterne består primært af kvinder, der har pådraget sig en bristning af grad tre, da kun én person har haft en bristning af grad fire. Rekrutteringen foregår på ét hospital i Sverige, genoptræningen er tilrettelagt individuelt, og informanterne er alle i et forløb ved samme fysioterapeut. Studiet bidrager med viden om faktorer, der er af betydning for kvinder i genoptræningen i efterforløbet, for kvinder der har pådraget sig en bristning af grad tre og fire.
---	--

Titel: <i>Overlooked by the obstetric gaze - how woman with persistent health problems due to severe perineal trauma experience encounters with healthcare services: A qualitative study.</i>	
Forfatter og årstal: Tjernström et al. (2024).	
Formål:	Formålet er at undersøge kvinder med <i>selvrapporterede</i> , vedvarende perineal skade relateret til <i>helbredsproblemer</i> grundet en bristning af grad tre eller fire under fødslen (SPT), og hvordan de oplever kontakten med sundhedsvæsenet 18 måneder til fem år efter fødslen.
Studiedesign, studiepopulation, metode, definition af bristning af grad tre eller fire samt definition af genoptræning	Kvalitativ metode med en induktiv tilgang. Dataindsamlingen består af 12 individuelle interviews med en semistruktureret interviewguide fra november 2020 til februar 2022 på en online platform (Zoom). Kvinder med SPT-relaterede problemer bliver rekrutteret gennem en lukket Facebook-gruppe i Sverige. Kvinderne er i gennemsnit 36,8 år, ni kvinder er bristet af grad tre og tre er bristet af grad fire, mellem 2016-2019. Bristninger af grad tre og fire defineres i studiet som perinealruptur, hvilket de angiver SPT (alvorligt perineal traume). Genoptræningen forstås i studiet som det efterfølgende forløb, der i Sverige tilbydes kvinder efter en bristning. Her tilbydes kontrol på hospitalet ved den ansvarlige obstetriker, og en opfølgning ved en obstetriker eller en fysioterapeut. Hvis kvinderne oplever problemer relateret til bristningen, rådes kvinderne til at kontakte sundhedstjenester.
Resultater	Kvinderne oplever at have en traumatiseret krop, at sundhedsprofessionelle afviser deres helbredsproblemer, grundet at disse anses som værende normale efter fødslen. Kvinderne oplever efterforløbet vanskeligt grundet en oplevelse af, at der er begrænset adgang til rehabilitering, pleje og sygefravær, hvilket har en negativ indvirkning på kvindernes følelsesmæssige velvære. Kvinderne oplever, at en nøgleperson er relevant for at få adgang til den rette behandling.

Konklusion	Kvinder med SPT-relaterede sundhedsproblemer oplever, at der er behov for at få adgang til den rette rehabilitering. Desuden ses der regionale forskelle i de sundhedsydelser, der tilbydes, hvorfor det er relevant at udvikle nationale retningslinjer for det efterfølgende forløb, for kvinder der er bristet af grad tre og fire, for at sikre effektive, retfærdige og tilgængelige sundhedsydelser.
Kvalitetsvurdering ud fra JBI tjeklister	Tjekliste: JBI tjekliste <i>"Checklist for qualitative research"</i>. Studiet benytter en socialkonstruktivistisk tilgang og der anvendes en kvalitativ metode. Der ses overensstemmelse mellem studiets formål, forskningsmetodologien og dataindsamlingsmetoden, ved at den kvalitative metode ses passende til dataindsamlingen, rekrutteringen og formålet, som er udførligt beskrevet. Desuden er repræsentativiteten af analysen og data velbeskrevet og i overensstemmelse med forskningsmetodologien. Der anvendes en induktiv kvalitativ indholdsanalyse til at analysere data. Kodningen såvel som kategoriseringen i analysen angives udførligt. Studiets forskningsmetodologi og fortolkning af fund underbygges med citater til temaet såvel som undertemaerne. Dertil anvendes pseudonymer for hver informant, hvilket viser, at alle informanterne er repræsenteret i analysen samtidig med, at deres anonymitet opretholdes. Forskerens teoretiske og kulturelle orientering, samt hver af forskernes bidrag til undersøgelsen angives. Det ses, at den samme forsker rekrutterer informanter, interviewer dem og gennemfører analysen. Forskeren har ikke kendskab til informanterne forinden, og analysen er udført af flere forskerne. Studiet er godkendt af den svenske myndighed for etisk kontrol, i overensstemmelse med forskningsetiske retningslinjer, og hver informant underskriver en skriftlig samtykkeerklæring. Konklusionen afspejler studiets resultater. Kvalitetsvurdering: Høj (10 ud af 10).
Studiets relevans for specialets problemformulering.	Studiet belyser, hvordan kvinder oplever helbredsrelaterede problemer samt kontakten med sundhedsvæsenet, efter at have pådraget sig en bristning af grad tre eller fire. Studiet udføres i forskellige Regioner i Sverige. Studiet bidrager med viden om, hvilke faktorer kvinderne oplever betydningsfulde i genoptræningen i efterforløbet, efter at have bristet under fødslen.

Titel: <i>"Struggling to settle with a damaged body" - A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth.</i>	
Forfatter og årstal: Lindqvist et. al. (2019).	
Formål:	Undersøger kvinders oplevelser af <i>recovery</i> efter obstetriske analsphincterskader (OASIS) et år efter fødslen
Studiedesign, studiepopulation, metode, definition af bristning af grad tre eller fire samt definition af genoptræning	Kvalitativt studie, <i>induktiv tilgang</i>. Dataindsamlingsmetoden består af <i>selvrapporterede data</i> fra et spørgeskema på baggrund af data fra det nationale Perineal Laceration Register (PLR) i Sverige. Et register, der består af medicinske data fra obstetriske journaler om fødsler, kirurgi og suturering. Formålet med data er at identificere kvinder med komplikationer og tilbyde opfølgning. Selvrapporterede data indsamles cirka et år efter fødslen. Disse består af skriftlige og åbne svar med ubegrænset plads til at angive svar. Målpopulationen udgør kvinder i Sverige, der har pådraget sig bristninger af grad tre eller fire under fødslen. Studiepopulationen består af kvinder, der er registreret i PLR-register med en bristning af grad tre eller fire, mellem 1. januar 2014 - 31. december 2016. Kvinderne har besvaret spørgeskemaet med skriftligt cirka et år efter fødslen. I alt 625 kvinder som har besvaret spørgeskemaet, hvor 89,3% er bristet af grad tre og 19,7% er bristet af grad fire. Kvinderne er i gennemsnit 30 år. I studiet defineres bristninger som <i>obstetrisk analsphincter skade (OASIS)</i>, hvilket er en betegnelse for en bristning af grad tre og fire. I studiet forstås genoptræningen som den opfølgning, kvinderne med OASIS tilbydes, efter at være blevet identificeret i PLR-registeret med komplikationer efter en fødsel med en bristning af grad tre og fire.
Resultater	Kvinderne oplever et år efter at have pådraget sig en bristning af grad tre og fire under fødslen, at kæmpe med at tilpasse sig, grundet et ændret kropsbillede, mens andre oplever at være kommet sig. Desuden oplever kvinderne komplikationer, som er fysiske og psykiske konsekvenser, herunder et dysfunktionelt seksualliv, som fører til bekymringer for såvel fremtidige graviditeter som for helbredet. Mødet med sundhedsprofessionelle opleves som en afgørende faktor for det efterfølgende forløb.

Konklusion	Undersøgelsen bidrager med viden om, hvordan kvinder oplever bedring, cirka et år efter fødslen, efter at have bristet af grad tre eller fire. Det belyses, at flere oplever, at de kæmper med at acceptere en ændret kropsopfattelse. Det angives, at der er behov for, at sundhedsvæsenet udbyder indsatser, der også omfatter de fysiske og psykiske faktorer.
Kvalitetsvurdering ud fra JBI tjeklister	Tjekliste: JBI tjekliste <i>“Checklist for qualitative research”</i>. Det er uklart, hvilken videnskabsteoretisk position studiet har, da dette ikke eksplicit angives i studiet. Analysestrategien er induktiv. Der ses overensstemmelse mellem den kvalitative forskningsmetodologi og studiets formål, rekrutteringen og dataindsamlingen. Dataindsamlingen sker via et spørgeskema med åbne spørgsmål om kvinders oplevelser og med ubegrænset plads til besvarelser. Der ses kongruens mellem forskningsmetodologien, studiets resultater og analysen. I studiet anvendes en induktiv analysestrategi, som har fokus på at belyse mønstre af data, til identificering af temaer, hvilket stemmer overens med en kvalitativ metode. Det angives dog ikke eksplicit, hvilken analysestrategi, der benyttes. Forskningsmetodologien og fortolkningen af resultaterne stemmer overens, da de præsenterer temaerne i en tabel. Desuden præsenteres studiets resultater ved at anvende citater til hver af temaerne, men der er ikke anvendt pseudonymer til informanterne, så det er ikke muligt at se om de samme går igen gentagne gange. Forskernes teoretiske og kulturelle baggrund er angivet i studiet og det er beskrevet, hvordan forskerne hver har bidraget til undersøgelsen, for eksempel har flere forskere foretaget analysen, da de er bevidste om mulige forudindtagelser grundet deres faglige baggrund og deres erfaringer med kvinder, der er bristet af grad tre og fire. Studiet er godkendt af det etiske råd ved Linköpings Universitet, og de skriftlige svar er registreret og ses i overensstemmelse med den svenske lovgivning. Desuden har deltagerne givet samtykke til at deltage i forskningsstudier, da de besvarede spørgeskemaet. Konklusionen stemmer overens med studiets resultater. Kvalitetsvurdering: Høj (9 ud af 10).
Studiets relevans for specialets problemformulering.	Studiet bidrager med viden om, at der i Sverige benyttes et nationalt register til at identificere og tilbyde opfølgning til kvinder, der er bristet af grad tre og fire med komplikationer efterfølgende. Studiets dataindsamlingsmetode sker et år efter fødslen og indeholder et spørgeskema med åbne spørgsmål fra PLR-registeret, hvorfor en svaghed er, at det ikke har været

	muligt at stille opfølgende spørgsmål. Studiet kan bidrage med viden om, hvilke faktorer der har betydning for genoptræningen i efterforløbet, for kvinder, der har bristet af grad tre og fire.
--	--

Titel: <i>“From hell to healed” – A qualitative study on women’s experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury.</i>	
Forfatter og årstal: Huber et al. (2022).	
Formål:	Formålet med studiet er at undersøge kvinders oplevelse i forbindelse med bedring, relationer, mestringsstrategier og seksuel funktion efter en obstetrisk analsphincterskade (OASI)
Studiedesign, studiepopulation, metode, definition af bristning af grad tre eller fire samt definition af genoptræning	Kvalitativt studie med 11 individuelle, semistrukturerede interviews med kvinder, der fik en OASI efter fødslen et til to år efter udskrivelsen. Seks kvinder er førstegangsfødende, tre kvinder har født deres andet barn vaginalt og to var gravide med deres andet barn. Interviewene gennemføres i 2018-2019 på et amtsygehus i Östersund i Sverige. Kvinderne rekrutteres gennem et lokalt projekt om perinealsår og bækkenbundsdisfunktion, hvor kvinder med OASI én til to år efter fødslen identificeres. Informanterne rekrutteres til interviewene ved information gennem mail og et telefonopkald. Kvinderne er i gennemsnit 32 år. Bristning af grad tre og fire defineres som (OASI), der er en betegnelse for en bristning af grad tre og fire. Genoptræningen defineres som den indsats kvinderne tilbydes efter udskrivelsen. Kvinder behandles efter OASI ud fra retningslinjer under fødslen herunder at blive syet. Tre måneder efter modtager kvinder opfølgning: Et telefonopkald, en jordemoderundersøgelse og udfylder et spørgeskema, der anvendes til et kvalitetsregister. Ved behov tilbydes kvinderne yderligere behandling ved en læge, fysioterapeut og/eller uroterapeut. Analyse af data udføres ved en kvalitativ indholdsanalyse, som er induktiv, og forskelle og ligheder i data fremhæves. Dette er en systematisk måde at forstå og fortolke på.

Resultater	I resultaterne identificere temaet "Fra helvede til helet" med dertilhørende tre kategorier: <i>"udfordret til det yderste"</i> , <i>"på plejepersonalets nåde"</i> og <i>"i medgang og modgang"</i> . Omfattende pleje samt støtte fra familie og partner er relevant, for at kvindernes oplevelse er at kunne komme sig over OASI. Smerte, fysiske symptomer, normalisering af symptomer fra de sundhedsprofessionelle og urealistiske forventninger til hvordan forløbet kan opleves, har en negativ indvirkning på kvindernes oplevelse.
Konklusion	OASI har indflydelse på kvinders sociale sammenhænge og deres seksualitet et år efter fødslen. Nogle kvinder oplever, at OASI har en negativ indvirkning på deres liv, grundet skyld og manglende overskud til barnet. Andre kvinder oplever bedring og hurtig heling. Det er essentielt, at sundhedsprofessionelle retter ekstra fokus på kvinder med OASI, som har komplikationer i forbindelse med OASI, så disse kvinder tilbydes den rette behandling.
Kvalitetsvurdering ud fra JBI tjeklister	Tjekliste: JBI tjekliste <i>"Checklist for qualitative research"</i>. Det er uklart, om der er overensstemmelse mellem det filosofiske perspektiv og forskningsmetoden, da det filosofiske perspektiv ikke angives. Der ses overensstemmelse mellem forskningsspørgsmålet, forskningsmetoden og valget af dataindsamlingsmetode, idet den kvalitative metode med en induktiv tilgang undersøger fænomenet relateret til kvindernes oplevelser. Dette stemmer overens med studiets formål og rekruttering. Studiet har velbeskrevet resultater og analyse af data og sammenhængen med forskningsmetodologien. Der anvendes en induktiv indholdsanalyse i analysen og fortolkningen af data. Forskningsmetoden og fortolkningen af resultaterne ses i overensstemmelse, idet studiet præsenterer et tema med dertilhørende kategorier og underkategorier. Der angives citater med numeriske pseudonymer på informanterne, hvilket belyser, at informanterne alle repræsenteres i analysen. Forskernes kulturelle og teoretiske forståelser er ikke eksplicit angivet udover en forsker, som har foretaget rekrutteringen (MH) og som er fødselslæge på hospitalet og dermed har stået for behandlingen. Der angives i studiet, at informanterne ikke bliver rekrutteret under selve behandlingen. Analysen foretages samtidig med, at interviewene indsamles og indtil datamætning er opnået. Studiet er godkendt af Regional Ethical Review Board i Umeå, og der er indhentet skriftlige samtykkeerklæringer fra informanterne forinden interviewet. Konklusionen ses i overensstemmelse med analysen og fortolkningen af data.

	Kvalitetsvurdering: Høj (8 ud af 10).
Studiets relevans for specialets problemformulering.	Det videnskabelige studie omhandler kvinder, der er bristet af grad tre eller fire under fødslen én til to år efter fødslen. Det er uvist, hvordan fordelingen af bristninger af grad tre og fire er blandt informanterne. Studiet bidrager med at belyse, hvilke faktorer kvinderne oplever er af betydning for genoptræningen i efterforløbet.

Tittel: 'A worse nightmare than expected' - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury.	
Forfatter og årstal: Lindqvist, et al (2018).	
Formål	Formålet med studiet er at undersøge kvinders oplevelser de to første måneder efter en <i>obstetrisk analsphincterskade (OASIS)</i> under fødslen, for kvinder med komplikationer
Studiedesign, studiepopulation, metode, definition af bristning af grad tre eller fire samt definition af genoptræning	Kvalitativt studie med selvrapporterede spørgeskemaer med åbne besvarelser ud fra data fra det nationale Perineal Laceration Register (PLR) i Sverige. Formålet med dette data er, at kvinder med komplikationer identificeres og tilbydes opfølgning. De selvrapporterede spørgeskemaer bliver indsamlet mellem 1. januar 2014 og 31. december 2016. Selvrapporterede data indsamles cirka et år efter fødslen og består af skriftlige og åbne svar med ubegrænset plads til at angive svar. Studiepopulationen består af 1248 kvinder i Sverige, der pådrager sig en OASIS under fødslen, og som besvarer spørgeskemaet to måneder efter fødslen. 925 kvinder (74,1%) er bristet af grad tre og 323 (25,9%) er bristet af grad fire. Størstedelen af kvinderne er mellem 26-30 år. Bristninger af grad tre og fire defineres som OASIS i studiet. Genoptræningen defineres som den opfølgning, kvinderne med OASIS tilbydes, efter at være blevet identificeret i PLR-registeret med en bristning af grad tre eller fire under fødslen. Analyse af data udføres ved hjælp af en induktiv kvalitativ indholdsanalyse af Graneheim og Lundman.
Resultater	Temaet " <i>et værre mareridt end forventet</i> " bliver identificeret og belyser, at kvinderne med OASIS oplever, at fysiske og psykologiske faktorer påvirker deres evne til at være mor og partner negativt. Kvinderne oplever efterforløbet stressende, og efterfølgende, at skulle navigere i sundhedsvæsenet for at få hjælp, tilføjer yderligere psykisk belastning. I studiet inddeles

	fundene i tre kategorier: <i>“står overfor daglige fysiske og psykiske begrænsninger”</i> , <i>“at leve med knuste forventninger”</i> og <i>“at navigere i sundhedsvæsenet”</i> .
Konklusion	Kvinderne oplever situationen som et værre mareridt end forventet. Fysiske og psykiske faktorer påvirker, hvilket har indflydelse på forventninger til familielivet. Der er behov for bedre patientinformation og dermed behov for organisatoriske strukturer og information, for at kvinder med OASIS får den rette behandling efterfølgende.
Kvalitetsvurdering ud fra JBI tjeklister	Tjekliste: JBI tjekliste <i>“Checklist for qualitative research”</i>. Det er uvist, hvilket filosofisk perspektiv studiet anvender, da dette ikke angives eksplicit. Dataindsamlingen består af et selvrapporteret spørgeskema med åbne spørgsmål og ubegrænset plads til at svar kan angives. Der ses overensstemmelse mellem forskningsmetoden, formålet samt valget af dataindsamlingsmetode, idet den kvalitative metode er sammenhængende med formålet om at undersøge kvindernes oplevelser og erfaringer, dataindsamlingen som er velbeskrevet samt rekrutteringsstrategien. Derudover ses der kongruens mellem analyse og repræsentation af data samt forskningsmetodologien. Studiet angiver at anvende en induktiv kvalitativ analysestrategi af Granheim og Lundman, som udføres af tre forskere. Dermed diskuteres analysen gentagne gange. Ydermere afholdes der et fokusgruppeinterview, som ikke indgår i studiet, men dette blot for at bekræfte at resultaterne stemmer. Ligeledes ses fortolkningen af data i overensstemmelse med forskningsmetodologien, hvor resultaterne præsenteres med citater. Studiet har et afsnit om forskernes kulturelle og teoretiske orientering, hvor der angives, at forskerne har en faglig baggrund angives. Forskergruppen består af en jordemoder, en uroterapeut og en gynækolog med speciale i bristninger. Desuden angives det, at det ikke er den samme forsker, som foretager dataudtræk fra registeret og forbedrer datasættet og analysen. Forskerne angiver eksplicit deres egen rolle i studiet, og at der er risiko for misforståelser, da det ikke er muligt at stille dybdegående spørgsmål til informanternes angivne oplevelser og erfaringer. Studiet er godkendt af Det Ethiske Råd, hvorefter en ansøgning til PLR-registeret blev udarbejdet, for at få udleveret data. Desuden angives det, at PLR-registeret følger den svenske lovgivning, og at det er frivilligt for kvinderne at deltage. Konklusionen ses i overensstemmelse med studiets resultater. Kvalitetsvurdering: Høj (9 ud af 10).

Studiets relevans for specialets problemformulering.	Studiet består primært af kvinder med vedvarende problemer efter to måneder, hvilket belyser, at kvinder med bedring i mindre grad har besvaret spørgeskemaet. Studiet bidrager med viden om, hvilke faktorer der har betydning for genoptræningen i efterforløbet for kvinder, der har pådraget sig en bristning af grad tre og fire to måneder efter fødslen.
---	---

8.1.1 Tematisk analyse af de fem videnskabelige studier

I nedenstående afsnit præsenteres de fremanalyserede temaer fra de fem videnskabelige studier, som er dannet med afsæt i Braun & Clarkes tematiske analyse (se bilag 7). Dette udgør *metasyntesen*, hvor der er dannet fire temaer med dertilhørende undertemaer, hvilket kan ses i nedenstående tabel 10: *Oversigt over de identificerede temaer i metasyntesen af de videnskabelige studier, som er dannet ud fra tematisk analyse.*

Studiet af Tjernström et al. (2024) omfatter kvinder, der pådrager sig en bristning af grad tre og fire. Studiet undersøger kvinderne 18 måneder til fem år efter fødslen, og fokus er på de helbredsrelaterede problemer samt kontakten med sundhedsvæsenet. Huber et al. (2022) omhandler kvinder, der har pådraget sig en bristning af grad tre og fire, og som følges op ét til to år efter fødslen. Studiet af Lindqvist et al (2018), Johannesson et al. (2022) og Lindqvist et al. (2019) omhandler kvinder, der har pådraget sig en bristning af grad tre eller fire, følges op til et år efter fødslen. Herunder også kvindernes oplevelser af mødet med sundhedsvæsenet, hvilket kan bidrage med viden om faktorer af betydning i et Genoptræningen i efterforløbet. Studiet af Johannesson et al. (2022) undersøger udelukkende kvindernes oplevelser med at være bristet af grad tre eller fire, og den efterfølgende genoptræning i efterforløbet. Til trods for at der er forskellige tidsperspektiver i undersøgelsen, bidrager de alle med viden om faktorer af betydning for genoptræningen i efterforløbet for kvinder, der har bristet af grad tre og fire.

Tabel 10: *Oversigt over de identificerede temaer i metasyntesen af de videnskabelige studier, som er dannet ud fra tematisk analyse.*

Tema	Undertemaer
Tema 1: Manglende information om forløbet.	
Tema 2: Manglende anerkendelse.	Undertema 1: <i>Argumentation og vedholdenhed.</i> Undertema 2: <i>Manglende kontrol og behovet</i>

	<i>for bearbejdning af bristningen.</i>
Tema 3: Betydningen af en nøgleperson i efterforløbet.	Undertema 1: <i>At komme sig og føle sig stærk.</i> Undertema 2: <i>En ny sårbarhed og manglende tid og overskud til træning.</i>
Tema 4: Behovet for støtte fra sine omgivelser.	Undertema 1: <i>Tabu og skam over at italesætte det at være bristet.</i>

Tema 1: Manglende information om forløbet

Et gennemgående tema i de fem studier er, at kvinderne oplever utilstrækkelig information på hospitalet, som fører til en følelse af at være fortabt efter udskrivelsen, idet der opstår uvished om, hvor og hvornår det er relevant at opsøge yderligere hjælp, hvis dette er nødvendigt (Johannesson et al. 2022; Tjernström et al. 2024; Lindqvist et al. 2019; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). Kvinderne oplever konsekvenser såsom skuffelse, angst, irritation, bitterhed, vrede over såvel sundhedsvæsenet som over de sundhedsprofessionelle (Tjernström et al., 2024). Dette ses i lyset af, at det ikke kun er i forløbet, kvinderne ikke ved hvordan de skal forholde sig, men også i perioden op til forløbet. Dette tillægger kvinderne betydning. Ydermere har kvinderne en oplevelse af, at dette kan føre til, at der opstår manglende tillid til sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle (Lindqvist et al., 2019). Informationen der gives på hospitalet om bristningen opfattes som uklar og utilstrækkelig. Uvisheden i studiet af Johannesson et al. (2022) om ikke at vide, hvordan kvinderne skal forholde sig til genoptræningen efter udskrivelsen, samt selve skaden. Dette kommer til udtryk gennem en informant, som udtrykker følgende:

“And then, it was a little difficult to know how, or not, to activate (the pelvis floor) and what else to do. I was supposed to wait four weeks before doing strong contractions, so I didn’t do anything at all during those weeks. Maybe I should have done some gentle contractions, but I didn’t really know. It was a little confusion, and I would’ve needed someone to make me through it” (Johannesson et al., 2022, p. 4).

Her fremhæves den manglende information og usikkerheden relateret til, i hvilket omfang bækkenbunden skal trænes efter udskrivelsen. Denne usikkerhed påvirker kvinderne negativt, idet informanterne udelukkende har fået information om at skulle vente i fire uger inden genoptræningen opstartes. I studiet af Tjernström et al. (2024) oplever nogle informanter selv aktivt at skulle opsøge informationen. Dette ses ligeledes i overensstemmelse med informanternes oplevelser i studiet af

Johannesson et al. (2022), da ikke alle informanter har energi til selv at opsøge informationen, og af den grund ikke kan overskue det. En faktor af betydning er derfor, at kvinderne ikke selv skal tage ansvar for at opsøge information, da hun står i en sårbar position og ikke har overskud til dette. Ydermere oplever informanterne i studiet af Tjernström et al. (2024), at fraværet af de sundhedsprofessionelle fører til, at informanterne oplever at kæmpe både følelsesmæssigt og mentalt. Det belyser, at det er forskelligt, hvilke sundhedstilbud der tilbydes kvinderne, som er bristet af grad tre eller fire. Nogle informanter tager selv kontakt til de sundhedsprofessionelle, hvilket understøttes af et udsagn fra følgende informant:

“I had to contact the clinic myself. I felt so bad then and still had to find the energy for that too... And the printed information they gave me... It didn't describe how it really feels afterwards. I would have liked a phone call at least...” (Lindqvist et al., 2018, p. 25).

Kvinden oplever at modtage information, men at den udleverede information ikke opfylder behovet, relateret til den tilstand, kvinden oplever at befinde sig i. En faktor af betydning er, at kvinden ikke ønsker at føle sig fortabt og alene. Hun oplever ikke at den udleverede information understøtter hendes aktuelle situation efter udskrivelsen. Dette understreger sårbarheden, som kommer til udtryk ved, at informanterne oplever at mangle information om, hvordan en bristning skal føles, når de kommer hjem i vante rammer. Kvinderne oplever desuden skuffelse over at stå alene med denne uvisshed. Ydermere oplever kvinderne manglende forståelse for alvorligheden af bristningen, idet de oplever, at de sundhedsprofessionelle ikke tager hånd om dette under indlæggelsen. Dette belyses i følgende citat:

“Somebody should have come up to me, spoken to me face to face, come and put their hand on my shoulder so that I understood they were about to speak to me about something important. Then, I might have understood that something a little more serious had happened here... I just didn't realize or think that anything serious had happened..... It is as if they (the health care service providers) don't want to deal with it... Maybe they feel like they can't manage it; they just want it to disappear and everything to heal up nicely and work out well”. (Informant 5) (Huber et al., 2022, p. 4).

Kvinden oplever manglende forståelse både i forhold til alvorligheden af at have bristet under fødslen, og i forhold til hvilke komplikationer det efterfølgende kan medføre. Dette vidner om, at kvinderne oplever, at informationen ikke tydeliggøres på hospitalet. Dette kan føre til, at hun mangler viden om

generne og håndteringen heraf efter udskrivelsen. Det ses dermed, at kvinder, der udskrives efter en fødsel med en bristning af grad tre eller fire, kan opleve uvished, sårbarhed og en oplevelse af at stå alene grundet manglende information, og en oplevelse af at komplikationerne efterfølgende forties. Dette kan medføre, at kvinderne heller ikke i genoptræningen italesætter komplikationer, fordi de oplever at de sundhedsprofessionelle fortier dette. En faktor, af betydning i genoptræningen, er derfor tilstrækkelig med information til kvinderne om forløbet hjemme og indtil genoptræningen opstartes samt alvorligheden af en bristning.

Tema 2: Manglende anerkendelse

En betydelig faktor for kvinderne i genoptræningen er en oplevelse af, at de sundhedsprofessionelle normaliserer de komplikationer, som kvinderne oplever, hvilket underbygges af fire studier. Kvinderne oplever, at de sundhedsprofessionelle omtaler deres vedvarende helbredsproblemer grundet en bristning af grad tre eller fire som normale efter fødslen (Lindqvist 2019; Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). Ved at kvindernes komplikationer italesættes som normale, opleves bekymringer ignoreret af de sundhedsprofessionelle (Tjernström et al., 2024). Dette påvirker kvinderne følelsesmæssigt stærkt, da de ikke føler at de høres og anerkendes i deres helbredsproblemer. En informant udtaler følgende:

“I was told to do my pelvic floor exercises... And that it happens to everyone; the whole gas thing, that was just the way it was... I had given birth to a child, I mean, what can you expect? That everything will be as usual? (informant 3) (Huber et al., 2022, p. 3).

Måden hvorpå komplikationerne italesættes, oplever kvinden som en faktor af betydning for, hvordan kvinden oplever mødet med sundhedsprofessionelle i genoptræningen. I studiet af Lindqvist et al. (2018), oplever kvinderne, at de skal finde modet til at italesætte deres skjulte og private symptomer. Omvendt oplever nogle kvinder at de mødes og anerkendes, når de opsøger de sundhedsprofessionelle med komplikationer, hvilket letter den byrde de oplever (Lindqvist et al., 2018). Normaliseringen af komplikationer grundet bristningen fremhæves yderligere ved at kvinderne oplever, at de mødes med, at det er en naturlig følge af at have født. Dette fremhæves ved følgende udsagn:

“But then (the physician) says something like this: “Well, that’s completely normal”, but I felt like, ‘Yes, but it doesn’t feel normal” (Emma) (Tjernström et al., 2024, p. 4).

Ovenstående belyser, at kvinden oplever at måden hvorpå komplikationerne italesættes, kan føre til at hun oplever manglende anerkendelse af de gener, hun oplever. Kvinden oplever at blive mødt af de sundhedsprofessionelle, med en tilgang om at det er en naturlig følge af en fødsel. Normaliseringen af de komplikationer, som kvinden kan erfare efter bristningen, kan give kvinden en oplevelse af at mangle anerkendelse, hvilket udgør en betydelig negativ faktor. Dette kan have indflydelse på, om kvinder finder modet til at italesætte de aktuelle komplikationer, der opleves, over for en sundhedsprofessionel. En informant i studiet af Tjernström et al. (2024) oplever at føle sig som et forfærdeligt menneske, idet hun føler, at ingen i sundhedsvæsenet tror på eller lytter til hende. En anden informant i studiet af Tjernström et al. (2024) oplever at blive stemplet som en hysterisk kvinde. Yderligere oplever en tredje informant i studiet af Tjernström et al. (2024) at få at vide, at problemerne kun eksisterede i informantens hoved, hvorfor hun føler at blive afvist. Dette belyser manglende anerkendelse af kvindernes gener efter en bristning, når de tager kontakt med sundhedsvæsenet. Kvinderne oplever, at de ikke høres og føler, at deres symptomer og gener ikke er legitime oplevelser, som er reelle og kan beskrives. Dette kan medføre, at kvinderne heller ikke i genoptræningen åbner op om dette, fordi de ikke oplever det som legitimt. I studiet af Lindqvist et al. (2019) belyses det, at de sundhedsprofessionelle negligerer kvindernes komplikationer, hvilket resulterer i, at informanterne erfarer at blive afvist samt mødt med mistro. Normalisering og manglende anerkendelse er også i overensstemmelse med informanternes oplevelser i studiet af Lindqvist et al. (2018), hvilket belyses af en informant ved følgende citat:

"I explained over and over again my incredible pain, but it was as if they didn't care, that my problems were not big enough or serious enough... EVERYTHING was just perfectly normal..."
(Lindqvist et al., 2018, p. 26).

Kvinden oplever manglende anerkendelse af symptomer og komplikationer efter en bristning. Hun oplever, at de sundhedsprofessionelle normaliserer komplikationerne, hvilket er en betydelig negativ faktor. Det kan have betydning for kvindernes forventninger til de sundhedsprofessionelle i et genoptræningen, idet de kan være mistroiske, vrede eller føle sig *stigmatiseret* som nogle, der overdriver egne gener efter at have pådraget sig en bristning under fødslen.

Undertema 1: Argumentation og vedholdenhed

Dette tema understøttes af fire studier, som belyser at informanterne selv opsøger sundhedsydelser, og at argumentation og vedholdenhed er en forudsætning for at modtage den rette behandling (Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2019; Lindqvist et al. 2018). Genoptræningen for kvinder, påvirkes af de muligheder, der er for at få tilstrækkelig hjælp og støtte. Flere af

informanterne opsøger derfor sundhedsvæsenet gentagne gange, uden sikkerhed om at finde den rette støtte eller at blive taget alvorligt med deres symptomer og gener. I studiet af Lindqvist et al. (2019) er det uvist, hvilken behandling kvinderne konkret efterspørger, men de oplever problemer relateret til deres seksuelle samliv samt psykiske og fysiske, idet de oplever at føle sig brugte og ødelagte et år efter fødslen. Dette belyser en informant således:

“I was met with: You cannot expect that you will look like you did before down there after your injury, and it made me feel so annihilated and disappointed” (Lindqvist et al., 2019, p. 38).

Det er forskelligt, hvordan genoptræningen forløber blandt kvinderne, idet kvinderne i studierne ikke tilbydes den samme genoptræning. Trods forskellige tilbud, er der gennemgående en oplevelse fra kvinderne om at de selv skal være vedholdende og argumenterende overfor deres behov, for at opnå behandling og rådgivning. Argumentation og vedholdenhed er en betydelig negativ faktor, som kan have indflydelse på, hvilken behandling kvinderne tilbydes. Dette ses ligeledes i studiet af Huber et al. (2022), hvor kvinderne oplever at kæmpe for den rette behandling mod de vedvarende symptomer, 1-2 år efter en bristning. Dette kan medføre, at kvinderne heller ikke i genoptræningen, oplever anerkendelse, hvorfor symptomer og helingsprocessen efter en bristning kan forværres. Dette belyser, at en faktor af betydning for genoptræning, er anerkendelse og støtte til kvinden i efterforløbet. I Studiet af Tjernström et al. (2024) modtager nogle kvinder opfølgende behandling i løbet af det første år efter fødslen, relateret til psykiatrisk behandling, fysioterapi, tarmspecialister og andet. Dette kommer til udtryk i form af taknemmelighed, men samtidig efterspørger de en mere omfattende behandling, end hvad der er tilfældet. Ligeledes understreger studiet af Tjernström et al. (2024), at informanterne mangler passende sundhedsydelser relateret til forskellighed i den fysiske afstand til bækkenbundsklinikker. Kvaliteten af behandlingen relaterer sig til hvor deres bopæl geografisk ligger, fordi tilbuddet ikke er ens. Nogle kvinder problematiserer desuden manglende opfølgning, som er gået tabt, til trods for at de beder om denne opfølgning, som de har krav på. Det belyser at organiseringen, hvorpå kvinder tilbydes genoptræning i studiet af Tjernström et al. (2024), er faktorer der har indflydelse på, om og hvordan de får behandling. Det belyser, at måden, hvorpå kvinderne selvstændigt oplever at skulle være vedholdende og argumenterede for at modtage genoptræning, er en negativ faktor, og dette synes at påvirke kvinderne negativt i deres liv.

Undertema 2: Manglende kontrol og behovet for bearbejdning af bristningen

Tre studier understøtter temaet om, at de sundhedsprofessionelle italesætter det fysiske udseende frem for funktionaliteten (Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2019; Tjernström et al. 2024). I studiet af Huber et al. (2022) fortæller kvinderne, at de føler sig svigtede, fordi de oplever, at de

sundhedsprofessionelle fremstår uvidende, overlegne og med fokus på hvordan bækkenbunden ser ud, frem for hvordan bækkenbunden fungerer. Måden, hvorpå kvinderne oplever, at de sundhedsprofessionelle fremhæver bækkenbundens fysiske udseende frem for funktionaliteten af bækkenbunden, kan give kvinderne en oplevelse af svigt og fornemmelse af, at det er svært at gøre krav på egne behov. Dette kan medføre at kvinderne heller ikke i genoptræningen oplever at forløbet understøtter deres behov, hvorfor dette udgør en negativ faktor. Dette understøttes ligeledes i studiet af Tjernström et al. (2024) hvor en informant udtaler:

“I couldn’t care less what it (genital area) looks like. Nobody will be down there watching. I only need it (genital area) to function as intended” (Anna) (Tjernström et al., 2024, p. 7).

Kvinden oplever, at de sundhedsprofessionelle italesætter bækkenbundens udseende, men hun oplever et behov for at tilegne sig information om, om bækkenbundens funktionalitet. Dette vidner om et forskelligt fokus, hvor kvinden selv har fokus på den funktionelle del af bækkenbunden og de sundhedsprofessionelle har fokus på udseendet. Dette kan medføre, at kvinderne, også i genoptræningen, oplever at mangle kontrol over deres bækkenbund, hvilket kan påvirke dem negativt. En faktor af betydning belyses derfor at være, at kvinderne oplever, at de sundhedsprofessionelle skal støtte kvindernes ønske om kontrol, ved at give viden om at styrke bækkenbundens musklers funktionalitet, idet det kan øge kontrol, hvilket kan give kvinderne en oplevelse af at føle sig mødt og anerkendt. I studiet af Lindqvist et al. (2019) belyses det, at kvinderne udover den fysiske skade relateret til selve bristningen også oplever psykisk belastning. Dette belyses i følgende citat:

“Besides the physical injury, the psychological side was hard, to realize what had happened and try to accept it.” (Lindqvist et al. 2019, p. 39)

Ud over den fysiske skade efter en bristning, som belyser noget mere kropsligt, oplever kvinden også psykisk og følelsesmæssig påvirkning, idet der er behov for at søge accept og bearbejde den traumatiske oplevelse. Det indikerer, at måden, hvorpå kvinden oplever at skulle bearbejde fødslen med en bristning, er en faktor af betydning. Det vidner om, at kvinderne har behov for støtte både fysisk og psykisk, hvilket er en faktor, der også i genoptræningen er essentiel, da det har betydning for kvinderne i efterforløbet. Det belyser, at måden hvorpå kvinderne oplever, at fokus er på bækkenbundens fysiske udseende, herunder den fysiske skade, er en negativ faktor, som kan påvirke livet negativt for kvinden. Det indikerer, at kvinderne, heller ikke i genoptræningen, ikke oplever, at bækkenbundens funktionalitet italesættes, fordi fokus udelukkende er på det fysiske udseende. En

faktor af betydning, også i genoptræningen i efterforløbet er dermed, at fokus bør være på at styrke bækkenbundens funktionalitet frem for bækkenbundens udseende, da det kan øge kvindernes kontrol og medvirke til at de opnår accept af egen krop.

Tema 3: Betydningen af en nøgleperson i efterforløbet

Kvinderne oplever i de fem studier, at en 'nøgleperson' i genoptræning i efterforløbet er en betydelig faktor for deres fysiske, sociale og psykiske helbred. En nøgleperson medfører, at de føler sig mødt og anerkendt. Informanterne oplever fysiske og psykiske begrænsninger grundet bristningen af grad tre eller fire under fødslen. En faktor af betydning er, at de sundhedsprofessionelle anerkender, støtter og lytter, idet det fører til, at kvinderne oplever, at de kan stille de spørgsmål, de ønsker at få besvaret (Johannesson et al. 2022; Tjernström et al. 2024; Lindqvist et al. 2019; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). I studiet af Johannesson et al. (2022) oplever kvinderne dog også, at de ville have haft gavn af en specialist både under og efter rehabiliteringsprocessen. I studiet af Lindqvist et al. (2019) oplever kvinderne det som afgørende at få den rette hjælp og støtte fra sundhedsprofessionelle. Dette belyser en informant i følgende citat:

"Finally, I got hold of this fantastic midwife who not only understood my situation but could give adapted advice on how to feel better. At last, I felt that someone did believe in me"
(Lindqvist et al. 2019, p. 40)

Kvinden oplever endelig at møde en sundhedsprofessionel, som lytter og tror på hende. I studiet af Lindqvist et al. (2019) oplever kvinderne, at processen med at kontakte en sundhedsprofessionel, som lytter, forstår og støtter dem, påvirker deres psykiske og mentale helbred positivt. Dette ses i overensstemmelse med studiet af Huber et al. (2022) hvor kvinderne oplever, at det at finde det rette behandlingsniveau, med en professionel og empatisk sundhedsprofessionel, fører til en oplevelse af anerkendelse. Dette belyses i følgende citat, hvor en informant angiver, hvordan hun bliver mødt af en sundhedsprofessionel som anerkender hendes symptomer:

"Although everything looks normal, there is a need to investigate it further because of the symptoms you experience" (Huber et al. 2022, p. 3)

Citatet viser, at kvinden oplever, at den sundhedsprofessionelle anerkender de komplikationer, kvinden beskriver, og at hun mødes i en sundhedsfaglig vurdering af, at der er et behov for at undersøge disse komplikationer yderligere. Dette kan medføre at kvinderne, også i genoptræningen,

opnår anerkendelse, hvilket er af betydning for deres oplevelse af genoptræningen. I studiet af Johannesson et al. (2022) oplever kvinderne, at mødet med fysioterapeuten i genoptræningen gør, at de føler sig taget alvorligt, og at de får den hjælp, som de havde behov for, ved at den sundhedsprofessionelle har et fagligt kendskab til skaderne. Dette belyses i nedenstående citat:

“The physical therapist explained comprehensively with pictures and a (pelvis floor) model, with the different muscles, and showed me where I was and how the muscles worked. So, I felt very well informed when I left” (Johannesson et al., 2022, p 4).

Kvinden i ovenstående citat beskriver måden, hvorpå den sundhedsprofessionelle formidler information om såvel bristningen og komplikationer som en faktor af betydning. Det at en sundhedsprofessionel visuelt forklarer om kvindernes bækkenbund, kan føre til, at kvinderne oplever at de mødes og velinformerer. Visuel information er dermed en faktor af betydning i forløbet. I studiet af Lindqvist et al. (2018) oplever kvinderne, at jordemoderen i det nære sundhedsvæsen kan hjælpe med mindre problemer, såsom at normalisere situationen eller at undersøge bækkenbunden, men i mere komplicerede situationer oplever kvinderne at kæmpe for den rette behandling. Dette fører til, at kvinderne henvises til flere sundhedsprofessionelle med forhåbningen om at møde én sundhedsprofessionel, som vil lytte til dem (Lindqvist et al., 2018). I studiet af Lindqvist et al. (2019) oplever kvinderne et behov for, at de sundhedsprofessionelle kan garantere, at bristningen ikke ville opstå igen ved en ny fødsel. Det ses dermed, at en sundhedsprofessionel som anerkender, lytter og støtter er en faktor, som har en positiv indflydelse på genoptræningen. Ydermere kan en 'nøgleperson' styrke kvindernes psykiske og fysiske helbred i genoptræningen, hvilket er en faktor af betydning.

Undertema 1: At komme sig og føle sig stærk

Et gennemgående tema i fire studier er, at kvinderne oplever, at støtte fra sundhedsprofessionelle kan føre til oplevelsen af at føle sig helbredt og stærkere. Støtte fra en sundhedsprofessionel skaber grundlag for, at kvinderne oplever at have tilpasset deres nye krop, en følelse af bedring og en mindsket smerter efter en bristning (Johannesson et al. 2022; Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). I studiet af Johannesson et al. (2022) oplever kvinderne, at smerterne er tålelige. I studiet af Tjernström et al. (2024) oplever kvinderne, at de sundhedsprofessionelle støtter dem i, at bristningen ikke kunne være undgået. Ydermere oplever kvinderne, at de efter genoptræningen, igen er blevet stærkere og at de oplever at være helet. En informant udtrykker således:

“I feel strong and healed. My body has finally recovered. We made it! Finally, after about 9 months, I have regained my genitals and their strength, not completely, but very close (Lindqvist et al. 2019, p. 39)

Kvinderne oplever, at det at styrke bækkenbundens muskler fører til, at kroppen kommer sig og fremmer en følelse af genvundet kontrol over egen krop, hvilket er en faktor af betydning for kvinderne. Dette belyser, at anerkendelse og støtte styrker kvindernes forudsætninger for at mindske de komplikationer, som kan opstå efter en bristning. Omvendt oplever nogle kvinder, at de er heldige, fordi de er sluppet uden større gener (Johannesson et al., 2022). Kvinderne oplever derfor at være kommet på den anden side af en problematisk bristning og accepterer deres situation. Dette belyses ligeledes i studiet af Huber et al. (2022), hvor nogle kvinder hurtigt oplever bedring og ingen efterfølgende bækkenbundskomplikationer. Dette understreger, at de har forskellige genoptræningsforløb, og at graden af skadens eftervirkning har betydning for deres oplevelse efterfølgende.

Undertema 2: En ny sårbarhed og manglende tid og overskud til træning

Dette undertema understøttes af tre studier. Helbredsproblemer grundet en bristning af grad tre eller fire påvirker informanternes psykiske helbred, hvilket medfører, at de føler sig udsatte, usikre og oplever det vanskeligt at håndtere den traumatiske oplevelse (Lindqvist et al. 2019; Johannesson et al. 2022; Tjernström et al. 2024). I studiet af Lindqvist et al. (2019) oplever nogle kvinder et behov for mere hjælp end hvad de modtager. En konsekvens af dette er at kvinderne kan opleve depression og angst, mens andre begrænses ved at udtrykke bekymring for, om bristningen nogensinde vil hele. En kvinde oplever at have tilbagevendende smerter i bækkenbunden, og oplever fortsat komplikationer efter fødslen med en bristning. I studiet af Johannesson et al. (2022) oplever kvinderne ikke at have tid til øvelserne samt forglemmelse, grundet deres nye rolle som mor. Nogle kvinder oplevede øvelserne tidskrævende og kedelige. Opfølgingsbesøget bliver af kvinderne oplevet som svært, idet det genkalder en traumatisk oplevelse. Bækkenbundsundersøgelsen der finder sted, kan føre til at kvinderne føler sig sårbare og udsatte (Johannesson et al., 2022). Dette belyses af en informant i følgende citat:

“I thought it was tough to do the pelvic floor exercises in the beginning because to me it was a constant reminder that ‘you’ve injured your privates during labor’. And you’re supposed to do the exercises pretty often, preferably a couple of times a day, and every time it was like ‘oh well, now you’re doing this because that happened” (Johannesson et al., 2022, p 4).

Citatet belyser, at kvinden oplever negativ psykisk belastning ved at skulle lave øvelserne i genoptræningen, idet hun mindes den traumatiske fødsel. Kvindens psykiske reaktion kan føre til, at hun ikke får styrket bækkenbundens muskler gennem fysisk træning. Dette kan medføre at komplikationerne forværres. Det kan betyde, at kvinderne også i genoptræningen oplever komplikationerne, forværres grundet psykiske faktorer, som påvirker hende negativt. En oplevelse af at mangle motivation for at lave bækkenbundsøvelserne er dermed en faktor, som kan have en negativ indflydelse på genoptræningen.

Tema 4: Behovet for støtte fra sine omgivelser

Fire af de udvalgte studier belyser, at støtte er en faktor af betydning for kvinderne. Kvinderne oplever det at have et støttesystem både følelsesmæssigt og praktisk som betydningsfuldt, da det fører til en oplevelse af styrke (Tjernström et al. 2024; Lindqvist et al. 2019; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). I studiet af Lindqvist et al. (2018) oplever kvinderne at være nødsaget til at stole på at deres partner kan klare dagligdagen, såsom pleje af spædbarnet, pasning, madlavning og andre gøremål. Dette udtrykker en kvinde således:

“ I couldn’t leave the house for almost a month. I cried and wanted to double over from the pain when I changed diapers. I couldn’t wash up, dry myself or wash at all...” (Lindqvist et al. 2018, p. 25).

Dette ses også hos informanterne i studiet af Huber et al. (2022), hvor kvinderne oplever et behov for at indse, at det er uoverskueligt, hvorfor de oplever at søge hjælp hos venner, familie og fagprofessionelle. Det at opsøge og at have et støttesystem er derfor en faktor af betydning, da det har indflydelse på, at kvinderne accepterer bristningen, og oplever bedring både fysisk og psykisk. I studiet af Lindqvist et al. (2019) oplever nogle kvinder, at det styrker forholdet til partneren at dele byrden, idet de oplever en støttende partner, og dette bliver i sig selv en faktor relateret til at genvinde styrken. Dette ses ligeledes i studiet af Tjernström et al. (2024), hvor kvinderne oplever at støttesystemet er en forudsætning for at finde styrken til at kæmpe for den rette behandling. Ydermere, at støtten både kan være en partner, en ven, et familiemedlem eller en sundhedsprofessionel, som anerkender de komplikationer kvinderne oplever og kan videresende informanten til den rette behandling (Tjernström et al., 2024). I studiet af Huber et al. (2022) oplever nogle kvinder dog at mangle støtte fra sundhedsvæsenet, hvorfor de oplever at perioden efter fødslen, er ensom og de har en oplevelse af at bebyrde deres partner. Flere af kvinderne angiver, at det kræver

mod at opsøge denne støtte, men belyser at være en faktor af betydning i genoptræningen. Det kommer til udtryk i følgende citat:

“It takes time, but you do come out on the other side, and there is help to get along the way; you just need to be brave and ask for it”. (Informant 4) (Huber et al., 2022, p.3)

En forudsætning belyses dog at være at turde bede om støtten og være modig til at opsøge den. I studiet af Huber et al. (2022) belyser nogle kvinder, at de oplever det naturligt at tale om intime symptomer og seksualitet blandt venner eller derhjemme, mens andre kvinder oplever at i de tilfælde hvor de ikke bliver grebet af de sundhedsprofessionelle, søger de støtte og information i Facebook-grupper, hvor de kan være anonyme. Facebook-grupper med kvinder i lignende situationer bliver opfattet som en faktor af betydning for at føle sig tryk og få mod til at stille spørgsmålene (Huber et al., 2022). Social støtte fra familie, venner, partner eller sundhedsprofessionel oplever kvinderne er en betydelig faktor. Dette kan medføre at kvinderne, også i genoptræningen, oplever at støtte fra eget netværk eller en sundhedsprofessionel kan føre til, at de oplever accept i at være bristet og genvinder styrken.

Undertema 1: Tabu og skam over at italesætte det at være bristet

Tre studier omhandler dette tema, idet informanterne oplever det svært over for familie og venner at italesætte de komplikationer, de oplever efter fødslen (Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). I studiet af Huber et al (2022) oplever kvinderne forventninger fra andre om, hvordan barselslivet bør være, hvorfor de forsøger at leve op til disse. Dette påvirker kvindernes psykiske helbred, da det ikke altid er muligt. Ligeledes ses det i studiet af Lindqvist et al. (2018), hvor kvinderne oplever, at deres selvværd påvirkes negativt, grundet fokus udelukkende er på barnet og kvindernes eget store behov for hjælp. Dette sidestilles af kvinderne som de samme behov et spædbarn har, fordi de er utilstrækkelige i deres situation. Oplevelsen af forventninger fra andre kommer til udtryk af en informant således:

“I feel devastated because people tell me, ‘You are on maternity leave’. I’m not on maternity leave; I’m sick. I should be on sick leave” (Jaanika) (Tjernström et al., 2024, p. 9).

Kvinden oplever at være psykisk belastet efter at have bristet under fødslen, hvorfor hun ikke oplever at være på barsel, men sygemeldt. Ovenstående belyser, at måden hvorpå kvinden oplever at skulle bearbejde fødslen som en faktor af betydning for hendes liv. Fødslen opleves af kvinderne traumatisk,

hvilket har indflydelse på det efterfølgende forløb, idet de også er blevet forældre. Kvinderne oplever, at de tilsidesætter egne behov, idet de lige er blevet forældre, hvorfor de oplever at kæmpe med deres psykiske helbred og skjule deres følelsesmæssige behov Dette belyses i nedenstående citat:

*You would just go into a room and break down and then come back and get on with things.....
I find it easier to talk about it nowadays, and I think that is because I am stronger now myself.
I feel like I am more whole again". (Informant 3) (Huber et al., 2022, p 3.*

Dette belyser, at en bristning belaster kvinden efterfølgende, hvilket understøtter behovet for bearbejdning. En faktor af betydning er den manglende erkendelse af behovet for hjælp fra andre, idet kvinden skjuler sin aktuelle tilstand for andre. Behovet for hjælp og støtte fra andre, grundet kvindernes komplikationer, bliver dog af nogle oplevet som styrkende i forholdet med deres partner (Lindqvist et al., 2018).

8.2 Analyse af interview

I nedenstående afsnit analyseres og fortolkes interviewene af kvinderne, som deltager i genoptræningen i efterforløbet i en større dansk Kommune. Der tages udgangspunkt i Pedersen og Dreyers (2018) analysestrategi, som er inspireret af Ricouer trefoldige mimesis. Først præsenteres den *naive læsning* af interviewene, herefter udfoldes *strukturanalysen*. I *strukturanalysen* fremanalyseres "hvad der siges" ud fra "hvad der tales om", på baggrund heraf identificeres temaer, der kan besvare andet underspørgsmål: hvordan understøtter den eksisterende kommunale genoptræningsindsats i en større dansk Kommune kvinder, der har oplevet en tredje eller fjerde grads bristning under en vaginal fødsel og hvordan oplever de efterforløbet understøtter deres behov. Afslutningsvis vil de identificerede temaer indgå som grundlag for en *kritisk fortolkning* og *diskussion*, sammen med temaerne fra *metasyntesen*.

8.2.1 Præsentation af informanter

Informanterne udgør i alt syv kvinder, som har pådraget sig en bristning af grad tre eller fire under fødslen. Kvinderne deltager på nuværende tidspunkt i genoptræningen i Kommunen eller har netop afsluttet forløbet. Kvinderne er i aldersgruppen 20-30 år og består af seks førstegangsfødende og én andengangsfødende. Flere af kvinderne har en sundhedsfaglig baggrund (85,71%). Størstedelen af kvinderne har en mellemlang videregående uddannelse (42,6%) eller en lang videregående uddannelse (42,6%) andre er under uddannelse (14,9%). Der er en overrepræsentation af kvinder med længerevarende uddannelser, som kan være et udtryk for en højere socioøkonomisk status. I

nedenstående tabel 11 præsenteres informanterne med et *pseudonym* for at sikre at deres *anonymitet* opretholdes. Kvinderne specifikke uddannelse og alder er af samme grund ikke angivet.

Tabel 11: En oversigt over de syv kvinder, der udgør specialets informanter.

Tabeloversigt med informationer om kvinderne						
Informant	Alder	Antal af børn	Civilstatus	Uddannelseslængde	Sundhedsfaglig baggrund	Genoptræningsforløbet
Malene	20'erne	Èt	Partner	Mellemlang videregående uddannelse	Ja	Afsluttet forløb
Dorthe	20'erne	Èt	Gift	Under uddannelse	Nej	Igangværende forløb
Henriette	30'erne	Èt	Partner	Lang videregående uddannelse	Ja	Igangværende forløb
Laura	30'erne	To	Gift	Mellemlang videregående uddannelse	Ja	Afsluttet forløb
Julianne	30'erne	Èt	Partner	Lang videregående uddannelse	Ja	Igangværende forløb
Katrine	30'erne	Èt	Partner	Lang videregående uddannelse	Ja	Afsluttet forløb
Birgitte	20'erne	Èt	Partner	Mellemlang videregående uddannelse	Ja	Igangværende forløb

8.2.2 Naiv læsning af interviewene

De umiddelbare antagelser fra den *naive læsning* er, at kvinderne oplever fysiske smerter og begrænsninger grundet bristningen i grad tre eller fire under fødslen. Dette samt omfanget af problemet kommer bag på dem. Måden og tidspunktet, hvor informationen om bristninger gives på hospitalet, opleves af kvinderne som et u hensigtsmæssigt tidspunkt, da de er i en svær situation, der er svær at rumme grundet træthed, rollen som mor og smerter grundet bristningen. Kvinderne oplever, det kommer bag på dem, at deres psykiske helbred påvirkes grundet deres fysiske skader. Dertil italesættes det af flere af kvinderne, at de har et behov for at dele deres oplevelse med henblik på at opnå bedring af deres mentale helbred. Kvinderne fortæller, at deres mentale helbred påvirkes af de sociale begrænsninger, de oplever, på grund af fysiske begrænsninger. Ydermere opleves det, at forventninger til den første tid på barsel ikke indfries, grundet deres aktuelle situation. Kvinderne fortæller imidlertid, at de spørgsmål og bekymringer, de gør sig, italesættes og afklares i genoptræningen i efterforløbet. Fælles for kvindernes udsagn er, at de oplever, at der dannes et trygt rum i genoptræningen, hvor det er muligt at tale om det, der er svært. Kvinderne oplever, at de i forløbet ses og høres ved, at genoptræningen tilrettelægges efter individuelle behov. Det opleves som

en beroligende virkning, at normaliteten af deres forløb bekræftes af fysioterapeuten og denne forsikrer dem om, at øvelserne udføres korrekt. De føler sig både privilegerede og taknemmelige over, at genoptræningen bliver tilbudt. Ydermere oplever kvinderne at have et behov for at videregive den viden, de har tilegnet sig i genoptræningen. De oplever dermed at have et ansvar for at lære fra sig, idet de oplever, at kvinder i eget netværk, som har født, ikke har samme viden om de komplikationer, en bristning kan medføre. Den *naive læsning* bidrager til et fokus på, hvordan kvinder oplever at deres fysiske, psykiske og sociale behov imødekommes og understøttes i genoptræningen i efterforløbet.

8.2.3 Strukturanalyse af interviews

I *strukturanalysen* nedenfor præsenteres et udsnit af *meningsenhederne* fra de syv interviews. Det præsenterede udsnit understøtter og illustrerer de nedenstående temaer samt undertemaer. Med udgangspunkt i *meningsenhederne* analyseres citaterne i interviewene med fokus på, "*hvad der tales om*", hvilket danner betydningsenheder. Disse temaer bidrager til den kritiske fortolkning og diskussion. Der fremanalyseres tre temaer i *strukturanalysen* med tilhørende undertemaer. I nedenstående tabel 12 ses et overblik over de tre identificerede temaer med dertilhørende undertemaer, hvoraf der er udarbejdet et kodetræ (se bilag 14). Ydermere viser tabel 13 et uddrag af *strukturanalysen*. Grundet etiske overvejelser er *strukturanalysen* ikke i bilag.

Tabel 12: Oversigt over temaerne i strukturanalysen

Tema	
Tema	Undertemaer
Tema 1: Forløbet efter fødslen kom bag på kvinderne, idet virkeligheden ramte anderledes end forventet.	Undertema 1: Kvinderne oplever et uventet kontroltab. Undertema 2: Oplever ikke at være forberedt på indholdet i genoptræningsforløbet. Undertema 3: Uvished omkring egne begrænsninger efter udskrivelsen leder til en følelse af at være alene med et stort ansvar.
Tema 2: Heldigvis fik kvinderne tilbudt genoptræning.	Undertema 1: Kvinderne oplever at tillid, tryghed og støtte er afgørende. Undertema 2: Taknemmelig og refleksion over viden, der leder til forpligtelser og en uretfærdighedsfølelse hos kvinderne om at være en af de få. Undertema 3: Refleksion over næste graviditet.

Tema 3: Den rette timing og en sundhedsprofessionel som støtter kvinderne i en omverden, der tabuiserer bristninger.	Undertema 1: <i>Timing og tilgang fra de sundhedsprofessionelle omkring videregivelse af information, er afgørende for kvinderne.</i> Undertema 2: <i>Mødet med de sundhedsprofessionelle har stor betydning.</i> Undertema 3: <i>Tabu og skam står i vejen for at møde kvindernes behov for at dele deres oplevelse.</i>
--	---

Tabel 13: *Strukturanalyse af interviewene.*

Tema 1: Forløbet efter fødslen kom bag på kvinderne, idet virkeligheden ramte anderledes end forventet:		
Meningsenhed (Hvad der siges)	Betydningsenhed (Hvad der tales om)	Undertema
“ [...] så hen ad vejen, så endte det med, at jeg spændte (i bækkenbunden), men så ender det ligesom med at jeg spændte for meget (i bækkenbunden), så man skal heller ikke spænde for meget hele tiden. Det er jo kun hvis du kan mærke noget, så spænder man lige (i bækkenbunden), og så går man på toilettet [...]” (Dorthe).	Kvinden oplever usikkerhed i øvelser i genoptræningen i efterforløbet. Dette kommer til udtryk i en forvirring omkring brugen af de forskellige knib. Hun oplever, at genoptræning har bidraget med viden om de forskellige knib, og hvornår hun skal anvende disse.	Undertema 1: Kvinderne oplever et uventet kontroltab.
“Altså jeg har ikke lavet i bukserne, men den følelse af, at nu er jeg simpelthen nødt til at handle på min krops signaler [...] Så var det sådan lidt i starten også omkring det (med at holde på luft), fortalte fysioterapeuten mig. Det var noget af det sidste, det her med at holde på luft, altså prutter (haha). Det er noget af det sidste man lærer, at man kan gøre med sin bækkenbund igen efter fødslen. (...) det synes man jo bare lige selv er nederen, men så længe man er derhjemme [...]” (Laura).	Til trods for at kvinden oplever, at fysioterapeuten i samtalen forsikrer hende om normaliteten af komplikationer efter en bristning, så spores der alligevel kontroltab og isolation som konsekvens af hendes nuværende situation.	
“Fysioterapeuten har givet nogle fine ting (øvelser og råd), også det der med at fysioterapeuten kunne sige efter	Kvinden oplever, at den sidste samtale med fysioterapeuten, omhandler, at hun	

den sidste gang. Ved du hvad? Jeg synes, vi skal stoppe forløbet nu, for der er ikke mere jeg kan gøre. Altså, jeg kan se, at styrkemæssigt er du med, og det eneste du skal arbejde med, det der med at slappe af, men der er ikke mere fysioterapeuten kunne gøre og kunne sige det ser fint ud og har givet mig værktøjer til, hvordan jeg selv kan arbejde videre med det” (Katrine).	styrkemæssigt er godt med, og at hun har fået øvelser og råd, som hun kan anvende fremover, når forløbet er afsluttet. Samtidig oplever hun, at hun skal arbejde på at slappe af i sin bækkenbund. Det oplever kvinden som at det ikke er noget, fysioterapeuten kan gøre mere ved, hvorfor kvinden accepterer, at hun selv kan arbejde videre med de værktøjer, hun har fået.	
“Det har i hvert fald været virkelig godt at få hjælp til knibeøvelserne. Det er jo sådan noget man får at vide, at man skal gøre. For eksempel at man skal lave et moderat knib, og man har bare slet ikke nogen forbindelse dertil. Så er det virkelig rart, at der er nogen, der kan fortælle, om man gør det rigtigt, eller hvordan man skulle gøre det. Det var i hvert fald en forventning, jeg havde til genoptræningen, at jeg ville få hjælp til at gøre det rigtigt (knibe) (...) (Julianne).	Kvinden oplever, at genoptræningen har givet viden og forståelse for, hvordan hun laver knibeøvelserne, hvilket hun oplever har stor betydning for hende idet det understøtter kvindens forventning til forløbet og dermed imødekommer hendes behov.	
“Ja, og så det psykiske i at man slet ikke var forberedt på, at det her ville ske. (...) Jeg havde aldrig i min vildeste fantasi forestillet mig, at det ville gøre så ondt, som det gjorde. Det kom bag på mig!(...) Men jeg tror, jeg var sådan <u>meget</u> generet af det de første tre måneder. (...) alle de der almindelige dagligdags ting, det kom bag på mig, at der gik så længe, hvor jeg var udfordret på de ting. (...) Men at det var så slemt, havde jeg ikke forestillet mig. Ikke før jeg var i det.(...)” (Malene).	Hun oplever, at det er kommet bag på hende, at en bristning har ledt til store fysiske smerter, hvilket har begrænset hende fysisk og psykisk i dagligdagen.	
”I starten har jeg været meget hæmmet, har ikke kunne komme ud og har ikke selv kunnet køre bil. Jeg har nærmest bare været herhjemme, fordi jeg ikke har kunnet holde til mere og har haft meget brug for de her	Kvinden har haft et manglende overskud fysisk og psykisk, som hun oplever har ført til social isolation.	

pauser. (...). Der har været så meget fysisk, der har påvirket mig psykisk, så det der med at skulle have flere på besøg, det har vi beholdt til et minimum. Så det har også først været efter nogle uger, at vi sådan begyndte og få venner på besøg også.” (Birgitte).		
“Altså. Jeg troede faktisk først, at jeg skulle i et gruppeforløb men det sagde fysioterapeuten, var blevet nedlagt, fordi der ikke var nok, eller jeg kan ikke huske, hvad det lige var. Jeg er faktisk rigtig glad for, at jeg har haft så meget individuelt, men måske det kunne være fedt nok at have måske bare én eller to sessioner sammen med nogle andre, der har prøvet noget lignende. Altså fordi, når man har en bristning, så bliver man også nødt til at finde måske lidt noget humoristisk i det. [...] Det kan måske være fedt nok, hvis man ikke var alene [...]”(Katrine).	Kvinden oplever en uoverensstemmelse mellem, hvad hun bliver lovet, og hvad hun får, hvilket giver anledning til skuffelse. Hun oplever, at det individuelle forløb har støttet hende, men at det kunne have været relevant med sessioner med andre kvinder i lignende situationer, da hun forestiller sig at det ville kunne give fællesskab og støtte.	Undertema 2: Oplever ikke at være forberedt på indholdet i genoptræningsforløbet
“Jeg har virkelig været glad for det (genoptræningen i efterforløbet). Jeg forventede egentlig, at det ville blive sådan et hold, altså et holdforløb med andre. Men det blev så ikke udbudt lige for tiden, selvom det stod i det materiale (i E-boks), som jeg fik udleveret. Men fysioterapeuten fortalte mig, at det ville være et individuelt forløb.” (Julianne)	Kvinden udtrykker, at hun er glad for tilrettelæggelsen af genoptræningen i efterforløbet, men trods det så var forventningen en anden, idet det er individuelt. Dette kunne indikere, at hendes forventning ikke bliver imødekommet.	
“[...] Nu synes jeg jo det individuelle (genoptræning), som jeg har haft, har været rigtig godt men det havde også været rart, at kunne snakke med nogen, der var i samme båd”. (Birgitte).	Kvinden fortæller, at hun er glad for det individuelle forløb, men at hun har et behov for at snakke med andre kvinder, der står i det samme. Derved kan et forløb, der indeholder både et individuelt og et gruppebaseret aspekt, understøtte kvindens behov yderligere.	
“Jeg var mega presset over at komme hjem i egne rammer. Bare sådan noget med at skulle svabe efter sig selv i	Kvinden er begrænset fysisk og er efter udskrivelsen fra hospitalet overrasket over sin	Undertema 3: Uvished omkring egne begrænsninger efter

<i>badet, fordi man skulle bruge bruseren, når man havde været på toilet. Det er meget det fysiske, jeg kunne ingenting, jeg var meget begrænset. Jeg skulle have hjælp til alting. Jeg kunne selv komme på toilet, men det var sådan set også det (...)" (Malene).</i>	afhængighed af andres hjælp. Kvinden oplever ikke, at hendes behov imødekommes mellem udskrivelsen fra hospitalet og forinden opstarten af genoptræningen, idet hun oplever sig alene efter udskrivelsen.	udskrivelsen leder til en følelse af at være alene med et stort ansvar.
<i>"[...] Som jeg har sagt tidligere, har jeg ikke haft den store viden omkring bristninger, og de første uger gik jeg og tænkte på, hvordan jeg nogensinde skulle komme igennem det her. Heldigvis har jeg kunnet mærke lidt bedring dag for dag, men i de uger op til, har jeg set meget frem til at starte det forløb og få noget viden omkring, hvad jeg gør for at komme videre. For jeg vidste ikke hvad jeg måtte. [...]" (Birgitte).</i>	Kvinden oplever at have manglende viden efter udskrivelsen fra hospitalet, hvilket påvirker hende psykisk, idet hun mangler kompetencer til at kunne håndtere sin aktuelle situation. Kvinden oplever manglende støtte efter udskrivelsen, relateret til hvordan hun skal forholde sig til sin bristning, og hvad hun må. Hun oplever ikke at hendes behov understøttes efter udskrivelsen og indtil genoptræningen opstartes.	

Tema 2: Heldigvis fik kvinderne tilbudt genoptræning:		
Meningsenhed (Hvad der siges)	Betydningsenhed (Hvad der tales om)	Undertema
<i>"(...) hvilket jeg tror er en normal ting (at være blufærdig), men at fysioterapeuten er god til, at hvis der er noget, der gør ondt eller som man ikke har lyst til, så skal man bare sige til [...]. Fysioterapeuten er virkelig god til at rumme en." (Dorthe).</i>	Grænser bliver tydeligt respekteret og kvinden oplever at blive hørt i situationen med fysioterapeuten. Når kvinden italesætter, at grænserne bliver respekteret, så kan det indikere, at hun ikke altid har oplevet forståelse, og ret til at sige fra, i andre situationer i efterforløbet.	Undertema 1: Kvinderne oplever at tillid, tryghed og støtte er afgørende.
<i>(...) Så når jeg har gået med noget, har jeg vidst, at jeg snart ville kunne få svar (...) og det var rart, inden det voksede sig for stort. Det har været rart at det har været en</i>	Samtalen belyses at være et frirum, idet hun muligvis ikke taler med andre om det psykiske efter en bristning, hvorfor hun oplever at	

udenforstående, der har spurgt. Jeg har fået det meget bedre psykisk efter det forløb, og der var enormt meget tryghed i at have det rum med fysioterapeuten. Jeg tror ikke, jeg var kommet ordentlig på den anden side, hvis ikke jeg havde været i det forløb – hverken fysisk eller psykisk. (...) Det (genoptræningen) har givet mig et frirum for mine følelser, et ånderum og det har givet tryghed” (Malene).	genoptræningen understøtter hendes behov følelsesmæssigt. Dette kunne lede til en undren over, hvorvidt det faglige indhold er af betydning for kvinden eller om det mere handler om behovet for at have en at betro sig til, idet emnet er tabubelagt.	
“[...] det man sidder og taler om er faktisk noget man nærmest ikke taler med sine egne veninder om eller for den sags skyld familiemedlemmer. Jeg synes, at det var meget rart, at man kunne tale om alt, og at man kunne tale om hvilke følelser man har og sådan nogle ting. Det handlede ikke kun om bristninger, men også hvordan man også generelt havde det, hvilket jeg synes var meget dejligt.” (Dorthe).	Samtalen er et frirum for kvinden, hvor det, der ellers føles som et tabu, kan italesættes. Når kvinden forlader rummet, taler hun ikke med andre om problematikken. Det indikerer, at kvinden fastholder, at bristninger er et tabubelagt emne, idet hun udelukkende taler med fysioterapeuten. Det belyser, at emnet ikke bliver italesat i efterforløbet, hvilket fastholder tabuiseringen.	
“Det har været rigtig trygt, det har været den samme (fysioterapeut) hele vejen igennem, og det er denne, man møder og snakker med. Man får et fortroligt rum med fysioterapeuten.” (Henriette).	Kvinden oplever, at der skabes fortrolighed og tryghed i det, at hun møder den samme fysioterapeut i genoptræningen. Kvinden italesætter dette som værende af betydning i efterforløbet, hvilket hun oplever bliver understøttet i genoptræningen. Dette kunne dog indikere, at hun har mødt flere forskellige fagprofessionelle i efterforløbet, som hun har skullet rumme, hvilket har problematiseret denne følelse.	
“[...] Og kom så ind til fysioterapeuten (i Kommunen) og altså ja, fysioterapeuten er jo et helt fantastisk menneske. Rigtig anerkendende og rar at snakke med. Jeg var første gang meget følelsesmæssig påvirket	Kvinden har et behov for at tale om alt det, der havde fyldt siden fødslen. Dette bliver imødekommet i genoptræningen i efterforløbet af	

<i>stadigvæk, og det tog fysioterapeuten sig af. Det var en klar følelse af, at det både var det fysiske, men også det psykiske, fysioterapeuten arbejdede med og det har været ekstremt rart. Der har været så mange tanker og følelser forbundet med det samtidig med, at man har været fysisk hæmmet.” (Birgitte).</i>	fysioterapeuten. Kvinden har dog fokus på det menneskelige aspekt ved fysioterapeuten, fremfor det professionelle. Hun oplever at blive anerkendt, og at genoptræningen understøtter hendes psykiske og fysiske helbred.	
<i>“ [...] Og så er det virkelig rart, at jeg kommer til fysioterapeuten derefter (efter fødslen) og kan få svar på alle de her spørgsmål. Det er jo i forvejen en periode, hvor man prøver at få amning op at køre og alt muligt andet, så fokus er jo mange andre steder. Jeg kan huske, at jeg satte mig ind til fysioterapeuten som spørger, hvordan jeg har det, og så begynder jeg bare at græde. Det kommer bag på mig, at det faktisk har været så hårdt.” (Malene).</i>	Kvinden oplever, at hun bliver anerkendt i opstartssamtalen ved fysioterapeuten, hvilket understøtter hendes behov. Hun har følt sig alene, idet hun har haft mange ubesvarede spørgsmål og har i den forbindelse holdt følelsesmæssigt igen. Dette vidner om behovsudsættelse fra kvindens side, og denne bliver først mødt i opstartssamtalen.	
<i>“Jeg tror måske at, hvad kan man sige? Den kemi, vi har haft (fysioterapeuten og kvinden), har gjort, at det har været nemt at kunne tale om alle ting. Fysioterapeuten har været god til at spørge ind til alle områder, faktisk” (Katrine).</i>	Genoptræningen støtter kvinden i at tale åbent om det, der fylder i forløbet, hvilket hun oplever har været nemt, idet fysioterapeuten er god til at spørge ind. Det vidner om, at kvinden muligvis ikke har oplevet denne anerkendelse fra andre i sin omgangskreds.	
<i>“ (...) (fysioterapeuten) er gået lidt til mig eller på en god og kærlig måde. For eksempel det her med “husk nu, at du også nogle gange skal gå ind og låse den dør og sætte dig og være ligeglad med, at din mand er derude med jeres børn (...)”. (Laura)</i>	Kvinden oplever at blive støttet, på en omsorgsfuld måde, i at stille krav til sine omgivelser. Hun føler det er rart og trygt at få en konkret anvisning frem for at blive guidet.	
<i>“Det (genoptræningen i efterforløbet) synes jeg virkelig, virkelig har været godt og vi har haft mange gode snakke. Som jeg har sagt mange gange, så synes jeg virkelig at det burde være et tilbud til alle. Jeg har fået mange gode ting (informationer) med, såsom noget intim vaskeolie og</i>	Kvinden oplever, at genoptræningen i efterforløbet har givet hende viden og kompetencer, hvilket understøtter hendes behov i efterforløbet. Kvinden belyser et behov for at videregive denne information til sine	Undertema 2: Taknemmelig og refleksion over viden, der leder til forpligtelser og en uretfærdighedsfølelse hos kvinderne om at være en af de få.

<i>glidecreme. Og hvad skal man bruge? Altså det er ikke noget jeg havde tænkt over, så jeg har kunnet fortælle det videre til dem (veninder) [...]” (Katrine).</i>	veninder, hvilket indikerer, at der lægges en ekstra byrde på kvinden.	
<i>“Jeg synes egentlig vi (fysioterapeuten og kvinden) har været hele vejen omkring, og grunden til, at jeg sagde ja (til genoptræningen), er jo også fordi at jeg synes, det er vigtigt at få noget viden om hvad det egentlig er, man kan blive udsat for.[...]. Og det har fysioterapeuten sagt ja til, at det er det her refleksknib som man ikke har fået trænet. Så jeg synes jo, at det er en viden, der burde blive bredt ud.” (Birgitte).</i>	Kvinden oplever det problematisk, at alle kvinder ikke har viden om refleksknib, og hvordan dette trænes. Hun mener, at alle, der føder, burde få denne genoptræning.	
<i>“Jeg tænker det er uretfærdigt.. at alle ikke har de muligheder (for genoptræning).” Det fik jeg også sagt til fysioterapeuten, at jeg er næsten glad for, at det er en 3a og ikke en 2b – at jeg lige nåede over grænsen (...). Jeg kunne jo have haft en 2b og haft ligeså meget brug for hjælp, og så må man i det private, hvor man bliver afsluttet noget hurtigere. [...] ” (Malene).</i>	Kvinden er taknemmelig over at være blevet tilbudt genoptræning, og at hun ikke selv skal opsøge denne støtte. Hun problematiserer, at alle ikke bliver tilbudt den samme behandling og føler solidaritet med andre kvinder. Dette vidner om problematikken i, at alle ikke tilbydes den samme behandling trods en bristning.	
<i>“[...] Men i betragtning af hvor mange fødsler der er, og at man ønsker at kvinder skal få flere børn, og hvor mange gener det kan give på længere sigt, hvis ikke der tages hånd om det. Det synes jeg der burde være mere opmærksomhed på, men det er jo det der med kvindesygdomme, og ting der rammer kvinder i det hele taget inden for forskning”. (Julianne).</i>	Kvinden oplever et behov for at problematisere manglende støtte, samfundsmæssigt relateret til presset om en forventet stigning i antallet af fødsler. Kvinden udtrykker en skuffelse over oplevelse af, at kvinder nedprioriteres i forskning. Hun føler sig forpligtet til at italesætte emnet, idet hun oplever, at forløbet har understøttet hendes behov.	
<i>“[...] det har da helt klart hjulpet, at jeg har haft større fokus på det (bækkenbunden). I hvert fald noget god vejledning og undervisning og</i>	Kvinden sætter spørgsmålstejn ved at være kommet igennem nåleøjet og oplever, at forløbet har	

<i>opbakning. Jeg har kunnet give nogle af rådene videre til nogle af mine veninder, der også lige har født, og måske ikke har stået i fuldstændig det samme, men for eksempel det her med samleje (...). Fysioterapeuten har givet de her råd, så på den måde er jeg jo blevet informeret godt, hvilket jeg har kunnet give videre". (Laura).</i>	understøttet hendes behov. Det vidner dog om, at hun oplever en forpligtigelse til at skulle videregive de råd, som hun har fået i forløbet til veninder. Dette kan tillægge hende en ekstra byrde.	
<i>"Hun (veninden) er også bristet, men jeg tror kun det var en 2A og fik derfor ikke forløbet (genoptræningen). Hun har haft mange gener, og hun troede bare, at det var sådan, man skulle have det, og så hørte hun jo fra mig, at det skulle man ikke. Så det endte med, at hun (veninden) kontaktede egen læge, og kom til en privat fysioterapeut." (Malene).</i>	Kvinden oplever et behov for at videregive den information til veninder, som har understøttet hendes behov i genoptræningen. Dette belyser, at kvinden oplever en forpligtigelse til at videregive informationen til sine veninder.	
<i>"Jeg havde også en veninde, som faktisk også havde ondt under sex, og så prøvede jeg at forklare hende [...]. Jeg har jo siddet med min fysioterapeut, som siger det gør ondt. Men du skal trække vejret og være i den her smerte for at forstå, at det ikke skal være noget, der er en dårlig smerte, men en god smerte som bare skal arbejdes med [...]" (Katrine).</i>	Kvinden oplever et behov for at videregive den viden, hun har tilegnet sig i genoptræningen til veninder. Hun oplever at have tilegnet sig værktøjer, der kan anvendes til at understøtte hendes behov, men at hun også oplever en forpligtigelse til at lære fra sig.	
<i>"Det kan jeg i hvert fald høre, når jeg snakker med min mødregruppe, at det der med, at der findes tre forskellige knib og måden du udfører knibene på. Det er der sådan set ikke nogen der ved, ud over mig som der har gået ved fysioterapeuten. Fysioterapeuten har jo instrueret en, i at huske at lave knibeøvelserne korrekt." (Henriette).</i>	Kvinden oplever at have tilegnet sig viden om kompleksiteten af et korrekt knib i genoptræningen. Denne viden oplever hun ikke er almen viden eller tilgængelig for de andre kvinder i mødregruppen. Det kan indikere, at hun ikke oplever at kunne tale med andre udover fysioterapeuten, samt en oplevelse af at stå med et ansvar.	
<i>"(...) jeg var simpelthen nødt til at spørge fysioterapeuten, hvad risikoen var (for at briste igen ved næste fødsel)? Chancen for at det sker igen, hvis jeg skal have nummer tre barn</i>	Kvinden oplever at have et behov for at tilegne sig viden om risikoen for at briste ved en kommende fødsel, hvilket imødekommes af	Undertema 3: Refleksion over næste graviditet.

<i>(...) og det gjorde mig lidt lettet, fordi det har faktisk fyldt for mig, for gad vide om det kan gå lige så galt igen.” (Laura).</i>	fysioterapeuten. Dette understøtter hendes behov i det efterfølgende forløb.	
<i>“For det er jo også noget, der kan få en til at overveje om man ønsker barn nummer to, hvis hele ens underliv sprækker, fordi man har jo også nogle gener af at være bristet i så stor en grad.” (Henriette).</i>	Kvinden oplever refleksion over en ny graviditet. Dette vidner om, at de store gener, hun har oplevet med at briste under fødslen, kan føre til, at hun ikke ønsker en ny graviditet.	
<i>(...) min mødregruppe startede til crossfit og det er fysioterapeuten jo ikke tilhænger af, og der manglede jeg nok lidt mere konkret viden til at komme i gang. For jeg er jo bange for at gøre noget forkert. Og jeg vil jo gerne forberede min krop til en ny graviditet (Malene).</i>	Kvinden oplever at mangle konkrete forslag i forløbet relateret til fysisk træning efter graviditeten. Hun understreger et behov for at gøre kroppen stærk til en ny graviditet, hvilket hun ikke oplever bliver understøttet i genoptræningen.	

Tema 3: Den rette timing og en sundhedsprofessionel som støtter kvinderne i en omverden, der tabuiserer bristninger:

Meningsenhed (Hvad der siges)	Betydningsenhed (Hvad der tales om)	Undertema
<i>“Det læste jeg om (i pjecen), fysioterapeuten på sygehuset forklarede mig lige kort om det, men jeg kan slet ikke huske noget som helst fra det hele. Det var bare voldsomt det hele, fysioterapeuten forklarede mig, hvad der stod i dem (i pjecen). Men det kunne jeg så ikke huske. [...] så det sagde fysioterapeuten, at de bare lige ville give mig, og når jeg så var kommet hjem, og ja, sådan nogenlunde var kommet ovenpå, så kunne jeg læse den (pjecen) igennem” (Dorthe).</i>	Kvinden oplever det betydningsfuldt, at informationen tilpasses hende, og at hun bliver mødt der, hvor hun er i efterforløbet. Kvinden beskriver situationen som voldsom og i den, får hun udleveret en pjece som opslagsværk.	Undertema 1: Timing og tilgang fra de sundhedsprofessionelle omkring videregivelse af information, er afgørende for kvinderne.
<i>“(..) og det synes jeg også, at de har været gode eller fysioterapeuten har været rigtig god til at informere om, at selvom du (kvinden) ikke kan se at du ikke er helet, så skal du stadig ikke gå</i>	Kvinden oplever at blive velinformeret og guidet i håndteringen af sine aktuelle situation med en bristning. Kvinder bliver derfor mødt i et	

eller løbe en tur med mere, fordi du ville kunne mærke det agtigt (...)” (Katrine).	behov for viden og håndtering.	
“Jeg tænker, at der havde været noget psykisk, der også havde været noget nemmere bagefter. [...] jeg kunne faktisk slet ikke være i at nyde, at vi lige var blevet forældre. Jeg kunne kun tænke på, at jeg skulle over på OP (operation) og anede ikke helt, hvad det her fjerde grads det egentlig betød, og hvor lang tid det egentlig ville tage, og hvad det ville betyde. Efterfølgende fik jeg at vide, at min ringmuskel også var bristet, men hvad oddsene var for et godt genoptræningen, det anede jeg ikke på det tidspunkt. Jeg tænkte worstcase, og tænkte om jeg nu skulle til at have stomi eller hvad der skulle ske? Om det kunne blive ødelagt så meget, at jeg hverken kunne holde på afføring eller urin mere.” (Birgitte).	Kvinden oplever kaos og bekymring efter fødslen med en bristning, hvilket hun ikke oplever bliver imødekommet i den aktuelle situation. Ingen tager hånd om hendes tanker og frygt, som skyldes den traumatiske oplevelse, som hun har haft samt hendes tanker om konsekvenserne af den. Hun påpeger betydningen af, hvornår denne viden bliver givet om en svær bristning, idet hun forinden fik viden om, at svære bristninger kan opstå.	
“Det er i hvert fald en ting, som jeg godt kunne tænke mig at vide, kan man sige. Hvad er sikkerhedsnettet? (hvad der tilbydes). Det har man ikke som sådan fået at vide af jordemødrene. Det er kun af fysioterapeuten (at man har fået det at vide). Mit indtryk er, at sundhedsplejerskerne (..) dem føler jeg ikke rigtigt, er informeret om det (om hun har en bristning og er i et (genoptræningsforløb). De (sundhedsplejerskerne) læser ikke ens journal eller har den samme viden som de har inde på sygehuset eller som hospitalet har ”(Henriette).	Kvinden oplever et behov for støtte i hvilke sundhedsydelser, der tilbydes. Hun oplever at dette behov imødekommes ved fysioterapeuten, men ikke hos jordemoder eller sundhedsplejersker i efterforløbet. De har ikke den viden heller.	
“Der spurgte jeg hende (jordemoderen) faktisk i forhold til det her med en bristning. Det var også et spørgsmål, der havde trængt sig på for mig fordi at under pressefasen (under fødslen), så skulle jeg lige pludselig på toilettet. [...] Og der tænkte jeg ikke. Det kunne have en	Usikkerhed om og skyldfølelse over hvorvidt man kunne have forhindret en bristning har fyldt meget. Kvinden oplever et behov for at gå til jordemoderen med denne bekymring, og får understøttet dette ved hjælp	Undertema 2: Mødet med de sundhedsprofessionelle har stor betydning.

konsekvens for at briste. Det var jeg nødt til at spørge hende (jordemoderen til efterfødselssamtale) om, ift. om det kan have haft en betydning, at jeg lige pludselig der midt i det hele og var så langt henne, at jeg måske ikke lige var helt åben til at skulle presse ordentligt, at jeg så skulle til at gå på toilettet. Det mener hun (jordemoderen) egentlig ikke kan have en betydning. "Det er ting som disse, der har fyldt for mig efterfølgende." (Laura).	af afklaring.	
"Jeg ville jo egentlig gerne bare tilbage der, hvor jeg var før (...) og at få at vide, at det her kommer jeg ikke til at have varige mén af, det har været lidt af en frygt, så det er rart at gå et sted (ved fysioterapeuten), hvor der er en plan, man skal følge, i stedet for bare at gå derhjemme. Det (at gå derhjemme) får man bestemt ikke så meget ud af." (Birgitte).	Kvinden oplever, at fysioterapeuten støtter hende i, at hun gennem træning kan komme tilbage til der hvor hun var før fødslen. Hun havde behov for viden ift. menegrad, for det har hun frygtet. At gå alene hjemme med disse tanke oplever kvinden ikke understøtter hendes behov.	
"[...]Vi (kvinden og hendes partner) har virkelig følt os godt hjulpet og godt behandlet hele vejen igennem. Jeg vil også sige, at ved fysioterapeuten har der også været plads til at tale. Jeg har smerter i forbindelse med samleje, og det har fysioterapeuten taget sig af og forholdt sig til. Fysioterapeuten har rådgivet mig til, hvad jeg skulle gøre i forhold til det. Jeg er meget positiv, fordi man også bliver mødt med et "nu er du her, fordi du har født, og det er det vi forholder os til". Det har derfor været mere helhedsorienteret" (Julianne).	Kvinden har et behov for at tale med fysioterapeuten om de problematikker, hun har efter bristningen, hvilket hun oplever bliver imødekommet på en helhedsorienteret måde i genoptræningen. Kvinden og hendes partner oplever at blive mødt i det nu der er og få værktøjer til at håndtere deres seksuelle samvær.	
"[...] Hun (lægen) understreger mange gange, at hvis jeg mærker det mindste (syning efter bristning), så kører vi bare ned på OP (til operation). Så hun siger, at jeg ikke skal bide noget (smerte) i mig [...]" (Malene).	Kvinden oplever, at hendes behov bliver anerkendt på fødestuen. Hendes behov understøttes ved at lægen understreger, at hun ikke skal opleve smerter ved syningen og hvis hun gør, så finder de en løsning på dette.	

<i>"[...] men jeg synes virkelig, at det har været rart, og det har også bare været fantastisk, at man har kunne få den hjælp (genoptræningen) i stedet for at sidde med det selv. Det har (hjælpen) både været på sygehuset, ved fysioterapeuten og ved egen læge, når man nu skal til 8 ugers undersøgelse." (Dorthe).</i>	Kvinden oplever, at det overordnede efterforløb har understøttet hendes behov og hun har kunnet få den hjælp, hun havde behov for, i stedet for at skulle klare sig selv.	
<i>"Jeg følte på mange måder, at den otte-ugers undersøgelse var irrelevant for mig, fordi min egen læge ikke havde sat sig ind i tingene [...]. Der følte jeg, at jeg har fået væsentlig bedre opfølgning af henholdsvis fysioterapeuten og barselsgangen." (Henriette).</i>	Kvinden oplever, at efterforløbet med hospitalet og fysioterapeuten har understøttet hendes behov for opfølgning. Hun oplever, at 8-ugers undersøgelsen er irrelevant ved egen lægen, fordi lægen ikke har læst hendes journal,	
<i>"De (egen læge) kigger, om der er flere sting tilbage, og det er det. Det var ikke meget mere end det. Hvis jeg kun havde haft min læge, så ville jeg ikke have særlig meget ro i maven over, hvordan det så ud efter. Det er kun, fordi at jeg har haft fysioterapeuten, som kunne fortælle, at det er et rigtig godt resultat, og at det ser rigtig fint ud med ens knibeøvelser og alt sådan noget. Det testede min egen læge ikke." (Katrine).</i>	Kvinden har behov for at få bekræftet, at alt ser normalt ud efter hendes fødsel. Dette behov imødekommes ikke hos egen læge til otte-ugers undersøgelsen, da lægen udelukkende har fokus på, om der er sting tilbage, og derfor føler hun ikke, at det er en fyldestgørende vurdering efter forløbet. Fysioterapeuten vurderede fagligt ift. knibefunktion og resultat. Kvinden ville derfor ikke have haft ro i maven, hvis ikke hun havde været ved fysioterapeuten.	
<i>"[...] Jeg havde regnet med, at man ville kunne se det (bristningen), så jeg var helt bange (haha) for at kigge. Alt hvad der havde med ja den nedre del at gøre, ville man ikke kigge på eller kendes ved. Det er jo en del af ens krop, som man er nødt til at face den på et eller andet tidspunkt. Det gjorde jeg faktisk også, men det var først da jeg kom hos fysioterapeuten." (Dorthe).</i>	Kvinden oplever at det først er ved fysioterapeuten, hun føler sig tryk nok til at se på sin krop. Hun har ikke før opstarten følt sig understøttet i at lære sin nye krop at kende.	
<i>"[...] grænseoverskridende at kigge i</i>	Kvinden oplever at havde brug	Undertema 3: Tabu og skam står i vejen for at møde kvindernes behov om at dele deres oplevelse.

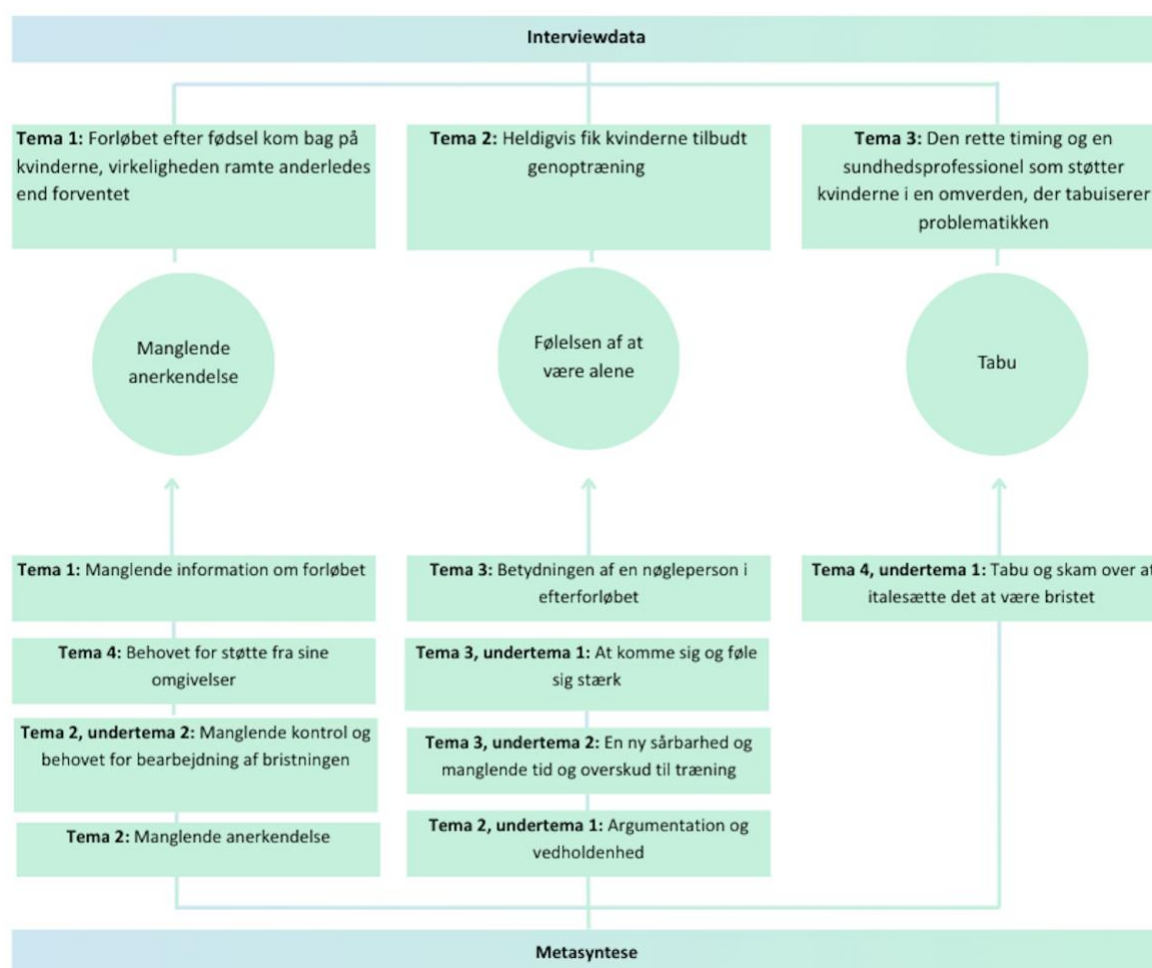
et spejl, og at det kunne man gøre sammen (med fysioterapeuten) og ikke herhjemme med min kæreste. Det var rart, at det kunne adskilles og ikke være en "hjemmeting". At det var noget, jeg kunne gøre med en professionel, der ikke havde følelser i det. Det (at se underlivet i et spejl) havde jeg ikke lyst til at dele med min partner. Det var rart at få et fagligt perspektiv på, om det var helt frygteligt eller normalt [...]. Jeg synes faktisk, det er et stort ansvar (at tjekke sit eget underliv) at stå med, selv efter sådan en bristning." (Malene)	for en professionel og et fagligt perspektiv på helingen i forhold til bristningen. Dette fordi, at hun oplever det er et stort ansvar at stå alene med og er ikke tryk ved at gøre det sammen med kæresten.	
"Jeg synes ikke, at jeg har mødt nogle tabuer, men vi har snakket meget om det i mødregruppen om det her med sex generelt, der har det været en stor overraskelse for os alle, også dem der ikke er bristet, har faktisk heller ikke haft sex efter. Det er først her 4,5 mdr. efter børnene er kommet til verden, at det begynder at ske lidt oftere. Det tror jeg godt man kunne sætte mere fokus på. Jeg tror, der er mange, som har en forventning om, at det er normalt forholdsvis hurtigt efter." (Henriette).	Kvinden oplever ikke at møde tabuer omkring bristningen. Alligevel ønskes mere åbenhed omkring seksualitet efter fødslen uden for mødregruppen. Hun oplever, at der tales om det i mødregruppen.	
"Og så det her med, at en fjerde grads bristning, kun er 1 % der får det, så jeg har ikke nogle i min omgangskreds, som jeg har kunne sparre med, hvordan det lige er. Så det her med at komme ind til fysioterapeuten og få det normaliseret lidt, og få at vide at: "Det er ok, der hvor du er nu, det er her du skal være, og du skal nok komme på den anden side". For den kunne nok selv være svær at finde, når man ikke har hørt om andre. Jeg har jo kun hørt om første og anden grads, og så kommer man helt op i det dobbelte, det er meget voldsomt. Så fysioterapeuten har hjulpet med at psyken kom godt på plads igen." (Birgitte)	Kvinden oplever at have et behov for nogen at tale med, og få at vide det hele er okay, og der er ikke nogen i omgangskredsen. Kvinden oplever, at genoptræningen bidrager med en tillid til, at alt nok skal blive godt igen. Det har hjulpet hende psykisk.	

<i>“Ja det blev det jo så. Ikke fordi man er tvunget til at tale om det, men fordi det var rart, at man kunne tale om det i et rum, hvor man følte, man ikke blev dømt, eller at man bliver kigget mærkeligt på, eller at der ikke er noget af det vi talte om, der var et tabu, når vi sad derinde (ved fysioterapeuten). Som man kan føle det er, når man træder ud af rummet igen. At man ikke lige har lyst til at tale om, hvordan det er for eksempel man ikke kan styre sin vandladning eller hvordan man kommer til at føle, at man nogle gange kan føle sig som en lille baby.” (Dorthe).</i>	Kvinden oplever et behov for at tale om sine komplikationer efter bristningen, i et rum, hvor det er muligt at tale frit uden at føle sig bedømt eller tabuiseret. Dette oplever hun understøttes ved fysioterapeuten. Kvinden oplever ikke den samme fortrolighed uden for rummet, og hun har derfor ikke lyst til at tale om de svære ting, som ikke at kunne styre vandladningen og føle sig lille.	
<i>“Fysioterapeuten er meget lige på og taler meget om det, som det er. Inde på gynækologisk spørger hun (Lægen) også ind til en masse ting, men der oplever jeg, at det var svært at tale med hende lægen om samleje – det var sjovt at mærke, at hendes (Lægens) grænse gik der, for det var tydeligt, at hun havde svært ved det.” (Malene).</i>	Behovet for at tale om det seksuelle imødekommes for denne kvinde i genoptræningen. Det imødekommes ikke hos lægen på gynækologisk afdeling som havde svært ved at tale med hende om det.	
<i>“[...] sammen med to af mine (...) veninder sad vi og talte om det (bristninger), og de har ikke børn. Det var lige med at formulere det på en måde, hvor de så ikke vil blive skræmt væk (det at være bristet). Fordi det var ikke rigtig meningen, Men der spurgte de om forløbet og sådan noget, hvor jeg forklarede dem, at det gik altså okay, [...]” (Dorthe).</i>	Kvinden deler viden om bristninger med sine veninder, ved at gengive sin egen fødselsberetning. Kvinden italesætter, at hun er opmærksom på ikke at skræmme sine veninder med den traumatiske oplevelse, hvilket kunne vidne om tabuiseringen, idet hun selekterer, hvad hun deler.	
<i>“Ja, jeg har gjort utrolig meget for at tale meget åbent om det. Også i forhold til mine veninder, fordi jeg havde brug for at snakke om det. Det ved jeg, det hjælper. Men også overfor de veninder, der ikke har født, ville jeg ønske, at jeg selv havde vidst, at det var noget, der kunne ske. Så jeg har virkelig gjort, hvad jeg kunne, for ikke at lægge skjul på noget.” (Birgitte).</i>	Kvinden oplever et behov for at italesætte bristninger og de komplikationer, hun oplever. Dels for at forberede andre på de mulige scenarier, som ikke hun selv var bekendt med, men i lige så høj grad også for at aftabuisere emnet.	

8.3 Kritisk fortolkning og diskussion

Fundene fra *metasyntesen* og *strukturanalysen* identificerer tre overordnede hovedpointer, som i nedenstående afsnit vil blive præsenteret i en *kritisk fortolkning* og *diskussion* med afsæt i relevant teori samt videnskabelige studier. De tre hovedpointer er *manglende anerkendelse*, *følelsen af at være alene* samt *tabu*. I nedenstående figur 7 fremstilles, hvordan temaerne i *metasyntesen* og de individuelle interviews supplerer hinanden.

Figur 7: Illustration over temaer fra de individuelle interviews og metasyntesen.



8.3.1 Manglende anerkendelse

Et centralt fund i både *strukturanalysen* og i *metasyntesen* er, at kvinderne oplever manglende anerkendelse fra de sundhedsprofessionelle i genoptræningen i efterforløbet. Med afsæt i sociologen Aaron Antonovsky *salutogenetiske tilgang*, vil fundene blive *kritisk fortolket* og *diskuteret*. Ifølge Antonovsky afhænger menneskets oplevelse og håndtering af belastninger af tre kernekomponenter:

begribelighed, meningsfuldhed og håndterbarhed. Tilsammen udgør dette *oplevelsen af sammenhæng (OAS)*, som har indflydelse på, hvorvidt individet formår at forholde sig til egen sundhed og dermed takle og modstå sygdom (Antonovsky, 2000).

Information om efterforløbet og selve bristningen kan føre til, at kvinderne oplever at *begribeligheden* øges i situationen. Information kan ikke stå alene, idet kvinderne oplever at anerkendelse og støtte fra en sundhedsprofessionel, er en faktor af betydning. Dette underbygges i de individuelle interviews samt i *metasyntesen*, hvor kvinderne oplever at information om efterforløbet og selve bristningen er essentiel. Ifølge Antonovsky henviser *begribelighed* til hvordan mennesket opfatter stimuli, de konfronteres med, relateret til om de er kognitivt forståelige, strukturerede og sammenhængende (Antonovsky, 2000). Hvis kvinderne oplever utilstrækkelig information på hospitalet, kan det medføre at de føler sig fortabte og oplever uvished i hvornår og hvordan hjælp skal opsøges (Johannesson et al. 2022; Tjernström et al. 2024; Lindqvist et al. 2019; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). Såfremt kvinderne får tilstrækkelig information, antages det, at kvinderne oplever en større *begribelighed*. Ifølge Antonovsky vil jo større forståelse mennesker opnår omkring egen situation, føre til større *begribelighed*. Dette underbygges både i *metasyntesen* og i interviewene, hvor fraværet af forståelse for egen situation, på grund af manglende information, kan føre til lav *begribelighed*. I interviewdata ses det, at kvinderne forud for opstarten af genoptræningen modtager informationer om efterforløbet, men at det skriftlige materiale ikke stemmer overens med hvad de møder. I materialet angives, at forløbet indeholder gruppesessioner, men i mødet med fysioterapeuten, er det udelukkende individuelle forløb. Utilstrækkelig information kan give anledning til forvirring for kvinderne, hvilket kan svække deres *begribelighed* grundet uoverensstemmelse mellem den udleverede information og selve forløbet. I interviewene ses det, at kvinderne først oplever støtte og anerkendelse i mødet med en sundhedsprofessionel ved opstart af genoptræningen, hvilket understøtter deres behov. Dette belyser, en oplevelse af at information ikke er tilstrækkelig, og skal gives i kombination med en sundhedsprofessionel, som møder og anerkender kvinderne. Dette underbygges med studiet af Johannesson et al. (2022), hvor kvinderne giver udtryk for at mangle viden om hvordan de skal forholde sig efter udskrivelsen. Det kan på den ene side ses som et udtryk for utilstrækkelig information eller som et udtryk for, et øget behov for støtte og anerkendelse i efterforløbet. Information der står alene, er både for kvinderne i interviewene og i *metasyntesen* ikke tilstrækkelig, idet de står alene uden en sundhedsprofessionel til at sikre opfølgning. Dette medfører, at kvinderne står tilbage med en lav *begribelighed*, hvilket kan føre til at de ikke kan se en sammenhæng i genoptræningen i efterforløbet. For kvinderne i interviewene fører dette til, at de ikke forstår egen situation, i det tidsrum mellem udskrivelse fra hospitalet og til opstart af genoptræning,

hvor de møder en sundhedsprofessionel. Udover at information ikke kan stå alene oplever kvinderne, at tidspunktet for hvornår information om bristningen gives af de sundhedsprofessionelle, har betydning for om det understøtter deres behov. Kvinderne oplever kaos og bekymring i den første tid, hvorfor de oplever det udfordrende at forstå informationen om bristningen og forløbet. Ved at kvinderne ved udskrivelsen kun får udleveret skriftlig information, kan det føre til en oplevelse af lav *begribelighed*, da situationen er sårbar. Der opstår en etisk refleksion i, om det er acceptabelt at sende kvinder hjem med en pjece, i en situation hvor de i forvejen oplever sårbarhed. Et bidrag til diskussionen kan derfor være, om denne tilgang er respektfuld over for kvinder, idet de oplever ikke at få tilstrækkeligt med ressourcer med hjem til at kunne håndtere situationen. At kvinderne udover information, bliver støttet og anerkendt i efterforløbet, vil styrke deres *begribelighed*.

Genoptræningen i efterforløbet giver kvinderne en oplevelse af, at kunne håndtere situationen ved at give dem *ressourcer* til deres aktuelle situation. Ifølge Antonovsky henviser *håndterbarheden* til oplevelsen af, om *ressourcer* er til rådighed og om de er tilstrækkelige til de krav der stilles, på baggrund af stimuli individet stilles overfor (Antonovsky, 2000). Fundene fra *metasyntesen* viser, at ikke alle kvinder oplever at have adgang til de rette *ressourcer* i efterforløbet. Kvinderne oplever, at de selv skal opsøge sundhedsydelse gennem vedholdenhed og argumentation (Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2019; Lindqvist et al. 2018). Systemet forventer, at kvinderne skal besidde *ressourcer* til selv at være opsøgende, hvilket paradoksalt nok er ressourcekrævende. Det ses problematisk, at kvinderne selv skal være opsøgende for at få tilbudt de rette sundhedsydelser. Dette fordi fundene indikerer, at det kræver mange *ressourcer* selv at skulle opsøge dem. Ligeledes underbygger dette problematikken i, at ikke alle kvinder har samme *ressourcer* i samfundet. Problematikken opstår, i det der stilles for høje krav til dem, hvilket påvirker *håndterbarheden* af situationen, når de kommer hjem. I problemanalysens afsnit 3.3.1 *Social ulighed som determinant for sundhed* ses det, at personer med lavere *socioøkonomisk status*, kan have sværere ved at forstå den information der gives (Kjeld et al., 2022). Dette kan føre til en lav *håndterbarhed*, idet de ikke besidder tilstrækkelige *ressourcer*. Ulighed i sundhed kan forøges, idet nogle kvinder har bedre *ressourcer* til at forstå information og selv opsøge den. I de individuelle interviews oplever kvinderne at blive tilbudt genoptræning, hvilket gør at de ikke selv skal være vedholdende og argumenterende. Dog skal kvinderne i en større dansk Kommune, selv kunne være i stand til at navigere i det tværsektorielle forløb. På den ene side kan det mindske *uligheden*, at alle får tilbudt genoptræningen i efterforløbet, idet det øger kvindernes *håndterbarhed*, at der ikke stilles krav til, at de selv skal opsøge genoptræningen. På den anden side kan det øge uligheden i sundhed, at kvinderne selv skal have overblikket over andre dele af efterforløbet.

Idet de sundhedsprofessionelle fokuserer på at støtte kvinderne i deres aktuelle situation, kan det føre til at kontrollen genvindes og dermed større *meningsfuldhed* i genoptræningen. Ifølge Antonovsky henviser *meningsfuldhed* til menneskets oplevelse af de krav og problemer som tilværelsen medfører og relateres til, om det opleves værdifuldt at engagere sig i (Antonovsky, 2000). I afsnit 3.5 *Funktionsevne* set ud fra den *biopsykosociale model* tydeliggøres det, at bristninger påvirker kvinderne både *fysisk, psykisk og socialt*. Dette ses ligeledes i studierne fra *metasyntesen*, hvor kvinderne bliver støttet i behov de selv oplever som meningsfulde, for at styrke forudsætningerne for livet efterfølgende. I *metasyntesen* fremkommer det, at støtte fører til en oplevelse af mindsket smerte, for at kunne acceptere sin egen krop samt en oplevelse af bedring (Johannesson et al. 2022; Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). Anerkendelsen fra de sundhedsprofessionelle kan lede til, at kvindernes forudsætninger for efterforløbet styrkes. Dette afspejles ligeledes i fundene i interviewene, idet kvinderne oplever at have ubesvarede spørgsmål, som bliver imødekommet i genoptræningen. Kvinderne i interviewene oplever desuden et behov for at videregive den information, de har tilegnet sig i genoptræningen, til eget netværk. Dette underbygges i studiet af Skinner et al. (2018) hvor resultaterne belyser, at kvinderne oplever et behov for at dele viden med andre kvinder relateret til deres ændrede kropsbillede og udfordrede parforhold. I studiet af Lindqvist et al. (2019) belyser resultaterne at det styrker forholdet til partneren, når byrden deles. Kvinderne i interviewene oplever forud for genoptræningen ikke, at deres behov understøttes, hvilket kan svække deres oplevelse af *meningsfuldhed*. I genoptræningen oplever kvinderne at få tilegnet sig viden, som understøtter deres behov. Kvinderne oplever at ville videregive denne information til andre kvinder i deres eget netværk. Dette kan vidne om en *meningsfuldhed* for kvinderne, omvendt kan det også kan anskues som en ekstra byrde, de tillægger dem selv, i en i forvejen sårbar situation. Dette behov for at videregive viden, kan der rettes kritisk opmærksomhed mod. På den ene side kan videregivelsen ses som en omsorgsfuld tanke for andre i samme situation, på denne anden side kan det være et dække over en generel mangel på viden om kvinders sundhed, der uden videre accepteres som eget ansvar. Eftersom kvinderne videregiver information, kan dette vidne om samfundsstrukturer der fastholder kvinderne i at information om egen krop, er deres eget ansvar. Dette kan skyldes, at samfundsnormer medvirker til, at ansvaret overlades til kvinden selv. Det kan dog belyses, at en *utilsigtet konsekvens* af samfundsstrukturen ikke alene overlader ansvaret for egen sundhed, men samtidig bebyrder hende med ansvaret for andres sundhed. I den i forvejen nye og usikre rolle som mor, er dette ikke hensigtsmæssigt. Dette ses i overensstemmelse med studiet af Moore et al. (2016) som viser, at kvinder som pådrager sig en bristning af grad tre eller fire, kan opleve bekymringer relateret til at føle sig som en dårlig mor. Derved bliver det forståeligt, at information

alene ikke er nok, men at kvinderne skal mødes i et genoptræningen i efterforløbet, hvor behovet ses og understøttes.

Oplevelsen af sammenhæng for kvinderne ses som en forudsætning for at kunne håndtere efterforløbet, idet bristninger medføre komplikationer, der derudover også kan have følgevirkninger for både børnene og familien. Dette underbygges i problemanalysen i afsnit 3.3 *samfundsmæssige konsekvenser ved bristninger*, hvor det i studiet af Molyneux et al. (2024) fremgår, at kvinder der brister af grad tre eller fire under fødslen, kan udvise tegn på PTSD, hvilket kan påvirke forældreopgaven negativt. En *oplevelse af sammenhæng* for kvinderne, fører til bedre forudsætninger for at kunne håndtere genoptræningen i efterforløbet. Faktorer kvinderne tillægger af betydning er at blive mødt af de sundhedsprofessionelle med støtte og anerkendelse, samt at tilegne sig viden om bristningen i forløbet.

8.3.2 Følelse af at være alene

Et andet centralt fund i *strukturen* og *metasyntesen* er, at mødet med en sundhedsprofessionel skaber tillid og tryghed. En betydelig faktor for kvinderne er, at ansvaret deles med en sundhedsprofessionel i genoptræningen, idet de oplever ikke at stå alene. En *kritisk fortolkning og diskussion* af fundene vil derfor tage afsæt i sygeplejeforsker Brendan McCormacks begreb om *personcentrering*. Begrebet *personcentrering* omhandler en tilgang med fokus på respektfuld og meningsfuld relationsdannelse mellem den sundhedsprofessionelle, pårørende og patienten (McCormack et al., 2017).

En *personcentreret* tilgang er en betydende faktor i bestræbelsen på, at kvinderne oplever, at den sundhedsprofessionelle understøtter deres behov. I *metasyntesen* angives det af kvinderne, at en nøgleperson som anerkender, lytter og støtter dem, er essentiel (Johannesson et al. 2022; Tjernström et al. 2024; Lindqvist et al. 2019; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). Herved kan fundene i *metasyntesen* indikere, at kvinderne efterspørger en nøgleperson, der møder dem med en mere *personcentreret* tilgang i hele forløbet. Komplexiteten kan opstå i at reagere autentisk og meningsfuldt på respondentens svar, når der spørges ind til individets ønsker og behov. Dette udgør en medfølelse relation, hvor værdier, præferencer samt valg anerkendes (Dewing & McCormack, 2017). Kvinderne i *metasyntesen* oplever, at de selv skal opsøge sundhedsydelserne (Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2019; Lindqvist et al. 2018). Dette kunne vidne om, at deres symptomer og gener ikke bliver taget alvorligt af de sundhedsprofessionelle. Trods de sundhedsprofessionelle kan have en intention om at arbejde *personcentreret*, belyser fundene, at kvinderne ikke oplever dette i mødet. I interviewene ses det ligeledes, at kvinderne oplever

manglende støtte efter udskrivelsen på hospitalet, og forinden opstart af genoptræningen. Dette leder til en stor ansvarsfølelse samt at stå alene med den. Dette underbygges i studiet Williams et al. (2005) hvor resultaterne ligeledes viser, at kvinderne oplever social isolation. Dette fordi de mangler støtte fra sundhedsprofessionelle og familiemedlemmer. Ovenstående kan vidne om at kvindernes behov ikke understøttes efter udskrivelsen, hvoraf der opstår en naiv forståelse af *personcentrering*. Ifølge McCormack kan der opstå en forenkling af begrebet, som kan føre til en *utilsigtet konsekvens*. Dette fordi der tilskyndes en *naiv forståelse* af begrebet, som medføre en begrænsning af dets potentiale (Dewing & McCormack, 2017).

En sundhedsprofessionel, som arbejder ud fra en *personcentreret* tilgang, kan ikke arbejde ud fra dette alene, hvis der i organisationen ikke er en kultur, der understøtter denne. Ifølge McCormacks tilgang, kræves en balance mellem den sundhedsprofessionelle faglige og personlige viden for at opnå *personcentrering* (McCormack et al., 2017). Interviewdata belyser, at fysioterapeuten arbejder ud fra en *personcentreret* tilgang, idet kvinderne oplever, at de bliver mødt og der skabes et trygt rum. Dog kan der være tale om, at det kan være svært for fysioterapeuten at opretholde denne balance, idet kvinderne i mødet ikke forinden har fået understøttet deres behov. Dette kan ses som et ustabil fundament, at én enkelt sundhedsprofessionel skal stå med dette ansvar i hele forløbet. I *metasyntesen* kan det vidne om, at kvinderne efterspørger en nøgleperson, da de oplever at skulle være vedholdende og argumenterede for at få adgang til sundhedsydelserne. På den ene side kan det dermed fremstå *naivt* hvis kun én sundhedsprofessionel arbejder ud fra tilgangen, på den anden side kan det også fremstå *naivt* eller ses som et fravær af den *personcentrerede* tilgang, hvis kvinderne skal være vedholdende og argumenterede for at få adgang til de rette sundhedsydelser. For at belyse de sundhedsprofessionelles tilgang, bringes et teoretisk studie af Jeffrey et al. (2016) ind i diskussionen. Dette for at nuancere, at balancen kan blive svær at opretholde, hvis ikke de sundhedsprofessionelle arbejder ud fra samme tilgang. I studiet af Jeffrey et al. (2016) fremhæver begrebet *empati* og sammenholder dette med begreberne *medfølelse* og *sympati*. Begreberne har mange definitioner, men deler elementer af *personcentrering*. En *sympatisk* tilgang betegner en generel medfølelse, hvor den *medfølelse* tilgang er en dyb bevidsthed om en andens lidelse (Jeffrey, 2016). Fundene i interviewene indikerer, at der kan være tilfælde, hvor fysioterapeuten arbejder ud fra en *sympatisk* tilgang. Dette fordi kvinderne oplever at der skabes et trygt og anerkende rum i genoptræningen, hvor de taler om problematikker, som de ikke deler med eget netværk. Ifølge Jeffrey et al. (2016) kan denne balance opnås, idet den sundhedsprofessionelle tilegner sig færdigheden gennem læring. Det er væsentligt at en *personcentreret* tilgang, ikke ses som en isoleret del af plejen, men derimod inkorporeres i alle led i organisationen. I udarbejdelsen af sundhedspolitik, er det ikke tilstrækkeligt at

antage, at de sundhedsprofessionelle skal være *personcentrerede*, uden en ændring af kulturen (Dewing & McCormack, 2017). Dette perspektiv åbner op for, at den sundhedsprofessionelle ikke blot kan arbejde ud fra en *personcentreret tilgang*, hvis ikke organisationens kultur understøtter denne.

Der ses et behov for at de sundhedsprofessionelle arbejder ud fra en *personcentreret tilgang* i hele efterforløbet, idet kvinderne oplever det betydningsfuldt at dele ansvaret. En sundhedsprofessionel, som møder kvinderne, er en faktor af betydning, hvilket belyser en mere helhedsorienteret tilgang. Det ses essentielt at forstå, at ansvaret for en *personcentreret tilgang*, ikke kun kan pålægges én sundhedsprofessionel, men at organisationen skal understøtte det.

8.3.3 Tabu

Et centralt fund i *metasyntesen* og *strukturanalysen* er, at pådragelse af en bristning er forbundet med *tabu*. Kvinderne i interviewene oplever en *tabuisering* uden for genoptræningen. Dette understøttes i *metasyntesens* fund, som peger på at kvinderne oplever det udfordrende, at italesætte deres komplikationer med venner og familie. (Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). I interviewene belyses det yderligere, at kvinderne oplever taknemmelighed for genoptræningen, men samtidig en uretfærdigheds- og solidaritetsfølelse overfor de kvinder, der ikke får samme mulighed. Kvindesygdomme er historisk set nedprioriteret og underbelyst inden for forskning (Villadsen & Dahl, 2025). En overvejelse kan derfor være, om kvindernes taknemmelighed afspejler en accept af en historisk tendens, hvor kvinder nedprioriteres i forskning. Der kan vidne om, at kvinderne indordner sig, og samtidig accepterer, at emnet er *tabuiseret*.

Kvinderne oplever emnet som *tabuiseret* i deres omgivelser, samt i det omkringliggende samfund. Derved vil en isoleret indsats omkring *aftabuisering* fra sundhedspersonalet findes utilstrækkelig. Til at diskutere denne påstand inddrages Dahlgren og Whiteheads model "*The main determinants of health*". Modellen er struktureret i lag, som viser hvordan sundhed påvirkes af *determinanter*, og består af det yderste lag: *generelle socioøkonomiske, miljømæssige og kulturelle determinanter*, det midterste lag: *sociale og lokale netværk* samt det inderste lag som udgør *individuelle livsstilsfaktorer* (Dahlgren & Whitehead, 1991). Det ses essentielt at belyse, at *tabu* er *determineret* af årsager på alle niveauer. Disse vil fremadrettet benævnes det *samfundsmæssige, sociale og individuelle* niveau. Et bidrag til diskussionen kan være, at kvinderne oplever, at grundet *tabuisering* er bristninger ikke noget, der tales om generelt. Dette underbygges i interviewene, hvor kvinderne oplever et behov for at tale åbent om bristningen, i håb om *aftabuisering*. Der ses i studiet af Lindqvist et al. (2018) fra *metasyntesen*, at nogle kvinder oplever at skjule deres eget *psykiske helbred* for omgivelserne. Hvorvidt dette er et udtryk for samme bagvedliggende *tabuisering* af emnet, som spores i de

individuelle interview, kan diskuteres. Dog ses der i fundene fra *metasyntesen* og i interviewene en tendens til, at kvinderne tilbageholder oplevelser. Dette understreger behovet for en omstrukturering af genoptræningen i efterforløbet for kvinder, der har pådraget sig en bristning. Diskussionen trækker linjerne op i forhold til, hvor en omstrukturering bør finde sted.

Fundene belyser at kvinderne oplever det tabuiseret, hvorfor de skjuler deres komplikationer for omgivelserne samt oplever et behov for aftabuisering af emnet. Dette kan relateres til Dahlgren og Whiteheads model, hvor det *samfundsmæssige niveau* har indflydelse på, hvordan kvinderne oplever at kunne tale om emnet. Kvinderne oplever desuden, at det kan være svært at dele emnet i sociale relationer. Ud fra *Dahlgren og Whiteheads model*, kan det relateres til det *sociale niveau*. Den manglende åbenhed om emnet kan føre til, at kvinderne oplever at have et for stort ansvar for egen sundhed i efterforløbet. I et tværsnitstudie fra Tyskland undersøges de langsigtede komplikationer af en tredje- og fjerde grads bristning, relateret til livskvaliteten og bækkenbundsfunktioner. Resultaterne viser en høj forekomst af komplikationer efter bristninger, hvilket har indflydelse på livskvaliteten. Ydermere belyses det, at *bristninger* er *tabuiseret*, idet ingen af kvinderne taler med egen læge om de komplikationer de har og står derfor alene med ansvaret (Schütze et al., 2021). Herved tydeliggøres vigtigheden af, at kvinderne anerkendes for de komplikationer, de oplever, idet det har indflydelse på, om de fortæller om dem. Ved at undlade at fortælle en sundhedsprofessionel om komplikationerne, kan livskvaliteten påvirkes negativt. Fundene fra interviewene belyser, at nogle af kvinderne oplever, at otte-ugers undersøgelsen ikke understøtter deres behov, idet lægen primært fokuserer på syningerne. Dette kan indikere en større *biomedicinsk tilgang*, hvortil flere kvinder giver udtryk for, at de finder otte-ugers undersøgelsen irrelevant. Dog viser interviewene, at kvinderne oplever, at de sundhedsprofessionelle, herunder fysioterapeuten samt jordemødre, understøtter deres behov i efterforløbet, ved at der skabes et trygt rum. Der kan derfor være tale om, at emnet aftabuiseres i dele af efterforløbet, hvilket er faktorer af betydning. *Tabuisering* kan påvirke, at kvinderne ikke deler deres aktuelle komplikationer, hvilket ses i fundene både i artiklerne fra *metasyntesen* og i interviewene. Dette vidner om, at *tabu* er *determineret* af årsager på det *samfundsmæssige niveau*. *Tabu* påvirkes af årsager på dette *niveau*, som har indflydelse på, om kvinderne deler deres komplikationer. Dette kan desuden relateres til det *sociale niveau*, da *tabu* har indflydelse på, om kvinderne kan dele deres komplikationer med andre, når *genoptræningen* afsluttes. *Metasyntesens* fund viser, at kvinderne oplever, at de sundhedsprofessionelle omtaler deres vedvarende helbredsproblemer, grundet bristning, som normalt efter fødslen (Lindqvist 2019; Tjernström et al. 2024; Huber et al. 2022; Lindqvist et al. 2018). Dette vidner om at måden de sundhedsprofessionelle omtaler komplikationerne efter fødslen kan føre til, at kvinderne ikke tør

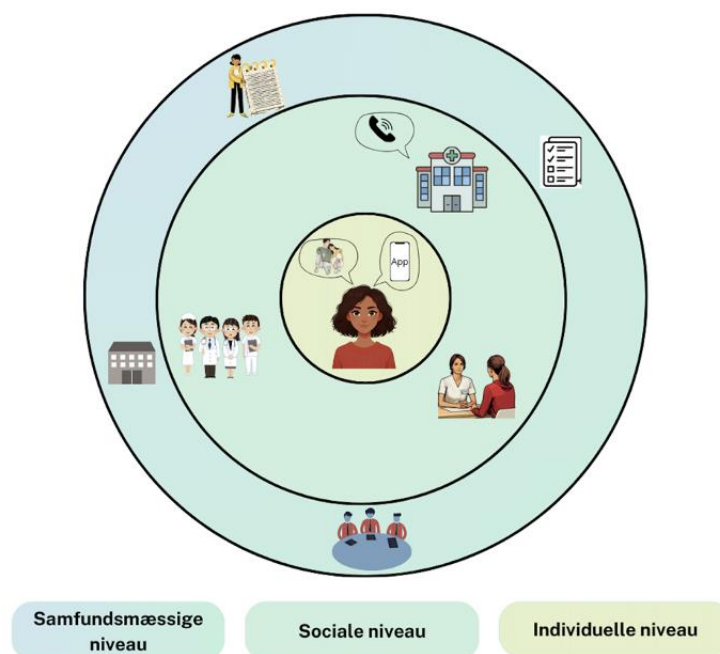
italesætte dette over for de sundhedsprofessionelle. Dette kan relateres til det *sociale niveau*. Dette underbygger, at kvinderne kan opleve, at emnet er tabuiseret, idet de ikke oplever det legitimt at dele med de sundhedsprofessionelle. Tabu er determineret af årsager på både det *samfundsmæssige* og *sociale niveau*, hvilket påvirker måden hvorpå kvinderne oplever at kunne tale om bristninger og hvordan de italesætter dette i mødet med andre. Dette kan relateres til det *individuelle niveau*.

Ovenstående belyser, at kvinderne påvirkes af flere *niveauer* i modellen, hvilket har betydning for deres oplevelse af genoptræning i efterforløbet. Ifølge *Dahlgren og Whitehead (1991)* er det relevant at tage højde for alle *niveauer* i modellen, når der arbejdes med sundhedsinterventioner, da det påvirker mulighederne for at opnå den ønskede effekt. Fundene bidrager med et forandringsperspektiv, der understøtter behovet for en strukturel ændring, fordi tabu er determineret af årsager på både det *samfundsmæssige*, *sociale* og *individuelle niveau*.

9.0 Forandringsperspektiver på indsatser i fremtiden

Fundene i specialet kan bidrage med forandringsperspektiver for kvinder, som har pådraget sig en bristning af grad tre eller fire. Når problemstillingen anskues ud fra *Dahlgren og Whiteheads model "The main determinants of health" (1991)* anskueliggøres det, at sundhedsinterventioner bør ske på alle *niveauer* for at virke efter hensigten. Nedenstående figur 8 illustrerer et overblik over hvordan perspektiverne påvirker hinanden og medvirker til at sikre helhedsorienteret efterforløb. Dette for at genoptræningen i efterforløbet tager afsæt i de faktorer, kvinderne tillægger betydning. Perspektiverne udarbejdes med henblik på både det *samfundsmæssige*, *sociale* og *individuelle niveau*, til udarbejdelsen af fremtidige *indsatser*.

Figur 8: Overblik over forandringsperspektiverne med inspiration fra *Dahlgren og Whiteheads model (1991)*.



Forandringsspektiv 1: Udarbejdelse af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen

Der bør udarbejdes klare anbefalinger som sikrer, at kvinderne bliver anerkendt og støttet i hele efterløbet. Når problemstillingen ansues ud fra Dahlgren og Whiteheads model "*The main determinants of health*" (1991), anskueliggøres det, at tabu opstår på alle *niveauer*. Udarbejdelsen af retningslinjer bør ske på det *samfundsmæssige niveau*, der kan være *determinerende* af årsager, der påvirker kvinders oplevelse af at kunne italesætte bristninger både på det *sociale* og *individuelle niveau*. Fundene identificerer et behov for en *strukturel forebyggelsesstrategi*, hvilket bør målrettes på det *samfundsmæssige niveau*. En *strukturel forebyggelsesstrategi* har til formål at få befolkningen til at ændre *sundhedsadfærd* for at forbedre sundheden og omhandler derfor statslig styring (Vallgård et al., 2016). Problemet skal dog anerkendes, før strukturelle forandringer kan ske, idet bristninger ikke italesættes i samfundet. Dette ses i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsens rapport, *Kønsrepræsentation i klinisk forskning* der underbygger, at der historisk set er en underprioritering af kvindelige sygdomme i forskning (Sundhedsstyrelsen & Lægemiddelstyrelsen, 2025). Ved at kvinders sundhed underrepræsenteres i forskning, skabes der ikke opmærksomhed på området, og dermed fastholdes emnet som et tabu. Dette understøtter behovet for at styrke befolkningens og organisationers viden om kvindesygdomme, herunder det at briste alvorligt under fødslen. For at udarbejde retningslinjer bør der forinden udarbejdes et evidensbaseret grundlag. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) har til hensigt at arbejde for at fremme kvinders sundhed samt sikre udvikling (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækolog, 2025). Det kan være relevant, at organisationen får klare retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen for at

sikre, at deres eksisterende retningslinjer lever op til en vis kvalitetsstandard. For at skabe opmærksomhed og informere politikere og beslutningstagere, bør DSOG rette fokus på dette. Når selskabet ikke lykkedes med at skabe opmærksomhed på problemet, kan der ikke skabes ændringer på det *samfundsmæssige niveau*, og emnet fastholdes som et *tabu*. Fundene i specialet viser at ansvaret tildeles den enkelte kvinde, hvis ikke der skabes *strukturelle ændringer* i form af retningslinjer. Der er ikke information og støtte at hente hos de organisationer, der kunne forventes at stille sig til rådighed, og der er ikke offentlig viden og kommunikation om emnet. Sundhedsstyrelsens opgave er at rådgive Regioner og Kommuner samt at udarbejde handleplaner, retningslinjer og anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2025). Det kan være relevant at Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger til Regioner og Kommuner, som rådgivning for, hvilke tilbud disse kvinder skal tilbydes i samfundet.

Forandringsperspektiv 2: Telefonisk kontakt til en sundhedsprofessionel

Der bør tilbydes en indsats, som omhandler muligheden for telefonisk kontakt til en sundhedsprofessionel efter udskrivelsen og forinden genoptræningen opstartes. Dette for at sikre, at der arbejdes ud fra en *personcentreret* tilgang i hele efterforløbet, så kvinderne ikke oplever at være alene. Dette kan relateres til det *sociale niveau* i *Dahlgren og Whiteheads model*. Med afsæt i modellen kan dette niveau afspejle, hvor de sundhedsprofessionelle arbejder, idet det tager afsæt i et relationelt arbejde. Ved at udarbejde en indsats på dette niveau kan kvinderne opleve ansvarsdeling, hvilket kan føre til, at de ikke står alene. Indsatsen understøtter dermed en *helhedsorienteret* tilgang, idet kvinderne kan henvende sig med mulige spørgsmål. Dette for at mindske de langsigtede negative utilsigtede konsekvenser for både kvinderne, børnene samt familierne. Et forandringsperspektiv bør derfor med rette fokusere på en indsats i den mellemliggende tid, fra udskrivelsen til genoptræning opstartes. Der kan ikke fremlægges et specifikt forandringsperspektiv på, hvilken sundhedsprofessionel der skal kontaktes. Det anbefales, at der afholdes møder med relevante *interessenter* på tværs af sektorerne. I *interventionsudvikling* kan det være essentielt at inddrage *kerneinteressenter* til at undersøge interventionens *setting*. Det kan eksempelvis være dem, som leverer interventionen (Maindal & Overgaard, 2022). Relevante *kerneinteressenter* bør være de fagprofessionelle som arbejder med kvinderne i efterforløbet, hvilket eksempelvis kan være jordemødre, praktiserende læger samt fysioterapeuter med speciale inden for gynækologisk obstetrisk fysioterapi. Det kan styrke samarbejdet på tværs af sektorerne og sikre, at der i hele efterforløbet arbejder ud fra en *personcentreret tilgang*. Denne indsats kan sikre et *helhedsorienteret forløb* for kvinderne, hvorfor dette ses essentielt.

Forandringsperspektiv 3: Udvikling af en app

Et konkret forandringsperspektiv kan være en digital platform, i form af en app, hvor kvinderne kan finde information, støtte og anerkendelse i efterforløbet. Dette kan relateres til det *individuelle niveau* i *Dahlgren og Whiteheads model*. Specialets fund belyser, at en nøgleperson er af betydning i efterforløbet, hvilket vidner om behovet for yderligere støtte og anerkendelse. En måde, hvorpå kvindernes behov er forsøgt imødekommet, ses i en eksisterende indsats i Københavns Kommune. Her er indsatsen "*Efter fødslen- krop og sundhed*" iværksat som et gratis tilbud for alle i Kommunen, som indeholder en række videoer og information (Københavns Kommune, 2024). Dog fokuserer indsatsen udelukkende på viden, men ikke nødvendigvis støtte og anerkendelse i den første tid. I et dansk kvalitativt studie af Ledderer et. al. (2024) undersøges, hvilken omsorgspraksis der finder sted i to online patient organiserede fællesskaber for kroniske patienter. Resultaterne viser, at et online forum kan imødekomme *dynamiske behov*, som ikke altid mødes af de pårørende og sundhedsvæsenet. Dette underbygges i Huber et al. 2022, hvor resultaterne viser at i de tilfælde hvor de sundhedsprofessionelle ikke griber kvinden, kan de søge støtte og inspiration i Facebook-grupper. *Online omsorg* kan dog ikke stå alene, idet det ikke udgør en erstatning for reel pleje og omsorg (Ledderer et al., 2024). Selvom Ledderer et. al. har en anden patientgruppe og kontekst, kan den være et udgangspunkt for et forandringsperspektiv, hvor et online tilbud udvikles. Herved kan tilbuddet tilpasses kvindernes behov ved at være *fleksibelt* og *geografisk uafhængigt*. Et konkret forandringsperspektiv bør derfor være en digital platform, bestående af en app, da det kan gøre informationen let tilgængelig for kvinderne. Appen kan indeholde videoer med viden og øvelser samt en chatbot, der kan svare på spørgsmål. Derudover kan appen også indeholde en kategori med "ofte stillede spørgsmål" og have et forum, hvor kvinderne kan kommunikere med hinanden. Appen kan dermed både give kvinderne information, men også give støtte og anerkendelse gennem hele efterforløbet. En overvejelse omkring målgruppen for appen, er at den også skal henvende sig til både kvindernes pårørende og partnere, hvorfor begge skal indgå i samarbejdet. *Interessentinvolvering* kan have god virkning på sundhedspolitikken og bedst understøtte deltagernes behov, ved at de får en stemme. Interessentinvolvering kan ses i et kontinuum alt efter hvor meget personer inddrages, og ved samskabelse tages der udgangspunkt i en demokratisk og dialogbaseret tilgang. Samskabelse er en høj form for interessentinvolvering, som lægger op til både partnerskab samt et ligeværdigt samarbejde, hvilket kan udgøre *co-creation* (Petersen & Andersen, 2022). Udviklingen af appen bør ske gennem samskabelse med kvinderne og partnere. Dette kan medvirke til at sikre, at indsatsen i udviklingsfasen af denne app målrettes kvindernes behov. Ved også at inddrage partnere i udviklingen af appen, kan ansvaret deles med dem i efterforløbet. Denne udvikling kan ske gennem en række workshops.

9.1 Utilsigtede konsekvenser af forandringsperspektiverne

De *utilsigtede konsekvenser* er det, der ikke forventes ved en *intervention*. Disse er komplekse, idet de kan være svære at forudse (Merton, 1936). Der bør fokuseres på at forebygge de *utilsigtede konsekvenser* for at sikre, at indsatserne får den tilsigtede virkning. I nedenstående afsnit tages der afsæt i de *utilsigtede konsekvenser*, som kan være mulige konsekvenser af forandringsperspektiverne i specialet.

9.1.1 Aftabuisering af bristninger i samfundet

Ved at anskue forandringsperspektivet ud fra *Dahlgren og Whiteheads model* (1991), så tydeliggøres det, at tabuiseringen sker på alle niveauer. Dette afspejler en indsats på det samfundsmæssige niveau. Link & Phelan anvender begreberne om *distale faktorer*, som er de samfundsmæssige strukturer, det ofte er svært at gøre noget ved, hvorimod *proksimale faktorer* er specifikke risikofaktorer, der kan påvirke sundheden direkte (Link & Phelan, 1995). Ifølge Link og Phelan (1995) er der behov for at adressere de *distale faktorer*, for at reducere ulighed på lang sigt og dermed forbedre folkesundheden. Der ses et behov for at påvirke de *distale faktorer* i samfundet med henblik på at nedbryde *tabuet*. En *utilsigtet konsekvens* kan være, at kvinderne ikke oplever, at der sker en *aftabuisering*. Dette fordi det at det tidskrævende at ændre de samfundsmæssige strukturer, fordi de ofte kan være svære at påvirke. Dette kan relateres til det *samfundsmæssige og sociale niveau* i *Dahlgren og Whiteheads model*. Der ses et behov for, at DSOG bør forske i det tabuiserede emne, for at sætte fokus på bristninger. Hvis der rettes et større fokus på at forske i emnet, bør de etiske aspekter medtænkes. Dette grundet, at en *utilsigtet konsekvens* kan være, at ved at emnet belyses i samfundet, kan kvinderne opleve at blive *stigmatiseret* med de komplikationer, bristninger medfører. Ved at kategorisere målgrupper inden for *interventionsudvikling*, kan det lede til en *stigmatisering* af målgruppen, hvis ikke der tages højde for antagelser og værdier i *kategoriseringsprocessen* (Broholm-Jørgensen & Tjørnhøj-Thomsen, 2022). En *utilsigtet konsekvens* ved, at der forskes yderligere i bristninger, kan derfor være, at der kan opstå en *stigmatisering* af kvinderne.

9.1.2 Interessentinvolvering med de sundhedsprofessionelle

Der tages afsæt i det midterste lag af *Dahlgren og Whiteheads model* (1991) til forandringsperspektivet, som skal sikre, at de sundhedsprofessionelle i hele efterforløbet arbejder ud fra en *personcentreret* tilgang. Under *interventionsudviklingen* bør der afholdes møder med de sundhedsprofessionelle, som varetager efterforløbet. En *utilsigtet konsekvens* ved *interessentinvolvering* kan være, at der opstår uoverensstemmelse i forventningerne (Petersen & Andersen, 2022). Der kan opstå den utilsigtede konsekvens, at de sundhedsprofessionelle har

forskellige forventninger til, hvem der skal varetage opgaven om den telefoniske opfølgning. En anden utilsigtet konsekvens ved interessentinvolvering kan opstå i form af manglende repræsentativitet (Petersen & Andersen, 2022). Hvis ikke de sundhedsprofessionelle, som varetager efterforløbet, deltager i de møder der afholdes, kan det føre til en utilsigtede konsekvens. Dette grundet at de sundhedsprofessionelle har forskellige indflydelsesmuligheder for hvordan indsatsen skal udvikles. Dette understreger, at de sundhedsprofessionelle alle deltager i møderne, for at sikre en *personcentreret* tilgang i hele efterforløbet.

9.1.3 App udvikling gennem samskabelse med kvinderne og deres partnere

Med afsæt i det inderste lag af Dahlgren og Whiteheads model (1991) bør et forandringsperspektiv være at udvikle en app. Udvikling af appen bør ske ved *samskabelse* med inddragelse af kvinderne og partnere. En *utilsigtet konsekvens* ved udvikling af en indsats kan opstå, idet de ressourcestærke ofte kan være de, som er mest repræsenteret, hvorfor det gør det udfordrende at involvere de borgere, som har størst behov for indsatsen (Petersen & Andersen, 2022). Hvis de ressourcestærke kvinder udelukkende deltager i *samskabelsen*, kan indsatsen muligvis kun være tilpasset dem. Den *utilsigtede konsekvens* opstår, idet det forstærker uligheden i sundheden.

Der kan desuden opstå *utilsigtede konsekvenser*, når appen er implementeret. Fundene i specialet belyser, at kvinderne oplever at stå i en sårbar situation efter fødslen. En *utilsigtet konsekvens* kan derfor opstå, hvis kvinderne ikke har overskud til aktivt selv at sætte sig ind i appen. Dette kan yderligere bidrage til, at hun kan opleve at føle sig utilstrækkelig. En anden *utilsigtet konsekvens* kan være, at kvindernes personfølsomme oplysninger kompromitteres. Dette grundet at appen indeholder en chatbot, som udvikles af *artificial intelligence* (AI). Dette kan føre til et databrud, idet uautoriserede kan få adgang (Løhde et al., 2025). Ligeledes kan der opstå en *utilsigtet konsekvens* ved, at de pårørende og partnere kan tilgå appen og herved læse, hvad kvinderne deler med hinanden. Derudover kan endnu en *utilsigtet konsekvens* ved appen være, at nogle kvinder vil fravælge tilbuddet, da de kan være udfordret på formatet grundet manglende skriftlige kompetencer eller ikke har dansk som modersmål. Dette kan skabe *ulighed i sundhed*. Der bør derfor tages afsæt i ovenstående mulige *utilsigtede konsekvenser*, under udviklingsfasen af indsatsen, for at sikre at indsatsen opnår den tilsigtede konsekvens.

10.0 Metodediskussion

I dette afsnit diskuteres de anvendte metoder i specialet bestående af en systematisk litteratursøgning samt kvalitative interviews. Først diskuteres de metodiske valg som er truffet ud fra den systematiske litteratursøgning. Herefter vil de valg, som er truffet ved den kvalitative metode, diskuteres.

10.1 Kritisk hermeneutik

Ved at anvende *kritisk hermeneutik* som videnskabsteoretisk position i specialet, er det muligt at undersøge hvordan genoptræningen i efterforløbet opleves, og hvilke faktorer kvinderne tillægger særlig betydning. Denne tilgang er været gavnlig, idet den bidrager med indsigt i kvindernes oplevelser. *Kritisk hermeneutik* udgør et *dialektisk forhold*, idet det *normative ideal* ikke kan tænkes uden at tilegne sig viden om den *sociale virkelighed* (Juul, 2012). Til besvarelse af specialets problemformulering foretages dataindsamling relateret til en systematisk litteratursøgning og individuelle interviews. Dette bidrager med indsigt i den *sociale virkelighed*, hvilket kan relateres til faktorer kvinderne tillægger betydning. På samme tid er det muligt at kritisere den *sociale virkelighed*. Dette bidrager med indsigt i det *normative ideal*, der kan relateres til at belyse forandringsperspektiver på hvor indsatsen bør revideres og udfoldes. Pedersen & Dreyers (2018) analysestrategi er inspireret af Ricouers teori. I trinnet *kritisk fortolkning og diskussion* muliggøres inddragelse af relevant teori og studier til at underbygge specialets fund. *Argumentationsdisciplinen* omhandler at overbevise gennem kritiske analyser (Juul, 2012). En styrke ved at anvende den videnskabsteoretiske position er, at teori og studier, bidrager med at underbygge specialets resultater. Det betyder dog ikke at konklusionerne er sande, objektive eller neutrale (Juul, 2012). Trods dette bidrager specialet med indsigt i hvordan kvinderne oplever genoptræning i efterforløbet samt nye perspektiver på fremtidige indsatser.

10.2 Metasyntese

Et systematisk review er en metode til at sammenfatte den forskning der findes på området (Rieper, 2013). For at vurdere styrker og svagheder ved den systematiske litteratursøgning, tages der afsæt i en tjekliste til et systematisk review. Der tages afsæt i studiet af Shea et al. (2017) som er et kritisk vurderingsredskab for systematiske review, som både er til randomiserede og ikke-randomiserede studier til sundhedsinterventioner (Shea et al. 2017). Tjeklisten til det systematiske review tages der i nedenstående udgangspunkt i, til at reflektere over styrker og svagheder.

Eksisterende viden om hvilke faktorer kvinderne tillægger betydning for genoptræningen i efterforløbet identificeres i søgningen, hvilket styrker fundene, idet problemformulering og

inklusionskriterierne ses i overensstemmelse. En fokusliste understøtter valget af databaser samt udarbejdelsen af en søgeprofil (Lund et al. 2014). Problemformuleringen samt første underspørgsmål danner udgangspunkt for den systematiske litteratursøgning, hvilket udgør grundlaget for *søgestrategien* med dertilhørende *søgetermer*. Der udarbejdes tre fokusområder som udgør fokuslisten. Første fokusområde indeholder bristninger af grad tre og fire. I de indledende søgninger identificeres synonymet "*Obstetric anal sphincter injuries*" og med forkortelsen OASIS. Dette synonym er ikke indekseret i databaserne. En styrke ved søgningen er, at der i processen sparres med en bibliotekar, grundet et begrænset omfang af synonymer for bristninger af grad tre og fire. Litteratursøgningen foretages i tre databaser: *PubMed*, *Embase* og *Cinahl*. Det kunne have styrket specialet, hvis der søges i flere databaser, da det kunne have ført til en bredere søgning. Ifølge Lund et al. (2014) er tre til fem databaser essentielt, samt en emnespecifik database. *PsycINFO* er en database der indeholder emnespecifikke tidsskrifter inden for psykologi (Lund et al. 2014). Ved brug af *PsycINFO* kunne søgningen udvides, hvilket ville brede søgning ud relateret til at identificerer studier, der belyser de psykiske aspekter yderligere. Det styrker litteratursøgningen at søgeprofilerne (se bilag 1) og kvalitetsvurderingen (se bilag 2-6) er vedhæftet, da dette sikrer *transparens* i afrapporteringen, idet andre kan gentage søgningen. En styrke ved specialet er, at to i specialegruppen uafhængigt af hinanden har læst titel/abstract. Et tredje gruppemedlem har diskuteret vurderingen, såfremt der opstod uenighed. Derudover har alle specialegruppens medlemmer læst fuld tekst for at sikre korrekt udvælgelse ud fra in- og eksklusionskriterierne.

10.2.1 JBI tjekliste

Det er en styrke for specialet, at studierne er repræsenteret ud fra vurderingen af deres kvalitet. I et teoretisk studie af Hannes et al. (2010) sammenlignes tjeklisterne: *Critical Appraisal Skills Program (CASP)*, *The Evaluation Tool for Qualitative studies (ETQS)* og *JBI* til vurdering af *validiteten* (Hannes et al., 2010). Resultaterne viser, at JBI tjeklisten har fokus på kongruens, hvorfor denne vurderes til at være den mest sammenhængende af de tre tjeklister, der undersøges (Hannes et al., 2010). De inkluderede videnskabelige studier foretages ud fra JBI tjeklisten "*Checklist for qualitative research*". Tjeklisten fra JBI består af et fokus på sammenhæng mellem metoden, metodologien og forskningsspørgsmålet. Det ses som en styrke for specialet, at kvalitetsvurderingerne foretages ud fra JBI tjeklisten, idet studiet af Hannes et al. (2010) belyser, at tjeklisten er den mest sammenhængende. En styrke ved kvalitetsvurderingerne er, at studierne præsenteres i afsnit 8.1 *Præsentation og kvalitetsvurdering af de videnskabelige studier* samt er veldokumenteret (se bilag 2-6).

10.2.2. Tematisk analysestrategi

Efter udarbejdelsen af den systematiske litteratursøgning, hvor kvalitative videnskabelige studier udvælges, anvendes Braun & Clarks (2006) tematisk analysestrategi. Formålet med at anvende denne analysestrategi er, at fremanalysere faktorer af betydning for kvinderne i genoptræningen i efterforløbet, i de videnskabelige studier. Dette er en analysestrategi inden for et kvalitativt design. Ifølge Braun & Clarke (2006) er en tematisk analysestrategi en metode til at identificere og analysere mønstre på tværs af data. En styrke ved at der i specialet er benyttet denne analysestrategi er at den er anvendelig, idet der var temaer som gik på tværs af studierne. Analysestrategien er en tilgang der er teoretisk fleksibel relateret til at identificere og analysere temaer (Braun & Clarke, 2006). Idet de videnskabelige studier er kvalitative, er en styrke ved at anvende analysestrategien, at der udarbejdes en tematisk fremstilling af fundene. Bearbejdningen af resultaterne udgør *metasyntesen*. En prioritering i specialegruppen er at sidde samlet for at fremdiskutere temaerne, hvilket er en styrke idet udvælgelsen er nuanceret med forskellige perspektiver. Et kodetræ over udvælgelsen af temaer er vedhæftet, for at tydeliggøre processen (se bilag 7).

10.3 Individuelle interviews

I det følgende afsnit diskuteres styrker og svagheder ved de kvalitative interviews på baggrund af overvejelser og valg foretaget i undersøgelsen.

10.3.1 Rekruttering

Kvinderne rekrutteres til at deltage i de individuelle interviews gennem fysioterapeuten i Kommunen, som udgør en gatekeeper. Til at rekruttere kvinderne foretages en *convenience sampling*, idet gatekeeperen skaber adgang til de kvinder som aktuelt deltager eller har deltaget i genoptræningen i den større danske Kommune. Det kan være en svaghed for rekrutteringsprocessen, at to kvinder ikke har responderet. Derudover kan en svaghed ved denne samplingsstrategi være, at tildelingen af genoptræningsplanen fra hospitalet kan være forskellig, idet tildelingen kan være et individuelt skøn. Det kan påvirke variationen i data negativt, i anvendelsen af convenience sampling, da rekrutteringen er afhængig af tid og tilgængelighed, hvorfor dette begrænser antallet af informanter. Ifølge Merriam og Tisdell (2016) er *samplingen* som er baseret på denne strategi ikke altid den mest *troværdige*. Dette kan muligvis have betydning for nuancerne af fundene. Syv informanter er det antal der inden for rammerne af dette speciale, har været muligt. Et større antal informanter kan muligvis styrke specialet. Denne styrke vil særligt kunne findes i at flere informanter ville tilføre en mere varieret socioøkonomisk status samt bidrage med nuancer til fundene.

10.3.2 Interviewguide og gennemførelse af interview

En svaghed ved gennemførelse af de individuelle interviews er, at specialegruppens medlemmer ikke er erfarne interviewere. Dette kan føre til, at der ikke stilles tilstrækkeligt med opfølgende spørgsmål. Dog ses det, at de syv kvinder åbent fortæller om deres oplevelser, hvorved de bidrager med rige beskrivelser og nuancer i data. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) beror relationen på at interviewerens er respektfuld, opmærksom samt viser interesse. Dette indikerer at de er trygge, og at spørgsmålene i interviewguiden er relevante samt bidrager til at sikre en dyb indsigt i emnet gennem kvindernes fortællinger, hvilket styrker undersøgelsens *troværdighed*. Den *semistruktureret interviewguide* er tilgængelig (se bilag 11), hvilket styrker *transparensen* i det, det muliggør at se spørgsmålene, som danner grundlaget for interviewene. En styrke ved at der vælges en *semistruktureret interviewguide* er, at det er muligt at udforske nye perspektiver, idet spørgsmålene ikke blot udgør lukkede eller åbne spørgsmål. Interviewguiden udarbejdes med afsæt i specialegruppens *forforståelse* grundet den *kritiske hermeneutiske* position. *Forforståelsen* indebærer viden fra problemanalysen samt den systematiske litteratursøgning.

10.3.3 Ethiske overvejelser

De individuelle interviews er udført med kvinder i en sårbar situation. Der tages derfor et særligt hensyn, idet interviewene foregår online eller fysisk afhængigt af kvindernes ønsker. Dette ses som en styrke ved specialet, idet der skabes mulighed for, at kvinderne kan dele deres oplevelser og erfaringer. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det essentielt at interviewpersonernes *fortrolighed beskyttes*, og samtidig er i overensstemmelse med det som interviewpersonen fortæller. Specialets fund belyser, at kvinder oplever emnet *tabubelagt*, hvorfor der kan være risiko for, at kvinderne oplever grænseoverskridelse spørgsmål, som kan have indflydelse på deres udtalelser. I kvalitativ forskning kan der komme en spænding mellem hensynet til det etiske, om ikke at krænke nogen og ønsket om at opnå en dybdegående viden (Kvale & Brinkmann, 2015). Der gøres etiske overvejelser om måden hvorpå spørgsmålene stilles, for ikke at udstille kvinderne unødigt i citaterne. Det er en styrke, at der stilles spørgsmål til emnet på en respektfuld og reflekteret måde. Derudover fik kvinderne også tilsendt information om formålet med interviewet forinden (se bilag 10). Ydermere foretages der en briefing, forinden interviewet påbegyndtes samt *debriefing* ved interviewets afslutning (se bilag 11). Nogle kvinder oplevede at blive grådlabile under interviewet. Dette blev forsøgt imødekommet i *debriefingen* ved at spørge ind til, om kvinderne oplevede det svært at tale om, samt oplevelse af interviewet.

10.3.4 Overførbarhed

Overførbarhed omhandler resultaterne i en bestemt kontekst og om de kan være værdifulde for en anden kontekst (Daniel, 2018). Det er muligt at overføre specialets fund til en anden kontekst, men dette bør ske med forsigtighed, da der er forskellige kontekster. Dette ses ved at de kvalitative interviews består af kvinder som er i ét genoptræningsforløb i en større dansk Kommune. Den skæve sampling i de kvalitative interviews kan kompromittere *overførbarheden* til andre kontekster ved, at kvinderne har en høj socioøkonomisk status. Hvorvidt det samme kunne være tilfældet i *metasyntesen* fund er uvist, da studierne ikke beskriver kvindernes socioøkonomiske position. Overførbarheden til en anden kontekst bør derfor ske med forsigtighed. Det styrker dog *overførbarheden* af specialets fortolkninger, at fundene i de individuelle interviews kan afspejle fundene i *metasyntesen*.

10.3.5 Analysestrategi

Pedersen & Dreyers (2018) *analysestrategi* er anvendt til de kvalitative interviews. Tilgangen har udgangspunkt i den *kritiske hermeneutik* og tager udgangspunkt i Ricouers *trefoldige mimesis* Pedersen & Dreyers (2018). En styrke ved at anvende denne analysestrategi er, at der skabes sammenhæng mellem analysestrategien og den *kritiske hermeneutik*. Endnu en styrke ved analysestrategi er, at der opnås en dybere indsigt i kvindernes væren og levede liv. Specialets problemformulering samt dertilhørende andet underspørgsmål understøttes derved. Fortolkningen kan være en ud af flere fortolkninger, hvorfor andre ville kunne komme frem til andre fortolkninger end dem, der præsenteres i specialet. Gennem den *kritiske fortolkning og diskussion* inddrages teori og videnskabelige studier til at underbygge specialets fortolkninger. Det styrker specialets resultater, at der er udarbejdet et kodetræ af analyseprocessen for de kvalitative interviews (se bilag 14). Ydermere er der i *strukturanalysen* medtaget citater samt fokus på, at få kvinderne ligeligt frem. Det er en styrke at analyseprocessen er foretaget af to i gruppen, hvorfor det har været muligt at diskutere *betydningsenhederne* og ud fra dette genere temaer. Ved behov er det tredje gruppemedlem blevet inddraget. Dermed har det været en styrke, at der har været flere perspektiver i processen, hvilket har bidraget med rige og nuancerede data i fundene, som har givet indsigt i fænomenet.

10.4 Overordnet vurdering af kvalitet og fund

I dette afsnit præsenteres og diskuteres vurderingen af kvaliteten og fundene i specialet. Der tages afsæt i Daniel et al. (2018) begreber om *pålidelighed (trustworthiness)*, *transparens (audiability)*, *troværdighed (credibility)* samt *overførbarhed (transferability)*. *Pålidelighed* kræver at læseren forstår, hvordan forskeren er kommet frem til fundene. *Transparens* omhandler stringens med

dataindsamling og analysen af data. *Troværdighed* kræver, at resultaterne er troværdige, kongruente og relevante (Daniel, 2018).

Pålideligheden øges ved, at der er medtaget citater i både *metasyntesen* og interviewene, hvorved det er muligt for andre at forstå, hvordan specialegruppen er kommet frem til fundene. Der ses stor *transparens* i processen, hvilket styrker *pålideligheden*, idet det er muligt for læseren at forstå hvordan specialegruppen er kommet frem til fundene. *Transparens* er i specialet øget ved at det er muligt for andre at foretage den systematiske litteratursøgning, idet den er veldokumenteret. Derudover øges *transparensen* i de kvalitative interviews ved, at dataindsamlingen og analysen er dokumenteret og velbeskrevet. Det styrker *troværdigheden* af specialets resultater, at alle specialegruppens medlemmer har været med i analyseprocessen af både de videnskabelige studier og de kvalitative interviews. Ydermere at fundene stemmer overens med specialets formål. Specialets fund er muligt at overføre til en anden kontekst, men dette bør ske med forsigtighed, da det ses at informanterne i interviewene har en høj socioøkonomisk status. Kvindernes socioøkonomiske status er dog uklar i studierne i *metasyntesen*. Dette bør der tages højde for i overførslen til en anden kontekst.

10.0 Konklusion

Specialets formål er at undersøge, hvordan kvinder som er bristet af grad tre eller fire under fødslen oplever genoptræningen i efterforløbet, samt hvilke faktorer de tillægger betydning.

Specialets videnskabsteoretiske position, *kritisk hermeneutik*, anvendes til at udforske kvindernes oplevelser af genoptræningen i efterforløbet ud fra et kritisk perspektiv. Kvinderne oplever at have komplikationer grundet bristningen. Disse påvirker dem både *fysisk*, *psykisk* og *socialt*. Til at undersøge dette anvendes syv semistrukturerede, individuelle interviews samt en systematisk litteratursøgning af eksisterende videnskabelige studier. Det kan konkluderes, at genoptræningen synes at understøtte kvindernes behov, både *fysisk*, *psykisk* og *socialt*, når de møder en sundhedsprofessionel, som støtter og anerkender dem. Dertil er det betydningsfuldt, at kvinderne oplever at få fyldestgørende information om forløbet samt at de oplever at tilegne sig viden om bristningen gennem hele efterforløbet. Dette er faktorer, som kvinderne tillægger betydning for at undgå at opleve manglende anerkendelse, ikke føle sig alene og at emnet ikke forbliver tabubelagt. Undersøgelsens fund understreger vigtigheden af, at kvinderne tilbydes en helhedsorienteret indsats for at styrke deres forudsætninger for livet efterfølgende, idet komplikationerne kan have langvarige konsekvenser for kvinderne, men også for børnene og familien. Tabuet om bristninger er determineret af årsager på både det samfundsmæssige, det sociale og det individuelle niveau, hvilket påvirker kvindernes sundhed. Fundene er mulige at overføre til en anden kontekst. Dette bør dog ske med forsigtighed, da kvinderne i de individuelle interviews har en høj socioøkonomisk status.

På baggrund af specialets fund udarbejdes der forandringsperspektiver, som bør tage udgangspunkt i det samfundsmæssige, sociale og individuelle niveau. Det anbefales, at der foretages strukturelle forandringer, idet bristninger er et tabubelagt emne. Der bør fra Sundhedsstyrelsen udarbejdes anbefalinger, for at sikre sammenhængende forløb fra udskrivelsen og til genoptræningen er afsluttet. For at sikre sammenhæng bør der skabes en *personcentreret* tilgang i hele efterforløbet, hvilket kan imødekommes ved en indsats bestående af eksempelvis en telefonisk kontakt til en sundhedsprofessionel. Ydermere bør der udvikles et digitalt tilbud til kvinderne, i form af en app, som kan medvirke til at give støtte, anerkendelse og bidrage med information, dialog og fællesskab med andre i samme situation. Dette speciale bidrager med en syntetiseret, nuanceret og ny viden indenfor emnet, hvor der er begrænset forskning. Yderligere forskning om disse kvinders langtidsprognose er væsentlig for en mere sikker og kvalificeret viden, relateret til at imødekomme denne gruppes behov og udfordringer. Derudover anbefales det, at forandringsperspektiverne kvalificeres og undersøges yderligere, inden de udvikles og implementeres i praksis.

11.0 Referenceliste

Aggerbeck, A. (2014, maj). *Find dig ikke i fødselsskader*. Sygeforsikring.dk.

<https://www.sygeforsikring.dk/nyt-sundt/find-dig-ikke-i-foedselsskader>

Antonovsky, Aaron. (2000). *Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzel.

Bach, D. (2025). *Bristning under fødslen*. Babyinstituttet. <https://www.babyinstituttet.dk/bristning-under-fodslen>

Bonde, B., Ekman, S., & Hansen, U. D. (2019). Kapitel 25: Bækkenbund og seksualitet. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl (Red.), *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. (1. udgave., s. 561–576). Munksgaard.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Broholm-Jørgensen, M., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2022). Kapitel 14: Ethiske overvejelser og utilsigtede konsekvenser i interventionsforskning. I K. S. Petersen, H. T. Maindal, L. Ledderer, & C. Overgaard (Red.), *Komplekse interventioner: Udvikling, test, evaluering og implementering* (1. udgave., s. 245–266). Aalborg Universitetsforlag.

Christensen, L. K. T., & Schwennesen, N. (2021). Kapitel 17: Hermeneutik: Filosofi, analyse og metode. I M. Toft (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (6. udgave, s. 418–441). Munksgaard.

Christiansen, A. G., Colding, P., Elers, J., Gommessen, D., Jangö, H., Kindberg, S., Leenskjold, S., Lund, N. S., Persson, L. G., Rasmussen, O. B., Skorstensgaard, M., & Westergaard, H. B. (2015). *Forebyggelse af sphincterruptur* (s. 1–48). Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG).
<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5da0b5629f4bfb090>

0f0ff76/1570813315762/Forebyggelse+af+sphincterruptur+-
+version1+%28inkl.+fotoophav%29.pdf

Cueto, H. T., Pernille Fjordside, I., Charlotte Brix, A., & Lene Friis, Eskildsen. (2023). *Dansk Kvalitesdatabase for Fødsler (DKF) Årsrapport* (s. 1–172) [Årsrapport]. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).

<https://www.sundk.dk/media/mediefnz/e8d557a3cdf646f695e0b55cfccda6e4.pdf>

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper* (Vol. 14; s. 67). Stockholm: Institute for future studie.s. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html

Daniel, B. K. (2018). Empirical verification of the “TACT” framework for teaching rigour in qualitative research methodology. *Qualitative research journal*, 18(3), 262–275.
<https://doi.org/10.1108/QRJ-D-17-00012>

Danielson, E. (2019). Kapitel 9. Kvalitativt forskningsinterview. I M. Henricson & M. Toft (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination*. (2. udgave., s. 177–192). Munksgaard.

Danmarks Statistik. (2023). *Fødsler* [Danmarks Statistik].

<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/foedsler>

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækolog. (2025, marts 21). *DSOG (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi)*. DSOG. <https://www.dsog.dk/dsog/om-selskabet/vedtaegter>

Dewing, J., & McCormack, B. (2017). Editorial: Tell me, how do you define person-centredness? *Journal of clinical nursing*, 26(17–18), 2509–2510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13681>

EBSCO. (2025). *CINAHL Database*. EBSCO. <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, 196(4286), 129–136.
<https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Europa-Parlamentet og Rådet. (2016). *Forordning (EU) 2016/679 af 27. April 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (Databeskyttelsesforordningen)*. EUR-Lex. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=DA>
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2016). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161–170. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>
- Hannes, K., Lockwood, C., & Pearson, A. (2010). A Comparative Analysis of Three Online Appraisal Instruments' Ability to Assess Validity in Qualitative Research. *Qualitative health research*, 20(12), 1736–1743. <https://doi.org/10.1177/1049732310378656>
- Heebøll, T. (2023). Når du har fået en bristning under fødslen. *Aalborg Universitetshospital, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling*, 4.
- Henricson, M. (2018). Kapitel 25. Diskussion. I *Videnskabelig teori og metode* (2. udgave, s. 479–489). Munksgaard. <https://videnskabeligteoriogmetode.ibog.studybox.dk/?id=158>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2019). Kapitel 6. Kvalitativt design. I M. Henricson & M. Toft (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination*. (2. udgave., s. 139–150). Munksgaard.
- Holgaard, J. E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D., & Overgaard Thomassen, A. (2020). *PBL: Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*. (2. udgave.). Samfundslitteratur.

- Huber, M., Malers, E., & Tunón, K. (2021). Pelvic floor dysfunction one year after first childbirth in relation to perineal tear severity. *Scientific reports*, 11(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-91799-8>
- Huber, M., Tunón, K., & Lindqvist, M. (2022). “From hell to healed” – A qualitative study on women’s experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100736>
- Hvidman, L., & Søndergaard, A. (2023, 08). *Sphincterskade ved vaginal forløsning*. Sundhed.dk.
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/foedse/sphincterskade-ved-vaginal-forloesning/>
- Høgh, M. (2015). Kapitel 1: Teorier om smerte. I M. Høgh, N.-H. Jensen, & A. Paut. Pickering (Red.), *Smertebogen*. (1. udgave., s. 19–44). Munksgaard.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet. (2024, september 23). *Genoptræning* [Indenrigs- og sundhedsministeriet]. Genoptræning.
<https://www.ism.dk/sundhed/sundhedsvaesenet/kommunale-opgaver/genoptraening>
- Jangö, H., Glavind-Kristensen, M., Westergaard, H. B., Kolster, D., Gimbel, H., Due, U., Kindberg, S., Cvetanovska, E., Bek, K. M., Kjærbye-Thygesen, A., Nylander, M., Wrønding, T., Lousen, T., Aabakke, A., Nørgaard, S. L., & Lundby, L. (2019). *Sphincterruptur: Diagnostik, behandling og opfølgning* (s. 1–72). Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG).
<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/67bc4ca7aab87263af4ad604/1740393652472/Sphincterrupturguideline+2025.pdf>
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446–452.
<https://doi.org/10.1177/0141076816680120>
- Joanna Briggs Institute. (2025, marts 1). *Critical appraisal tools*. Joanna Briggs Institute.
<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

- Johannesson, E., Sjöberg, Å.-L., Segerbrand, N., Olsén, M. F., & Gutke, A. (2022). Women's experiences of obstetric anal sphincter injury and physical therapy interventions—A qualitative study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 26(2), 100397. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2022.100397>
- Juul, S. (2012). Kapitel 4: Hermeneutik. I K. B. Pedersen & S. Juul (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (1. udgave. 6. oplag., s. 107–148). Hans Reitzels Forlag.
- Karlsson, E. K. (2019). Kapitel 4. Informationssøgning. I Maria. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination*. (2. udgave., s. 103–122). Munksgaard.
- Kjeld, S. G., Brautsch, L. A. S., Svartá, D. L., Hansen, A. F., Andersen, S., & Danielsen, D. (2022). *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet* (s. 3–77). Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet_TILG.ashx
- Komitéloven, BEK nr 825 af 04/06/2020 (2020). <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2020/825>
- Kristensen, K. (2017). Kapitel 41: Lovgivning. I I. B. Bjørnlund, N. E. Sjöberg, & H. Lund (Red.), *Basisbog i fysioterapi*. (2. udgave. 1. oplag., s. 657–667). Munksgaard.
- Kristiansen, S., & Jacobsen, M. H. (2012). Kapitel 7: Erving Goffman. I P. T. Andersen & H. Timm (Red.), *Sundhedssociologi: En grundbog*. (1. udgave., s. 137–159). Hans Reitzel.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (M. Schilling, Red.; 3. udgave.). Hans Reitzel.
- Københavns Kommune. (2024, november 8). *Nyt online-værktøj hjælper ved gener efter fødsel* / *Københavns Kommune*. Københavns Kommune. <https://www.kk.dk/nyheder/nyt-online-vaerktoej-hjaelper-ved-gener-efter-foedsel>
- Ledderer, L., Karlsson, A., & Stage, C. (2024). Online omsorg for patienter med kroniske lidelser: En dynamisk og temporal omsorgspraksis i patientorganiserede fællesskaber på sociale medier. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 23(41). <https://doi.org/10.7146/tfss.v23i41.140253>

- Lindqvist, M., Lindberg, I., Nilsson, M., Uustal, E., & Persson, M. (2019). "Struggling to settle with a damaged body" – A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare, 19*, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.11.002>
- Lindqvist, M., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E., & Lindberg, I. (2018). 'A worse nightmare than expected'—A Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery, 61*, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.015>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 80–94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Linneberg, S., Leenskjold, S., & Glavind, K. (2016). A five year follow-up of women with obstetric anal sphincter rupture at their first delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 203*, 315–319. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.06.018>
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. M. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. udgave.). Munksgaard.
- Lund, R. (2023). *Medicinsk sociologi: Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred* (3. udgave). Munksgaard.
- Løhde, S., Hansen, C. K., & Kühnau, A. (2025). *Sundhedssektorens strategi for cyber- og informationssikkerhed 2023-2025* (s. 34). Sundhedsdatastyrelsen. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638641645405294664/strategi_cyber_informationsikkerhed_2023_2025.pdf
- Maindal, H. T., & Overgaard, C. (2022). Kapitel 5: Systematisk interventionsudvikling gennem anvendelse af teori, evidens og interesentinvolvering. I K. S. Petersen, L. Ledderer, H. T. Maindal, & C. Overgaard (Red.), *Komplekse interventioner: Udvikling, test, evaluering og implementering* (1. udgave., s. 73–94). Aalborg Universitetsforlag.

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753–1760.
<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- McCormack, B., Dulmen, S. v., Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (2017). Person-Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research. I *Person-centred healthcare research* (Elektronisk udgave., s. 1–17). John Wiley & Sons, Ltd.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (Fourth edition.). Jossey-Bass.
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American sociological review*, 1(6), 894–904. <https://doi.org/10.2307/2084615>
- Molyneux, R., Fowler, G., & Slade, P. (2024). The postnatal effects of perineal trauma on maternal psychological and emotional wellbeing: A longitudinal study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 294, 238–244.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.01.035>
- Moore, D., Ayers, S., & Drey, N. (2016). A Thematic Analysis of Stigma and Disclosure for Perinatal Depression on an Online Forum. *JMIR mental health*, 3(2), 1–9.
<https://doi.org/10.2196/mental.5611>
- Mou, T., Nelson, L., Lewicky-Gaupp, C., & Brown, O. (2023). Opportunities to Advance Postpartum Pelvic Floor Care With a Health Equity-based Conceptual Framework. *Clinical obstetrics and gynecology*, 66(1), 86–94. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000757>
- National Library of Medicine. (2022). *National Library of Medicine*. National Library of Medicine.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2024). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), 991–1004.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>

- Pedersen, B. D., & Dreyer, P. (2018). Kapitel 13. Fænomenologisk-hermeneutisk forskningstilgang—
Inspireret af Ricæurs fortolkningsteori. I F. A. Gildberg, L. Hounsgaard, & K. L. S. Brandt
(Red.), *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning*. (1. udgave., s. 193–209). Klim.
- Petersen, K. S., & Andersen, P. T. (2022). Kapitel 13: Interessentinvolvering og samskabelse i
interventionsforskning. I K. S. Petersen, H. T. Maindal, L. Ledderer, & C. Overgaard (Red.),
Komplekse interventioner: Udvikling, test, evaluering og implementering (1. udgave., s. 227–
244). Aalborg Universitetsforlag.
- Rasmussen, L., Remvig, K., & Wien, C. (2022). Kap. 6 Litteratur- og informationssøgning til opgaven. I
Lotte. Rienecker & P. Stray Jørgensen (Red.), *Den gode opgave: Håndbog i opgave-, projekt-
og specialeskrivning*. (6. udgave., s. 149–174). Samfundslitteratur.
- Rieper, O. (2013). Kapitel 1. Hvad er et systematisk review, og hvilke formål tjener det? I C. G.
Johannsen & N. O. Pors (Red.), *Evidens og systematiske reviews: En introduktion* (1. udgave.,
s. 11–22). Samfundslitteratur.
- Schramm, S., Bramming, M., Davidsen, M., Jensen, H. A. R., & Tolstrup, J. (2024). *Sygdomsbyrden i
Danmark—Risikofaktorer* (s. 1–322). Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
[https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Risikofaktorer-
Sygdomsbyrden-2023.ashx](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Risikofaktorer-Sygdomsbyrden-2023.ashx)
- Schütze, S., Hohlfeld, B., Friedl, T. W. P., Otto, S., Kraft, K., Hancke, K., Hüner, B., Janni, W., & Deniz,
M. (2021). Fishing for (in)continence: Long-term follow-up of women with OASIS—still a
taboo. *Archives of gynecology and obstetrics*, 303(4), 987–997.
<https://doi.org/10.1007/s00404-020-05878-8>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V.,
Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic
reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or
both. *BMJ (Online)*, 358, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>

- Shim, J. K. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of health and social behavior*, 51(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>
- Sjöberg, N. E., & Bjørnlund, I. B. (2017). Kapitel 4: Funktionsevne. I I. B. Bjørnlund, N. E. Sjöberg, & H. Lund (Red.), *Basisbog i fysioterapi*. (2. udgave. 1. oplag., s. 57–68). Munksgaard.
- Skinner, E. M., Barnett, B., & Dietz, H. P. (2018). Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: A qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of women's mental health*, 21(3), 341–351. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0802-1>
- Sonne, F. G. H. (2021). *Vi føder færre børn, men hvor skidt er det egentlig?* Videnskab.dk. <https://videnskab.dk/kultur-samfund/for-fjerde-aar-i-traek-foeder-vi-faerre-boern-men-hvor-skidt-er-det-egentlig-for-danmark/>
- Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet, VEJ nr 9538 af 02/07/2018 Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet (2018). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9538>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2025). *DRG-takster*. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/sundhedsoekonomi/drg-takster>
- Sundhedsloven, BEK nr 918 af 22/06/2018 Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (2018). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/918>
- Sundhedsstyrelsen. (2005). *ICF – den danske vejledning og eksempler fra praksis: International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand* (ISBN: 87-7676-089-8., s. 7–47). MarselisborgCentret. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/8776760901-dan.pdf?sequence=1088&isAllowed=y>

Sundhedsstyrelsen. (2022). *Generelt om genoptræning*. Sundhedsstyrelsen.

<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Genoptraening-og-rehabilitering/Genoptraening>

Sundhedsstyrelsen. (2025). *Sundhedsstyrelsens formål og opgaver*. <http://www.sst.dk/da/om-os/Strategi-og-grundlag>

Sundhedsstyrelsen & Lægemiddelstyrelsen. (2025). *Kønsrepræsentation i klinisk forskning* (s. 1–129).

Sundhedsstyrelsen. <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2025/ny-analyse-generelt-god-balance-i-baade-kvindes-og-maends-repraesentation-i-klinisk-forskning/~media/D805EF764A4C45CCA0AB52331E1540A8.ashx>

Sylvie, M., Labrecque, M., Sylvie, M., Sylvie, B., & Pinault, J.-J. (2001). The Association Between Perineal Trauma and Spontaneous Perineal Tears. *Journal of Family Practice*, 50(4), 333–337.

The World Medical Association. (2024, december 13). *The World Medical Association—Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants* [The World Medical Association]. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Tjernström, K., Lindberg, I., Wiklund, M., & Persson, M. (2024). Overlooked by the obstetric gaze – how women with persistent health problems due to severe perineal trauma experience encounters with healthcare services: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11037-5>

Tucker, J., Clifton, V., & Wilson, A. (2014). Teetering near the edge; women’s experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: An interpretive phenomenological research study. *Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 54(4), 377–381. <https://doi.org/10.1111/ajo.12230>

Tønnesen, H., Søndergaard, L., Jørgensen, T., Overgaard, D., Kristensen, I., Barfod, S., Philipsen, H. H., & Hjalsted, B. (2005). *Terminologi—Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed* (1; s. 3–59). Sundhedsstyrelsen.

<https://www.sst.dk/~media/ca0b2ed9165f4c908db3117ba4764058.ashx>

Vallgård, Signild., Diderichsen, Finn., & Jørgensen, T. (2016). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave.).

Munksgaard.

Villadsen, M., & Dahl, I. K. (2025, februar 28). *Hyppige gener efter graviditet og fødsel – hvordan kan fysioterapeuten hjælpe?* [Danske Fysioterapeuter].

<https://www.fysio.dk/fysioterapeuten/arkiv/nr.-1-2025/hyppige-gener-efter-graviditet-og-fodsel--hvordan-kan-fysioterapeuten-hjalpe>

Willer, H. (2013). *Forskning på vej: Et jordemoderfagligt forskningsprojekt m.h.p. at nedbringe antallet og graden af fødselsbristninger*. Jordemoderforeningen.

<https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/forskning-paa-vej-et-jordemoderfagligt-forskningsprojekt-m-h-p-at-nedbringe-antallet-og-graden-af-fo/>

Williams, A., Lavender, T., Richmond, D. H., & Tincello, D. G. (2005). Women's Experiences After a Third-Degree Obstetric Anal Sphincter Tear: A Qualitative Study. *Birth*, 32(2), 129–136.

<https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00356.x>

Willman, A., & Stoltz, P. (2018). Kapitel 24. Metasyntese. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination*. (2. udgave.). Munksgaard.

Aalborg Universitet. (2022). *Folkesundhedsvidenskab (Cand.scient.san.publ.)—Aalborg* [AAU

Studieordning]. <https://studieordninger.aau.dk/2025/53/5626>

Aalborg Universitet. (2023, marts 22). *Lær at anvende NVivo til kvalitativ analyse*. Aalborg Universitet. <https://www.caldiss.aau.dk/intro-til-kvalitativ-analyse-i-nvivo-22-marts-2023-e65477>